



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“TALLER SOBRE SEXUALIDAD DIRIGIDO A PADRES Y MADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD”

Estudio de caso

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARISOL GUZMÁN DOMÍNGUEZ

Director: LIC. GIOVANNI GARCÍA YEDRA

Vocal: LIC. CRISTINA GONZÁLEZ MÉNDEZ

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MÉXICO, 2021





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.

DEDICATORIA

A mis padres, por ser un motor para mi vida, por enseñarme a volar, luchar y nunca desistir.

A mis hermanos y hermanas por su acompañamiento en la distancia, por las porras y palabras de aliento siempre.

A mi hija, porque llegó durante este proceso y me enseñó que nada es imposible.

A mi esposo, por siempre darme ánimos, por tanto amor y las tazas de café compartidas en las noches de desvelo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme esta oportunidad en mi formación y permitirme ser parte de la máxima casa de estudios.

Al Lic Giovanni García Yedra por el acompañamiento y asesoría, siempre tan humano y profesional, por compartir y permitirme aprender con él, por la paciencia, las sugerencias, los ánimos y el tiempo dedicado a este trabajo.

A los padres de familia que participaron en el taller, su confianza e interés a mi trabajo, por las palabras y experiencias compartidas que me dejan un gran aprendizaje.

INDICE

Contenido	Pag.
Resumen	
Introducción	
CAPITULO 1. Infancia y discapacidad	10
Infancia	10
Los derechos en la infancia	11
Situación de la infancia en México	13
Discapacidad	14
La discapacidad a través del tiempo y las culturas	15
Definición de discapacidad	16
Tipos de discapacidad	20
La discapacidad en México	20
La infancia con discapacidad	23
CAPITULO 2. Sexualidad en la infancia con discapacidad	26
Sexualidad	26
Sexualidad en la infancia	26
La sexualidad y la discapacidad	27
Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad	28
CAPÍTULO 3 El papel de los padres en la educación de la sexualidad	31
Importancia de la educación sexual en la infancia	31
Habilidades parentales para hablar de sexualidad	31
Educación sexual en los hijos con discapacidad	32
Aspectos a considerar en la educación sexual de acuerdo a la discapacidad	33

CAPITULO 4 Diseño de un taller	35
Taller sobre sexualidad dirigido a padres y madres de hijos con discapacidad	36
Escenario	37
Participantes	37
Instrumentos	38
Objetivo de la intervención	39
Desarrollo de las sesiones	40
Resultados	50
Discusión	58
Conclusiones	61
Referencias bibliográficas	63
Anexos	67

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo realizar un taller con padres y madres de hijos e hijas con discapacidad, mismo que estuvo orientado a brindar información y estrategias para hablar sobre sexualidad con ellos. Para el desarrollo del taller se tuvo un total de 20 participantes, entre padres y madres de hijos/hijas con discapacidad, intelectual, auditiva, visual y en algunos casos múltiples, se realizaron dos sesiones a través de la plataforma Google Meet y la evaluación de los resultados se hizo en la aplicación de pre y post test en las que se usaron dos instrumentos: La *Escala de Parentalidad Positiva e2p* y el *Instrumento de autoinforme Proyecto PAPIIT* para conocer las habilidades parentales y las formas de comunicación que establecen los padres con sus hijos sobre el tema. El 100% de los participantes indicó que sí es importante hablar del tema con sus hijos, pero hay temas que se hablan poco como: uso de métodos anticonceptivos, noviazgo, relaciones sexuales, donde el 35% manifestó que no lo hace. Se observó que los padres reconocen la importancia de tratar estos temas, sin embargo, carecen de información y habilidades para abordarlo, esto dificulta la comunicación con sus hijos.

Palabras clave: Infancia, discapacidad, habilidades parentales, sexualidad.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad en la discapacidad es un tema que es importante estudiar e investigar ya que resulta necesario diseñar diversas intervenciones para hablar del tema, ese ha sido el punto de partida de este taller, contribuir con los padres y madres de familia que tienen hijos o hijas con algún tipo de discapacidad, brindarles información y estrategias que les permitan favorecer la comunicación entre ellos y que cuenten con los elementos y recursos para orientarlos.

Este trabajo se presenta en cuatro capítulos, mismos que se describen a continuación: en el *capítulo 1 INFANCIA Y DISCAPACIDAD*, se exponen y desarrollan ambos conceptos, la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, 2014) define la infancia como la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) expone que la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, en este mismo capítulo se exponen los derechos de la infancia, la situación de la infancia en nuestro país, cómo se ha visualizado la discapacidad a través del tiempo y de las culturas, una breve descripción de los tipos de discapacidad, se mencionan datos estadísticos y se abordan características de la infancia que vive en condición de discapacidad.

En el capítulo 2 SEXUALIDAD EN LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD, se aborda el concepto de sexualidad, que de acuerdo a la OMS (2018) es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles 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, papeles y relaciones interpersonales. Se aborda además cómo se da la

sexualidad en la infancia y en la discapacidad, se mencionan también algunos mitos existentes en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad.

En el capítulo 3 EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD se habla de la importancia de la educación sexual y de qué forma intervienen los padres en ella, así como algunas recomendaciones específicas de cómo tratar el tema según la discapacidad que presente el hijo o hija.

En el capítulo 4 DISEÑO DEL TALLER SOBRE SEXUALIDAD DIRIGIDO A PADRES Y MADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD se expone la información sobre el taller realizado, menciona los participantes, el escenario, instrumentos utilizado, se realiza el análisis de los resultados.

CAPÍTULO 1 INFANCIA Y DISCAPACIDAD

Infancia

El concepto de infancia se ha ido construyendo a través de los tiempos y para entenderlo es importante hacer una revisión de la historia. Puerto Santos (2002) menciona que en los años 354 - 430 hasta el siglo IV se concebía al niño como dependiente e indefenso, lo que representaba una carga para los padres.

