



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"DIFERENCIAS EN LA COMUNICACIÓN SEXUAL ENTRE PADRES
DE HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL VS
DISCAPACIDAD AUDITIVA"**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:**

GABRIELA GUZMÁN REYES

Directora: Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Dictaminadores: Dr. Juan Pablo Rugerio Tapia

Mtro. Hugo Romano Torres



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá, por siempre estar en los momentos más decisivos de mi vida y dejarme tomar cada decisión bajo mi propio riesgo.

A mi padre, por su apoyo incondicional y por darme las herramientas necesarias para ser la mujer que ahora soy.

A mi hermano, por aguantar mis ratos de mal humor durante esta etapa, y a pesar de eso sacarme una sonrisa.

A mi hermana, por ser mi compañera de vida.

A Enrique, por las palabras, regaños y amor que me ayudaron para finalizar esta meta.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de conocer un nuevo mundo, donde paso a paso se forman los mejores profesionales.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, con clave 300416, por el apoyo financiero otorgado durante mi titulación.

A la Dra. Susana Bárcena Gaona, por tomarme en este camino y guiar mi último paso con paciencia, dedicación y entusiasmo.

A mis sinodales Juan Pablo Rugerio Tapia y Hugo Romano Torres por su tiempo y dedicación.

A las instituciones que creyeron en el proyecto y me apoyaron en todo momento para poder realizar dicha investigación.

A los padres de familia que me permitieron conocer una parte tan importante de su vida. Sin ustedes esto no se hubiera logrado.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen.....	I
Abstract.....	II
Introducción.....	III

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1	Discapacidad.....	1
	La discapacidad a través del tiempo.....	1
	Concepto de discapacidad.....	4
	Personas con discapacidad en el mundo y en México.....	7
	Tipos de Discapacidad y su impacto en el desarrollo.....	8
	Conclusiones.....	28
Capítulo 2	Sexualidad en Personas con discapacidad.....	30
	Concepto de sexualidad.....	30
	Derechos sexuales y reproductivos.....	31
	Educación sexual.....	35
	Sexualidad y discapacidad.....	36
	Problemas de salud sexual en personas con discapacidad.....	39
	Dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad.....	42
	Alternativas para la sexualidad de las personas con discapacidad.....	49
	Conclusiones.....	51
Capítulo 3	El papel de los padres en la comunicación sobre sexualidad de sus hijos.....	52
	Importancia de la Comunicación sobre sexualidad.....	52
	Temas a abordar dentro de la comunicación sobre sexualidad.....	57
	Barreras en la comunicación sobre sexualidad.....	58
	Conclusiones.....	63

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 4	Planteamiento del problema.....	64
	Pregunta de Investigación.....	65
	Objetivo general.....	65
	Objetivos específicos.....	65
	Método.....	67
	Resultados.....	70
	Discusión.....	78

Referencias

Anexos

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue comparar la forma de comunicación y los temas sobre sexualidad que abordan los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva. Se trabajó con una muestra no probabilística de 108 padres cuyos hijos tenían entre 12 y 29 años de edad (54 padres de hijos con discapacidad intelectual y 54 padres de hijos con discapacidad auditiva). Se les aplicó un instrumento de auto informe en el que se les preguntó a los participantes la forma en que se comunican con sus hijos y si habían hablado con ellos sobre 16 temas referentes a sexualidad (p.e qué es el noviazgo, masturbación, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores). Los resultados muestran que existen diferencias en la forma que los padres se comunican con sus hijos, los padres de hijos con discapacidad intelectual se comunican principalmente de manera verbal (62.3%); mientras que el 63.55% de los padres de hijos con discapacidad auditiva lo hacen mediante LSM ($Ji\ cuadrada=57.68, p<.01$). También se registraron diferencias en ocho de los 16 temas de sexualidad a favor del grupo de padres de hijos con discapacidad auditiva; en cambio, los temas en los que no se encontraron diferencias fueron respecto a la identificación y el nombramiento de las partes del cuerpo, siendo el 70% de los padres quienes han conversado sobre dichos temas y un porcentaje menor al 32% habló con sus hijos sobre masturbación.

Palabras clave: Sexualidad, padres, hijos, adolescentes, discapacidad

ABSTRACT

The objective of this research was to compare the form of communication and sexuality issues addressed by parents of children with intellectual and hearing disabilities. A non-probabilistic sample of 108 parents whose children were between 12 and 29 years old was used. (54 parents of children with intellectual disabilities and 54 parents of children with hearing disabilities) They were given a self-report instrument in which the participants were asked how they communicate with their children and whether they had talked to them about 16 topics concerning sexuality (what is dating, masturbation, type of contact allowed with family, friends, and teachers). The results show that there are differences in the way parents communicate with their children. Parents of children with intellectual disabilities communicate mainly verbal (62.3%) while 63.55% of the parents of children with hearing impairment do so through LSM (Ji square = 57.68, $p < .01$). There were also differences in eight of the 16 subjects on sexuality treated in favor of the group of parents of children with hearing disabilities; on the other hand, the subjects in which no differences were found, were the identification and appointment of the body parts. 70% of the parents have talked about these issues and 32% have spoken with their children about masturbation.

Keywords: Sexuality, parents, children, adolescents, disability.

INTRODUCCIÓN

El protocolo de investigación en el que se inserta el presente reporte se denomina: “Salud sexual en personas con discapacidad: el papel de sus padres”, fue elaborado por la Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona (responsable) y el Dr. Hugo Romano Torres (corresponsable) dentro del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, con clave 300416, con financiamiento bianual (2016-2017).

Antecedentes y justificación

En México los jóvenes inician su vida sexual en promedio a los 15 años y una gran proporción (63%) no emplea protección para prevenir un embarazo no deseado y/o una Infección de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009). Se estima que anualmente, el 20% de los embarazos corresponde a menores de 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012). Asimismo, las ITS más frecuentes entre los jóvenes son: la gonorrea y el Virus del Papiloma Humano (VPH), y se calcula que el 41.5% de los casos de VIH/SIDA diagnosticados corresponden a jóvenes de entre 15 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2014).

La falta de información correcta y oportuna, así como el acceso a preservativos contribuye de manera importante a engrosar las cifras de los problemas referidos anteriormente. Es posible suponer que en los jóvenes con alguna discapacidad la situación sea aún más grave, debido al limitado acceso a educación, así como al desinterés, la escasa información y los mitos en torno a su sexualidad. Pese a que desde organismos internacionales se impulsa la integración educativa y el reconocimiento a sus derechos, únicamente asisten a la escuela el 5.8% de la población de niños con discapacidad (Diario Oficial de la Federación, 2014), a esto se suma que no se les brinda educación en sexual porque se piensa que son “asexuales” o “ángeles eternos” y que por lo tanto, no la requieren (Rivera, 2008).

En México no existen datos oficiales que den cuenta del número de embarazos, ITS y abuso sexual que viven los individuos con discapacidad. No obstante, en Estados

Unidos el índice de infección del VIH/SIDA entre individuos sordos es el doble que en las personas oyentes (Lisher, Richardson, Levine & Patrick, 1996) y en Uganda el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad ha tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998). De igual manera, los niños discapacitados, en comparación con niños sin discapacidad, tienen el doble de probabilidad de ser abusados sexualmente, y las mujeres con discapacidad son agredidas, violadas y abusadas en proporción dos veces mayor que las mujeres sin discapacidad (Couwenhoven, 2012).

Los datos referidos ponen en evidencia la imperiosa necesidad de brindar educación sexual clara y oportuna a las personas con discapacidad. En este sentido, la familia, especialmente los padres, desempeñan un papel primordial, ellos son los responsables de resolver sus primeras curiosidades sexuales, asimismo transmiten valores e información a través de la comunicación que establecen con ellos (Amor, 1997). Sin embargo, los estudios muestran que los padres experimentan temor ante la posibilidad de que sus hijos con discapacidad tengan una vida sexual, y por ello suelen adoptar conductas de sobreprotección, limitando su autonomía y reduciendo sus actividades al ámbito familiar y a la institución que les brinda servicio (López, 2006). En un estudio con padres de un joven con discapacidad intelectual moderada, la madre mencionó sentir temor cuando su hijo empezó a explorar su cuerpo, puesto que no se sentía preparada para abordar el tema; sin embargo tuvo que hacerlo ya que el padre se mantenía al margen de la situación (Navarro & Hernández, 2012).

Al encuestar directamente a los jóvenes se aprecia la misma tendencia de comunicación. Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) realizaron un estudio con 132 jóvenes sordos y encontraron que más de la mitad nunca habló de temas sexuales con sus padres. Asimismo, presentaron un patrón de conducta sexual riesgoso: el 56.1% tuvo su primera relación de manera forzada y 43.9% tuvo relaciones forzadas nuevamente. Además, un gran porcentaje (71.9%) no usó ningún método anticonceptivo, dando pie a embarazos (28.8%), abortos (13.8%) e ITS (19.3%). Aunque en este estudio no se presenta un análisis de correlación entre las variables de comunicación y conducta sexual, es posible esperar que exista una fuerte asociación a partir de los resultados reportados en población sin discapacidad, estos

establecen una correlación positiva entre comunicación y conductas preventivas (Andrade, Betancour & Palacios, 2006; Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

Estos estudios ponen de manifiesto el temor y la escasa preparación que tienen los padres de hijos con discapacidad para afrontar el inevitable desarrollo sexual de sus hijos, y las posibles consecuencias que tiene la falta de comunicación en la salud sexual de sus hijos. Los padres asumen que alejándolos de todo aquello que haga referencia a su sexualidad, evitará su aparición; cuando, por el contrario, privarlos de información los vuelve vulnerables, ya que a diferencia de las personas sin discapacidad, ellos se encuentran limitados de recursos, experiencias y situaciones que les ayuden a entender su propia sexualidad. Por lo cual, la comunicación sobre sexualidad que establezcan con sus padres de forma clara y oportuna les puede ayudar a comprender y evitar situaciones que los coloquen en riesgo de tener relaciones forzadas, un embarazo y/o adquirir una ITS.

Dicho lo anterior, la investigación a realizar, está planeada para, en un primer momento, conocer las variables que predicen que los padres de hijos con discapacidad hablen con ellos sobre sexualidad. Posteriormente, los resultados de dicho estudio serán el punto de partida para el diseño de un programa de intervención cuya finalidad será promover la comunicación sexual de los padres con sus hijos.

Objetivos del proyecto general de investigación:

Objetivo general: Identificar las variables que predicen la comunicación sexual de los padres con sus hijos discapacitados. A partir de ello, se propone diseñar y evaluar un programa de intervención orientado a promover dicha comunicación, con lo cual se espera contribuir a la prevención de ITS, embarazo no deseado, maltrato y abuso sexual en sus hijos.

Objetivos específicos:

1. Describir las características demográficas de los padres (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, religión y nivel socioeconómico).

2. Conocer las características que tienen los hijos de los padres encuestados (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, con quien vive, así como el origen y tipo de la discapacidad).
3. Identificar el nivel de conocimientos que poseen sobre ITS, VIH/SIDA, embarazo.
4. Conocer las creencias que tienen hacia la sexualidad de sus hijos.
5. Evaluar el nivel de estereotipos que poseen.
6. Identificar las creencias y expectativas que tienen hacia la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos.
7. Conocer cuántos temas de sexualidad han hablado con sus hijos.
8. Identificar las variables que predicen la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos.
9. Diseñar un programa de intervención orientado a promover la comunicación sexual de los padres con sus hijos discapacitados.
10. Evaluar los efectos del programa de intervención en los padres mediante la aplicación del pretest, post test y seguimiento.

Hipótesis del proyecto general:

1. Se observará un cambio significativo en las puntuaciones de Pretest a Postest en la evaluación de los jóvenes con discapacidad auditiva, cuyos padres hayan participado en el taller psicoeducativo.
2. Las puntuaciones observadas en el Postest se mantendrán en la condición de seguimiento.

Metodología del proyecto general:

ETAPA 1. Estudio de evaluación.

Se llevará a cabo un convenio con instituciones educativas y asociaciones que brinden atención a personas con discapacidad con el propósito de que faciliten el acceso a los padres de los jóvenes que asisten a dichas instituciones. Se propone trabajar en instituciones ubicadas en la zona centro del país, la selección de dichas instituciones y el tamaño de la muestra corresponderá a aquellas en las que haya mayor proporción de jóvenes entre los 15 y 29.

A los directivos de cada institución, se les hará una presentación del proyecto, explicando puntualmente las características y el cuidado ético del estudio, así como lo que se espera de su participación: convocar y reunir a los padres en sus instalaciones para la aplicación de los instrumentos de evaluación. Los instrumentos que se empleen permitirán obtener información de los participantes sobre las siguientes variables: Datos sociodemográficos, características de sus hijos, conocimientos sobre ITS/VIH y embarazos, creencias hacia la sexualidad de sus hijos, estereotipos; creencias y expectativas hacia la comunicación sexual, y comunicación sexual con sus hijos. El procedimiento consistirá como ya se mencionó, en el establecimiento de un convenio con los responsables de las instituciones a las que asisten jóvenes con discapacidad, para aplicar los instrumentos de evaluación a sus padres (papá y/o mamá) mediante la programación de una reunión. En dicha reunión un investigador previamente capacitado se encargará de explicar a los participantes el objetivo de la investigación, enfatizando la confidencialidad de las respuestas proporcionadas. Se dará a los participantes las instrucciones generales para contestar los instrumentos de medición y al finalizar, se agradecerá su colaboración.

ETAPA 2. Estudio de intervención.

Con base en los resultados que se obtengan en el estudio de la fase anterior, se propone diseñar y evaluar un programa de intervención dirigido a padres de jóvenes con discapacidad, esperando así contribuir con la prevención de ITS, embarazo no deseado, maltrato y abuso sexual hacia sus hijos. Se utilizará un diseño cuasi-experimental pre-test, intervención y post-test, con un seguimiento a tres meses. La fase de intervención a padres se llevará a cabo en cinco sesiones de dos horas cada, mismas que se programarán en las instalaciones de las instituciones participantes. El diseño del programa de intervención se fundamentará en investigaciones empíricas que hayan demostrado su efectividad en población sin discapacidad (Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr & Denzmore, 2007; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Phetla, Busza, Hargreaves, Pronyck & Kim, 2008; Prado, Pantin, Briones, Schwartz, Feaster, Huang et al., 2007) y que sean compatibles con la población en cuestión. Se realizarán análisis descriptivos, comparativos y de correlación con los datos obtenidos durante esta fase del proyecto.

Para la exposición del presente reporte de investigación, este se dividió en dos partes: La primera parte consta de tres capítulos, que dieron fundamento teórico a este trabajo. En el primer capítulo se describe un recorrido histórico acerca de cómo eran tratadas las personas con discapacidad, desde la antigüedad hasta la actualidad, logrando hacer un análisis sobre el concepto de discapacidad y describiendo los tipos de discapacidades (intelectual, visual, auditiva y motriz) junto con el impacto que tienen en el desarrollo de la persona. El segundo capítulo, aborda el concepto de sexualidad, los principales mitos que la sociedad ha construido en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad y los problemas de salud a los que están expuestos, como efecto principalmente de la falta de educación sexual. En congruencia, en el tercer capítulo se presenta el papel que los padres tienen en la comunicación sexual de sus hijos para desarrollar conductas de prevención en el cuidado de la salud sexual así como las barreras que experimentan los padres cuyos hijos tienen discapacidad intelectual y discapacidad auditiva al comunicarse sobre sexualidad con ellos.

La segunda parte del trabajo, corresponde a la investigación empírica, la cual consistió en la aplicación de los instrumentos de evaluación a un grupo de padres de hijos adolescentes y/o jóvenes (12-29 años de edad) con discapacidad Intelectual y/o auditiva; en este estudio, se comparó la forma de comunicación y los temas sobre sexualidad que abordan los padres. En el último capítulo se discuten las implicaciones de estos hallazgos que destacan la importancia de promover programas de sexualidad orientados a contemplar las diferencias que existen entre cada discapacidad.

PRIMERA PARTE:

Marco Teórico

CAPÍTULO 1

DISCAPACIDAD

La discapacidad a través del tiempo

La situación de las personas con discapacidad ha sido diferente a lo largo de la historia. En un inicio esta población era más vulnerable a sufrir diversos abusos, en la actualidad se ha logrado implementar políticas y leyes que protejan sus derechos. No obstante parece fundamental conocer el recorrido sobre la discapacidad a lo largo de diferentes contextos históricos. Por ello, en el presente capítulo se abordará: la manera en que eran tratadas las personas con discapacidad a lo largo de la historia, continuando con un análisis sobre el concepto de discapacidad y por último se describirán los tipos de discapacidades (intelectual, visual, auditiva y motriz) y el impacto que tienen en el desarrollo de la persona.

En primer lugar, se analizará la Antigüedad Clásica, en aquella época los individuos con alguna deficiencia eran considerados fenómenos de la naturaleza, seres que no merecían vivir, y por ello eran arrojados al monte Taijeto en Esparta, o en la roca Tarpeia en Roma. Además en esta época, las personas con discapacidad eran abandonadas o eliminadas, ya que no eran funcionales para la guerra (por ejemplo en Esparta) o cuando era necesario huir de los desastres naturales se les consideraban estorbos (Guevara, Ortega, & Plancarte, 2013).

Para los griegos, en especial para Platón los nacidos deformes eran rechazados, y afirmaban el principio de que los mejores de cada sexo deben unirse con los mejores, y los inferiores serán segregados de estos grupos, y por su parte, Aristóteles mencionaba que debía ordenarse no criar a ningún hijo defectuoso porque no tendría nada que aportar a la ciudad, por lo tanto no valía la pena que viviera. Por dichas razones se le sometía a infanticidio, siendo el estado el encargado de decidir sobre su vida o su muerte (Velarde, 2012).

De acuerdo a Aguado (1995) la sociedad Hebrea consideraba la discapacidad como una marca del pecado, por lo que esta condición los limitaba a algún rol dentro de las funciones religiosas, por ejemplo no les permitían a ciegos, *bizcos*, *cojos*,

mancos, jorobados, enanos o deformes entrar al santuario ni acercarse al altar. En la etapa del Imperio Romano ya no se acostumbraba a matar a menores con discapacidad, en cambio los abandonaban en la calle o en una canasta para que pasaran a manos de quién quisiera utilizarlos como esclavos o mendigos profesionales.

Durante la edad media las personas anormales eran olvidadas, rechazadas e incluso temidas. Con esto comienza a surgir un concepto de diferencia y defecto, que conlleva al rechazo social, al temor y hasta la persecución por ser confundidos con locos, embrujados, vagos, melancólicos, maniáticos etcétera. En el siglo XIV los que nacían con alguna discapacidad física, sensorial o mental eran encerrados y exhibidos a espectáculos para diversión de las demás personas, incluso se mostraban a la sociedad para que las familias de estas personas rectificaran sus pecados cometidos, por lo que se creía que era un castigo otorgado por dios.

En el Renacimiento surge un trato más humanitario hacia las personas con alguna discapacidad, ya no son considerados fenómenos de la naturaleza sino que la iglesia las reconoce como personas, pero con diferencias. A pesar de ser reconocidos siguen siendo segregados en instituciones para atender a enfermos psíquicos y deficientes (Guevara et al., 2013).

En el siglo XVII surge el interés en el campo del retraso mental, considerando que estas personas pueden ser educadas. Además en Francia se crean escuelas especiales que daban atención a niños con limitaciones sensoriales y motoras. Posteriormente en el siglo XX después de la Segunda Guerra Mundial se da paso a la creación de los primeros trabajos sobre evaluación de la inteligencia, donde se comienza a diferenciar y se trata de estandarizar niveles de desarrollo mental y los sistemas de clasificación del retraso mental ligero, moderado, severo y profundo, basados principalmente en los resultados del CI (Galindo, Galguera, Taracena & Hinojosa, 2011).

Para el año 1970 surgen los primeros movimientos sociales que luchan para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en diferentes escenarios: accesibilidad al medio físico, social y a lograr una vida independiente,

con ello la Dirección General de Educación Especial (2012) reconoce que las personas con Discapacidad poseen derechos tanto a la educación como en un ámbito laboral al igual que todas las personas.

Asimismo surge un modelo social donde se indica que la discapacidad no está en la persona, sino que se encuentra en la sociedad, es decir lo que genera discapacidad no es un accidente, o una malformación sino una falta del entorno para compensar los efectos de la limitación, por tanto ya no se les considera enfermos ni restringidos para tomar decisiones. Como consecuencia se incorporaron los derechos de las personas con discapacidad en las normativas internacionales. En 1982 las Naciones Unidas aprobaron el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, que en su artículo 21º establece asegurar el acceso a la vida familiar, el empleo, la educación, la vivienda, la seguridad social, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a las instalaciones públicas y la libertad de movimiento (Velarde, 2012).

En 1994 la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, organizada por el Gobierno Español y la UNESCO aprobó la Declaración de Salamanca, que proclamaba el acceso a niñas y niños con necesidades educativas especiales a escuelas ordinarias incluyendo las adecuaciones necesarias para su aprendizaje, además de una integración y prohibición de prácticas discriminatorias respetando la dignidad humana (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO],1994). Durante estos años y como resultado de la Conferencia Mundial se crearon programas en diferentes Instituciones, por ejemplo los Grupos Integrados que atendían a las personas con algún impedimento dentro de las escuelas regulares. Otras escuelas que se crearon fueron de Educación Especial, que se constituyeron por el Lic. Benito Juárez García fundada en septiembre de 1995 como Centro de Atención Múltiple (Esquivel, 2012) es decir instituciones educativas que ofrecían educación básica para alumnos que presentan necesidades educativas especiales con discapacidad, múltiple y otros trastornos severos.

Por último, el logro más actual ha sido la aprobación por parte de las Naciones Unidas de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y un Protocolo Facultativo el 13 de diciembre de 2006, donde se declara que *“el propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad”* (Velarde, 2012, p.23).

Con ello se estableció publicar dicho documento en todos los formatos posibles (sonoro, braille o formatos computacionales) para que las personas con discapacidad sean conscientes de sus derechos como son: derecho a la vida, a la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la no discriminación, la protección frente a torturas, la atención ante desastres naturales, a la vida independiente, a la sexualidad, a la participación política y social, y al acceso a los derechos fundamentales (salud, educación, trabajo y vivienda), con lo que se obliga a los estados a hacer cumplir dichos derechos (Esquivel, 2012).

Concepto de Discapacidad

Hablar de la palabra discapacidad hoy en día implica tomar en cuenta diversos elementos que engloban denominar así a una persona, por ejemplo el grado en que esta condición se encuentra afectando su desarrollo, así como las estructuras del cuerpo que se ven implicadas. Del mismo modo hay que señalar desde cual disciplina se pretende abordarla, puesto que la manera de estudiar la discapacidad será diferente para cada una, por ejemplo el más antiguo ha sido el modelo médico, el cual retoma una perspectiva biológica donde la discapacidad se considera un problema de la persona causado por alguna enfermedad, requiriendo tratamiento de manera individual, o bien modificar su conducta con el fin de esconder la diferencia y de ese modo incorporarlo a la sociedad, con lo cual se adquiere una connotación de síntoma, siendo por lo tanto descrita como una desviación observable de la normalidad biomédica (Arrellano, 2015).

Para la biología, la manera de estudiar la discapacidad, será buscando las causas a nivel celular que la provocan y mantienen. Por otro lado, el modelo social, considera que el problema no está en la persona sino en la sociedad, y surge por el fracaso de las condiciones para ajustarse a las necesidades de esta población, incluyendo la adaptación a diversos escenarios como el educativo, de salud y arquitectónico que necesitan (Arrellano, 2015).

Ahora bien, el concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia (como ya se ha expuesto), y ha sido retomado por las diferentes disciplinas ya mencionadas. Durante los últimos años se ha visto como se ha ido abandonando una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser “dependiente y necesitado”, hacia un nuevo enfoque que contempla a la persona como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades (Consejería de empleo, mujer e inmigración, 2003). A continuación se realiza una descripción de las definiciones que el concepto de discapacidad abarca hasta el momento.

Desde el Renacimiento hasta apenas algunos años, las palabras con las que se referían a la población con discapacidad eran: *inválidos, idiotas, retrasados, impedidos, minusválidos, retardado, enfermo mental, discapacitados, personas con capacidades diferentes, personas especiales*, etcétera, vocablos que solían reflejar actitudes sociales y culturales (Casado, 2004 & Gamio, 2008 como se citó en Aguilar, 2011). No obstante estos términos solo eran peyorativos y no ayudaban al desarrollo ni a la intervención de estas personas. Por tanto, a través de diferentes esfuerzos por Organizaciones internacionales y nacionales se logró proporcionar las siguientes definiciones:

La Organización de Estados Americanos (OEA,1999) en la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con discapacidad, definió la discapacidad como “Una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”.

Para la *American Association on Mental Retardation* (AAMR, 2002) la discapacidad es una condición que recae en los apoyos que una persona necesita para realizar sus actividades en la vida cotidiana con el fin de ser independiente y autónomos en el contexto en el que se desarrollan. El grado en que su discapacidad afecte dependerá de los apoyos que se les proporcionen.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) visualiza a la discapacidad como un fenómeno universal, en el que toda la población está en riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad en cualquier momento de su vida ya sea de manera temporal o permanente debido a un accidente, enfermedad e incluso llegar a la vejez. En la definición abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, por lo que la discapacidad deja de ser una condición que solo afecta a una minoría, y es resultado de la condición de salud de la persona y sus factores personales, así como de las características físicas, sociales y actitudinales de su entorno por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Para el Programa Nacional para el Desarrollo de las personas con Discapacidad (2009-2012) considera como persona con discapacidad a aquella que de manera permanente o por más de seis meses la discapacidad le impida desarrollar sus actividades dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

De las anteriores definiciones se puede observar que todas coinciden en que la discapacidad es una condición que se puede presentar en cualquier etapa de la vida, por lo que nadie está exento, además se contempla la discapacidad como una integración global, donde diversos factores contextuales, ambientales, y personales van a estar interactuando para el bienestar o afectación de la calidad de vida de la persona.

Por otro lado la definición proporcionada actualmente por la Organización Mundial de la Salud (2015) engloba aspectos relevantes de las definiciones expuestas anteriormente, y refiere que:

“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive” (p.1).

Por último hay que destacar la definición de la *American Association on Mental Retardation* (AAMR, 2002) donde toman en cuenta los apoyos, es decir la discapacidad por sí misma no es impedimento para realizar actividades, sino la ausencia de apoyos sí, debido a que a lo largo de la vida se siguen aprendiendo conductas, esto gracias a las interacciones que la persona tiene con su medio, las cuales se van complejizando en un proceso continuo pero, si la persona con discapacidad se ve privada de estas interacciones y apoyos por ende se verá limitada en su desarrollo.

Personas con discapacidad en el mundo y en México

Las personas con discapacidad son un grupo que anteriormente se consideraba minoría, sin embargo la Organización Mundial de Salud (2015) calcula que más de mil millones de personas, es decir un 15% de la población mundial, presentan algún tipo de discapacidad y que los servicios educativos y de salud son escasos para ellos. Estas tasas se siguen elevando debido al envejecimiento de la población y al aumento de enfermedades crónicas, añadiendo los accidentes de todo tipo, el abuso del alcohol y drogas, la violencia social, la desnutrición etc.

Los países que reportan la mayor tasa discapacidad son aquellos que tienen ingresos bajos a comparación de los países de ingresos altos, además la discapacidad es más común entre las mujeres, las personas mayores y los niños y adultos que son pobres.

En México, de acuerdo con el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) se estipula que viven 5 millones 739 mil 270 personas con discapacidad, es decir el 5.1% de la población, de los cuales, 50.1% son mujeres y 49.9% son hombres.

Las principales causas que originan la discapacidad, indican que de cada 100 personas con discapacidad: 39 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad, 23 fueron por la edad avanzada, 16 la adquirieron por herencia, durante el embarazo o al momento de nacer, 15 quedaron con lesión o consecuencia de algún accidente y 8 debido a otras causas. En cuanto al tipo de discapacidad que con mayor frecuencia se presenta es la motriz (58%) relacionada con dificultades para caminar o moverse, le siguen la discapacidad visual (27.2), la discapacidad auditiva (12.1%), y discapacidad intelectual (8.5%).

En México la principal causa de discapacidad se debe al envejecimiento, ya que 81 de cada 100 personas que reportan discapacidad tienen 30 o más, mientras que sólo 19 de cada 100 son menores de 30 años. En lo que respecta a la distribución geográfica, las entidades federativas con mayor cantidad de población con discapacidad son: México (12%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.2%) y Jalisco (6.4%).

Tipos de Discapacidad y su impacto en el desarrollo

Para poder llevar un registro de las personas con discapacidad, Instituciones se han dado a la tarea de clasificar a esta población. Debe quedar claro que para los profesionales también es necesario que exista una clasificación no para etiquetarlos, sino para su estudio y sobre todo para su intervención. De igual forma se debe considerar que, aunque las personas se clasifiquen en una discapacidad cada persona tiene características y necesidades específicas. A continuación se

abordarán los siguientes tipos de discapacidades (intelectual, visual, auditiva, motriz), su etiología, clasificación y su impacto en el desarrollo de la persona.

Discapacidad Intelectual

Definición

Verdugo (1998) asevera que la discapacidad intelectual es un concepto que se ha transformado constantemente con el transcurso del tiempo, donde se ha dado paso a definiciones orgánicas, biológicas o psicométricas, constituyendo un término arbitrario que etiqueta a los sujetos como retrasados mentales. Para Bijou, 1996, como se citó en Verdugo y Jenaro (1992), el sujeto con discapacidad mental es “un individuo que posee un repertorio comportamental limitado en todos sus aspectos, siendo este repertorio función de la historia del individuo y sus interacciones con el ambiente” (p.41). Por su parte, Bautista (2002) define a la persona con discapacidad intelectual como “aquella que posee un alto grado de dificultad para alcanzar el proceso de aprendizaje normal o por el contrario, un bajo nivel de apoyo, por ello se considera que tiene una necesidad educativa especial” (p.29). Cardona (2010) se refiere a la discapacidad mental como:

“La deficiencia en el aprendizaje y en la aplicación de ciertas habilidades de la vida cotidiana, que generalmente se manifiestan problemas en dos o más áreas de su función adaptativa, como son: la comunicación, cuidado personal, habilidades de vida en el hogar, habilidades sociales, autorregulación, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo” (p.35).

Por último, la definición más completa y que ha cambiado la forma en que se concibe la discapacidad intelectual es la propuesta por la Asociación Americana de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (2002) como se citó en Schalock, (2009) en ello se señala que: “La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como el comportamiento adaptativo, que se expresan en las habilidades conceptuales, sociales y de adaptación práctica. La discapacidad se origina antes de los 18 años” (p.24).

Ahora bien, de acuerdo a los anteriores conceptos podemos explicar la discapacidad Intelectual como una dificultad esencial para el aprendizaje y la realización de algunas habilidades (dependiendo la severidad del retardo) de la vida diaria necesarias para adaptarse a la sociedad. No obstante, si se toma en cuenta la definición actual de discapacidad, esta no se considera como un atributo de la persona, sino más bien como una limitación del funcionamiento, en donde la severidad se verá reflejado en la interacción entre la persona y el tipo de apoyo que recibe de su entorno.

Etiología

Ahora se abordaran los factores por los que se puede propiciar la discapacidad intelectual como resultado de un impedimento biológico, de una condición sociocultural limitante, o de ambos aspectos.

a) *Causas genéticas*. Las causas genéticas se ocasionan por genes anormales heredados de los padres y por errores cuando los genes se combinan o se modifican en cantidad, originando mutaciones. Se producen en el momento de la concepción. El número de genes que determinan el desarrollo y funcionamientos del sistema nervioso son muchos, lo que incrementa la vulnerabilidad a posibles anomalías genéticas (Galindo, et. al, 2011), algunos ejemplos son:

- Cromosopatías que afectan a ambos sexos: Síndrome de Down (Trisomía del par 21), Síndrome de Patau (cromosoma 13), Síndrome de Edward (cromosoma 18).
- Cromosopatías ligadas al sexo: Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner y Síndrome de Lesch-Nyan.
- Trastornos ligados a los genes recesivos: Fenilcetonuria, galactosemia, síndrome de Hurler, síndrome de Hunter, síndrome de Sanfilipo.
- Trastornos ligados a los genes dominantes: Síndrome de Apert, Síndrome de SturgeWeber, neurofibromatosis y esclerosis tuberosa.

b) *Factores Prenatales*. Suceden durante el embarazo, y algunos ejemplos son la ingestión excesiva de alcohol por parte de la madre, ingestión de antibióticos,

infecciones virales como la rubeola, la escarlatina y el sarampión, contraída durante los primeros meses de gestación, la tuberculosis, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, y malnutrición fetal (González, 2003).

c) *Factores Perinatales*. Se refiere a las lesiones que ocurren durante el momento del nacimiento como son la hipoxia, debido a la falta de oxígeno, donde las neuronas del cerebro son las primeras en morir (células que tienen la características de no ser remplazadas) y lesiones mecánicas, donde el parto es normal pero los huesos del cráneo del bebé están flexibles y que en algunas ocasiones la cabeza del recién nacido se deforma.

d) *Factores Postnatales*. Ocurren después del nacimiento como son hemorragias cerebrales, infecciones, convulsiones, caídas, traumatismo craneano, meningitis, enfermedades cardiacas congénitas, asfixia, intoxicaciones por plomo, mercurio, administración de medicamentos inadecuados, trastornos metabólicos y desnutrición (Tomás & Pérez, 2005).

e) *Causas Ambientales*. El ambiente físico puede ser demasiado pobre, condiciones mínimas de atención por parte de los padres, prácticas de crianza inadecuadas, falta de interacción con otras personas.

Clasificación

La manera en que se ha clasificado a esta población consiste en evaluar el Coeficiente Intelectual (CI), el cual mide las habilidades cognitivas además de ubicar a las personas dentro de la norma y así clasificar qué tan severa es la discapacidad, a continuación se presenta dicha clasificación (Tomás & Pérez, 2005).

- Discapacidad cognitiva leve. La cual abarca un CI de 50-55- a 70. En este nivel las personas cuentan con habilidades sociales, de comunicación, y laborales; presentan insuficiencias mínimas en el área sensoriomotriz.
- Discapacidad moderada. Con un CI de 35-40 a 50-55. Las personas que se encuentran aquí adquieren habilidades de comunicación, formación laboral

con supervisión, pueden trasladarse en rutas conocidas y se adaptan fácil a la vida en comunidad.

- Discapacidad Cognitiva grave. Con un CI de 20-25 a 30-40. Presentan escaso lenguaje o nulo, pueden leer algunas palabras que les sean familiares y que tengan sentidos para ellos y realizan tareas simples.
- Discapacidad cognitiva profunda. Con un CI menos a 20-25. Se engloban las personas con enfermedades neurológicas, presentan alteraciones en el sistema sensoriomotor, lenguaje escaso y pueden realizar tareas simpes bajo supervisión.

Impacto en el Desarrollo

Cada persona con discapacidad intelectual tiene características propias, como ya se mencionó anteriormente, tanto en capacidad cognitiva como en constitución física, salud, estimulación, etc., por lo que es difícil y poco prudente establecer rasgos excesivamente concretos. En seguida se presentan algunas áreas del desarrollo que se ven afectadas por la discapacidad intelectual (Verdugo 1998).

- *Desarrollo motor.* Desarrollo motor por debajo de sus pares, desequilibrio de estatura/peso, escaso dominio de la funcionalidad de su cuerpo, reducida habilidad psicomotriz, escasa habilidad manual, dificultad en coordinación: ojo, mano, oreja, pie, posible afectación de otros órganos como vista y oído.
- *Desarrollo cognitivo.* Curiosidad superficial, capacidad de atención reducida y con tendencia a la dispersión, déficit perceptivo, entendido como aprehensión de la información; déficit de memoria, no utiliza de forma espontánea estrategias de aprendizaje y retención, dificultad en el procesamiento de la información.
- *Desarrollo Lingüístico.* El desarrollo es parecido al de los demás, aunque con aparición más tardía y con más dificultades articulatorias conforme desciende el coeficiente intelectual. Así pues, para Tomás y Pérez (2005) la habilidad lingüística puede variar entre la ausencia total del habla, la utilización de algunas palabras aisladas, la emisión de frases cortas con falta de coordinación y la producción de frases de construcción normal con vocabulario

reducido pero con buena capacidad lectora y dificultades en la construcción lingüística lo que repercute en la utilización de expresiones concretas.

- *Desarrollo personal.* El individuo con discapacidad posee un bajo auto concepto y autoestima, dispone de un historial de fracasos, posible ansiedad, generalmente inducida por el entorno; problemas de afectividad, cambios de humor, insuficiente autocontrol y auto cuidado; hiperactividad, posibles problemas de personalidad a veces como reacción a situaciones conflictivas y falta de creatividad.
- *Desarrollo social.* Conocimiento social limitado, aislamiento, reducida participación en relaciones sociales, tales como juegos, actividades de estudio, trabajo, relación con sexo opuesto.

Para finalizar hay que señalar que el daño más notorio que ocasiona la discapacidad intelectual se encuentra en el desarrollo cognitivo, lo que implica daños subsecuente en diferentes capacidades. Por otro lado, es importante localizar si la discapacidad es leve, moderada, grave o profunda porque de ello dependerá los apoyos que necesite cada persona, además la estimulación que reciba de su ambiente familiar como en el escolar, ayudarán a la adquisición de dichas habilidades para lograr su funcionamiento y participación en las actividades sociales.

Discapacidad Visual

Definición

Morales (2012) considera a las personas con discapacidad visual como aquellas que presentan pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos. Para el Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010) define la discapacidad visual como “una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial” (p.16). La cual implica tomar en cuenta la agudeza visual y el campo visual. La agudeza visual es la capacidad de un sujeto para percibir con claridad y nitidez la forma y la figura de los objetos a determinada distancia. El campo visual es lo que abarca la mirada al dirigirse a un punto fijo que incluyen los objetos que nuestra vista alcanza.

Por último para la Dirección General de Educación Especial (2012) la Discapacidad visual está relacionada con una deficiencia del sistema de la visión que afecta la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, afectando la capacidad de una persona para ver.

Etiología

A continuación se citan las causas por las que se puede obtener la discapacidad visual de acuerdo al momento de adquisición de la persona.

a) *Causas genéticas.* Enfermedades autosómicas, albinismo (carencia de pigmento), aniridia (ausencia o atrofia del iris), atrofia del nervio óptico (degeneración nerviosa), coloboma (deformaciones del ojo), glaucoma congénito, miopía degenerativa, retinitis pigmentaria (pérdida pigmentaria de la retina) cataratas congénitas, desprendimiento de retina (Dirección general de Educación Indígena, 2012).

b) *Factores Prenatales.* Algunos problemas son enfermedades virales de la madre como sarampión, varicela, rubeola, sífilis, infecciones intrauterinas: toxoplasma, citomegalo y traumatismos a la madre durante el embarazo (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).

c) *Factores Perinatales.* Las lesiones ocurren durante el momento del nacimiento como son la hipoxia, debido a la falta de oxígeno, gonorrea contagiada por la madre durante el parto debido a que infecta los ojos del recién nacido, traumatismo del parto, estrabismo, desprendimiento de la retina y retinopatía del prematuro, la cual es una alteración proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina que afecta especialmente al recién nacido de muy bajo peso (<1500 gramos) y de acuerdo a su severidad puede provocar daño visual severo.

d) *Factores Postnatales.* Traumatismo ocular severo, sarampión, tracoma, queratitis, queratomalacia; durante la edad adulta degeneración muscular, desprendimiento de la retina, enfermedades y accidentes. La Organización Mundial de la Salud (2014), reporta que las principales enfermedades por las que se adquiere discapacidad visual son las siguientes: cataratas, glaucoma, leucoma corneal,

retinopatía diabética, atrofia óptica, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, diabetes, hipertensión, meningitis. También se reporta a las cataratas como la causa de la mayoría de los casos de ceguera.

Clasificación

Con las anteriores definiciones se da paso a la clasificación que se da dentro de dicha discapacidad. La organización Mundial de la Salud (2014) con arreglo de la Clasificación Internacional de Enfermedades divide la función visual en cuatro niveles:

- Visión normal
- Discapacidad visual moderada
- Discapacidad visual grave
- Ceguera.

Visión Normal (20/20 visión óptima)

Una persona con visión normal es aquella que tiene un buen funcionamiento de su sistema visual, es decir que todos sus elementos, funciones o procesos se encuentren trabajando adecuadamente. Se presenta cuando la luz es enfocada directamente sobre la retina a través de la córnea y el cristalino, no al frente ni detrás de ella, permitiendo ver los objetos claramente estando cerca o lejos (Miñambres, 2004).

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término baja visión; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual. Con ello algunas de las cifras proporcionadas por la OMS (2014) indican que en el mundo hay aproximadamente 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegas y 246 millones presentan baja visión.

Baja Visión (hasta agudeza visual de 6/18)

La baja visión disminuye la agudeza visual de la persona, es decir ven significativamente menos que aquellas personas que tienen una visión normal. En

algunos casos la baja visión no es una condición que limite a quien la padece en su capacidad de desplazarse, sin embargo estas personas ven o distinguen con gran dificultad los objetos a una distancia muy corta, aunque utilicen lentes o anteojos; asimismo, requieren de apoyos específicos para desplazarse, leer o reconocer, como lupas, bastón blanco, contrastes de color, binoculares, pantallas amplificadoras y textos en macrotipo (Dirección general de Educación Indígena, 2012).

Ceguera (agudeza visual menor a 20/200).

Una persona con ceguera es aquella donde su percepción de imágenes se ve reducida en ocasiones a una mínima percepción de luz es decir, puede ser capaz de distinguir entre luz y oscuridad pero no la forma de los objetos impidiendo que la persona ciega reciba información visual del mundo que le rodea (Dirección General de Educación Especial, 2012). Las personas con ceguera requieren de apoyos específicos tales como textos en el sistema braille, bastón y perro guía. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) citado en Dirección General de Educación Indígena (2012) considera ceguera a la falta del sentido de la vista que impide a una persona valerse por sí misma en actividades en las que es indispensable ese sentido.

Impacto en el desarrollo

Como ya se mencionó la discapacidad visual no es igual para todas las personas, existen grados que van delimitando las actividades que puede o no puede realizar en su entorno. Dentro estas dificultades García (2010) menciona las dificultades que presentan en diferentes áreas del desarrollo.

- *Desarrollo motor.* En este aspecto la motricidad de la persona evoluciona conforme a su maduración neurológica, sin embargo la ausencia de la visión puede repercutir en el miedo a desplazarse de un lugar a otro debido a la inseguridad que siente al no conocer el entorno. Otras dificultades que pueden presentarse son ausencia de la información del espacio que los rodea, la organización del esquema corporal, el proceso de lateralización, anomalías en la marcha, desorientación espacial y expresión facial limitada (gestos),

además de defectos de postura como resultado de un equilibrio pobre y de un tono muscular reducido como por ejemplo: la cabeza la inclinan hacia un lado o hacia delante, los hombros los mantienen caídos, o uno más alto y los pies se encuentran vueltos hacia fuera o tienen una amplia base de sustentación.

- *Desarrollo cognitivo.* Para esta población la forma en que conocen el mundo exterior es a través de otro canal, por lo que sustituyen la información visual por la auditiva o táctil. La percepción táctil genera un procesamiento de la información lento y analítico que requiere contacto directo con la realidad con lo cual se verán limitados debido a que no siempre las percepciones táctiles que implican el contacto directo con el objeto son posibles debido al tamaño, forma o fragilidad de los objetos.
- *Desarrollo Lingüístico.* Algunas de las dificultades que las personas con discapacidad visual presentan al desarrollar el lenguaje son las siguientes (López, 2004):
 1. Es habitual que el lenguaje aparezca más tarde, debido a la ausencia de información visual y a la falta de experiencias en el proceso de atribuir nombres y significados a los objetos. El estadio de imitación se prolonga por más tiempo, debido a que repite algunas palabras sin conocer el significado.
 2. Al nombrar un objeto que no conoce tiene que verse inmerso ante estímulos y experiencias que lo ayuden a entender y asociar el objeto, por tanto debe integrar características manuales, táctiles y acústicas antes de poder atribuir un nombre a los objetos, o a las personas que le rodean. Además no siempre el significado que da a los objetos coincide con el significado de las personas videntes.
 3. En ambientes poco conocidos suelen centrarse más en la discriminación de estímulos auditivos, táctiles u olfativos, que en el habla.
 4. Con frecuencia aparece el verbalismo que se refiere a la utilización de términos vacíos de contenido experiencial que usan porque los han oído, pero que realmente no conocen.