Jaramillo (2007) plantea que en el siglo XV se consideraba que los niños eran malos de nacimiento, posteriormente en ese mismo siglo, se les concibió como indefensos y por lo tanto, tenían que estar al cuidado de alguien, considerándolos una propiedad, vistos más como objetos y no como sujetos. Esto empieza a cambiar en el siglo XV cuando de acuerdo a Jaramillo (2007) son vistos como adultos pequeños, para luego en el siglo XVI y XVII atribuirles una condición de bondad innata, esto hace que los adultos los vean como pequeños angelitos. Se le da la categoría de infante en el XVIII, pero no es hasta el siglo XX cuando se les presta atención y se les reconoce como un “sujeto social con derechos” (Jaramillo, 2007).

Al reconocer a los niños como sujetos sociales con derechos, se hace énfasis en que son seres que tienen la necesidad de establecer relaciones con los otros y desenvolverse en diversos contextos de forma autónoma e independiente, visibilizar las necesidades y los derechos permite prestar mejor atención a esta población. La atención brindada ha aumentado de manera gradual y se ha ido reconociendo en diversos ámbitos.

Actualmente la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund, 2004) define la infancia como la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela, en los lugares de recreo, crecer fuertes, seguros de sí mismos, recibir el amor y estímulo de sus familias de una comunidad amplia de adultos. esta representa una etapa que existe entre el nacimiento y la pubertad, de 0 a 11 años.

Los derechos en la infancia

Enfocarse en la infancia es entender sus derechos y hacerlos valer, por ello, es importante conocer las acciones que se han tenido en el reconocimiento de estos.

A continuación, se mencionan algunas fechas importantes sobre el reconocimiento de la infancia en el marco de los derechos a nivel mundial (UNICEF, 2005):

- 1919: Eglantyne Jebb, puso en marcha Save the Children Found, debido a la miseria en que quedaron los niños después de la guerra en Europa.
- 1920 Eglantyne Jebb, crea Save the Children International Union en Ginebra.
- 1924 se aprueba la Declaración de Ginebra sobre los derechos del niño por la Sociedad de Naciones: Esta declaración establecía que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando está hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en situaciones graves; a quedar exento de cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social.
- 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño.
- 1979 las Naciones Unidas declaran 1979 como Año Internacional del Niño
- 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño.
- 1990 se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.
- 1994 el Año Internacional de la Familia reafirma que los programas deberán apoyar a las familias, que son las que alimentan y protegen a los niños, en vez de ofrecer sustitutivos a dichas funciones.
- 1999 se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Convenio N° 182 de la OIT).
- 2000 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño.

- 2002 la Asamblea General de las Naciones Unidas celebra un Período Extraordinario de Sesiones sobre la Infancia, reuniéndose por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia.

A raíz de esta Asamblea se reconocen los derechos de los niños, entre lo que podemos mencionar: derecho a; la identidad, cuidado por parte de los padres, protección contra la adopción ilegal, libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, derecho a un hogar, a una familia, derecho a la información, protección contra el abuso, cuidados especiales su presenta alguna discapacidad, derecho a los servicios de salud, derecho a la educación, al ocio, al juego.

La UNICEF plantea 4 principios clave de los derechos de los niños:

- No discriminación: Todos los niños tienen los mismo derechos, no importa su color de piel, su religión, su procedencia o las ideas de sus padres.
- Interés superior del niño: Cualquier decisión, ley o política que pueda afectar a un niño tiene que tener en cuenta qué es lo mejor en su caso.
- Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo: Todos los niños tienen derecho a vivir y a alcanzar su máximo potencial en la vida.
- Participación: Niños y adolescentes tienen derecho a ser consultados sobre las situaciones que les afectan y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

Estos principios se plantea que deben verse reflejados en acciones como:

- *Cuidado de la primera infancia*: programas más integrados que aborden problemas como nutrición, vacunas, atención neonatal.
- *Educación*: Mayor atención en la igualdad de acceso, mejorar la calidad educativa para evitar el abandono escolar.
- *Protección de la infancia*: desarrollo de un entorno protector que identifique y refuerce los componentes principales que pueden proteger a los niños y niñas.

Los derechos de la infancia deben estar siempre vinculados, por lo que no se puede hablar de que uno sea más importante que otro y es necesario atender todos y cada uno de ellos para tener infancias plenas y felices.

Situación de la infancia en México

En México el panorama para la infancia es poco alentadora ya que existen diversos organismos que velan por los derechos de los niños, sin embargo, hay un índice alarmante de pobreza, desigualdad, violencia que influye de manera importante en su bienestar.

De acuerdo a la UNICEF (2018) la tercera parte de la población del país son niños, niñas, adolescentes que viven realidades diversas. Por un lado, hay infantes y adolescentes que disfrutan de servicios sociales producto de la ampliación de la oferta institucional y en otro extremo, se encuentran los niños y adolescentes que, debido a la exclusión social como resultado de su lugar de residencia, su origen étnico, lengua o condición de discapacidad, no pueden ejercer algunos o varios de sus derechos.

El grupo social al que pertenecemos determina en gran parte el ejercicio de sus derechos, en su informe la UNICEF (2018) plantea que el acceso a los servicios básicos en la vivienda –como agua potable, saneamiento y electricidad- dan una pauta del entorno en que niños, niñas y adolescentes interactúan y se desarrollan, así como un panorama de los obstáculos que enfrentan para alcanzar el acceso y mejoras en materia de salud, educación y abatimiento de la pobreza.

La UNICEF (2018) reconoce que México ha dado respuesta al paradigma global de los derechos humanos a través de la armonización de su marco normativo, tanto federal como local, conforme a los estándares establecidos en los tratados, jurisprudencia y doctrina internacional; al respecto señala que, se expidió en 2014 la Ley general de prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil, que busca garantizar el acceso de niñas, niños y adolescentes a los servicios de cuidado y desarrollo integral en condiciones de igualdad, calidad, calidez, seguridad y protección adecuadas.

La Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) que fue publicada en 2014, alineada con la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), reconoce al menos 20 derechos y 15 principios establecidos en esta última. Parte del reconocimiento de las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos y

de su condición de personas en desarrollo, de lo cual deriva la necesidad de establecer un régimen de protección especial a su favor, que deberán observar la familia, la comunidad y el Estado, con el objeto de que niñas, niños y adolescentes puedan efectivamente acceder a sus derechos (UNICEF, 2018).

En la actualidad, se ha visibilizado más la niñez, principalmente en términos de políticas públicas, es preciso entender y reconocer que son una población vulnerable y, por tanto, muchas veces se encuentra en situación de riesgo, esto hace que sean un grupo objeto de diversas formas de violencia, Ahora bien, ¿qué pasa cuando presentan alguna discapacidad?, ¿cambia las condiciones de vida?, ¿se convierten en un grupo más vulnerable?.

Discapacidad

Para conocer el tema de la discapacidad, la historia nos ubica en la Antigüedad clásica y Edad Media, épocas en que las personas con características diferentes a las usuales eran vistas como raras, inferiores, por el desconocimiento que existía sobre la condición que presentaban, sufrían principalmente de rechazo, lo que llevaba a la sociedad a asesinar a los niños cuando nacían con lo que ellos llamaban “anormalidad”, y al ser la explicación religiosa la que predominaba en ese momento asumían que estas personas o niños eran poseídos por algún tipo de demonio por lo que se les sometía al exorcismo, o bien, se les aislaba del resto, con la intención de que no fueran vistos, ya que eso representaba una vergüenza para la sociedad; bajo esta premisa del aislamiento surgen los primeros asilos y albergues para recluirlos.

En la antigüedad clásica las minusvalías físicas se presentaban con dos visiones y planteamientos diferentes: la primera hacía referencia a la visión demonológica o mítica que planteaba el tratamiento de las mismas con conjuros, magia, hechicería; el abandono, el desprecio o aniquilación se presentaba como alternativa y solución de problemas de quienes llamaban débiles, minusválidos o deficientes. Un segundo enfoque, más apegado a lo que actualmente entendemos como científico entendía las deficiencias como patologías internas del organismo. Médicos-filósofos como Hipócrates, Asclepiades, Galeno, Sorano y C elso, padres de lo que más tarde se

ha llamado naturalismo psiquiátrico, se haría eco de esta visión e intentarían arrancar las deficiencias y enfermedades de las culpas, el destino y voluntad de los dioses (Vergara 2002).

La discapacidad se asumió desde diferentes visiones en las diversas culturas, en Mesopotamia se creía que quienes tenían alguna situación era porque habían ultrajado a algún Dios, que habían cometido algún pecado y por ello recibían ese castigo, convenciéndolos de eso a través de la terapia para aceptar la culpa. En Egipto, el enfoque era similar, basado en la religión, sin embargo, en el hecho de ser complaciente con sus Dioses favoreció su entendimiento en la presencia de las minusvalías físicas y psíquicas (Vergara, 2002 porque veían las malformaciones o anomalías como algo preciado, por lo que se consideraba que quienes presentaban estas situaciones eran especiales y por lo tanto, servían a los faraones, lo que se consideraba un privilegio.

Los griegos asumieron los defectos físicos y psíquicos de la persona como una marca social, representaba frustración para ellos, por lo que optaron por desarrollar un sistema que se consideraba perfeccionista y terapéutico, principalmente enfocado a la higiene mental y salud corporal (Vergara, 2002). En esta cultura se dieron varias posturas, Platón planteaba que los débiles y retrasados no tenían espacio en la sociedad; Aristóteles a su vez manifestaba que los niños deformes no merecían vivir, y ambos defendían que en ciertas condiciones dichos niños no debían nacer y así evitar la presencia de esas deformidades que representaban algo malo para la república.

La cultura romana manifestó, por un lado, un rechazo por el desvalido y por el otro el proteccionismo activo (Vergara, 2002), es decir manifestaban crueldad, hubo infanticidio, apoyaban que quienes presentaban estas condiciones no nacieran, para ellos los desvalidos eran como animales y eso justificaba su destrucción, sin embargo, se defendía al ciudadano por ser parte de la Patria, misma que se consideraba Santa. Esto cambio con la influencia del cristianismo, que su enfoque era que estos niños desvalidos estaban más cerca de Dios y por lo tanto era necesario ayudarlo, y ordenaron la creación de instituciones para pobres y enfermos.

En la Edad Media Occidental, el trato a las personas vulnerables, se asumía con fe y dignidad a la persona y se castigaba a los padres que los abandonaban o mataban. Se buscaba que las personas tuvieran caridad con los menos favorecidos, ante esto surgieron asilos, hospitales y casas de acogida. El más significativo fue Alfonso X El Sabio quien abrió un cauce de dignificación y protección jurídica de sordos y ciegos (Vergara, 2002). Por el contrario, en la cultura medieval se daba muerte a los recién nacidos, se daba el abandono, y consideraban a los enfermos mentales como personas impuras, diabólicas, despreciables, lo que ocasionaba que la actitud ante ellos fuera de odio.

Vergara (2002) menciona que en la época medieval existió un precedente legal para las personas con discapacidad intelectual, con Eduardo II de Inglaterra quien responsabilizaba a la corona el cuidado de estas personas, argumentando que tenían que salvaguardarlos, esto marca una pauta importante en la historia, porque originó que se intentara conocer cómo se daba la inteligencia, buscando una forma para medirla, es así como en el 1534 se propuso un test de inteligencia por Sir Anthony Fitzherbert, en este test se hablaba de la medición de varios aspectos y que eran característicos para considerarlos tontos o idiotas, estos indicadores eran : la incapacidad de contar o numerar veinte peniques, que es la unidad monetaria utilizada en el Reino Unido antes del sistema decimal, de nombrar a su padre o madre, conocer su edad, considerando esta información como relevante e indispensable para un beneficio propio. Este test se amplía posteriormente por Swineburne, quien añadió otras pruebas.

Posteriormente, del Renacimiento al Siglo XVIII, se empiezan las primeras experiencias educativas con personas con déficit sensorial, mirándolos como sujetos, se inicia el periodo de la institucionalización de las personas con deficiencias y es a partir de entonces cuando podemos considerar que surge la Educación Especial (Bautista, 1993).

Definición de discapacidad

En este punto cabe mencionar que se han generado diversos puntos de vista en la sociedad, primero desde la conceptualización de discapacidad, como hemos

revisado, a lo largo de la historia se han adoptado diversas maneras de llamarlos, tales como: minusválidos, lisiados, impedidos, endemoniados, y esto muchas veces tiene que ver con la cuestión de derechos y atención, haremos un recuento de estos conceptos, partiendo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980 donde el concepto se asumió no solo en el individuo sino en su relación con la sociedad (Egea & Sarabia, s/f)

Después se hace un cambio en el nombre la segunda edición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), esta clasificación se basa en dominios relacionados con la salud, dispuesta desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad (Padilla-Muñoz 2010), en esto, se acepta como medida para evaluar salud y discapacidad individual y poblacional.

A partir de esta clasificación vamos a recuperar tres conceptos:

Deficiencia: este término hace referencia a “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones”.

Discapacidad: se define como “restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia.

Minusvalía: situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)”

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008) plantea que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la

interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno. Tomaremos esta como pauta para entender e intervenir en el tema.

La discapacidad se fundamenta en una serie de modelos y su conceptualización parte de estos, entre los cuales nos encontramos: Modelo médico-biológico, modelo social, modelos de las minorías colonizadas, modelo universal de discapacidad y modelo biopsicosocial (Padilla-Muñoz, 2010).

El modelo médico-biológico establece una relación directa de la persona con enfermedad y que tiene que ver con una condición de salud, por lo tanto, plantea que debe llevar un tratamiento o cuidados médicos, es decir, este enfoque se centra en que se obtenga una cura para la discapacidad o bien que la persona que la presenta pueda adaptarse en la sociedad, este enfoque se centra en el diagnóstico y en la patología, es decir, el foco de atención son los impedimentos y no la persona que las presenta, se van a asociar tres características en este modelo: la permanencia, la dependencia y la pasividad (Padilla-Muñoz, 2010).

El modelo de la discapacidad social, este modelo no solo presta atención a la persona que presenta alguna condición, se enfoca también al contexto en el que esta se desarrolla, y plantea que la discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales insertas en un medio ambiente (Padilla-Muñoz, 2010), es preciso mencionar que desde este enfoque la discapacidad no es una situación individual, tiene que ver precisamente con la falta de condiciones, lo que hace que socialmente sean un grupo vulnerable ya que esta solo considera a los cuerpos dominantes.

De ello, se rescata un punto importante, la discapacidad engloba dos elementos: la persona y el medio ambiente, lo segundo va a definir qué tan limitado o no estará la persona, por tanto, plantea que será la sociedad quien tiene la responsabilidad de facilitar el desenvolvimiento y adaptación de la persona en el ambiente, la discapacidad es un hecho social (Padilla-Muñoz, 2010).

La sociedad juega un papel muy importante en este modelo, porque será quien brinde o no las oportunidades a las personas que presentan una discapacidad, por ejemplo: si una persona presenta alguna limitación física y requiere de diversas

adaptaciones en el ambiente como rampas, elevadores, manijas, baños adaptados, etc., y no se les provee, sus limitaciones se harán más evidentes y su desenvolvimiento será más limitado, estas situaciones están presentes de manera cotidiana en la vida de las personas con discapacidad, puesto que hace falta modificar el contexto, brindar apoyo y recursos, en este sentido, se habla ya de una inclusión social, y esta se entiende precisamente desde un enfoque de derechos y de la no discriminación, la inclusión social, refiere a hacer a las personas con discapacidad partícipes en las diversas actividades atendiendo a sus necesidades y disminuyendo o eliminando las barreras a las que se enfrenta.

Modelo de las minorías colonizadas, este tiene similitud con el modelo anterior, puesto que plantea que las personas con discapacidad como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo minoritario social (Padilla-Muñoz, 2010). Sin embargo, este modelo también plantea que la persona con discapacidad depende en gran parte de terceras personas, por lo tanto, la atención de la sociedad también determinará la adaptación de estas personas en la sociedad.

El Modelo universal de la discapacidad propone que se debe partir de los grupos minorizados para defender y hacer valer sus derechos y volverlo un planteamiento universal, busca hacer entender que todas las personas presentamos alguna dificultad y, por lo tanto, no podemos adaptarnos totalmente a la sociedad, la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales (Padilla-Muñoz, 2010).

El modelo biopsicosocial, similar al social, no se centra en la persona, sino en la interacción que esta tiene con el ambiente y esto va a determinar el funcionamiento de la persona y su adaptación en el contexto.

La revisión de los modelos nos permite conocer y darnos cuenta de cómo se visualiza a las personas con discapacidad, hemos de notar que algunos parten y se centran solo en el individuo y sus deficiencias, otros en cambio, plantean que el contexto o ambiente juegan un rol importante y son determinantes en la presencia

de la discapacidad y en la medida en que este se modifique o adapte favorecerá el desenvolvimiento de estas personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) expone que la 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.

Tipos de discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la Discapacidad y de la Salud (2001) realiza la siguiente clasificación:

- Discapacidad física o motora: aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, impide a la persona desenvolverse de manera convencional.
- Discapacidad sensorial: corresponde a aquellas personas que han perdido la capacidad visual o auditiva, así como problemas de comunicación y de lenguaje.
- Discapacidad intelectual: presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias, es irreversible y dura para toda la vida.
- Discapacidad psíquica: Relacionada con el comportamiento del individuo, se habla de una discapacidad psíquica cuando hay trastornos en el comportamiento adaptativo.

A su vez, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2016) reconoce 4 tipos de discapacidad: Motriz, Sensorial: Abarca la auditiva y la visual, Cognitivo-intelectual y Psicosocial.