5. Se prolonga el uso de la 3° persona, lo que puede explicarse por la dificultad que tienen para distinguir su individualidad del entorno.
 6. Los padres pueden entorpecer el proceso de adquisición de lenguaje al interpretar o anticiparse a los deseos del niño antes de que él mismo lo exprese.
 7. Las tareas relacionadas con la lectura y escritura se aprenderán de manera diferente (ampliaciones o braille), además que el tiempo de adquisición será mayor al de una persona sin discapacidad.
- *Desarrollo personal.* La discapacidad visual actúa como un factor de estrés, sobre todo en situaciones donde la persona no pueda ejercer un control sobre su ambiente, debido a esto su autonomía se verá afectada al no poder realizar ciertas actividades como el desplazamiento en contextos que no conozca y depender de un tercero.
 - *Desarrollo social.* Son frecuentes el déficit en habilidades sociales y retraimiento en las relaciones con los compañeros, se observa mayor pasividad y mayor dependencia. Además la persona ciega demanda mayor proximidad física con los objetos y con las personas, sin embargo al paso del tiempo estas conductas de aproximación son consideradas socialmente inadecuadas.

Considerando dichos aspectos, la discapacidad visual esta originada por alguna afectación en el órgano del ojo, lo cual repercutirá de manera diferente a las personas, debido a que pueden perder totalmente la vista o tener baja visión. Sin embargo el desarrollo de las personas dependerá de las interacciones que tengan con su entorno, y conforme la acumulación de experiencias las conductas se irán complejizando paralelamente al crecimiento. También hay que recalcar que las personas con discapacidad visual describen su alrededor a través del uso de sonidos, olores, texturas debido a que la información es asimilada por otros medios. Así mismo son múltiples las causas por las que se puede adquirir esta discapacidad, sin embargo el alto índice de enfermedades crónicas en el país puede aumentar su aparición.

Discapacidad Auditiva

Definición

Cuando se habla de discapacidad auditiva es importante señalar que no es lo mismo que la sordera, esta es parte de una clasificación que de acuerdo a la lesión presentada por la persona se determinara el grado de audición que tiene, por lo tanto no todas las personas denominadas sordas no escuchan nada. La discapacidad auditiva aparece como invisible, ya que no presenta características físicas evidentes, haciéndose notoria por el uso de algún dispositivo, por el tono de voz que en muchos casos es diferente al de la gente, o por la lengua de señas que utilizan (Jiménez & López, 2009).

Para la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2011), en su artículo 2 fracción VI, define a la persona sorda como: “aquella que tiene alguna deficiencia del sentido auditivo que le limita a sostener una comunicación y socialización regular y fluida en lengua oral y reconoce tres grupos de sordos: los sordos señantes, los hablantes y los semilingües” (p.6).

Los sordos señantes son aquellas personas que nacen y se identifican dentro de la cultura sorda, adoptando la lengua de señas como primera lengua. Las personas hablantes son aquellas que perdieron la audición después de haber aprendido la lengua oral, por lo que hacen un esfuerzo por mantenerse dentro de la comunidad oyente. Por último las personas semilingües son aquellas que no han aprendido ninguna lengua debido a que quedaron sordas antes de consolidar el lenguaje oral, y que no han tenido acceso al aprendizaje de lengua de señas (Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2011).

Otra definición es la que proporciona Martínez (2015), donde indica que es una deficiencia sensorial que impide a una persona recibir el estímulo de un sonido en todas o casi todas sus formas, y como condición los sonidos receptibles carecen de significado en la vida cotidiana. Por lo que una persona sorda no es capaz de utilizar su oído para comprender el habla, aunque puede percibir algunos sonidos.

Clasificación

La forma en que captamos los sonidos es a través del órgano del oído que se encuentra situado en la porción petrosa del hueso temporal, y se compone de tres partes: El oído externo (Pabellón auditivo y conducto auditivo externo), el oído medio (caja del tímpano, mastoides y trompas de Eustaquio) y el oído interno (Vestíbulo membranoso, conductos semicirculares y el caracol). Cuando una de las partes del oído se ve afectada, es cuando se dan los diferentes niveles de discapacidad auditiva (Martínez, 2015). Esta breve descripción es la que a continuación permitirá abordar la clasificación de la discapacidad auditiva.

De acuerdo con el lugar de la lesión, las pérdidas auditivas se clasifican del siguiente modo: conducción, neurosensorial, mixta y central. Cualquiera de ellas se puede presentar de un solo lado, o bilateral (Deweese, 1974 como se citó Rojas, 2014). La *sordera de conducción*: se produce por enfermedades u obstrucciones del oído medio o externo y no suele ser grave, por lo que puede mejorar con ayuda de audífonos y con tratamiento médico o quirúrgico. La *sordera neurosensorial*: se produce por una lesión de las células sensitivas o de las terminaciones nerviosas del oído interno, puede ser desde leve hasta grave. La *sordera mixta*: Se produce por problemas tanto en el oído externo o medio como en el interno.

Dentro de la discapacidad auditiva existe otra categorización de acuerdo al grado de pérdida auditiva, la cual se calcula a través de pruebas llamadas audiometrías. Estas se basan en la respuesta de las personas ante la percepción de diferentes señales sonoras emitidas y controladas por el evaluador. Con ello la intensidad del sonido es medida en decibelios (dB). Una vez obtenido el nivel de audición de una persona se clasifica de la siguiente forma (Rojas, 2014):

- Audición normal (Hasta 20 dB). No existe ningún problema para oír o entender.
- Pérdida de audición mediana. (Hasta 26-45 dB). Tienen algunos problemas para escuchar y entender si les hablan a cierta distancia o en tono bajo, tienen dificultades al escuchar conversaciones con mucho ruido.

- Pérdida de audición moderada. (46-65 dB). Presentan problemas al escuchar una conversación aunque no haya ruido de fondo.
- Pérdida de audición severa. (66-85 dB). Tienen dificultades para escuchar siempre y solo escuchan si se les habla muy alto y cerca.
- Pérdida de audición profunda. (Más de 85 dB). No oyen aun que se les grite o haya ruidos muy fuertes cerca de ella.

Etiología

Según la Organización Mundial de la Salud (2015) las causas de la discapacidad auditiva se pueden dividir en dos:

1. Congénitas (desde el nacimiento). Engloban los factores hereditarios y no hereditarios, así como las complicaciones durante el embarazo y el parto como son: bajo peso al nacer, rubeola materna, sífilis u otras infecciones de la madre, asfixia del parto, uso inadecuado de ciertos medicamentos como aminoglucósidos e ictericia grave durante el periodo neonatal, que puede lesionar el nervio auditivo del recién nacido.
2. Adquiridas (Después del nacimiento). Por enfermedades infecciosas como meningitis, sarampión y la parotiditis; por infección crónica del oído y la presencia de líquido en el oído; el uso de algunos medicamentos como antibióticos y antipalúdicos; traumatismos craneoencefálicos o de los oídos; exposición al ruido excesivo, por ejemplo en los trabajos donde la maquinaria es muy ruidosa, así como bailes, conciertos; el envejecimiento y la obstrucción del conducto auditivo ocasionada por cerumen o cuerpos extraños.

Impacto en el desarrollo

Como ya se mencionó anteriormente, la discapacidad afectará de manera diferente las distintas áreas en que la persona se desarrolla, por ende se da una descripción de las dificultades que se pueden presentar (Martínez, 2015).

- *Desarrollo motor.* Algunas personas que presentan lesiones del oído interno, tienen alteraciones del aparato vestibular, por lo que se producen problemas de equilibrio como por ejemplo: dificultades en la coordinación general y caminar

hacia adelante, hacia atrás, dar varios saltos seguidos y saltar con un pie (Jiménez y López, 2009).

- *Desarrollo cognitivo.* En los primeros años de vida del niño sordo no se ha localizado algún retraso en su desarrollo cognitivo, como muestra de esto se encuentran los bebés sordos que nacen en familias sordas los cuales comienzan el aprendizaje en lenguaje de signos a temprana edad, lo que indica que no es la capacidad de simbolizar la que se encuentra afectada, sino la adquisición de la forma verbal. No obstante se ha constatado cierto retraso en el desarrollo cognitivo en etapas posteriores, ocasionado por la simplificación de la comunicación del niño sordo, es decir las madres realizan adaptaciones cognitivas excesivas y simplifican la complejidad de ideas que transmiten produciendo una deficiencia experiencial (Santiago, Rodríguez, Santana & González, 1995). Respecto a este punto la discapacidad repercute en la escasa información que reciben; además experimentan dificultades al trabajar con aspectos abstractos por lo que tienen un pensamiento más concreto vinculado a lo que pueden percibir directamente. Estos problemas pueden vincularse a la ausencia de un código de comunicación adecuado y disponible desde los primeros años, incluyendo las interacciones empobrecidas y simples.
- *Desarrollo lingüístico.* Las consecuencias que las personas tendrán en esta área dependerán del grado y tipo de déficit auditivo, de la modalidad comunicativa que reciba el niño (oral, signada, bimodal, comunicación total), la edad de inicio en la estimulación lingüística, el nivel de interacciones en su entorno social, y el tipo de programas para su estimulación etc. Sin embargo siempre suele presentarse un cierto retraso a nivel lingüístico y verbal (Santiago, et al., 1995). Por ejemplo en una pérdida inferior a 30 dB se muestran en la lectoescritura dislalias y digrafías, además repercutirá en la capacidad de atención y en la percepción de voces emitidas a distancias largas. Una pérdida entre 30 y 45 dB dificultara la comunicación en ambientes ruidosos, conversaciones de grupo, añadiendo un retraso general de lenguaje

y habla. Entre 45 y 60 dB aparecen dificultades fonoarticulatorias y las funciones declarativas, explicativas e interrogativas aparecen tardíamente.

En una conversación también se ve afectada la persona sorda debido a que las personas oyentes al hablar utilizan la atención dividida, es decir poner atención al mismo tiempo al referente presente y al objeto del que se habla, por ejemplo en el caso del niño sordo, si está mirando un objeto alejado de la cara del adulto y éste hace comentarios sobre el objeto al mismo tiempo, el niño no percibe los comentarios, debido a que su atención se encontraba en el objeto.

- *Desarrollo social.* En cuanto a las interacciones que la persona sorda puede tener, se ve reflejada la dificultad de comprensión del habla de otras personas, habilidades limitadas del lenguaje hablado, frustración de los padres al querer comunicarse con su hijo, el desconocimiento y del porqué de las normas y valores, la limitación de la capacidad de la persona para comunicarse con los demás, el acceso restringido a los servicios educativos y de salud.

No cabe duda que para una persona con discapacidad auditiva existen diferentes barreras que pueden afectar su desarrollo, la principal es la forma en que se comunican con el mundo, es decir las personas sordas tiene un medio de comunicación (Lengua de Señas Mexicana) aunque, si la persona nace con padres oyentes la forma de comunicación se verá alterada debido a que los padres desconocen la lengua, lo que los obligará a aprenderla o delegar esta responsabilidad. También hay que destacar que si bien no existe ningún daño a nivel cognitivo, las experiencias que reciban, la estimulación y la educación repercutirán en la forma en que entiendan los sucesos y se desarrollen en el mundo.

Discapacidad motriz

Definición

La discapacidad motriz hace referencia a una alteración de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado las funciones de desplazamiento y manipulación, bucofonatorias o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social (Pérez & Garaigordobil, 2007).

Esta discapacidad no afecta a todas las personas de la misma manera, al igual que no siempre se presentan las mismas características. Algunas personas pueden presentar poco control de la postura, pobre dominio de los movimientos, imprecisión en la ejecución de las actividades manuales, falta de fuerza para llevar a cabo una tarea, dificultad para articular el habla (Consejo Nacional de Fomento educativo, 2010)

Peñafiel (2005) entiende como deficiencia motora a aquellas alteraciones o deficiencias orgánicas del aparato motor o de su funcionamiento que afectan al sistema óseo, articulaciones, nervios y músculos, por lo que la persona se encuentra en desventaja en su aparato motor en relación a la demás población.

Clasificación

Las dificultades que presenta una persona con discapacidad motriz pueden ser muy variadas y se clasifican de la siguiente manera (Pérez & Garaigordobil, 2007):

1. De acuerdo a los músculos afectados (topografía).
 - Paraplejia (afectación de dos miembros, superiores o inferiores).
 - Hemiplejias (Afectación de dos miembros de un lado u otro del cuerpo).
 - Diplejías (Afectación indistinta de dos miembros cualesquiera, superiores o inferiores).
 - Monoplejia (afectación de un solo miembro).

2. Al momento de Aparición
 - Prenatales. Se pueden presentar malformaciones congénitas, luxación congénita de cadera.
 - Perinatales. Cuando existe alguna enfermedad motriz cerebral.
 - Postnatales. Distrofia muscular progresiva de Duchenne, afecciones craneocefálicas, traumatismos craneo encefálicos vertebrales, tumores, etc.

3. En función de su origen
 - Cerebral. Incluye parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos, tumores, accidentes cerebro vasculares.

-Espinal. Poliomielitis, espina bífida, lesiones medulares degenerativas, traumatismo medular.

-Muscular. Miopatías (distrofias musculares).

-Óseo articulario. Malformaciones congénitas (amputaciones, luxaciones), microbianas (osteomielitis aguda, tuberculosis) y reumatismos infantiles.

4. A las características del movimiento.

-Espasticidad. Tono muscular excesivo

-Hipotonía. Disminución del tono muscular

-Distonía (alteraciones del tono muscular caracterizado por espasmos de contracción intermitente).

5. La severidad del compromiso funcional

-Leve (30% de compromiso funcional): logra caminar solo, logra independencia en las actividades de la vida diaria, lenguaje normal. Coeficiente Intelectual normal o déficit cognitivo en los distintos grados. Se integra a la vida normal sin mayores tratamientos.

-Moderado (entre un 30 y un 50 % de compromiso funcional): Necesita ciertas ayudas técnicas para lograr independencia en marcha y actividades de la vida diaria. Hay ciertos problemas de comunicación y un CI de normal a déficit cognitivo leve a moderado. Requiere de diferentes tratamientos para integrarse a la vida normal.

-Severo (entre un 50 y un 70 % de compromiso funcional): sus impedimentos motores, intelectuales y/o sensoriales le impiden alcanzar una independencia total en autocuidado. Su integración social es parcial.

-Grave (entre un 70 y un 100% de compromiso funcional): el compromiso es máximo y en todas las áreas de desarrollo, con escasa conexión ambiental y

severos problemas asociados. No hay mayores posibilidades de integración a nivel social.

Dentro de la discapacidad motriz las más representativas son la parálisis cerebral y la espina bífida. La primera se debe a una alteración neurológica de carácter permanente pero no progresiva que se produce durante la formación del cerebro que puede incluir aumento o disminución del tono en determinados grupos musculares, alteraciones de la postura y/o equilibrio. La segunda se caracteriza por un déficit o desarrollo incompleto del cierre del canal óseo de la columna vertebral que se da en los primeros momentos del desarrollo embrionario, es decir es el proceso donde las vértebras comienzan a cerrarse. El grado de afectación dependerá de la altura en que la medula quede dañada (Hurtado et. al, 2010). Como se puede ver anteriormente existen muchas formas de clasificar la discapacidad motriz, lo cual ayuda a tener un mayor registro de las personas que la presentan..

Etiología

La adquisición de la discapacidad se puede dividir en tres momentos según El Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010):

a) Prenatales. Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés (por convulsiones maternas), por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé, infecciones o presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, triates, etcétera).

b) Perinatales. Nacimiento prematuro (antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el sistema nervioso central o hemorragia cerebral.

c) Posnatales. Se debe principalmente a golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central, accidentes.

Impacto en el desarrollo

Pérez y Garaigordobil (2007), Hurtado, et al. (2010) y Peñafiel (2005) indican una descripción acerca de la afectación que la discapacidad puede tener en diferentes áreas de su vida para esta población.

- *Desarrollo motor.* Alteraciones en el tono muscular que repercutirá en la postura y la ejecución de movimientos, lo que afectara en la manera en que la persona conocerá el mundo.
- *Desarrollo físico.* Problemas en el control de vejiga e intestino, infecciones del tracto urinario y del riñón, deterioro renal permanente, aparición de ulceraciones en la piel por inmovilidad, contracturas musculares etc.
- *Desarrollo cognitivo.* Se pueden presentar problemas de atención y concentración, además de la falta de exploración del ambiente a causa de la discapacidad.
- *Desarrollo lingüístico.* Se presentan dificultades para la expresión oral que dependerá del tipo de parálisis y grado de afectación, por ejemplo problemas auditivos, incoordinación de los músculos fono articulatorios y arritmia respiratoria. Al comenzar la adquisición previa al desarrollo del lenguaje también se puede observar un retraso en las siguientes conductas: beber, tragar, masticar, balbucear, espasmos en los órganos encargados de la respiración (Pérez & Garaigordobil, 2007).
- *Desarrollo social.* La discapacidad motora se puede presentar en diversos grados, el más severo impide el movimiento y desplazamiento en forma independiente lo que ocasiona el aislamiento de la persona de sus pares y de su comunidad, por lo que pierden la oportunidad de adquirir experiencias y conocimientos. Esto puede deberse a la forma en que los padres los protegen donde los llegan a privar de la exploración espontánea de su cuerpo, en el entorno social y físico.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la información presentada anteriormente la discapacidad se ha entendido de diversas formas a lo largo de la historia, se ha indicado que durante la edad Antigua predominaba el homicidio a niños y personas que padecían algún defecto físico, con ello también se puede notar que su percepción hacia ellos era de inferioridad, al ser incapaces de valerse por sí mismos, por lo que se convertían en una carga para las demás personas con las que vivían, dando un gran peso al concepto de funcionalidad en términos de lo que podían ofrecer a la sociedad. Posteriormente el panorama cambio, ya no eran privados de su vida, sin embargo recibían un trato inferior al de una persona considerada “normal”. No es hasta finales del siglo pasado que comienza la lucha por el reconocimiento de sus derechos y se realizan acuerdos para que las personas con discapacidad tengan los mismos derechos y oportunidades que la población sin discapacidad, en ambientes escolares, laborales, sociales y sexuales.

En cuanto a la definición del concepto de discapacidad actual a diferencia del pasado, ahora hace referencia a la participación del ambiente, el cual tiene gran repercusión sobre la funcionalidad de la persona con discapacidad, ya que en gran medida su inclusión dependerá de las barreras que impidan la participación o por el contrario que le ayuden. Es así que, el apoyo que las personas con discapacidad reciben para su desarrollo es fundamental para su integración y participación social.

Por último se explicó, la definición, clasificación, etiología e impacto de la discapacidad en el desarrollo del individuo de las cuatro discapacidades (intelectual, visual, auditiva y motriz) especificando que el grado de afectación dependerá del momento en que se adquiera, de los apoyos y condiciones que se le den a la persona, de la evolución de la discapacidad, la presencia o no de otros síndromes asociados, del pronóstico etc. Pese a ello hay que señalar que hay discapacidades que afectan mayormente a ciertas áreas del desarrollo, por ejemplo la discapacidad intelectual al igual que la motriz (en ciertos casos) se ve comprometido el desarrollo cognitivo a diferencia de la discapacidad auditiva y visual, que si bien también presentan características propias, el daño que estas implican repercutirán más en la

forma en que se adquiere el proceso de la comunicación e información. Al respecto otra área que se ve comprometida dentro de las discapacidades presentadas es el desarrollo sexual, el cual se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el capítulo anterior se presentó un análisis del concepto discapacidad a través del tiempo hasta llegar a la actualidad, además se explicó cómo la discapacidad puede afectar distintas áreas del desarrollo. No obstante se ha dejado pendiente el desarrollo sexual, que a menudo pasa por alto al creer que esta población es asexual o que se trata de un tema menos importante para ellos. En este capítulo se presenta el concepto de sexualidad, los principales mitos que la sociedad ha construido en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad y por último, se abordan los problemas de salud a los que están expuestos, principalmente por la falta de educación sexual que se les brinda.

Concepto de sexualidad

La sexualidad es un concepto amplio que se va construyendo a partir de las relaciones con los otros, en primera instancia con la familia, amigos incluyendo la sociedad y la cultura en la que se vive. A partir de esta interacción se adoptan valores, creencias, mitos, actitudes etc. que reflejarán la manera en que cada persona vivirá su sexualidad. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (2006) la sexualidad es:

“Un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (pp.5)

A partir de esta definición es posible establecer que la sexualidad implica diferentes componentes que muy pocas veces se conocen o toman en cuenta, creyendo que no tienen ninguna relación. La sexualidad comienza desde el momento en que se nace, al tener características biológicas que definen a las personas como hombres o mujeres. Posteriormente al crecer se da paso a nuevos procesos; por ejemplo el comportarse de acuerdo al sexo (roles de género), el descubrir la orientación sexual, al crear vínculos afectivos con la familia, amigos y pareja, dar paso al placer, la intimidad, los cuales pueden considerar o no la reproducción. Todos estos aspectos son en conjunto lo que construyen la sexualidad de una persona.

Ahora bien, para vivir plenamente la sexualidad, fue proclamada la Declaración Universal de los Derechos Sexuales de las Personas, en el XIII Congreso Mundial de Sexología, en Valencia, España en 1997, donde posteriormente fue aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología [WAS], el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, efectuado en Hong Kong, República Popular China. En esta declaración se construye y promueve el concepto de derechos sexuales, haciendo referencia a que todas las personas, sin importar su edad, identidad de género, orientación sexual y otras características, tienen el derecho a decidir sobre su propia reproducción y sexualidad, en el respeto a los demás; todo ello para el disfrute y goce de una mejor calidad de vida (Asociación Mundial para la Salud sexual [WAS], 2014).

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos reproductivos reconocen la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria sin riesgos, el poder procrear y la libertad para decidir hacerlo o no al igual que la frecuencia. Reconocen también el derecho a obtener información sobre planificación familiar, así como de métodos anticonceptivos para la regulación de la fecundidad. Además incluye el derecho a los servicios adecuados para la atención de embarazos y partos sin riesgos, para aumentar la probabilidad de tener hijos sanos (Ahumada y Kowalski, 2006).

Los derechos sexuales pretenden garantizar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad. A continuación se enmarcan los derechos sexuales y reproductivos establecidos por la WAS (2014):

1. Derecho a la igualdad y a la no-discriminación sexual, sin ningún tipo de distinción ante las diversas condiciones de la persona (raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, opinión política etc.).
2. Derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
3. Derecho a la autonomía e integridad del cuerpo, donde toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y sexualidad, incluyendo la elección de comportamientos, prácticas, parejas y relaciones interpersonales con el debido respeto a los derechos de los demás.
4. Derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes, que incluyen prácticas tradicionales dañinas como la esterilización forzada, la anticoncepción o abortos forzados.
5. Derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.
6. Derecho a la privacidad sexual, al decidir que conductas realizar en la intimidad, siempre y cuando no se afecten los derechos de otros.
7. Derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras, requiriendo de servicios de atención a la salud sexual de calidad, accesible y aceptable, con el fin de brindar prevención y tratamiento respecto a la sexualidad.
8. Derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten en relación con la sexualidad y salud sexual.
9. Derecho a la información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes.
10. Derecho a la educación sexual integral, apropiada a la edad, científicamente correcta, y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

11. Derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12. Derecho a la toma de decisiones reproductivas, al elegir cuantos hijos tener, en que momento tenerlos, así como conocer los diversos métodos anticonceptivos.
13. Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad.
14. Derecho a la libre asociación y reuniones pacíficas para protestar o difundir sus ideas con respecto a la sexualidad.
15. Derecho al acceso a la justicia y a la retribución e indemnización por violaciones a sus derechos sexuales.