La discapacidad en México

Toca hacer énfasis en cómo se ha visto a las personas con discapacidad en nuestro país y de qué forma se han dado respuestas a sus necesidades. En el siglo XIX, en la Ciudad de México se crea la primera escuela para sordos y ciegos,

posteriormente en 1915, la primera escuela para atender a niños con deficiencia mental, luego nos enfocamos a la década de los 30's, siendo este un momento importante puesto que se empieza a ver la necesidad de responder a las personas con discapacidad intelectual, llamadas en ese momento: deficientes mentales, inadaptados; los ciegos, los sordos o los lisiados como se llamaba a aquellos que presentaban dificultades motoras (Valdespino, 2014), esa necesidad de atención conllevaba no solo atenderlos sino saber cómo atenderlos, por lo tanto se inicia también con la formación de personas para ese fin.

En un inicio el enfoque de atención fue médico, por lo tanto, se hablaba de un proceso de rehabilitación como primer punto y de productividad, para eso la Secretaria de Educación Pública crea el Instituto Médico Pedagógico, conocido como Parque Lira el 7 de Julio de 1935 (Valdespino, 2014).

En lo posterior, el enfoque tiene un giro a lo funcional, es decir, hacer que los niños con condición de ceguera, sordera, deficiencia mental, tuvieran las formas de ser funcionales en la sociedad, que les permitiese integrarse de manera productiva, creándose diversas instituciones para atender dicho propósito.

Otra de las instituciones importantes que se crearon para la atención de niños con estas características fue el Hospicio de Pobres en la Ciudad de México, que manejaban cuatro áreas o departamentos: asistencia a niños y niñas, ancianos y ancianas, sala para partos ocultos y curación de ciegos (Arroyo, 1998), esta institución fue el punto de partida para la creación de otras instituciones que se iban a encargar de la atención de diversas anomalías. Como era de esperarse a lo largo de los años, muchas eran las personas que se congregaban en estas instituciones por lo que fue preciso regular dicha situación procurándose determinar a la población realmente necesitada.

A partir de esto se empieza a prestar atención y se crean carreras para Maestros Especialistas en niños y adultos ciegos y Maestros Especialistas en la educación de niños y adultos con trastornos de la audición y lenguaje esto en 1945, posteriormente en 1955 la carrera de Maestro Especialista en niños lisiados del aparato locomotor (Cárdenas & Barraza, 2014).

Muchos fueron los cambios que se presentaron en la determinación de quiénes y de qué forma se iba a atender a los niños con discapacidad, ya el enfoque médico estaba quedando de lado y se empezaba a ver la atención desde otros enfoques, una de las importantes fue cuando en 1962, existió una separación entre la Escuela Normal de Especialización y el Instituto Médico Pedagógico, que distingue el enfoque médico del pedagógico y se empieza el acercamiento al enfoque y visión desde la Psicología.

El enfoque Pedagógico empieza en 1962 y realiza un análisis e investigación de las condiciones de los niños con problemas de aprendizaje, lo que lleva a la creación de la carrera de Maestro Especialista en niños con problemas de aprendizaje (Cárdenas & Barraza, 2014). Se decía que presentaban problemas de aprendizaje aquellos niños que adquirirán la lectura, escritura y aritmética en los primeros años escolares. Los maestros que se enfocaban a trabajar esas áreas por lo que daban prioridad al trabajo marcado en los programas de la Secretaría de Educación Pública (SEP), también se prestaba atención al desarrollo de la independencia y autonomía a través de una serie de talleres, esto se basaba en un modelo de rehabilitación y marcaba un diferencia importante en la forma en que se veía a la discapacidad de manera global, como se abordó anteriormente, ahora se buscaba verlos y apoyarlos y no deshacerse de ellos, hacerlos parte de una sociedad y al ser reconocidos como parte de ella debía tener los elementos para ser funcionales, para esto la Psicología juega un papel importante, ya que es a través de ella que se busca tener una clasificación de las personas que presentaban alguna discapacidad, el análisis a realizar en este sentido es que al medir el coeficiente intelectual se presentaron desventajas para aquello que arrojaban un baja puntuación y eso de alguna manera determinaba su acceso o no a las Escuelas de Perfeccionamiento. En este tiempo, los propósitos de la Educación Especial estaban dirigidos a incrementar entre los educandos la independencia personal, la socialización, la comunicación y los hábitos ocupacionales, para que respondieran apropiadamente en sus relaciones interpersonales en el trabajo (Cárdenas & Barraza, 2014).

En México la atención a la discapacidad ha sido deficiente, se ha hecho desde las aulas, pero ha faltado atender a esta población desde otras áreas, así como brindar más elementos a las familias para la orientación y acompañamiento a sus hijos en determinados temas como: autonomía, independencia, sexualidad, siendo este último importante y poco abordado, mismo que resulta necesario retomar desde la infancia por parte de los padres, para ello, es preciso contar con la información para dar una orientación oportuna desde la infancia.

Ante todas estas perspectivas y modelos, ahora hay que preguntarse ¿qué pasa con la discapacidad en la actualidad? ¿de qué forma se han atendido sus necesidades?, en este punto, habría que mencionar primero que en lo que a la educación se refiere, esta al ser obligatoria, laica y gratuita ha permitido que muchos alumnos con dificultades y/o alguna discapacidad se encuentren inscritos en el sistema educativo, puesto que antes, los padres evitaban enviarlos a la escuela, situación que ha cambiado, y que ha generado que las instituciones empiecen a recibirlos y a tener prácticas integradoras, siendo el ideal la adaptación a las características de los alumnos con discapacidad y respondiendo a sus necesidades a través de ayudas, apoyos, recursos humanos y materiales, pero esto no sucede en todas las escuelas, ya que siguen observándose prácticas de segregación y discriminación.

La infancia con discapacidad

La infancia representa uno de los grupos vulnerables, igual que las personas con discapacidad, ¿qué pasa entonces cuando estas condiciones están juntas? es decir, niños con alguna discapacidad o condición específica, podemos hablar de una doble vulnerabilidad, por lo que es necesario prestar especial atención a esta población, si bien es cierto, que las políticas actuales se enfocan a su inclusión, esto dista mucho de la realidad, aun cuando se ha reconocido que tienen derechos, hacerlos valer es todo un reto.