Como ya se mencionó los derechos sexuales y reproductivos son un derecho que poseen todas las personas incluyendo las personas con discapacidad. Para ello existen documentos oficiales como la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006) y el Programa Nacional para el desarrollo de las personas con discapacidad (2009-2012) realizadas con el propósito de dejar atrás las prácticas discriminatorias que sufre esta población, y contribuir al desarrollo integral e inclusión plena de las personas con discapacidad y sus familiares en la vida social, política y productiva del país con absoluto respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales para proveer igualdad de oportunidades y que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

No está de más señalar algunos puntos relevantes de la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006) y del Programa Nacional para el desarrollo de las personas con discapacidad (2009-2012) que protegen y respaldan la sexualidad de esta población:

Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006):

1. La convención requiere que los países identifiquen y eliminen los obstáculos y las barreras y aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a

su entorno, al transporte, a las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones.

2. Las personas con discapacidad tienen la opción de vivir en forma independiente, de pertenecer a una comunidad y elegir dónde y con quién vivir. Lo que incluye el acceso a servicios de apoyo en el hogar, en residencias y en la comunidad (Artículo 19).

3. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos y responsabilidad con respecto a la tutela (Artículo 23).

4. Para que las personas con discapacidad logren su independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, empleo y la educación (Artículo 26).

5. Los países deben promover el acceso a la información, proporcionando la información prevista para el público en general en formatos y tecnologías accesibles, facilitando el uso del Braille, el lenguaje por señas y otras formas de comunicación y alentando a los medios de comunicación y a los proveedores de Internet a ofrecer información en línea en formatos accesibles (Artículo 21).

6. Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad (Artículo 17), garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada (Artículo 15).

Programa Nacional para el desarrollo de las personas con discapacidad (2009-2012):

En la sección de Mejorar la calidad y calidez de los servicios de atención integral, habilitación y rehabilitación que se proporcionan a personas con discapacidad, se menciona que tienen derecho a recibir servicios de salud integrales apropiados a sus características y necesidades particulares con los mayores estándares de calidad posibles, incluidos los de salud sexual y reproductiva:

Apartado 3.4.6:

Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad incluyendo información y educación sobre el ejercicio de la sexualidad, VIH/SIDA, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión.

En síntesis, estos son algunos de los derechos que las personas con discapacidad tienen respecto a su sexualidad, no obstante en México son pocas las acciones que se han desarrollado para implementar dichos acuerdos, por lo que la realidad no es la misma que mencionan las leyes, ya que el derecho a una educación sexual se ve limitado por diversos factores como la falta de recursos y materiales didácticos particulares a cada discapacidad. De ahí la necesidad de abordar el siguiente tema: Educación sexual.

Educación sexual

La educación sexual es un proceso mediante el cual se adquieren de manera formal o informal conocimientos, actitudes, valores respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Cardinal, 2005). Es un medio esencial para que las personas tomen decisiones informadas sobre su sexualidad y reproductividad, por tanto para que la educación sexual sea eficaz, las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la cultura (UNESCO) mencionan que debe ser integral y como mínimo incluir información sobre anatomía y fisiología, identidad de género, sentimientos sexuales, la pubertad, la abstinencia, el embarazo, e infecciones de transmisión sexual. Asimismo debe estar basada en los derechos sexuales y reproductivos,

promoviendo la adquisición de información precisa, la promoción de valores y actitudes positivas (International Disability Alliance the Center For Reproductive Rights, 2015).

A pesar de las recomendaciones que realizan las instituciones al hablar sobre educación sexual, en población sin discapacidad, se siguen presentando casos donde solo se promueve la abstinencia, lo cual crea barreras y dudas en los jóvenes al no proporcionarles la información necesaria para ejercer su sexualidad. Esto puede deberse a los mitos que la sociedad y los padres tienen al creer que si les hablan de sexo a los jóvenes, los animaran a tener relaciones sexuales. Contrariamente existe evidencia científica que demuestra que los programas de educación sexual ayudan a retrasar el inicio de la primera relación sexual, a reducir la frecuencia de la actividad sexual, a reducir el número de parejas sexuales, aumentar el uso del condón y anticonceptivos (Advocates for Youth, 2009). La educación sexual proporciona a los jóvenes las herramientas necesarias para protegerse y ejercer plenamente una sexualidad saludable, sin embargo esta no llega a los jóvenes sin discapacidad y es aún más complicado que sus destinatarios sean los jóvenes con algún tipo de discapacidad.

Sexualidad y Discapacidad

A pesar de los esfuerzos que en México se han realizado para educar sexualmente a la población, se siguen encontrando barreras como tabús o mitos que impiden hablar libremente sobre dichos temas. Desde luego hablar de discapacidad y sexualidad resulta aún más complejo a causa de que los padres, la sociedad e incluso los profesionales se dedican exclusivamente a atender las afectaciones ocasionadas por la discapacidad dejando fuera el desarrollo sexual de las personas con quienes trabajan.

Durante mucho tiempo se ha creído que las personas con discapacidad no deben disfrutar de su sexualidad. No obstante esta población manifiesta emociones e impulsos sexuales como todos, con la única diferencia de que sus dificultades, dependiendo el grado y tipo de discapacidad pueden llegar a repercutir en como vivan su sexualidad. Con ello la sociedad ha creado mitos que entorpecen, que se

les brinde la información adecuada. A partir de esto en la tabla 1 se presentan algunos mitos que giran en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad (García, 2009; Rivera, 2008; Castillo, 2010).

Tabla 1

Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

Mitos	Verdad
1. Las personas con discapacidad no son sexuadas.	El ser humano es un ser sexuado desde que nace, por lo que no se reduce al deseo sexual, sino abarca a la persona en todos sus aspectos (biológicos, psicológicos, sexuales etc.).
2.No pueden mantener una relación sexual	A menos que la discapacidad este afectado directamente los órganos sexuales, y dependiendo de la extensión del daño se pueden presentar dificultad para la erección y disminución en la eyaculación, o en la lubricación en las mujeres.
3. El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.	Cualquier persona tiene la capacidad de producir placer a pesar de las limitaciones que pueda tener, además el placer no solo se obtiene de los órganos sexuales, este puede originarse de otras maneras.
4. Las personas con discapacidad son y serán como niños toda la vida.	Muchos padres creen esta idea, debido a que los sobreprotegen e impiden su independencia al realizar todas las tareas por ellos, incluyendo no dejarlos salir por temor a que se hagan daño. Por tanto descartan la idea de que sus hijos puedan tener relaciones sexuales, sin embargo las personas con discapacidad pueden vivir su sexualidad de distintas maneras.
5. Pueden transmitir genéticamente la enfermedad.	Esta idea sería afirmar que el origen de la discapacidad siempre es genético, cuando el origen se ha comprobado científicamente que se debe a múltiples causas.
6. La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es mediante el coito.	Se tiende a vincular la sexualidad con genitalidad y el coito, sin embargo existen otras manifestaciones de la sexualidad como fantasías, enamoramiento, deseo etc. necesarias para su desarrollo emocional ya que generan satisfacción, bienestar y placer.

Mitos	Verdad
7. Tienen deseos perversos y excesivos.	Todas las personas tienen deseos sexuales y la manera de expresarlos dependerá de la forma en que se eduque sexualmente.
8. Abordar el tema sexual les puede originar más preocupaciones y frustraciones.	Esta noción parte de la sensación de vergüenza o culpa que la sociedad tiene al hablar sobre las manifestaciones de la sexualidad, sin embargo se han comprobado los efectos positivos de hablar sobre sexualidad
9. No pueden formar una pareja	Pueden hacerlo siempre y cuando se les proporcioné la educación sexual adecuada y se generen las condiciones
10. Nunca serán agredidas sexualmente	La realidad indica que esta población se encuentra más propensa a ser agredidos sexualmente por las características propias de su discapacidad.
11. Tienen cosas más importantes en qué pensar que en el sexo.	La sexualidad también es parte del desarrollo integral para la persona.
12. Pueden aprender solos lo que necesitan saber sobre sexualidad.	Muchos de los conceptos utilizados al explicar la sexualidad son abstractos, por tanto requieren de materiales y apoyos extra para su entendimiento.
13. No necesitan educación sexual.	Todas las personas tienen derecho a la educación sexual, sin importar su edad, identidad de género, orientación sexual u otras características.
14. La educación sexual incita e incrementa sus conductas sexuales.	El no hablarles sobre educación sexual repercute en no darles la oportunidad de aprender a relacionarse afectivamente, lo que aumenta la posibilidad de que ejerzan conductas sexuales de riesgo, impidiendo un adecuado desarrollo de su sexualidad, generando conflictos entre sus deseos y las normas sociales.

Los mitos respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad muchas veces provienen de una gran desinformación por ello es necesario aclarar que todos los seres pueden expresar su sexualidad de diversas formas. Asimismo su desarrollo sexual, es igual al de cualquier otra persona, es decir cuando una persona con discapacidad entra a la etapa de la adolescencia su desarrollo físico, al igual que el deseo se presenta (Rivera, 2008).

No obstante las personas con discapacidad se enfrentan a importantes obstáculos para acceder a la educación sexual, encontrándose entre los grupos más marginados en este sentido. Por un lado se encuentra la falta o negligencia de los servicios clínicos al presentar tratos inadecuados por parte de los trabajadores de la salud, como lo evidencia Arulogun, Titiloye, Afolabi, Oyewole y Nwaorgu (2013), quienes realizaron un estudio en Nigeria con el objetivo de conocer el servicio de salud reproductiva que recibían las mujeres entre 11 y 25 años de edad con discapacidad auditiva que empleaban la Lengua de señas. Estas mujeres señalaron que acudieron al servicio médico para hacerse una prueba de embarazo (29.2%), para saber y conocer respecto a métodos anticonceptivos (26.2%), debido a una enfermedad de transmisión sexual (6.2%) y para concluir el embarazo (4.6%). Las mujeres de este estudio tuvieron dificultades para comunicarse con el especialista, para comunicarse con él 32.9% señaló haber ido con un acompañante, el 27.2% mediante la escritura y un 6.3% no estableció comunicación alguna, indicando que el 17.1% no entendió lo que el especialista le decía. Por último el 38% de las mujeres declaró haber sido víctima de maltrato, mientras que un 15.2% no fueron tratadas con estimación y un 11.4% no volvería a asistir a esa institución médica.

Además, los materiales con los que se imparte la educación sexual son raramente disponibles en formatos como Braille, letra grande, en un lenguaje sencillo, imágenes, lengua de signos o formatos digitales, entre otras adecuaciones, por lo que es difícil para las personas con discapacidad acceder a la información relacionada con salud sexual (International Disability Alliance the Center For Reproductive Rights, 2015).

Problemas de salud sexual en personas con discapacidad

En México no existen datos oficiales referentes a la salud sexual de las personas con discapacidad. A pesar de eso la Encuesta Mundial Sobre VIH-SIDA y Discapacidad realizada por la Universidad de Yale para el Banco Mundial (2009) indican que las personas con discapacidad tienen una vida sexual activa y con mayores factores de riesgo, por lo que privar a esta población de recibir educación sexual es orillarlos a situaciones de riesgo. A continuación se indican una serie de

problemáticas que presentan las personas con discapacidad en el tema de la salud sexual.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Se ha documentado que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa, y que su exposición a los factores de riesgo asociados con las ITS es igual o superior a la de la población en general. Ejemplo de ellos es que pueden tener varias parejas sexuales (Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo, 2013) e incluso del mismo sexo, elevadas tasas de alfabetismo, marginación social y económica, riesgo de sufrir violencia, carencia de información y recursos necesarios para optar por prácticas sexuales seguras (Berman, Meresman, Galván & Rodríguez, 2011).

En Uganda se han realizado estudios que constatan que el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad, han tenido una enfermedad de transmisión sexual en algún momento de sus vidas (Berman et al. 2011). Otro estudio realizado en Estados Unidos señaló que en dicho país existen entre 20 y 22 millones de sordos e hipoacúsicos, y que de ellos aproximadamente un millón ha contraído VIH/SIDA, lo que los define como una población vulnerable (Moinester, Gulley & Watson, 2008).

Embarazos no deseados

Lara, García, Strickler, Martínez y Villanueva (2003) encontraron a partir de la revisión de expedientes clínicos del año 1991 a 2001, que nueve por ciento de las mujeres embarazadas por violación (20 de 232 mujeres) presentaban una discapacidad física o mental previa a la violación. La más frecuente fue retraso mental (5.6%) seguido de crisis convulsivas (1.3%), sordera (1.2%) y esquizofrenia (0.4%).

Abusos sexuales

Se puede encontrar que el abuso sexual es un tema que preocupa a los padres de hijos con discapacidad, debido a que diversas investigaciones indican que son una población vulnerable (Groce, 2004). Las encuestas muestran que los individuos con discapacidad tienen hasta tres veces más probabilidades de ser víctimas de

abuso sexual (Lara, 2012). López (2002) menciona algunas razones de riesgo por las que se puede presentar el abuso:

1. La falta de autonomía que tienen al depender de otras personas (familiares, amigos, vecinos, educadores, y otros profesionales).
2. Menor capacidad de discriminación para darse cuenta de las intenciones del agresor.
3. Se les ha educado para obedecer y confiar en los adultos, especialmente las personas más allegadas a su círculo familiar.
4. Debido a la falta de información, es más probable que no sepan lo que está pasando cuando se inicia un abuso y lleguen a considerarlo como una conducta positiva hacia ellos.

Robles et al. (2013) realizaron una investigación en México con 132 Jóvenes con discapacidad auditiva, entre 15 y 26 años de edad, encontrando que 45.8% de ellos ya habían tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de 16.9 años, de los cuales el 72% no usó ningún método anticonceptivo y un 69% vivieron su primera relación de manera forzada, destacando que también la tuvieron en ocasiones subsecuentes. Tales resultados son preocupantes, en primera porque los jóvenes están en riesgo de adquirir ITS, así como de llegar a tener embarazos no deseados, en segunda por el hecho de que más de la mitad reportaron haber tenido su primera relación sexual de manera forzada y este suceso se repitió en sus encuentros sexuales subsecuentes.

El mismo patrón de conducta sexual fue encontrado por Guevara, Robles, Rodríguez y Frías (2016) en una población de 64 jóvenes con discapacidad visual entre 12 y 26 años. El 70% de los participantes habían tenido relaciones sexuales, el 50% tuvo su primera relación antes de los 18 años, 70% no utilizó ningún método anticonceptivo, y el 22% (10 personas) indicó haber sufrido abuso sexual en su primera relación y el 14% en subsecuentes, de estos la mayoría fueron mujeres, de las cuales seis no se protegieron, tres presentaron un embarazo y sólo una abortó.

Tales hallazgos evidencian que el abuso sexual es muy frecuente en las personas con discapacidad y sugieren que aunque no existan al respecto estadísticas, podría deberse a que la mayoría de los individuos tienen poco o ningún acceso a la policía, a asesoría legal para buscar protección, y si el abuso sexual/violación ocurre, los individuos con discapacidad tienen menos acceso a las intervenciones médicas, incluyendo la ayuda psicológica que sus pares sin discapacidad (Cruz, 2004).

Por todo lo expuesto la educación sexual para esta población se vuelve una herramienta fundamental, para que puedan ejercer su sexualidad de manera saludable sin que sean violentados por su condición. Asimismo, el conocer las dificultades que la discapacidad tiene en el desarrollo sexual, ayudará a buscar alternativas que les permitan ejercerla. A continuación se describirá específicamente las dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad.

Dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

La discapacidad Intelectual puede afectar de diferentes maneras la sexualidad de la persona. En primer lugar su integración a la sociedad se ve comprometida. Por tanto disponen de menos oportunidades de contactos con sus pares que los adolescentes “normales”, siendo éste uno de los aspectos más importantes en el desarrollo del conocimiento sexual (González y Gonzalo, 2014).

Otra barrera que les impide ejercer su sexualidad es la sobreprotección de la familia, lo cual provoca un empobrecimiento del entorno, un control de conductas especialmente sexuales, que para los padres suelen ser peligrosas, junto con la ausencia de espacios y tiempo privado (Liesa & Vived, 2010)

También la negación de información sexual así como los mensajes negativos respecto a la sexualidad impiden que la persona conozca sus derechos incluyendo las normas sociales (López, 2002), con lo que en ocasiones esta población suele realizar conductas inapropiadas como masturbarse, tocar a otras personas y/o desvestirse en público. No obstante el problema radica en la falta de orientación sobre su sexualidad, por lo que ellos realizan tales actos sin pensar en que actúan de manera indebida (López, 2001). A partir del anterior análisis, en la tabla 2 se

presentan las implicaciones que la discapacidad intelectual tiene sobre la sexualidad.

Tabla 2

Implicaciones de la discapacidad sobre la sexualidad.

Área	Implicaciones
Autonomía	Reducción de la capacidad para vivir solo. Necesidad de apoyos en el domicilio de la persona con discapacidad, lo que genera pérdida de intimidad. Dificultades en la higiene Dependencia económica. Dificultades en las relaciones sociales.
Relaciones interpersonales	Desinhibición de conductas sexuales. Dependencia emocional Disminución de espacios y tiempos con otras personas. Dificultad para la expresión de opiniones o sentimientos. Reducción de posibilidad de establecer y mantener relaciones de pareja.
Salud	Dificultades en valorar situaciones que comprometan su salud. Posible medicación que intervenga en su sexualidad. Falta de educación sexual.

Un aspecto adicional a considerar es la vulnerabilidad de abusos que pueden sufrir a causa de su capacidad para discriminar conductas inadecuadas que el agresor les obligue hacer, de tal forma que son más fácilmente engañados, y manipulados. Los abusos se presentan con mucha frecuencia en un contexto de afecto, ofreciendo el agresor atención, cariño, comprensión, premios a la persona con discapacidad, por lo que en ocasiones las personas acceden por la falta de carencias afectivas, por lo que piensan que no encontrarán a otra persona que quiera estar a su lado. Los agresores consideran a esta población más fáciles e interesantes de abusar a causa de sus características como ser muy afectuosos y fáciles de manejar además de no presentar cargos por falta de pruebas (López, 2001).

Dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad visual

La principal barrera que se encuentra dentro de la discapacidad visual, es la falta de materiales para que se les enseñe sobre sexualidad, si bien aunque existe el sistema braille, no todas las personas tienen el acceso, debido a su alto costo o porque no saben leerlo (Wild, Kelly, Blackburn & Ryan, 2014).

Por otro lado se recalca la dependencia que las personas con discapacidad visual tienen hacia los demás, por lo que la oportunidad de conocer y socializar con los iguales está en manos de otras personas, que en ocasiones limitan, vigilan y controlan estas interacciones de forma excesiva. Por tanto, las posibilidades de encontrar amigos o pareja disminuyen.

Otro punto a retomar es que a las personas ciegas les resulta difícil iniciar el proceso de seducción, saber si le gusta a la otra persona, adivinar las respuestas del otro, debido a que la sexualidad humana está muy orientada a vivirla de una manera visual (López, 2002). Por ello los jóvenes ciegos suelen desarrollar teorías poco realistas en cuanto a la anatomía y las funciones del sexo, ocasionado por una dificultad de comprensión de las diferencias entre el cuerpo de los hombres y mujeres debido a la restricción del aprendizaje por vía táctil debido a las normas sociales. Este punto también puede repercutir en el desconocimiento que pueden tener de su propio cuerpo (Wild et al., 2014).

Por último, se pueden agregar características propias de la discapacidad que pueden dificultar su desarrollo sexual como la falta de identidad, son pasivos, con baja autoestima, tienen poca gesticulación, expresión rígida, timidez para socializar, retraídos, cohibidos, inseguros y sentimientos de soledad que se ven reflejados al mantener relaciones afectivas, tienen dificultades en la construcción de la autoimagen y auto concepto, problemas de adaptación social, déficits en habilidades no verbales como postura inadecuada y dificultad para participar en situaciones sociales (Morales, 2012).

Dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad auditiva

En el caso de las personas con discapacidad auditiva la falta de materiales y medios adecuados, dificulta a los jóvenes acceder a la información científica acerca de sexualidad, lo cual repercute en la adopción de prácticas de alto riesgo (Cisneros, 2016; Robles et al., 2013), añadiendo que es necesario contar con la comunicación para poder transmitir los conocimientos sobre sexualidad, por lo que se ven en desventaja al adquirir tardíamente el lenguaje.

Esto pensando en que las personas sordas cuentan con una forma de comunicación, sin embargo el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) menciona que muchos de los niños y niñas jóvenes no cuentan con habilidades de lectoescritura, además de que muchos de ellos no tienen ningún sistema de comunicación por lo que se hace más compleja su situación. También se hace presente la carencia de servicios y campañas que se centren en estas personas, las cuales deben adecuarse a sus necesidades, a través de la lengua de señas adaptada a cada país. La falta de información es la principal barrera para una educación de la salud sexual y reproductiva para esta población.

Asimismo, son pocos los servicios que existen para la atención de personas con discapacidad auditiva en donde se observa una carencia del personal que domine la lengua de señas, lo cual se convierte en un obstáculo más. Otro aspecto relacionado al anterior es la cuestión de confidencialidad que se pierde, ya que en el mejor de los casos pueden contar con un traductor que pueda explicar al personal de salud sus dudas, pese a ello en ocasiones prefieren no expresar sus inquietudes o problemas referente a la sexualidad por temor a que las otras personas se enteren (Cisneros, 2016).

A causa de su discapacidad esta población también es vulnerable a sufrir abuso sexual. Desde niños, muchas personas sordas se acostumbran a tocar a otras personas para comunicarse. Por eso, un niño, niña o joven con discapacidad auditiva podría pensar que está bien que alguien lo toque, aunque la forma de tocarlo sea inapropiada. En caso de abuso sexual, no existen dependencias especializadas en la atención de personas con discapacidad auditiva. Esto, aunado

al temor por denunciar, que provoca que muchos delitos queden ocultos (UNICEF, 2011)

Por último se debe considerar la sobreprotección de los padres que en cierto modo crean dependencia y limitan el nivel de toma de decisiones de los niños (as) y jóvenes sobre su cuerpo, su sexualidad y cuidado. También son los padres quienes impiden que sus hijos reciban información relacionada con su sexualidad.

Dificultades en la sexualidad de las personas con discapacidad motriz

Las personas que viven con esta discapacidad ven afectadas su sexualidad y sus dificultades aumentan cuando la discapacidad motriz va acompañada de una discapacidad intelectual, donde su capacidad para aplicar los conocimientos de salud sexual y tomar decisiones se verán limitadas (López, 2002). A continuación se presentan algunas dificultades que pueden afectar en la sexualidad de esta población, sin dejar de lado que dependiendo la gravedad y las características de dicha discapacidad serán las consecuencias.

Cuando se adquiere la discapacidad desde el nacimiento o a temprana edad los padres son los encargados de llevarlos a los servicios médicos para mejorar su salud, lo que implica una intimidad y privacidad limitada, ya que sus cuerpos constantemente están en manos de otros: sus padres, médicos, fisiatras.

En lo referente a las limitaciones motoras, estas pueden repercutir en la posibilidad de acariciarse o acariciar a otra persona, acercarse, abrazar o realizar determinadas posiciones o posturas para tener relaciones sexuales. Por ejemplo las personas con parálisis y con lesiones medulares pueden tener dificultades que impidan una interacción física, problemas en la respuesta sexual, problemas en el control de esfínteres, pérdida de sensibilidad, limitaciones motoras por parálisis, dificultades para aceptarse y sentirse capaz de atraer (Torices, 2006).

En la tabla 3 se ilustran algunos de los efectos que la discapacidad motriz puede originar de manera directa, es decir cuando el cerebro, médula espinal o nervios que transmiten la información a los órganos sexuales están dañados o también cuando se produce un daño directo en los órganos sexuales (gónadas, vasos

sanguíneos, etc.). Dependiendo del daño ocasionado se puede presentar una pérdida de sensibilidad en dichos órganos, dificultad para tener una erección, disminución en la eyaculación en hombres o en la lubricación en las mujeres y afectación en la fertilidad en ambos géneros.

Los efectos colaterales que provocan estas lesiones en la sexualidad son: dolor (si este es severo puede afectar no solo el desempeño sexual, sino dificultades al realizar algunas posiciones), temor (al daño físico, a su desempeño, al ser rechazados por la pareja, o a que sucedan accidentes como por ejemplo el control de esfínteres), baja autoestima, creen que son diferentes a los demás y que valen menos por sus limitaciones) y los efectos de los medicamentos (Torices, 2006).

Tabla 3
Sexualidad y discapacidad motriz

Discapacidad	Efecto directo en los órganos sexuales.	Efecto colaterales
Parálisis Cerebral	Ninguno	-Alteración en la imagen corporal. - Efectos por medicamentos. - Temor al rechazo y ansiedad.
Distrofia Muscular	-Disfunciones sexuales por neuritis - Se pueden presentar atrofia testicular y desequilibrio hormonal por atrofia de glándulas endocrinas	-Contracturas que pueden dificultar los movimientos. -Trastornos cardíacos que pueden aumentar los problemas sexuales. -Temor al desempeño.
Amputación	Ninguno, salvo en las amputaciones de órganos sexuales	-Imagen corporal alterada. -Dificultad al adoptar algunas posiciones a causa de amputaciones de extremidades. - Temor a no gustarle a la pareja. - Alteraciones sensitivas.
Espina Bífida	Depende de la extensión del daño al sistema nervioso.	-Espasticidad o flacidez. -Descontrol de esfínteres. -Dificultad para realizar algunas posiciones.
Esclerosis Múltiple	Puede ocurrir disfunción eréctil en los hombres y en las mujeres disminución de sensibilidad en los órganos sexuales.	-Espasticidad. -Contractura en aducción de la cadera. - Parálisis.

Discapacidad	Efecto directo en los órganos sexuales	Efecto colaterales
Poliomielitis	Ninguno	-Parálisis. -Dificultad para algunas posiciones. - Imagen corporal negativa.
Hemiplejia	Puede ocurrir disfunción eréctil y eyaculación precoz. En las mujeres reducción de la lubricación.	-Aumento de los reflejos musculares. - Incontinencia intestinal y vesical.

Por otro lado, la falta de información que reciben es muy limitada al pensar que tienen cosas más importantes en que enfocarse que en su sexualidad. En un estudio al comparar jóvenes con espina bífida y adolescentes sin esta condición se encontró que los primeros tuvieron menores conocimientos sobre sexualidad y mayor dificultad para expresar el deseo de casarse y tener hijos (Cromer 1990, como se citó en López, 2002). Concluyendo que los adolescentes con discapacidad física no reciben información en temas de matrimonio, paternidad, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual, limitando este conocimiento a cuestiones anatómicas y fisiológicas.

Otro aspecto a retomar son las barreras físicas fuera del hogar, la falta de medios de transporte o la ausencia de ayuda para que las personas puedan moverse en espacios libres y así poder convivir con otras personas. De igual forma estas limitaciones se ven reflejadas en el acceso limitado a servicios de salud que tienen a causa de su discapacidad, por lo que no pueden transportarse solos de su casa a una clínica o muchas veces no quieren que los acompañen por ser temas privados para ellos (Varas, 2010). Además que, depender de otras personas para su cuidado puede restringir las oportunidades para expresar su sexualidad debido a la pérdida de privacidad y sobreprotección de padres o cuidadores.

Una de las consecuencias que el asilamiento puede tener en la persona con discapacidad es no desarrollar habilidades afectivas, por lo que suelen aferrarse rápidamente a relaciones de pareja íntimas, pensando que no volverá a tener otra

oportunidad y aceptando las condiciones, el trato e inclusive la violencia por parte de su pareja (Luengo et al., 2000).

Por último, las mujeres con discapacidad motriz pueden tener problemas de fertilidad, infecciones urinarias por pasar mucho tiempo en una sola posición y en el momento del parto no sentir las contracciones, lo que puede causar algún daño al bebé (Varas, 2010).

Alternativas para la sexualidad de las personas con discapacidad

La sociedad ha impuesto límites sobre el comportamiento humano incluido el comportamiento sexual, una normatividad de cómo mantener las relaciones sexuales, que solo el coito se debe practicar entre un hombre y una mujer idealmente, jóvenes y sin ninguna limitación física o psíquica. Estas barreras impactan negativamente a las personas con discapacidad.

No obstante existen alternativas que hoy en día se implementan para que esta población ejerza su derecho (Castillo, 2010). Dependiendo el tipo de discapacidad será la alternativa a la que pueden recurrir para vivir su sexualidad. Para las personas con discapacidad motriz (lesión medular sin sensibilidad genital) existen medicamentos orales e inyecciones intracavernosa de vaso los cuales provocan que la sangre se concentre en el pene y así lograr una penetración. Las mujeres sin sensibilidad genital pueden suplir la falta de lubricación vaginal con el uso de lubricantes artificiales para evitar la irritación del pene y la vagina (García y Nastri, 2011).

Para la población con discapacidad visual la forma de compensar su discapacidad es a través del reconocimiento de la otra persona a través de sus otros sentidos, como el tacto, el aroma, los sonidos etc. Lo cual puede llevar a tener una experiencia sexual como cualquier otra persona (Morales, 2012).

Otra alternativa recae en una iniciativa llamada Asistencia sexual que consiste en ayudar a la persona con discapacidad antes, durante y/o después de las prácticas sexuales con otras personas en todo aquello que no puede hacer sin ayuda. Incluso a proporcionar placer, por ejemplo masturbar, en caso de que la persona no pueda

hacerlo por sí misma, llegar al acto coital y a otras prácticas sexuales, además de proporcionar educación sexual, todo con consentimiento de ambas personas. Esta alternativa conlleva diversas implicaciones que van desde la parte económica a no ser muy accesible, la parte moral y que no en todos los países esta aceptada dicha propuesta (Navarro, 2014). En México dicha práctica aun no es legal.

CONCLUSIONES

Hasta este momento, se puede afirmar que todas las personas son seres sexuados, los cuales experimentan emociones, deseos y placer. Todo esto en relación a las experiencias construidas a lo largo de la vida. Esto incluye a las personas con discapacidad las cuales también pueden amar y ser amadas, vivir una vida sexual satisfactoria, que por supuesto será en función de sus posibilidades.

En general los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad son violentados debido a los falsos mitos que la sociedad ha creado en torno a su sexualidad. Desafortunadamente también se ve afectada su sexualidad de diversas maneras, por ejemplo son más propensos que la población en general a ser excluidos de los programas de educación sexual por las características que cada discapacidad tiene, no tienen intimidad, presentan un auto concepto bajo de sí mismos, en cuanto a su independencia está es casi nula, al igual que su autonomía y privacidad.

Por supuesto no hay que dejar fuera que la educación sexual es impartida por instituciones, clínicas de salud, pero la información más relevante que se recibe respecto a estos temas es la de los padres. En congruencia, en el siguiente capítulo se presenta el papel que los padres tienen en la comunicación sexual de sus hijos para desarrollar conductas de prevención en el cuidado de la salud sexual.

CAPÍTULO 3

EI PAPEL DE LOS PADRES EN LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD DE SUS HIJOS

En el capítulo anterior se presentaron los principales mitos que la sociedad ha construido en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, junto con los problemas de salud a los que están expuestos. En este capítulo se aborda la importancia de la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos para prevenir dichos problemas; así como las barreras que experimentan los padres cuyos hijos tienen discapacidad intelectual y discapacidad auditiva al comunicarse sobre sexualidad con ellos.

Importancia de la Comunicación sobre sexualidad

La literatura señala que existe una relación positiva entre la comunicación que establecen los adolescentes con sus padres y el desarrollar conductas sexuales preventivas (García, 2009; L'Engle, Jackson & Brown, 2006; Lefkowitz & Stoppa, 2006; Teitelman, Ratchliffe & Cederbaum, 2008). Por ello resulta clave estudiar y comprender esta asociación, debido a que los padres son la primera institución en la que se ven inmersos sus hijos. Además se tiene que tomar en cuenta que algunas personas con discapacidad, no asisten a escuelas o centros donde pueden obtener este tipo de información como la demás población.

Ahora bien, la comunicación que los padres tienen con sus hijos ayudará a su desarrollo integral, siendo responsables de que se formen como seres afectivos, sociales, productivos, intelectuales y sexuales (Schouten, Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007), encontrando que son varios los aspectos que la familia aporta a la educación sexual de los hijos, por ejemplo: la familia es responsable de crear climas de amor y comunicación entre sus miembros, lo que repercute en generar un ambiente de confianza para la transmisión de conocimientos, valores y creencias respecto a la sexualidad. Además la influencia del comportamiento de los padres será decisiva para los hijos, debido a que desempeñan un papel determinante en la formación de identidad sexual y la posibilidad de socializar con otras personas, siendo ellos mismos

la primera fuente de información, por lo que les corresponde resolver las primeras curiosidades sexuales de los hijos (Amor, 1997).

Sin embargo, aún existen padres que piensan que hablarles a sus hijos sobre sexualidad los animará a tener relaciones sexuales. La Organización Mundial de la salud (2015) llegó a la conclusión de que no existe evidencia que sostenga dicha información y por lo contrario hablar sobre sexualidad tiene un impacto positivo, asegurando que los niños que están informados y conversan sobre sexualidad, son menos propensos a tener relaciones sexuales cuando son adolescentes (Advocates for youth, 2009). Cabe señalar que la comunicación sobre sexualidad no solo está enfocada al sexo, esta contempla otros elementos como los valores, toma de decisiones, aspectos biológicos, las emociones, identidad de género y sentimientos sexuales (Department of education and Early Childhood Development.State Government Victoria). Por tanto, la comunicación sobre sexualidad deberá ser integral para poder hacer frente a las conductas sexuales de riesgo. Con ello el que los padres se comuniquen con sus hijos sobre sexualidad tiene grandes beneficios, a continuación se presentan diversas investigaciones que comprueban la importancia de esta comunicación en población sin discapacidad.

En primer lugar, existe evidencia de que la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres e hijos retarda el debut sexual. Una de estas investigaciones fue realizada por Karofsky, Zeng y Kosorok (2000), quienes analizaron el nivel de comunicación entre padres e hijos y la relación que esta variable tiene en el inicio de las relaciones sexuales. Participaron 203 adolescentes que se agruparon en dos categorías: adolescentes sexualmente activos con una edad promedio de 17 años (31 personas) y los adolescentes no activos con una edad de 14.9 años (172 personas). Los resultados mostraron que el grupo de los sexualmente activos se comunican con menor frecuencia con sus padres, mientras que los adolescentes no activos tuvieron una calificación más alta, concluyendo que existe una relación significativa entre la comunicación sexual y el retardo del debut sexual.

Por su parte Usher-Seriki, Smith y Callands (2008) analizaron los vínculos que existen entre madre e hija respecto a la comunicación sobre el sexo y las relaciones

sexuales. Participaron 274 adolescentes Afroamericanas de 15 a 17 años de edad, encontrando que el 39% de las adolescentes habían tenido relaciones sexuales, mientras que el 61% informaron que aún no tenían relaciones sexuales, indicando que las adolescentes que informaron tener una relación más estrecha y de comunicación sexual con sus madres, son menos propensas a haber tenido relaciones sexuales.

Por último Andrade, Betancourt y Palacios (2006) determinaron las diferencias en los factores familiares de adolescentes que han y no han iniciado su actividad sexual. Participaron 194 estudiantes ubicados en dos grupos, el primero estaba compuesto de adolescentes sin vida sexual activa y el segundo grupo pertenecían los adolescentes con vida sexual, con un rango de edad de 14 a 24 años. Los resultados señalan que los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales perciben un mayor apego y comunicación con sus padres, además de un menor rechazo y una mayor comunicación sobre sexualidad con su madre en comparación al grupo que tienen relaciones sexuales. Los autores concluyen que el apego y la comunicación con los padres son factores de protección y baja actividad sexual.

Además, se ha demostrado que cuando los padres hablan sobre sexualidad con sus hijos después de haber iniciado su vida sexual, estos tienden a reducir conductas sexuales de riesgo, por ejemplo Hutchinson et al. (2003) estudiaron la relación que existe entre madre e hija respecto a la comunicación sexual y tres comportamientos sexuales de riesgo: el número de parejas sexuales masculinas, el número de veces que tenían relaciones sexuales y el número de encuentros desprotegidos cuando mantenían relaciones sexuales. Participaron 219 mujeres con experiencia sexual de 12 a 19 años de la ciudad de Philadelphia. Los autores encontraron que las adolescentes que se comunican con sus madres tienen menos encuentros sexuales y menos relaciones sexuales sin protección.

Asimismo Whitaker & Miller (2000) realizaron una investigación para saber cómo la comunicación de los padres afecta la influencia de las normas de los compañeros sobre el comportamiento sexual y el uso del condón en los adolescentes. Participaron 907 adolescentes con una edad de 14 y 16 años. Al analizar los resultados, se halló que los adolescentes que hablaron con sus padres tenían menos parejas ($M = 3,4$),

comprobando que las discusiones parentales se asocian con una reducción de comportamientos sexuales de riesgo.

Por último Teitelman et al. (2008) estudiaron los factores de riesgo asociados a contraer ITS/VIH. Participaron 118 adolescentes con una edad entre 15 y 17 años de edad. Los autores encontraron que las madres que hablan con sus hijas acerca de esperar para tener relaciones sexuales, practicaban conductas de prevención de ITS/VIH. En cuanto a la comunicación de los padres sobre la presión sexual, tanto la madre como el padre influyeron para que los adolescentes practicaran la abstinencia o el preservativo consistente durante la práctica de relaciones sexuales, es decir practicaban conductas de protección, además de lograr resistir la presión de la pareja en alguna cita.

En síntesis todas estas investigaciones sustentan que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos es efectiva para prevenir conductas sexuales de riesgo. Estos datos son resultado de estudios realizados con personas sin discapacidad, sin embargo se esperaría que para las personas que tienen alguna discapacidad los efectos sean los mismos, debido a que los estudios realizados en México demuestran que los jóvenes con discapacidad no conversan sobre temas de sexualidad con sus padres, tienen una vida sexual activa, no utilizan ningún método anticonceptivo y su primera relación la viven de manera forzada, presentando un riesgo inminente de contraer diversas ITS, así como llegar a tener embarazos no deseados (Guevara et al., 2016; Navarro & Hernández, 2012; Robles et al., 2013).

Ahora que se ha mencionado la importancia de la comunicación sobre sexualidad, es importante saber que no siempre los padres hablan de todos los temas referentes a la sexualidad por diversos factores. Por ejemplo Schouten, Putte, Pasmans & Meeuwesen (2007), evaluaron a 204 hombres y 275 mujeres con una edad promedio de 15.9 años, encontrando que la mayor cantidad de conversaciones que tienen son sobre anticonceptivos, la elección del compañero, decisión de tener relaciones sexuales, sexo no deseado y cambios durante la pubertad, mientras que los temas menos hablados son las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, el sexo antes del matrimonio y los valores familiares.

En otra investigación realizada por Bárcena & Jenkins (2018) compararon la comunicación sexual, entre padres de hijos con y sin discapacidad. Los resultados indican que los temas de los que más hablan los padres de hijos con discapacidad son: cómo manejar la presión de amigos y pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, el negarse ante una propuesta sexual y las posibles consecuencias de un embarazo; de los temas que menos hablan son: cómo usar el condón, cómo son los condones masculinos y dónde comprar condones. En cuanto a los temas que con mayor frecuencia hablan los padres de hijos sin discapacidad son cómo protegerse en las relaciones sexuales, cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA y las posibles consecuencias de un embarazo; los temas que abordan con menor frecuencia son los mismos que el de los padres con discapacidad.

Igualmente en un estudio realizado por Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) analizaron el nivel de comunicación con sus padres y madres sobre temas de salud sexual en 132 jóvenes de entre 15 y 16 años con discapacidad auditiva, se encontró que de los 22 temas que fueron evaluados, más de la mitad de los jóvenes nunca habían conversado sobre ninguno de los temas con sus padres. Respecto a los temas que si habían conversado con los padres, el 20% de los jóvenes habían platicado sobre lo bueno y lo malo de tener relaciones sexuales, posponer una relación sexual, el embarazo, las consecuencias de las ITS, los métodos anticonceptivos, la manera de usar el condón masculino y femenino y los lugares para adquirirlos. Respecto a las madres, al menos el 20% de los jóvenes había conversado con ellas sobre todos los temas.

Asimismo Navarro y Hernández (2012) realizaron un estudio de caso a través de una metodología cualitativa, con la finalidad de conocer como los padres de un joven con discapacidad intelectual moderada manejaban el tema de la sexualidad con él, a través de una entrevista semiestructurada. Los resultados indican que los temas que más le cuestan trabajo tratar a la madre con su hijo son: la reproductividad, la concepción, la paternidad, y masturbación. Por lo que prefería alejarlo de las situaciones que lo pudieran incitar a preguntar.

En resumen, aunque la comunicación sobre sexualidad es importante, estos estudios permiten conocer cuáles son las dificultades y preocupaciones que los padres tienen respecto a la sexualidad de sus hijos, a través de transmitir con mayor frecuencia ciertos temas en comparación a otros. Respecto a ello a continuación se presentan los temas referentes a sexualidad que es deseable que los padres conversen con sus hijos.

Temas a abordar dentro de la comunicación sobre sexualidad

Los temas deben ser los mismos para población con y sin discapacidad, debido a que la discapacidad no impide que los cambios físicos, emocionales y hormonales aparezcan, además tampoco los incapacita para que tengan relaciones afectivas o sexuales. La diferencia al hablar sobre dichos temas será la manera en que se comunica la información dependiendo la condición de la persona, por ejemplo para las personas con discapacidad auditiva el canal por el cual recibirán los conocimientos será de manera visual y si conocen la Lengua de Señas Mexicana se podrá obtener por este medio, para la discapacidad intelectual se tendrá que modificar el contenido de manera que la información sea lo más concreta y sencilla para poder lograr el aprendizaje.

Por ello se debe educar a los niños y niñas de acuerdo con su desarrollo, edad, necesidades e intereses. De acuerdo con García, (2009) y Meressman, Ramos, & Rossi (2012) se describen los temas que se deben enseñar conforme a los años que tenga la persona.

Tabla 4.

Temas que se deben enseñar sobre sexualidad.

Edad	Tema
De 2 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> -Identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo -Diferencias físicas entre hombres y mujeres -Conductas públicas y privadas, incluyendo los lugares donde se pueden llevar a cabo. -Modos de reconocer y de actuar en caso de que alguien lo toque indebidamente. -El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores. -Comprensión y expresión de sus cambios emocionales -Derechos de sí mismos y de los demás -Como nacen los bebés -Masturbación

Edad	Tema
De 10 a 15 años	<ul style="list-style-type: none"> -Los cambios Físicos que ocurren durante la adolescencia -Orientación sexual -Sentimientos y emociones relacionadas con el deseo -Relaciones interpersonales -Autoestima -Qué es el noviazgo -La diferencia entre un amigo y un novio -Sensaciones físicas cuando alguien le gusta
De 16 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> -Diferencias entre sexo y amor -Qué son las relaciones sexuales y la responsabilidad que implican. -Cómo usar métodos anticonceptivos, incluyendo el uso del condón -Cómo se contraen las infecciones de Transmisión sexual y el VIH/SIDA -Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA -Las responsabilidades de la paternidad

Pese a ello, es importante señalar que si bien los temas que se deben comunicar sobre sexualidad son los mismos para las personas con y sin discapacidad, el tipo de discapacidad que presenta la persona puede afectar dicha comunicación. Es así que una persona con discapacidad intelectual tendrá diferentes barreras de comunicación en comparación con una persona con discapacidad auditiva.

Barreras en la comunicación sobre sexualidad

La comunicación está relacionada principalmente con la acción de hablar, siendo la forma más común en que las personas se relacionan entre sí. Para hablar de comunicación es necesario hablar del lenguaje, que se define como el código simbólico empleado en la comunicación, siendo el lenguaje oral el más utilizado, divididos en dos tipos: el lenguaje expresivo y el lenguaje receptivo (Galván, 2015).

Sin embargo la comunicación puede verse alterada por distintas barreras, es decir un impedimento total o parcial en alguno de sus elementos, por lo que puede suceder que el contenido del mensaje no llegue a su destino o que este llegue pero distorsionado. Como resultado se manifiesta en la dificultad para mantener una conversación, en la expresión y comprensión de mensajes verbales, así como en la expresión de ideas simples y con estructura repetitiva (Gómez & Posada, 2012).