De acuerdo al Informe Mundial sobre la Discapacidad (2011) realizado por la Organización Mundial de la Salud se estima que más de mil millones de personas viven con alguna discapacidad, lo que representa un 15% de la población mundial, la carga mundial de morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años) con

una estimación de 95 millones de niños, lo que representa un 5.1%, de los cuales el 0.7% presentan una discapacidad grave., este mismo informe manifiesta que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños.

En un comunicado de prensa emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en diciembre 2019 en México, se muestra un panorama sociodemográfico de las personas con discapacidad teniendo como referente los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENANID) del 2018 se habla de un 6.7% de la población que presenta discapacidad, lo que representa 7.7 millones de habitantes, del cual un 49.9% son adultos mayores, existe una baja concentración en edad de entre 5 y 29 años.

Aunque en estadística la concentración es baja en relación a las otras edades, es importante reconocer a los niños que viven en una condición de discapacidad, puesto que la intervención que se haga en esta etapa de su vida será primordial para su desarrollo y determinará en gran parte su desenvolvimiento en el futuro.

La CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2018), plantea la importancia de considerar a las personas con discapacidad como seres humanos, anteponer a la persona de la discapacidad, esto nos permitirá reconocerlos desde una perspectiva de derechos: derecho a la familia, al trabajo, a la convivencia, a la participación, a la educación. Al anteponer a la persona permitimos que la vulnerabilidad en la que viven se reduzca y disminuímos los índices de violencia que tienen.

Santillán (2019) menciona que una de las problemáticas a la que está expuesta la niñez en todo el mundo es la violencia, esto puede agravarse cuando existe una condición de discapacidad y más aún cuando hay falta de información, por lo que se hace necesario, enseñar a los niños situaciones de la vida cotidiana y sobre todo del cuidado de su cuerpo.

Estos datos nos dan varias pautas a considerar, la edad, la discapacidad y las condiciones en las que viven, lo que limita significativamente su acceso a la información, corresponde a la sociedad generar las condiciones para que esto se

dé a través de las políticas públicas, adaptaciones de acceso y toca en gran parte a los padres realizar la orientación sobre diversos temas para favorecer su buen desenvolvimiento, autonomía e independencia.

Uno de los temas que poco se aborda y que muchas veces representa un tabú para sociedad es el abordar la sexualidad, mas aun en niños o jóvenes con discapacidad, pareciera que su sexualidad es diferente y no se les enseña todo lo referente al tema, la falta de información y orientación hacia estos temas a desatado que no se les permita vivir su sexualidad, así mismo, son más susceptibles a vivir algún tipo de abuso.

CAPÍTULO 2 SEXUALIDAD EN LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD

Sexualidad

El tema de la sexualidad se gesta desde la familia y es ahí donde debe existir la primera orientación sobre los aspectos que este conlleva, la conceptualización es un tema complejo porque depende del enfoque con que se haga.

La OMS (2018) define la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles 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, papeles y relaciones interpersonales.

Esta conceptualización nos permite entender que la sexualidad está presente en todos los seres humanos, sin importar su situación social, económica, características o condición física y psicológica todo vivenciamos la sexualidad y no tiene que ver solamente con el sexo, como generalmente se piensa, lo que ha ocasionado una serie de tabúes alrededor del tema, por lo que es necesario hacer la distinción entre dichos conceptos. De acuerdo a la OMS (2018) sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, y género OMS (2018) se refiere a los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas.

Sexualidad en la infancia

Abordar el tema de la sexualidad con niños se ha convertido en algo primordial así como hacer cumplir sus derechos de acceso a la información y al desarrollo de una vida plena, por lo que resulta importante darle una educación sexual, empezando desde el seno familiar, después en la escuela, asociaciones, entre otras.

En la infancia se empieza a explorar y descubrir el cuerpo, la curiosidad sobre el mismo los lleva a tocarse, observar el cuerpo de los otros, prestan atención a las relaciones que se establecen entre los que están alrededor, imitan comportamientos, en muchas ocasiones, los padres o cuidadores son sorprendidos por cuestionamientos o conductas respecto a la sexualidad; las respuestas y reacciones varían de acuerdo a la información que se tenga, sin embargo, siempre resulta inquietante y necesario saber cómo responder ante esta situación, puesto que se generan interrogantes sobre si es adecuado o no abordar ciertos temas a determinada edad, como menciona García-Piña (2016) las niñas y niños saludables juegan y conocen su cuerpo, tienen inquietudes sobre el amor, los besos, la diferencia entre niños y niñas, sobre cómo se hacen y nacen los bebés, etcétera. Señala también que estas son expresiones que requieren una participación activa de los progenitores para su orientación y para permitir que la comunicación, la confianza, la verdad y el respeto sean los ejes de la educación sexual en la familia. Cevallos-Neira y Jerves-Hermida (2014) afirman que anteriormente la sexualidad era negada a la niñez ya que se consideraba que esta surgía a partir de la pubertad, al respecto la OMS (2018) plantea que la educación afectivo-sexual es un derecho de niños, niñas y adolescentes junto a otros derechos sexuales, como libertad sexual, privacidad, equidad, convivencia en igualdad y sin discriminaciones, afirma que todo niño tiene derecho a respuestas sinceras y a una educación sexual de calidad.

Brindando esta información permitiremos a los niños tener una vida más plena, informada, donde el autocuidado será primordial y determinante.

La sexualidad y la discapacidad

Las personas con discapacidad pocas veces son orientadas en estos temas, y socialmente se sigue negando su sexualidad. Esto los afecta de manera importante porque limita su participación en actividades y aumenta considerablemente la violencia hacia ellos y los riesgos asociados a la actividad sexual. Meresman (2011) señala que la educación sexual es necesario en los niños con discapacidad porque contribuye a fomentar en ellos la madurez y los sentimientos positivos acerca de sí

mismos, ayudándoles a rechazar ideas equivocadas como que no son dignos de ser amados o que nunca podrán mantener una relación afectiva satisfactoria.