Como ya se mencionó anteriormente, las personas con discapacidad intelectual presentan una deficiencia en el aprendizaje y en la aplicación de ciertas habilidades como es la comunicación. Por lo tanto esta población presentará problemas en el lenguaje de acuerdo al grado de discapacidad que éstas poseen (leve, moderado, grave, o profundo). Según Galván (2015), Vega y Álvarez (2017) las dificultades que se muestran en las personas con discapacidad respecto a la comunicación se encuentran a nivel:

- **Semántico:** no utilizan frecuentemente adverbios ni adjetivos y captan una o dos palabras de la frase, por tanto no comprenden bien el mensaje.
- **Expresivo:** Presentan un vocabulario bastante pobre, utilizan una sola palabra para nombrar a más de un objeto o concepto, sus conversaciones son pobres, cortas o sin contenido, pueden realizar omisiones, repeticiones, inversiones y emitir sonidos sin significados.
- **Pragmático:** Suele ser el nivel más afectado, debido a que les cuesta trabajo responder a preguntas sencillas, formular preguntas, peticiones y aclaraciones.
- **Morfosintáctico:** La extensión de frases que escriben suelen ser cortas, no utilizan nexos, artículos o pronombres, tienen dificultades en la memorización de palabras y en ocasiones hay dificultades en los tiempos verbales.
- **Fonológico:** dificultades para utilizar los sonidos del habla propios de la edad de la persona, y pueden aparecer dislalias.

En resumen, en la discapacidad intelectual suelen estar afectados todos los componentes de la comunicación en grados diferentes, por lo que no se puede generalizar las dificultades descritas. Como consecuencia en mayor o menor medida también se verán alterada la capacidad del procesamiento y comprensión de la información que reciben, lo que dificulta la comunicación eficaz.

Asimismo dependiendo del grado de discapacidad que la persona tenga (leve, moderado, grave o profundo) será la dificultad que presente para comunicarse, entender y asimilar los temas sobre sexualidad, por lo que es importante para los padres utilizar un lenguaje sencillo y concreto, proporcionar indicaciones claras y por

pasos, dar mensajes breves y ser reiterativo con dicha información para así lograr una efectiva comunicación sobre su sexualidad.

Por otro lado Varas, (2010) indica que esta población, respecto a los conocimientos de sexualidad tiene mayor dificultad para identificar los genitales y designar funciones del cuerpo, recurriendo a diminutivos y palabras familiares. Además se encuentran limitaciones en la comprensión de los conceptos sobre conductas privadas y públicas, en la interpretación de situaciones personales y sociales, al recordar acontecimientos y fechas importantes, a planificar el futuro y evitar infecciones de transmisión sexual.

A pesar de que las personas con Discapacidad Intelectual tengan un daño cognitivo que afecte su aprendizaje y que repercute en las posibilidades de comunicarse por medio del lenguaje oral, no significa que no podrán aprender sobre sexualidad, más bien es necesario privilegiar otros canales por los que se pueda enseñar dicha información. Por ejemplo se puede hacer uso de los gestos para comunicar sus necesidades, por lo que en ocasiones necesitan algo más de tiempo para comprender estos temas. Algunos de los recursos que pueden utilizarse para la enseñanza son fotos, dibujos simples y retomar situaciones de la vida cotidiana para comunicarse y enseñarles sobre la sexualidad (Meressman, Ramos, & Rossi, 2012).

En cambio, las personas con discapacidad auditiva no tienen dificultades en el aprendizaje, lo cual fue comprobado por Pedro Ponce de León (1520-1584) al ser el primer maestro para personas sordas. Él logro que sus alumnos aprendieran a leer, escribir, contar, hablar español, latín y griego, con lo que demostró que las personas con discapacidad auditiva podían ser educables. Para él la enseñanza era el medio de comunicación y adquisición de vocabulario, por tanto a través de su metodología las personas sordas podían desarrollar el lenguaje oral y escrito, demostrando que la condición de la sordera no afectaba el rendimiento intelectual de la persona (Dirección General de Desarrollo Curricular de la Subsecretaría de Educación Básica, 2012).

Por esta razón, es necesario que las personas sordas adquieran un lenguaje para que puedan comunicarse de manera eficiente y asegurar la comprensión de la información que requieren. El éxito de un desarrollo lingüístico dependerá del grado y tipo de déficit auditivo, de la modalidad comunicativa que reciba la persona (oral,

signada, bimodal, comunicación total), la edad de inicio en la estimulación lingüística, el nivel de interacciones en su entorno social, y el tipo de programas para su estimulación etc. (Santiago, et al., 1995)

También es importante tomar en cuenta las experiencias que los padres proporcionan a sus hijos, debido a que en ocasiones realizan adaptaciones cognitivas excesivas y simplifican la complejidad de ideas que transmiten produciendo una deficiencia experiencial (Santiago, et al., 1995), por lo que se debe informar a la persona sorda lo que ocurre a su alrededor, por ejemplo lo que se habla en un programa de televisión, lo que pasa en una película, lo que se está conversando en la mesa etc.

Ahora bien, el adquirir una lengua implica tener acceso a la misma, lo cual no siempre es posible debido al poco acceso que existe para aprender Lengua de Señas, por lo que esta población la adquiere después de los primeros años de vida. No obstante existe evidencia científica que demuestra que la capacidad para adquirir cualquier lengua eficiente ocurre durante los primeros años de vida de un niño (Dirección General de Desarrollo Curricular de la Subsecretaría de Educación Básica, 2012). Es por esta razón que si una persona con discapacidad auditiva no adquiere la lengua, se comprometen seriamente el desarrollo normal del lenguaje.

En cuanto al proceso de oralización que en épocas pasadas era mayormente utilizado por los padres, es muy complejo y requiere de mucho tiempo de enseñanza, sobre todo para las personas con sordera profunda ya que no tienen las experiencias de una persona oyente, y como consecuencia afectará al desarrollo normal de la persona. Por tanto lo más conveniente es enseñar lengua de señas, con lo cual el rezago lingüístico y cognitivo será menor o nulo. Esto se ha evidenciado a través de comparar niños sordos que desde el nacimiento adquieren la lengua de señas contra niños sordos que únicamente han sido expuestos al lenguaje oral, encontrando que el desarrollo cognitivo, socioemocional y comunicativo de los primeros, es superior al de los segundos (López, Rodríguez, Zamora & San Esteban, 2006).

En ese sentido, es necesario estimular la adquisición del lenguaje a temprana edad para favorecer el desarrollo de las habilidades cognitivas, sociales y culturales

esperadas en los niños sordos de acuerdo con sus procesos de desarrollo y aprendizaje.

No obstante el verdadero problema para las personas con discapacidad auditiva radica en la comunicación con los otros, debido a que si bien, la persona adquiere un lenguaje como es la Lengua de Señas Mexicanas (LSM), no podrá comunicarse con quienes desconocen dicha lengua, incluidos sus padres. Un dato a considerar es que el 90% de los niños sordos que nacen en hogares oyentes, en su mayoría los padres no acceden a la lengua de señas, lo que implica que la persona no cuente con las habilidades sociales y emocionales que requiere para poder involucrarse con otras personas. Por consiguiente es importante que además de que la persona sorda inicie el aprendizaje de la Lengua de señas, también sus padres, hermanos, amigos cercanos, para así poder comunicarse y desarrollar sus capacidades cognitivas (Serafín y González, 2011). Sin embargo esta barrera no tiene que ser un impedimento para que no se les hable a las personas con discapacidad auditiva sobre sexualidad, por lo contrario hay que privilegiar los otros canales por los que aprenden, por ejemplo la vista a través de imágenes, el tacto con materiales que puedan representar conceptos sobre la sexualidad y también la LSM.

Para las personas sordas que utilizan LSM, las señas relacionadas con la sexualidad suelen ser vistas por los oyentes como demasiado explícitas, debido a que éstas involucran utilizar las partes del cuerpo y en algunos casos necesitan tocarlas para comunicarlas (Meressman, Ramos, & Rossi, 2012). Estos aspectos han sido la forma que han encontrado para hablar de su sexualidad, por lo que es importante que los padres se comuniquen con sus hijos, para así poder evitar riesgos vinculados a una relación sexual no consentida, a posibles infecciones de transmisión sexual o embarazos.

CONCLUSIONES

Los padres son los principales responsables del desarrollo de sus hijos, siendo los primeros modelos que enseñan los valores y creencias respecto a la sexualidad, lo que repercutirá en la forma en que la vivirán posteriormente. En este sentido la comunicación que establecen los padres con sus hijos sobre sexualidad tendrá implicaciones positivas para prevenir conductas sexuales de riesgo.

Respecto a dicha comunicación, se ha aclarado que los temas que los padres deben hablar con sus hijos son los mismos tanto para población con y sin discapacidad, ya que la discapacidad no impide que los cambios físicos, emocionales y hormonales aparezcan. No obstante la forma en que se transmitan dichos temas dependerá de las dificultades que la persona presente, por ejemplo el tipo de discapacidad, por tanto es importante que la información se transmita en un lenguaje sencillo y concreto, proporcionando indicaciones claras y por pasos, dando mensajes breves y privilegiando otros canales por donde se pueda dar el aprendizaje. En el siguiente capítulo se presenta el desarrollo de esta investigación, la cual tuvo como objetivo comparar la forma de comunicación y los temas sobre sexualidad que abordan los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva.

SEGUNDA PARTE:

Investigación Empírica

CAPITULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México los estudios que abordan la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con algún tipo de discapacidad son escasos y en su mayoría parten de una metodología cualitativa, que impide la generalización de resultados y establecer comparaciones por tipo de discapacidad. No obstante es importante establecer dicha comparación debido a que cada discapacidad tiene sus propias características, en esta investigación se analizarán solamente los casos en que los padres tienen hijos con discapacidad intelectual y discapacidad auditiva, ya que las personas con dichas discapacidades poseen cada una formas distintas de aprendizaje y comunicación.

Por ejemplo en las personas con discapacidad intelectual, presentan dificultades en el procesamiento de la información y en la generalización de los aprendizajes, tienen una atención reducida y en algunas ocasiones muestran ausencia total del habla o tienen dificultades en la construcción lingüística, lo que repercute en la utilización de expresiones concretas para su aprendizaje. Dentro de su desarrollo sexual disponen de menos oportunidades de contacto con sus pares, una menor autonomía para vivir solos, una mayor cantidad de estereotipos respecto a su sexualidad creados por la sociedad, tienen dificultad para la expresión de opiniones o sentimientos y dificultades en valorar situaciones que comprometan su salud. No obstante los cambios físicos, emocionales y hormonales que aparecen en la adolescencia estarán presentes, aunque su desarrollo pueda ser más lento.

En cambio en las personas con discapacidad auditiva no existe retraso en su desarrollo cognitivo, más bien la capacidad que se encuentra afectada es la adquisición de la forma verbal, lo que puede ocasionar problemas en la lectoescritura, en la atención, dificultad de comprensión del habla de otras personas; dicho problema para comunicarse puede provocar frustración en los padres al no poder hablar con su hijo. Sin embargo cuando la persona adquiere la Lengua de Señas Mexicana desde edades muy tempranas el rezago lingüístico y cognitivo será menor o nulo. En lo que respecta a la comunicación sexual de las personas con discapacidad auditiva, esta no tiene ningún problema si anteriormente la persona aprendió un sistema de comunicación,

debido a que el déficit auditivo en sí mismo no impide que se desarrolle la capacidad de simbolizar y de comunicarse.

Por ello se propone identificar las diferencias que existen en la comunicación sexual que establecen los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva, para así conocer las necesidades que cada discapacidad plantea y a partir de ellas proponer un marco de intervención, donde se contemplen la adecuación de la información junto con el uso correcto de materiales, cuya meta sea promover en los padres la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.

Pregunta de Investigación

Por lo tanto, la pregunta de investigación estuvo orientada a identificar ¿Qué diferencias existen entre la forma de comunicación (de manera verbal, principalmente con frases cortas y gestos, con gestos no habla, lengua de señas Mexicana) y los temas sobre sexualidad que establecen los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva?

Objetivo general:

Comparar la forma de comunicación (de manera verbal, principalmente con frases cortas y gestos, con gestos no habla, lengua de señas Mexicana u otra), los temas que abordan (ej. Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores), y el número de dichos temas de comunicación sobre sexualidad que establecen los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva.

Objetivos específicos:

1. Comparar las características sociodemográficas entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva.
2. Comparar entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y discapacidad auditiva las características sociodemográficas de sus hijos.
3. Comparar entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y discapacidad auditiva las habilidades que poseen sus hijos.

4. Comparar la forma en la que los padres se comunican con sus hijos (de manera verbal, principalmente con frases cortas y gestos, con gestos no habla, lengua de señas Mexicana u otra)
5. Comparar entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva el número de temas referentes a sexualidad que han abordado con sus hijos.
6. Comparar los temas de sexualidad que los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva establecen con sus hijos.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional por cuotas (Hernández-Fernández y Baptista, 2006) para conformar la muestra. El *criterio de inclusión* consistió en ser padres de hijos adolescentes y/o jóvenes (12-29 años de edad) con discapacidad Intelectual y/o auditiva. Se tomó como *criterio de exclusión* a los padres con alguna discapacidad que les impidiera contestar los instrumentos de evaluación. De tal manera la muestra estuvo constituida por 108 padres (54 padres de hijos con discapacidad intelectual y 54 padres de hijos con discapacidad auditiva) que cumplieron con los criterios referidos.

El 76.9% del total de participantes fueron mujeres, la edad osciló entre los 27 y 69 años ($M=46$, $DE=8$), el 4.6% no tenía estudios, el 48.2% tenía educación básica, 25.9% preparatoria y/o carrera técnica, y sólo el 21.3% contó con estudios de educación superior. Referente al estado civil el 14% era soltero, la gran mayoría (70.1%) eran casados o vivían en unión libre, el 12.1% eran divorciados y el resto viudos. Un gran porcentaje informó ser católico (86.7%), y como segunda opción cristianos (9.5%). Los padres informaron tener en promedio dos hijos ($DE=1$), percibir en promedio mensualmente \$7,616.00 ($DE=9,183.00$) y dicho ingreso debe compartirse en promedio con cuatro personas ($DE=2$).

Variables e Instrumentos

Se diseñaron una serie de reactivos para obtener información de las siguientes variables:

- a) *Características sociodemográficas*: Se creó un apartado para conocer las siguientes características de los padres: sexo, edad, escolaridad, estado civil, religión, ingreso mensual, número de personas que viven en casa y número de hijos; y de los hijos: sexo, edad, escolaridad y origen de la discapacidad.
- b) *Habilidades de los hijos*: Se diseñó una lista con veinte actividades de autocuidado, académicas y de desarrollo de la independencia para conocer el número de actividades que el individuo puede realizar por sí mismo.

- c) *Formas en que se comunican los padres con sus hijos.* Para obtener información sobre la manera en que los padres se comunican sus hijos se les preguntó la forma en que lo hacen, a lo cual ellos debían elegir entre una de las siguientes las opciones de respuesta: a) de manera verbal, b) principalmente con frases cortas, c) con gestos, d) con Lengua de Señas Mexicana y e) otra.
- d) *Comunicación sobre sexualidad.* Se les preguntó a los padres si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre 16 temas referentes a sexualidad: ej. Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, únicamente debían contestar sí o no. Adicionalmente, se calculó el número de temas que en promedio los padres han hablado de sexualidad con sus hijos, cuyo valor podía oscilar entre 0 (no han hablado de ningún tema) y 16 (han hablado de todos los temas).

Procedimiento

Se realizó un convenio con las autoridades escolares de los centros e instituciones que atienden a personas con discapacidad para convocar a los padres a una reunión, con la finalidad de exponer el motivo del estudio; solicitar su consentimiento informado y asegurar la confidencialidad de la información, en cumplimiento de las normas éticas de la investigación. Posteriormente, se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación con la participación de un investigador, quién explicó a los padres las instrucciones para el llenado del cuestionario. Dicho investigador se mantuvo presente durante los 30 minutos que, en promedio, tardaron los padres en responder el cuestionario, ello con la finalidad de resolver las dudas que surgieran durante el proceso.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS para Mac versión 20 para el análisis de resultados. Se hizo un análisis de frecuencias para describir las características tanto de los padres como de sus hijos y se utilizó el estadístico Ji Cuadrada para comparar entre los grupos

de padres (padres de hijos con discapacidad mental vs padres de hijos con discapacidad auditiva) y se empleó el estadístico *t de Student* para muestras independientes con el propósito de evaluar la diferencia significativa entre las medias de las variables conformadas por los dos grupos de padres

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados más importantes de esta investigación, en un inicio aparece el análisis comparativo de las características sociodemográficas de los padres y sus hijos que conformaron cada uno de los dos grupos (padres de hijos con discapacidad mental vs padres de hijos con discapacidad auditiva), en seguida se comparan las habilidades que poseen los hijos de los padres en cada grupo, posteriormente la forma en que se comunican los padres con sus hijos y los temas de sexualidad que han hablado en cada grupo.

Análisis comparativo de las características sociodemográficas entre los grupos de padres

Con el propósito de comparar las características sociodemográficas entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva, se llevó a cabo un análisis de comparación mediante el estadístico *Ji Cuadrada*. En la Tabla 5 se presentan los resultados de dicho análisis, en donde es posible observar diferencias en cuanto al sexo, siendo más hombres en el grupo de padres cuyos hijos tienen discapacidad auditiva, de igual forma se registraron diferencias en la variable de escolaridad, lo cual indica que los padres de hijos con discapacidad auditiva tienen mayor nivel escolar en comparación con el grupo de padres que tienen hijos con discapacidad intelectual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables analizadas.

Tabla 5
Características sociodemográficas de los padres

Variable	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		<i>Ji Cuadrada</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Sexo						
Femenino	46	85.2	37	68.5	4.216	.040
Masculino	8	14.8	17	31.5		
Escolaridad						
Sin estudios	4	7.4	1	1.9	14.21	.027
Primaria	10	18.5	11	20.4		
Secundaria	18	33.3	13	24.1		
Carrera técnica	7	13	2	3.7		
Preparatoria	6	11.1	13	24.1		
Universidad	6	11.1	14	25.9		
Posgrado	3	5.6	0	0		

Variable	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		Ji Cuadrada	p
	n	%	n	%		
Estado civil						
Soltero	10	18.5	5	9.4	4.98	.289
Casado	25	46.3	33	62.3		
Unión libre	10	18.5	7	13.2		
Divorciado	8	14.8	5	9.4		
Viudo	1	1.9	3	5.7		
Ocupación						
Comerciante	2	3.7	6	17.1		
Empleado	12	22.3	11	31.4		
Hogar	29	53.7	18	51.4		
Maestro	2	3.7	0	0		
Religión						
Católica	47	88.7	44	84.6	.489	.783
Cristiano	4	7.5	6	11.1		
Otras	2	3.8	2	3.8		

Se empleó el estadístico t de Student para muestras independientes para comparar las variables numéricas de las características sociodemográficas entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva (edad, ingreso mensual, personas con las que viven en casa y número de hijos). En la tabla 6 se presentan los resultados correspondientes, en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables.

Tabla 6
Características sociodemográficas de los padres

Variable	Discapacidad Intelectual				Discapacidad Auditiva				t	p
	Mín.	Máx.	Media	DE	Mín.	Máx.	Media	DE		
Edad	32	69	47.37	8.02	27	62	45.04	8.16	1.498	.137
Ingreso mensual	800	60000	7428	10679	380	45000	7822	7331	-.204	.839
Personas que viven en casa	2	20	4.49	2.486	2	11	4.8	1.709	-.746	.457
Número de hijos	1	12	2.76	1.883	1	6	2.44	1,160	1.046	.298

Características sociodemográficas de los hijos

Respecto a las características sociodemográficas de los hijos cuyos padres participaron en esta investigación, en la Tabla 7 los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la variable sexo, al haber más mujeres con discapacidad intelectual y más hombres con discapacidad auditiva. De igual manera se registraron diferencias en la variable escolaridad, lo que indica que los hijos con discapacidad auditiva tienen mayor grado escolar, que los hijos con discapacidad intelectual. Por el contrario, no se encontraron diferencias en cuanto al origen de la discapacidad, en ambos casos el origen de la discapacidad fue congénita para la mayoría.

Tabla 7
Características de los hijos

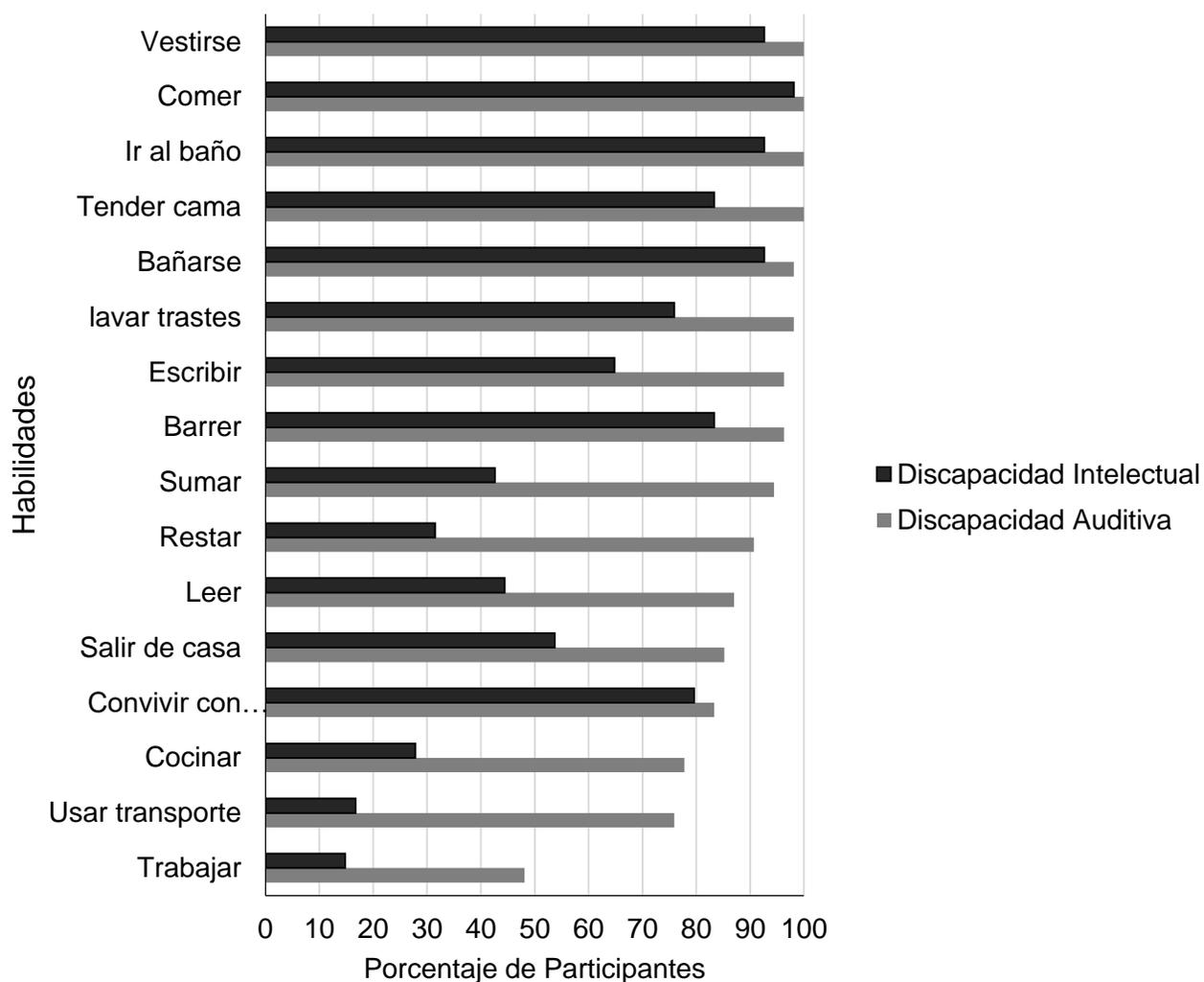
Variable	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		<i>Ji Cuadrada</i>	<i>p</i>
	n	%	n	%		
Sexo						
Femenino	32	59.3	19	35.2	6.27	.012
Masculino	22	40.7	35	64.8		
Escolaridad						
Sin estudios	10	19.2	0	0	32.30	.000
Primaria	9	17.3	3	5.6		
Secundaria	31	58.6	28	51.9		
Carrera técnica	1	1.9	1	1.9		
Preparatoria	1	1.9	22	40.7		
Origen de la discapacidad						
Congénita	42	80.8	36	66.7	2.71	.100
Adquirida	10	19.2	18	33.3		

Habilidades de los hijos

Para conocer las habilidades de autocuidado, académicas y de desarrollo de la independencia, que poseen los hijos de los participantes se elaboró un análisis de frecuencias que aparece en la figura 1, en donde es posible observar un mayor porcentaje en cada habilidad por parte de los hijos con discapacidad auditiva, el porcentaje de habilidades rebasan el 50%, con excepción de la actividad de trabajar (48.1%); en contraste los hijos con discapacidad intelectual poseen menos habilidades, no obstante tienen un buen número de habilidades de autocuidado,

siendo la principal el comer (98.1%), las cuales disminuyen en el área académica y son casi nulas en cuanto a la independencia, como son usar transporte y trabajar.

Figura 1. Habilidades de los hijos



En la tabla 8 se muestra los resultados obtenidos de la comparación entre las habilidades que poseen los hijos de los padres con discapacidad intelectual vs discapacidad auditiva, en donde se registran diferencias significativas en casi todas las habilidades, excepto en tres: bañarse, comer y convivir con otras personas.

Tabla 8
Comparación de Habilidades de los hijos

Habilidad	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		Ji Cuadrada	p
	n	%	n	%		
Vestirse	50	92.6	54	100	4.15	.042
Bañarse	50	92.6	53	98.1	1.88	.169
Comer	53	98.1	54	100	1.00	.315
Ir al baño	50	92.6	54	100	4.15	.042
Cocinar	15	27.8	42	77.8	27.08	.000
Convivir con otras personas	43	79.6	45	83.3	.245	.620
Leer	24	44.4	47	87	21.74	.000
Escribir	35	64.8	52	96.3	17.08	.000
Sumar	23	42.6	51	94.4	33.65	.000
Restar	17	31.5	49	90.7	39.89	.000
Barrer	45	83.3	52	96.3	4.96	.026
Lavar trastes	41	75.9	53	98.1	11.81	.001
Tender cama	45	83.3	54	100	9.81	.002
Salir de casa	29	53.7	46	85.2	12.61	.000
Usar transporte	9	16.7	41	75.9	38.13	.000
Trabajar	8	14.8	26	48.1	13.90	.000

Comparación en la comunicación sobre sexualidad

Formas de comunicación

Se aplicó un análisis para comparar la forma en la que los padres se comunican con sus hijos (de manera verbal, principalmente con frases cortas y gestos, con gestos no habla, lengua de señas Mexicana y otra). En la tabla 9 se observa que casi todos los papás encuentran una forma de comunicación, no obstante hay diferencias en la forma de comunicación, los padres cuyos hijos tienen discapacidad intelectual se comunican mayormente de manera verbal, manteniendo una conversación (62.3%), mientras que los padres cuyos hijos tienen discapacidad auditiva se comunican principalmente por Lengua de Señas Mexicana (63.5%). Sin embargo para el 3.8% y el 13.5% de papás la comunicación solo es a través de gestos, respectivamente.

Tabla 9
Forma de comunicación de los padres con sus hijos

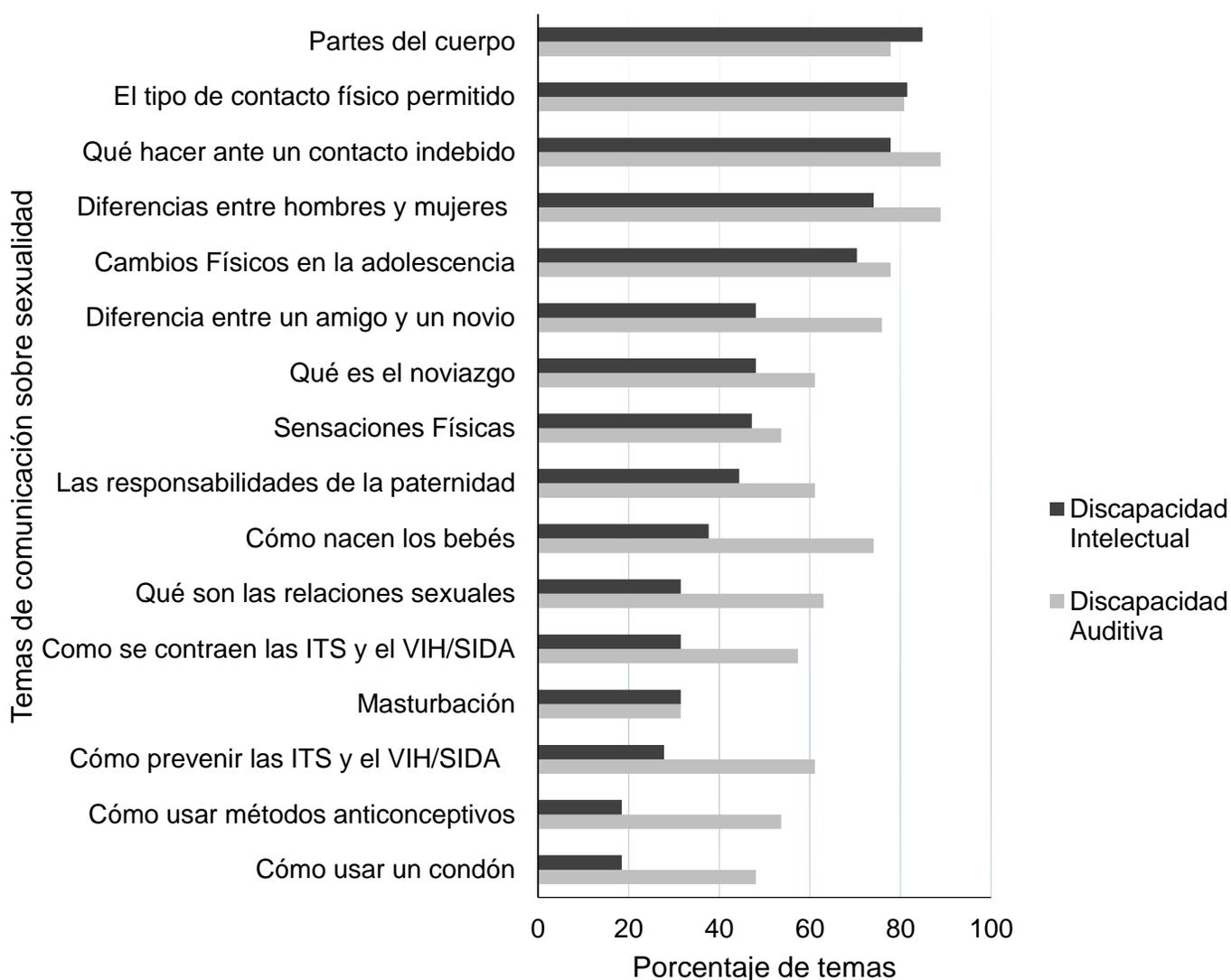
Reactivo	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		Ji Cuadrada	p
	n	%	n	%		
De manera verbal	33	62.3	5	9.6	57.68	.000
Principalmente con frases cortas y gestos,	17	32.1	7	13.5		
Con gestos	2	3.8	7	13.5		
Lengua de Señas Mexicana	1	1.9	33	63.5		

Temas sobre sexualidad

Con la intención de comparar entre los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva el número de temas referentes a la comunicación sobre sexualidad que han abordado con sus hijos se llevó a cabo un análisis de comparación. Los resultados indican que los padres de hijos con discapacidad auditiva hablan en promedio de 10 temas (DE=4.78) referentes a sexualidad; mientras que los padres de hijos con discapacidad intelectual sólo de 7 temas (DE=4,56), dicha diferencia es estadísticamente significativa ($t = -3.57$, $p = .002$).

En la Figura 2 se aprecia que los temas que más hablan los padres de hijos con discapacidad intelectual son: identificación y nombramiento de las partes del cuerpo, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, qué hacer ante un contacto indebido, deferencias entre hombres y mujeres y cambios físicos durante la adolescencia. Los temas, que menos hablan son: cómo usar el condón, cómo usar métodos anticonceptivos, cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA y qué son las relaciones sexuales. En el caso de los padres cuyos hijos tienen discapacidad auditiva, los temas que platican con mayor frecuencia coinciden con los padres de hijos con discapacidad intelectual; los temas que abordan con menor frecuencia son: masturbación, como usar el condón, sensaciones físicas cuando alguien le gusta y cómo usar métodos anticonceptivos.

Figura 2. Temas sobre sexualidad



Finalmente para comparar los temas de sexualidad que los padres de hijos con discapacidad intelectual y auditiva establecen con sus hijos se hizo un análisis de comparación mediante el estadístico *Ji Cuadrada* (Tabla 10). Los resultados obtenidos indican que existen diferencias respecto a ocho reactivos, siendo los padres de hijos con discapacidad auditiva quienes hablan más de los siguientes temas: diferencias entre hombres y mujeres, la diferencia entre un amigo y un novio, como nacen los bebés, cómo usar métodos anticonceptivos, cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA, cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA, cómo usar un condón y que son las relaciones sexuales en comparación a

los padres de hijos con discapacidad intelectual. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de los reactivos analizados.

Tabla 10
Temas sobre sexualidad

Reactivo	Discapacidad Intelectual		Discapacidad Auditiva		Ji Cuadrada	p
	n	%	n	%		
Identificación y nombramiento de las partes del cuerpo	45	84.9	42	77.8	.894	.344
Diferencias entre hombres y mujeres	40	74.1	48	88.9	3.927	.048
Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	38	70.4	42	77.8	.771	.380
Qué es el noviazgo	26	48.1	33	61.1	1.83	.176
La diferencia entre un amigo y un novio	26	48.1	41	75.9	8.84	.003
Cómo nacen los bebés	20	37.7	40	74.1	14.33	.000
Las responsabilidades de la paternidad	24	44.4	33	61.1	3.00	.083
Cómo usar métodos anticonceptivos	10	18.5	29	53.7	14.48	.000
Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	17	31.5	31	57.4	7.35	.007
Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	15	27.8	33	61.1	12.15	.000
Cómo usar un condón	10	18.5	26	48.1	10.66	.001
Que son las relaciones sexuales	17	31.5	34	63.0	10.73	.001
Masturbación	17	31.5	17	31.5	0	1
Sensaciones físicas cuando alguien le gusta	25	47.2	29	53.7	.457	.499
Que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente	42	77.8	48	88.9	2.40	.121
El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores	44	81.5	42	80.8	.009	.925

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo central comparar la comunicación sobre sexualidad entre padres de hijos con discapacidad auditiva y padres de hijos con discapacidad intelectual.

Un primer hallazgo respecto a la conformación de la muestra de esta investigación, indica que en el grupo de padres que tienen hijos con discapacidad auditiva predominaron los varones y al analizar las características de sus hijos, se observó que también es mayor la presencia de éstos. Lo cual puede sugerir que estos papás participan más en tareas referentes a la sexualidad porque coinciden con el mismo género de sus hijos, lo cual concuerda con lo reportado en otras investigaciones (Dilorio et al., 2000; Jerman & Constantine, 2010; Schouten et al., 2007) que muestran que el sexo de padres e hijos influye en la comunicación sobre sexualidad, es así que las madres hablan más con sus hijas, mientras que los padres con sus hijos.

Otro dato importante, tiene que ver con que los papás cuyos hijos tienen discapacidad auditiva tienen un nivel académico mayor en comparación con el grupo de padres de hijos con discapacidad intelectual, la literatura señala que los papás que tienen mayor escolaridad son los que hablan más sobre temas de sexualidad con sus hijos (Gallegos, Villarruel, Vinicio, Onofre, & Zhou, 2007). Por tanto, al realizar esta investigación, se comprobó que los padres de hijos con discapacidad auditiva, al tener un nivel educativo más alto, se comunican más con sus hijos, exactamente hablan en promedio de 10 temas referentes a sexualidad, es decir tres temas más que los papás de hijos con discapacidad intelectual.

En cuanto a las habilidades que poseen los hijos de los participantes, se encontró que aquellos con discapacidad intelectual, cuentan con habilidades básicas de autocuidado, tales como vestirse, bañarse, comer, e ir al baño, sin embargo dichas habilidades disminuyen en el área académica que implican sumar, restar, leer y escribir; y son casi nulas en cuanto a las habilidades vinculadas al desarrollo de la independencia y autonomía, como son usar transporte, cocinar y trabajar. Esto confirma lo expuesto por Cardona (2010) respecto a que las personas con discapacidad intelectual tienen

mayores dificultades para el aprendizaje y la aplicación de ciertas habilidades de la vida cotidiana. No obstante, la severidad de la discapacidad dependerá de los apoyos que su contexto le proporcione, por lo que es necesario que las personas con discapacidad cuenten con un ambiente familiar y social que los impulse a desarrollarse, visualizando así a la persona como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud, 2001).

Al respecto, se ha documentado que los padres de estos jóvenes no les permiten hacer ciertas tareas, no porque no puedan, sino porque no los consideran capaces, surgiendo el temor de que puedan hacerse daño (Liesa & Vived, 2010), por tanto, no les dan las oportunidades para adquirir ciertas habilidades como por ejemplo el cocinar. Aun y cuando está confirmado que las personas con discapacidad intelectual pueden adquirir dicha habilidad, incluso existen empresas que los capacitan y los contratan para ello (Daunis, Gente Excepcional, A. C.).

En lo referente a las habilidades que se encontraron en los hijos con discapacidad auditiva se puede observar que han tenido un desarrollo de habilidades básicas de autocuidado (comer, ir al baño, bañarse y vestirse) académicas (sumar, restar, leer y escribir) y habilidades que les permitan desarrollar su autonomía e independencia (salir solos de su casa, usar transporte público). Estos resultados pueden estar relacionados con la instrucción que estos participantes recibieron, ya que la muestra se conformó por personas que se encontraban en un centro escolar, donde se da instrucción para sordos a nivel primaria, secundaria y preparatoria, alcanzando un mayor nivel de desarrollo que los hijos con discapacidad intelectual.

Lo anterior concuerda con lo reportado por Martínez (2015), quien señala que el éxito del desarrollo de un niño sordo, dependerá de la modalidad comunicativa que reciba, la edad de inicio de estimulación lingüística, el nivel de interacciones en su entorno social y el tipo de programas para su estimulación. No obstante, en la muestra, la única habilidad que la mayoría de los jóvenes no presentan es la de trabajar, lo que podría explicarse al considerar su edad. Es importante recalcar nuevamente la influencia del contexto en el desarrollo de las habilidades. Sin embargo, no es posible

saber si los resultados descritos sean los mismos para otro grupo de jóvenes con discapacidad auditiva que no asistan a la escuela.

Otro hallazgo importante de esta investigación es la forma en la que los padres se comunican con sus hijos. Los resultados indican que casi todos los papás encontraron una forma de comunicación, no obstante hay diferencias en la forma en la que lo hacen. Los padres de hijos con discapacidad intelectual reportaron comunicarse en forma verbal la mayor parte del tiempo, aun que el 3.8% reportaron hacerlo mediante gestos y sólo una persona mencionó utilizar la Lengua de Señas Mexicana (LSM). En la discapacidad intelectual una función que se ve afectada es el lenguaje, las personas con esta condición pueden presentar un vocabulario pobre, dificultades para utilizar los sonidos del habla propios y empleo de frases cortas (Galván ,2015; Vega & Álvarez, 2017). Un dato interesante se observó con uno de los participantes quien mencionó el uso de la LSM para contrarrestar dichas limitaciones, ya que en la LSM se emplea el movimiento y la expresión corporal en lugar de la articulación de fonemas que supone dificultades para algunas personas con discapacidad intelectual.

En el caso de los padres de hijos con discapacidad auditiva, la mayoría de ellos mencionó que se comunican por medio de la Lengua de Señas Mexicana, mientras que un 23% dijo hacerlo de manera verbal. Estos resultados indican que los padres que participaron en esta investigación han aprendido la Lengua de Señas Mexicana para comunicarse con sus hijos. Lo que coincide con los hallazgos reportados por Serafín y González (2011) quienes consideran que el 90% de los niños sordos nacen en hogares oyentes. Pero no concuerda con lo expuesto por dichos autores respecto a que la mayoría los padres oyentes con hijos sordos no acceden a la lengua de señas, lo que tiene implicaciones en el desarrollo de las habilidades sociales y emocionales de sus hijos que les dificultan involucrarse con otras personas. Pese a ello los padres de esta investigación están preocupados por el desarrollo de sus hijos y se involucran en su aprendizaje, han aprendido su lengua y con ello no existen barreras de comunicación propias de la discapacidad que impidan el intercambio de información con sus hijos.

En el mismo sentido, el 13.5% de los padres de hijos con discapacidad auditiva se comunica con sus hijos a través de gestos, lo cual a diferencia de la LSM podría limitar las formas de expresión, ya que la LSM posee diferentes recursos y reglas para la construcción de palabras y oraciones, además de ser una lengua visogestual donde para producir las señas se requiere de las manos, del cuerpo, de los gestos y del espacio frente al cuerpo de la persona que utiliza esta lengua para explicar o dar a entender lo que uno piensa o quiere (Serafín & González, 2011). Además se ha comprobado, a través de muchas investigaciones, que el lenguaje de señas es tan rico y dinámico como el oral, donde se puede expresar cualquier concepto, número, tiempo verbal, afirmaciones, negociaciones y preguntas, tal como es posible hacerlo con el idioma hablado por los oyentes (López, Rodríguez, Zamora & San Esteban, 2006). Por tanto, si se tratará solo de gestos que no corresponden a la lengua de señas, la comunicación de estos jóvenes se vería limitada al querer comunicar temas más complejos.

En cuanto al tema central de esta investigación, a continuación se describen los siguientes datos. Respecto al número de temas referentes a la comunicación sobre sexualidad que han abordado con sus hijos, en ambos grupos se encontró que han hablado de pocos temas (8 de los 16), no obstante los padres que tienen hijos con discapacidad auditiva han hablado de tres temas más para ser exactos.

También se encontró que los padres de hijos con discapacidad intelectual, platican con ellos, en forma recurrente acerca de temas como: identificación y nombramiento de las partes del cuerpo, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, qué hacer ante un contacto indebido, deferencias entre hombres y mujeres y cambios físicos durante la adolescencia. En contraste, los temas que menos han hablado son: cómo usar el condón, cómo usar métodos anticonceptivos, cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA y qué son las relaciones sexuales. Dicha información permite conocer cuáles son las preocupaciones que los padres tienen respecto a la sexualidad de sus hijos, haciendo énfasis en el temor de que sus hijos sean víctimas de abuso sexual, por lo tanto platican con ellos acerca de la forma de prevenir esa situación. Dicha preocupación coincide con lo reportado en la literatura, donde se afirma que las

personas con discapacidad intelectual son más propensas a ser abusadores de forma física y sexual (Gutiérrez, 2010; Groce, 2004).

Otro de los temas que un gran porcentaje de padres abordó con sus hijos tiene que ver con su desarrollo físico, ya que independientemente del daño cognitivo que la discapacidad pueda ocasionar, esta no impide que aparezcan los cambios físicos, emocionales y hormonales propios de la adolescencia, por lo que ante la aparición de ellos creen importante orientarlos al respecto (Rivera, 2008).

En contraste, los temas que un menor porcentaje de padres han platicado con sus hijos que tienen discapacidad intelectual destacan los temas vinculados con las consecuencias y las formas de prevención durante las relaciones sexuales, estos hallazgos indican que los padres consideran que sus hijos no llegarán a tener relaciones sexuales, y por tanto no creen importante hablarles acerca de cómo protegerse ni de las consecuencias que puede implicar una relación sexual. Dichos resultados pueden estar fundamentados en los mitos que giran al rededor de las personas con discapacidad intelectual respecto a que son ángeles eternos, personas asexuadas y que su cuerpo no puede producir placer sexual (García, 2009; Rivera, 2008).

Por su parte, los padres cuyos hijos tienen discapacidad auditiva informaron hablar de la mayoría de los temas referentes a sexualidad evaluados, siendo los que más padres han abordado: identificación y nombramiento de las partes del cuerpo, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, qué hacer ante un contacto indebido, deferencias entre hombres y mujeres y cambios físicos durante la adolescencia, temas que coinciden con los padres de hijos con discapacidad intelectual; los temas que menos padres abordaron son: masturbación, como usar el condón, sensaciones físicas cuando alguien le gusta y cómo usar métodos anticonceptivos. Lo anterior puede indicar que los padres de hijos con discapacidad auditiva, también están preocupados por el tema del abuso sexual, sin embargo pareciera que están más dispuestos a hablarles acerca del noviazgo y de las relaciones sexuales, pese a ello no les explican cómo pueden protegerse. Al respecto, Robles et al. (2013) encontraron que siete de cada diez jóvenes con discapacidad

auditiva no utilizaban ningún método anticonceptivo, lo que los puede colocar en un alto riesgo de contraer diversas ITS, así como llegar a tener embarazos no deseados, de ahí la importancia de los padres para transmitir información que contribuya al cuidado de su salud sexual.