Es importante cuestionarse el por qué se limita esta información, y cabría mencionar que muchas veces no se ven como sexuales o que se minimiza la importancia de esta educación en ellos al pensar de manera equivocada que no requieren de esta información precisamente por tener una condición de discapacidad, a esto se le suma que muchos padres de niños con discapacidad llegan a tener una sobreprotección al grado de tratarlo como bebés dependientes y cuyas necesidades solo son cubiertas por sus cuidadores, al respecto García y Bustos (2015) señalan que los padres, en ocasiones, pueden sobreproteger a su hijo con discapacidad provocándole una privación de muchas experiencias que podrían hacerlo crecer como persona, fomentando su autonomía e independencia.

Los prejuicios y falsas creencias son muchos, entre ellos, que las personas con discapacidad son personas que no tienen intereses de índole romántico-sexual, requieren que se les proteja en todo momento, que tienen capacidad limitada al autocuidado y cuidado de los demás, que son incapaces de sentir placer o bien, que pueden presentar hipersensibilidad, que no son capaces de establecer relaciones con personas sin discapacidad y que por lo tanto, solo deberían relacionarse entre ellos, toda esta desinformación genera que la atención a las personas que viven con alguna discapacidad sea limitada y se omitan por tanto temas primordiales.

Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

Muchos son los mitos y las creencias que se presentan en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, a continuación se describen algunos de los mitos más frecuentes y sus contrastes de acuerdo a Meresman (2011):

- Se cree que los niños con discapacidad se sienten deprimidos, frustrados, son agresivos y muchas veces manipuladores, sin embargo muchos niños con discapacidad son vitales, alegres y tienen un especial sentido del humor.
- Que los niños con discapacidad necesitan siempre que se les proteja y cuide, el paternalismo y la sobreprotección son una buena manera de cuidar. Cuánto más sepan, mejor, cuanto más consigan valerse por si mismos mejor.

- Se cree que no entienden pero en medida que van creciendo hay que procurar que comprendan las cosas por sí solos siempre que sea posible.
- Se piensa que las personas con discapacidad no son deseadas ni queridas pero no hay que olvidarse del valor principal que tienen como personas, ni de sus sentimientos, su personalidad, sus deseos, sus acciones.
- Las personas con discapacidad no pueden tener sexo: Los hombres y mujeres con discapacidad pueden disfrutar del amor, expresar su sexualidad y también tener relaciones sexuales si lo desean. No hay limitaciones pre-establecidas y en la mayoría de los casos, cada uno encuentra su propio límite a través de experiencias sucesivas que solo puede vivir y procesar por sí mismo.
- Las personas con discapacidad no son sexualmente muy aventureras: Las personas con discapacidad tendrán sus preferencias para realizar un acto íntimo. Pueden tener deseos e ideas para transmitir y vivir su sexualidad.
- La gente que se encuentra institucionalizada no debería tener sexo: En la mayoría de las instituciones se pierde el derecho a la intimidad, no existen cerraduras en las habitaciones ni se facilitan habitaciones para las parejas de estas personas, irrespetándose sus derechos. Sin embargo, cuando las instituciones facilitan condiciones apropiadas, las personas con discapacidad que están institucionalizadas pueden encontrar también su forma de acceder al placer de una manera digna.
- Las personas con discapacidad nunca serán agredidos sexualmente: Muchas veces se cree que las personas con discapacidad no corren riesgo de ser agredidas sexualmente. Sin embargo, la realidad es la contraria: las personas con discapacidad se encuentran más propensas a sufrir abusos sexuales y tienen menos posibilidades de conseguir ayuda y protección.

Castillo (2010) también retoma una serie de tabúes sobre las personas con discapacidad, entre los que menciona:

- No tienen intereses de índole sexual.

- Casi siempre son dependientes de los demás, por lo que necesitan que los protejan y ayuden constantemente.
- Sólo deberían formar parejas con personas como ellas.
- Si una persona con discapacidad padece una disfunción sexual, casi siempre se debe a su estado físico o mental.
- Si una persona "normal" mantiene relaciones con una con discapacidad- hombre o mujer- es porque no puede atraer a otros individuos o tiene un interés ajeno a cualquier vínculo afectivo (intereses monetarios, de vivienda, por ejemplo).
- Las personas con retraso mental son "hipereróticas".
- Las personas con lesiones medulares son "impotentes".
- Los individuos con discapacidad tienen mal carácter.
- Abordar el tema sexual les puede originar más preocupaciones y frustraciones.
- Deberían cambiar sus intereses sexuales por otros menos "agresivos", ya que las alteraciones en esa esfera son muchas veces irreversibles.
- Tiene capacidad limitada para criar y educar a sus hijos.
- Un cuerpo deforme no es apto para recibir ni producir placer.
- Al no tener una respuesta sexual completa, no pueden lograr relaciones sexuales satisfactorias.

Es importante establecer las diferencias entre sexualidad, sexo y género, esto permitirá romper los mitos y tabúes al respecto, asumir que las personas con discapacidad no viven su sexualidad ha generado la falta de información. Hay que tener en cuenta que independientemente de la discapacidad que presenten, los niños, niñas y adolescentes presentan necesidades y deben ejercer su sexualidad como parte de un derecho.

CAPÍTULO 3 EL PAPEL DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Importancia de la educación sexual en la infancia

La educación sexual no ha sido abordada de manera adecuada en las familia o muchas veces no se trata, pues como plantean Cevallos-Neira y Jerves-Hermida (2014) las personas sienten temor o vergüenza para hablar de temas sexuales, lo cual impide la apertura al diálogo entre padres y madres y sus hijos e hijas para abordar dichos temas. La educación sexual es un punto de partida para el desarrollo pleno de los niños.

Novo, Fuentes y Gómez (2015) mencionan que es en la infancia cuando comienza la formación de la personalidad y por tanto el desarrollo psicosexual, y como parte de este, el complejo proceso de diferenciación sexual socio-psicológico, bajo la acción de los modelos sexuales que brinda la familia y la sociedad, desarrollándose así progresivamente las bases de la identidad genérica y la función del género, los cuales tienen en los primeros años de vida su período sensitivo.

De acuerdo a García-Piña (2015) La sexualidad infantil se expresa de diversas maneras, las niñas y niños saludables juegan y conocen su cuerpo, tienen inquietudes sobre el amor, los besos, la diferencia entre niños y niñas, sobre cómo se hacen y nacen los bebés, etcétera. Estas son expresiones que requieren una participación activa de los progenitores para su orientación y para permitir que la comunicación, la confianza, la verdad y el respeto sean los ejes de la educación sexual en la familia.

Habilidades parentales para hablar de sexualidad

Para que exista una comunicación efectiva entre padres e hijos, los padres deben tener habilidades que les permitan beneficiar el crecimiento y desarrollo de los hijos. Cardinal (2005) plantea que la familia, cualquiera que sea su estructura y función, es fundamental en el desarrollo de la sexualidad del infante.

Vera, et al., (2018) el concepto de parentalidad hace referencia a las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos, al tiempo

que promover su socialización. Gómez Muzzio y Muñoz Quinteros (2015) definen que la competencia parental vincular se define como el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas cotidianas de parentalidad y crianza dirigidas a promover un estilo de apego seguro y un adecuado desarrollo socioemocional en los niños y niñas. Destacamos entonces la comunicación efectiva como una de las principales habilidades con la que los padres y madres deben contar para poder hacer el abordaje del tema de sexualidad en casa.

Educación sexual en los hijos con discapacidad

Hablar de sexualidad en la discapacidad nos remite directamente a los padres, porque serán ellos lo que en primera instancia ayudarán a sus hijos a aproximarse al mundo y a comenzar su aprendizaje, permitiéndoles así obtener experiencias para la vida, sin embargo, existe una problemática que se hace necesario atender; los padres carecen de la información, recursos y herramientas para abordar este tema en la familia, siendo el seno familiar donde se inicia esta educación.

Castillo (2010) recomienda lo siguiente en cuanto a la educación en la sexualidad de las personas con discapacidad:

- Contrarrestar mitos y estereotipos nocivos sobre sexualidad
- Alertar sobre modos de vida destructivos que llevan a la monotonía y la aflicción en las relaciones interpersonales
- Instruir sobre la prevención de complicaciones que pueden empeorar el funcionamiento sexual como la disreflexia autonómica, las úlceras por presión, las sepsis genitales y urinarias, la constipación, la contractura en aducción de las caderas y la obesidad o el aumento de peso excesivo.
- Información sobre medidas anticonceptivas
- Enseñar a las embarazadas con discapacidad sobre acciones concretas para evitar complicaciones muy frecuentes en ellas.
- Enseñar como detectar y prevenir las infecciones de transmisión sexual principalmente cuando hay falta de sensibilidad en el área genital o pérdida de visión ya que pueden pasar desapercibidas.

- Enseñar a las familias a encauzar el desarrollo psicológico y sexual de sus hijos con discapacidad.
- Enseñar la manera de detectar y evitar el abuso sexual, que es frecuente en esta población.
- Indicar cómo mantener una higiene correcta y aspecto personal, que son importantes para establecer vínculos interpersonales.
- Advertir sobre los efectos deletéreos del tabaco, alcohol y drogas.

Hay que tener muy presente que las personas con discapacidad no tienen una sexualidad diferente, presentan intereses, deseos, necesidades; en este sentido, lo importante es dar respuesta a las necesidades de información y recursos, adaptarnos a sus necesidades a través de una serie de estrategias que se pueden implementar mediante la educación sexual.

Aspectos a considerar en la educación sexual de acuerdo a la discapacidad

No es necesario ser especialistas en el tema para abordarlo, sin embargo, es necesario tener algunas consideraciones como las que menciona Meresman (2011) de acuerdo a la discapacidad que presenten:

Discapacidad intelectual

- ✓ Necesitan algo más de tiempo que los demás para comprender las cuestiones referidas a su sexualidad.
- ✓ Hacer reiteraciones
- ✓ Usar lenguaje, claro, sencillo y eficiente.
- ✓ Dar indicaciones por pasos
- ✓ Dar mensajes breves, dosificando la información.
- ✓ En casos donde la comunicación es limitada hacer uso de: gestos, fotos, dibujos simples y situaciones cotidianas.
- ✓ Establecer acuerdos entre los distintos miembros de una familia para que haya coherencia en el mensaje, las reglas y la información que se da.
- ✓ Dar los cuidados y apoyos necesarios para que logren una sexualidad adecuada y positiva.
- ✓ Tener siempre una postura positiva.

Discapacidad auditiva

- ✓ En los casos que se requiera hacer uso de Lengua de señas.
- ✓ Explicar las ideas o situaciones más de una vez
- ✓ Usar gestos, dibujos y palabras hasta estar seguros que el niño ha comprendido.
- ✓ Facilitar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva con materiales adecuados.
- ✓ Promover espacios y recursos para el autocuidado y prevención.

Discapacidad visual

- ✓ Dar apoyo permanente en temas sobre el funcionamiento anatómico y habilidades interpersonales para comprender su sexualidad y disfrutar el relacionamiento con sus pares
- ✓ Aportar material concreto, figuras en relieve y oportunidades de experimentar a través del tacto o Braille los aspectos de la sexualidad y el cuerpo.

Discapacidad física o motriz

- ✓ Tratar los recursos de apoyo como la silla de ruedas, bastones con el mismo cuidado que da al cuerpo de sus hijo o hija en cuanto a higiene y contacto físico, evite que los adultos que están en contacto con ellos apoyen su pie en la silla o la toque o la muevan sin consultar al niño, enseñar a las personas cercanas a respetar la silla como parte del espacio privado de su hijo.

La educación sexual es parte fundamental en el desarrollo y crecimiento de los niños y niñas, los padres son los primeros que de manera directa o indirecta darán esta información, por lo que se hace necesario que cuenten con los elementos y las habilidades para poder orientar a sus hijos, es preciso conocer las necesidades de cada discapacidad para poder dar los recursos y los apoyos de manera pertinente