Por último un dato interesante a retomar es el tema de la masturbación y el uso del condón, los cuales fueron los menos hablados en ambos grupos de padres, lo cual puede sugerir que son temas difíciles de abordar y que pueden generar incomodidades a los papás (Navarro & Hernández, 2012). Lo anterior concuerda con lo reportado por Bárcena y Romano (2016) quienes en una muestra de papás cuyos hijos tienen discapacidad encontraron que si bien los padres están de acuerdo en que la masturbación es natural, no les proporcionan información acerca del tema a sus hijos, ni les brindan información acerca de cómo usar un preservativo, no obstante los mismos resultados concuerdan con lo encontrado en población sin discapacidad (Bárcena & Jenkins, 2018; Jerman & Constantine, 2010; Schouten et al., 2007). Tales resultados podrían estar mostrando que independientemente de tener una discapacidad o no, los padres no hablan de dichos temas porque podrían pensar que si les hablan sería darles el permiso de iniciar su vida sexual (López, 2004).

Los hallazgos de esta investigación destacan la importancia de promover programas de sexualidad orientados a contemplar las diferencias que existen entre cada discapacidad, y a partir de ellas proponer un marco de intervención, donde se contemplen la adecuación de la información junto con el uso correcto de materiales, cuya meta sea promover en los padres la comunicación sobre sexualidad con sus hijos. Por ejemplo para los padres cuyos hijos tienen discapacidad intelectual deberán elaborarse programas que contemplen sus necesidades, las habilidades con las que cuentan y la forma en que se comunican así como el grado de discapacidad que presenten, al igual que para los padres cuyos hijos tienen discapacidad auditiva. En este sentido es fundamental señalar que los papás tienen que preocuparse por alentar y promover en sus hijos el desarrollo máximo de habilidades, sin importar la discapacidad que presenten.

Además se deberá tomar en cuenta que algunas personas con discapacidad, no asisten a escuelas o centros donde pueden obtener información sobre sexualidad como la demás población y que además son más propensos a ser excluidos de los programas de educación sexual. No obstante se comprende que esta tarea puede ser compleja para los padres, por ende la insistencia de generar programas que los acompañen para que ellos puedan adquirir información y la enseñanza de cómo hablarles a sus hijos sobre sexualidad.

Estos esfuerzos resultan clave para prevenir situaciones de riesgo que puedan sufrir las personas con discapacidad, como son abusos sexuales, infecciones de transmisión sexual, prácticas sexuales de riesgo y embarazos no deseados. Además de fomentar su desarrollo sexual positivo, en donde se tomen en cuenta sus necesidades, emociones y deseos.

Finalmente, una limitación del estudio, tiene que ver con el número de participantes que conformaron la muestra, ya que a pesar de que se buscó reunir la mayor cantidad de población, solamente se contó con la participación de 54 padres en cada grupo. Sin embargo aún y cuando se contó con una muestra pequeña es un intento de ir haciendo estudios de tipo cuantitativo en población mexicana, donde son escasos, predominando perspectivas cualitativas, que si bien son importantes, no nos permiten dar cuenta de lo que ocurre en el grueso esta población.

Se propone en estudios posteriores obtener información también sobre los jóvenes que presentan alguna discapacidad auditiva e intelectual, para así conocer cómo ellos perciben la comunicación sobre sexualidad que sus padres les brindan y conocer sus necesidades. Todo ello supone la adaptación de instrumentos de evaluación y el diseño de programas de intervención que contemplen sus características y necesidades de atención.

REFERENCIAS

- Advocates for Youth. (2009). *Comprehensive Sex Education: Research and Results*. Recuperado de <http://www.advocatesforyouth.org/>.
- Aguado, L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre.
- Aguilar, F. (2011). *Evaluación de las personas con discapacidad al ambiente laboral*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ahumada, C. & Kowalski, S. (2006). *Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Canadá: Youth Coalition.
- American Association on Mental Retardation, AAMR. (2002). *Mental retardation. Definition, classification, and system of supports*. Washington: AAMR.
- Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores Familiares Asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Arulogun, O., Titiloye, M., Afolabi, N., Oyewde, O. & Nwaorgu, O. (2013). Experiences of girls with hearing impairment in accessing reproductive health care services in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 17(1), 85-93.
- Arrellano, M. (2015). Efectos psicológicos y sociales de la discriminación laboral en personas con discapacidad motriz. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperada de <http://132.248.9.195/ptd2015/abril/305162728/Index.html>.
- Asociación Mundial para la Salud sexual, WAS. (2014). *Declaración de los Derechos sexuales*. Recuperado de http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf
- Bautista, R. (2002). *Necesidades Educativas especiales*. España: Aljibe.

- Berman, R., Meresman, S., Galván, O., & Rodríguez, E. (2011). *Desarrollo Inclusivo: La experiencia de VIH-SIDA y discapacidad en Centroamérica*. Banco Mundial. Disponible en www.worldbank.org/enbrevewww.worldbank.org/enbreve
- Cardinal, C. (2005). *Educación sexual. Un proyecto humano de múltiples facetas*. Colombia: Siglo de Hombre.
- Cardona, E. (2010). *Estrategias de atención para las diferentes discapacidades. Manual para padres y maestros*. México: Trillas.
- Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2(1), 51-58.
- Cisneros, N. (2016). *Conocimientos sobre VIH/SIDA y su relación con el comportamiento sexual de riesgo de jóvenes con discapacidad auditiva*. Reporte de investigación de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México. México
- Consejería de Empleo, Mujer e Inmigración. (2003). *Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2008*. La suma de todos. Madrid. Recuperado de <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/cif/cif000019.pdf>.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Discapacidad motriz. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Secretaría de Educación Pública. México. Recuperado de <http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-motriz.pdf>.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Discapacidad Visual. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. Secretaría de Educación Pública. México. Recuperado de <http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-visual.pdf>.
- Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y cultura*, 22, pp.147-160.

Department of education and Early Childhood Development.State Government Victoria. *Questions and answers on Sexuality education.*

Dilorio, C., Dudley, W. Dongqing, T. (2000). Social Cognitive Factors Associated with mother-adolescent communication about sex. *Journal of Health Communication*, 5, 41-51.

Dirección General de Desarrollo Curricular de la Subsecretaría de Educación Básica. (2012). *Orientaciones para la Atención Educativa de Alumnos Sordos que cursan la Educación Básica, desde el Modelo Educativo Bilingüe-Bicultural.* Secretaría de Educación Pública. México. Recuperado de http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2Academicos/6Libro_Orientaciones.pdf

Dirección General de Educación Especial. (2012). *Discapacidad motriz.* Secretaria de Educación del Estado de Veracruz. México. Disponible en <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/motriz.php>

Dirección General de Educación Especial. (2012). *Discapacidad visual.* Secretaria de Educación del Estado de Veracruz. México. Disponible en <http://eespecial.sev.gob.mx/difusion/visual.php>

Dirección General de Educación Indígena. (2012). *Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad visual.* Secretaria de Educación Pública. México. Disponible en http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2013/indigena/5Discapacidad_Visual.pdf

Esquivel, E. (2012). *Propuesta de un taller para favorecer la vida independiente en jóvenes con discapacidad intelectual.* Tesina de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2011). *Enseña sexualidad. CSTAC compartiendo saberes y transformando realidades.* México. Disponible en http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf.

- Galindo, E., Galguera, I., Taracena, E. & Hinojosa, G. (2011). *Modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas*. México: Trillas.
- Galván, C. (2015). *Habilidades de comunicación y promoción de conductas adaptadas de la persona con discapacidad*. España: Paraninfo.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Vinicio, M., Onofre, D., & Zhou, Y. (2007). Research brief: sexual communication and knowledge among mexican parents and their adolescent children. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 18(2), 28-34.
- García, L. (2010). *Programa de fortalecimiento y de apoyo psicológico para personas adultas con discapacidad visual*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- García, R. (2009). *Educación sexual y discapacidad*. Asturias: Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.
- García, P. & Nastri, M. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Arcchivos Argentinos de Pediatría*, 109(5), 447-452.
- Gómez, L. & Posada E. (2012). Barreras comunicativas entre personas sordas y oyentes LGBTI del centro comunitario Chapinero, Bogotá. *Revista de la Unidad de Educación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, 14(1), 156-166.
- González, P. (2003). La discapacidad intelectual y su enfoque actual. En P. González (Ed.), *Discapacidad intelectual, concepto, evaluación e intervención pedagógica*, (35-47). Madrid: CCS.
- González, R. y Gonzalo, S. (2014). *Sexualidad y discapacidad psíquica*. Madrid, España: Síntesis.
- Groce (2004). *Encuesta Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/vih_discapacidad.pdf
- Guevara, Y., Ortega, P., & Plancarte, P. (2013). *Psicología conductual. Avances en educación especial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México

- Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M., & Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicador de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10(1), 79-90.
- Gutiérrez, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Hurtado, F., Aguilar, Z., Mora, A., Sandoval, J., Peña, S. & León, D. (2010). Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Revista de Salud Uninorte*, 28(2), 227-237.
- Hutchinson, K., Jemmott, J., Jemmott, L., Braverman, P. & Fong, G. (2003). The Role of Mother-Daughter Sexual Risk Communication in Reducing Sexual Risk Behaviors among Urban Adolescent Females: A Prospective Study. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 98-107.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática, INEGI (2010). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. México. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.
- International Disability Alliance the Center For Reproductive Rights (2015, April). Inclusive Comprehensive Sexuality Education and the CRPD: Submission to the CRPD Committee's Half Day of General Discussion on the Right to Education at the Palais des Nations: Geneva. Available:<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGDontherighttoeducationforpersonswithdisabilities.aspx>.
- Jerman, P. & Constantine, N. (2010). Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: a representative statewide analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1164-1174.
- Jiménez, M. & López, M. (2009). Anatomía-Fisiología de la audición, Etiología y patología auditivas. En M. Jiménez & M. López (Eds.), *Deficiencia auditiva, evaluación, intervención y recursos psicopedagógicos*, (pp.19-28). Madrid: CEPE.

- Karofsky, P., Zeng, L., & Kosorok, M. (2000). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of Adolescent Health, 28*, 41-45.
- Lara, D. (2012). *La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos: México.
- Lara, D., García. S., Strickler, J., Martínez, H. & Villanueva, L. (2003). El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. *Gad Med Méx, 139(1)* ,82-89
- Lefkowitz, E., & Stoppa, T. (2006). Positive Sexual Communication and Socialization in the Parent-Adolescent Context. *New Directions for child and adolescent development, 112*, 39-55.
- L'Engle, K., Jackson, C., & Brown, J. (2006). Adolescents' Cognitive Susceptibility to Initiating Intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38(2)*, 97–105.
- Liesa, M. & Vived, E. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de caso. *Educación y Diversidad, 4(1)*, 111-124.
- López, A., Rodríguez, C., Zamora, M., San Esteban, S. (2006). *Mis manos que hablan: lengua de señas para sordos*. México: Trillas
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, M. (2004). *Aspectos Evolutivos y Educativos de la Deficiencia Visual*. Coruña, España: Netbiblo.
- López, S. (2001). *Educación sexual y discapacidad*. III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Disponible en: http://www.pasa.cl/wpcontent/uploads/2011/08/Educacion_Sexual_y_Discapacidad_Lopez_Felix.pdf.

- Luengo, M., Toledo, V., Fuentes, M., Lobos, L., Molina, R., y Molina, T. (2000). Adolescentes discapacitados: talleres de afectividad y sexualidad. *Revista Chilena de Pediatría*, 71, (1), 1-4.
- Martínez, V. (2015). *Programa de incremento de autoestima en adolescentes con discapacidad auditiva*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Sotavento.
- Meressman, S., Ramos, V. & Rossi, D. (2012). *Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*, (pp.48-62).
- Miñambres, A. (2004). Los trastornos visuales en general: Parámetros a tener en cuenta. En A. Miñambres (Ed.), *Atención Educativa al alumnado con dificultades de vision* (1-19). España: Aljibe.
- Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores*. México: Pax.
- Morales, J. (2012). *Iniciativa pedagógica: Taller de sexualidad dirigido a padres de adolescentes con discapacidad visual, en el organismo mexicano promotor del desarrollo integral de los discapacitados visuales I.A.P.* Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. Disponible en <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/convention.html>
- Navarro, N. Z. & Hernández, A. I. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22 (2), 195-203.
- Navarro, S. (2014). *El asistente sexual para personas con discapacidad, ¿una figura legal? Convención de los derechos de las personas con Discapacidad*. Disponible en http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/735/Pon_Navarro_CasadoS_AsistenteSexualPersonas_2014.pdf?sequence=1.

- Organización de Estados Americanos (OEA). (1999). *Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. Guatemala. Disponible en http://www.dgri.sep.gob.mx/formatos/4_oea_11.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (1994). *Declaración de Salamanca y Marco de acción para las necesidades educativas especiales*. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF.
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *Ceguera y discapacidad visual*. Disponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Discapacidad y salud*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Salud y derechos humanos*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
- Organización Mundial De la Salud. (2015). *Sordera y pérdida de la audición*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>.
- Peñafiel, M. (2005). Capítulo 4. Dificultades Físicas. En P. Sánchez & G. Torres (Eds.), *Educación Especial, Ámbitos específicos de intervención*, (96-115). Madrid: Pirámide.
- Pérez, J. & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad. (2009-2012). *Por un México Incluyente: Construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad*. Secretaria de Salud/ Consejo Nacional para las personas con Discapacidad. México.

- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. y Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Rojas, M. (2014). *Aspecto psicosociales del sordo: un análisis bibliohemerográfico*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Santiago, T., Rodríguez, J., Santana, R. & González, A. (1995). *Deficiencia auditiva: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe.
- Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 40(229), 22-39.
- Schouten, B., Putte van den, B., Pasmans, M., & Meeuwesen, L. (2007). Parent-adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 75-83.
- Secretaría de Gobernación. (2011). *Ley General para la Inclusión de la personas con discapacidad*. Disponible en: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011.
- Serafín, M. & González, P. (2011). *Manos con Voz. Diccionario de Lengua de Señas Mexicana*. México: Consejo Nacional para prevenir la Discriminación.
- Teitelman, A., Ratcliffe, S. & Cederbaum, J. (2008). Parent-Adolescent Communication about Sexual Pressure, Maternal Norms about Relationship Power, and STI/HIV Protective Behaviors of Minority Urban Girls. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(1), 50-60.
- Tomás, O., & Pérez, C. (2005). Aspectos evolutivos del niño con discapacidad intelectual. En F. García, C. Pérez & A. Berruezo (Eds.), *Discapacidad Intelectual*, (pp.51-67). Madrid: Ciencias de la educación preescolar y Especial.

- Tórices, I. (2006). *La sexualidad y discapacidad física*. México: Trillas.
- Usher-Seriki, K., Smith, M. & Callands, T. (2008). Mother-Daughter Communication about Sex and Sexual Intercourse among Middle-to Upper-Class African American Girls. *Journal of Family Issues*, 29(7), 901-917.
- Varas, C. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 1, 5(2), 139-144.
- Varas, C. (2010). Salud Sexual y reproductiva en personas con discapacidad física. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 169-172.
- Vega, G. & Álvarez, C. (2017). Comunicación y memoria visual en escolares con discapacidad intelectual. Una relación clave para la intervención. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 17, 179,197.
- Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, 15(1) ,115-136. Recuperado de <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/29153/1/REYH%2015-1-12Velarde%20Lizama.pdf>.
- Verdugo, A. (1998). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Verdugo, M. & Jenaro, C. (1992). *Definición y explicación del retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza.
- Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15(2), 251-273.
- Wild, T., Kelly, S., Blackburn, S. & Ryan, L. (2014). Experiencias de adultos con discapacidad visual sobre la educación sexual recibida. *Journal of Blindness Innovation and Research*, 4(2), 1-19.

World Bank (2009). *A Population at Risk: HIV/AIDS and Disability: Capturing Hidden Voices*. Findings from the Yale/World Bank Global Survey of HIV/AIDS and Disability, Washington D.C.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para padres sobre sexualidad

DATOS PERSONALES

DP1. Sexo: _____

DP2. Edad: _____

DP3. Escolaridad: _____

DP4. Estado Civil: _____

DP5. Ocupación: _____

DP6. Religión: _____

DP7. ¿Cuánto dinero gana su familia al mes? _____

DP8. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

DP9. ¿Qué parentesco tiene con la persona que tiene discapacidad? _____

DP10. ¿Cuántos hijos tiene? _____

DATOS SOBRE SU HIJO

DH1. Sexo de su hijo (a): _____

DH2. Edad de su hijo (a): _____

DH3. Escolaridad de su hijo (a) : _____

DH4. ¿Qué tipo de discapacidad tiene su hijo(a)?

DH5. ¿Su hijo(a) adquirió la discapacidad desde el nacimiento? Sí () No ()

DH6. Si la discapacidad se presentó después del nacimiento ¿qué edad tenía su hijo (a)? _____

DH7. Tache las cosas que su hijo (a) puede realizar

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Lavar trastes |
| <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Escribir | <input type="checkbox"/> Tender cama |
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Sumar | <input type="checkbox"/> Salir cerca |
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Restar | <input type="checkbox"/> Usar transporte |
| <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Barrer | <input type="checkbox"/> Trabajar |
| <input type="checkbox"/> Convivir con otras personas | | |

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una "X" el inciso que corresponda a su respuesta correcta. Sólo marque una respuesta.

11. ¿Cuál es la función de los métodos anticonceptivos?

Evitar un embarazo ()

Evitar una infección ()

Lograr embarazarse ()

12. Es la etapa en la que los hombres presentan cambios de voz y eyaculación, y las mujeres menstruación y ensanchamiento de caderas.

Niñez ()

Adolescencia ()

Vejez ()

13. La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual adquirida por

Virus ()

Hongos ()

Bacterias ()

14. Las formas de transmisión del VIH son por el uso compartido de agujas y jeringas infectadas, por vía sexual, sanguínea y ...

De la madre al bebé ()

Homosexualidad ()

Prostitución ()

15. ¿Qué término describe cuando ciertas características de otra persona se vuelven fascinantes, despertando admiración y deseo?

Amistad ()

Atracción sexual ()

Abuso ()

16. Es cualquier actividad en la que un niño es utilizado por adultos para obtener cualquier tipo de placer sexual

Abuso sexual ()

Amistad ()

Incesto ()

17. Es el término que se da a la penetración del pene en la vagina

Coito ()

Masturbación ()

Sexo anal ()

- I8. Forman parte de los órganos sexuales masculinos
 Pene, testículos y próstata () Vagina, vulva, clitoris () Piel y vello ()
- I9. La sexualidad en jóvenes con discapacidad
 Se desarrolla normalmente () Se desarrolla más tarde de lo normal () No se desarrolla ()
- I.10 Una infección de transmisión sexual puede evitarse
 Usando un condón () Usando pastillas () No puede evitarse ()

INSTRUCCIONES

Lea cada frase y marque con una "X" la opción que indique lo que USTED HACE en cada situación. **N** hay respuestas correctas o incorrectas; sólo nos interesa conocer lo que hace.

- S1. Permito que mi hijo (a) salga de casa solo.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- S2. Permito que mi hijo (a) tenga amigos.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- S3. Superviso las actividades que hace mi hijo (a).
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- S4. Protejo a mi hijo (a) porque es más débil que los demás.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- S5. Evito que mi hijo (a) conviva con otras personas por temor a que lo lastimen.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- A6. Permito que mi hijo (a) haga cosas solo (a).
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- A7. Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- A8. Cuando mi hijo (a) no sabe cómo hacer algo, le explico cómo hacerlo.
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- A9. Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo (a).
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()
- A10. Asisto a cursos que me permitan ayudar a mi hijo (a).
 Nunca () Pocas veces () La mayor parte del tiempo () Siempre ()

INSTRUCCIONES

Por favor señale con una "X" aquella respuesta que mejor describa su **PUNTO DE VISTA**, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa conocer su opinión.

C1. Mi hijo (a) tiene menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C2. Es preferible que mi hijo (a) tenga novio (a).

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C3. Es natural que mi hijo (a) se masturbe.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C4. Mi hijo (a) es capaz de tener relaciones sexuales a pesar de su discapacidad.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C5. Las personas con discapacidad son deseadas sexualmente.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C6. Es preferible que mi hijo (a) NO tenga hijos porque pueden heredar su discapacidad.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C7. Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C8. Mi hijo (a) NO necesita educación sexual.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C9. Una persona "normal" NO se fijará en mi hijo (a) con discapacidad.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C10. Mi hijo (a) necesita el cariño de un novio (a) además del de su familia.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C11. Es preferible operar a mi hijo (a) para evitar que tenga un bebé.

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

C12. Mi hijo (a) es demasiado inocente para tener novio (a)

Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

- C13.** Las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX14.** Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX15.** Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX16.** Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX17.** Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX18.** Hablar con mi hijo sobre temas de sexualidad lo incitaría a tener relaciones sexuales
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX19.** Podría sentir pena si hablo con mi hijo sobre temas de sexualidad
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- EX20.** Mi hijo (a) no me respetará si hablo con él (ella) sobre temas de sexualidad
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R21.** La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R22.** El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R23.** La mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R24.** Un hombre es menos sensible que una mujer
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R25.** Una mujer se realiza hasta que se convierte en madre
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- R26.** Una familia funciona mejor si el hombre establece las reglas
 Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

COMUNICACIÓN

CF1 ¿Cómo se comunica con su hijo?

De manera verbal, podemos mantener una conversación () Principalmente con frases cortas y gestos, tiene un lenguaje limitado () Con gestos, no habla () Lengua de Señas Mexicana () Otra ()
¿Cuál? _____

¿Alguna vez ha hablado con su hijo (a) sobre los siguientes temas? Tache "Sí" o "No" según corresponda.

CM1. Identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo	Sí	No
CM2. Diferencias físicas entre hombres y mujeres	Sí	No
CM3. Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	Sí	No
CM4. Qué es el noviazgo	Sí	No
CM5. La diferencia entre un amigo y un novio	Sí	No
CM6. Cómo nacen los bebés	Sí	No
CM7. Las responsabilidades de la paternidad	Sí	No
CM8. Cómo usar métodos anticonceptivos	Sí	No
CM9. Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	Sí	No
CM10. Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	Sí	No
CM11. Cómo usar un condón	Sí	No
CM12. Qué son las relaciones sexuales	Sí	No
CM13. Masturbación	Sí	No
CM14. Sensaciones físicas cuando alguien le gusta	Sí	No
CM15. Que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente	Sí	No
CM16. El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores	Sí	No

FIN DEL CUESTIONARIO

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN!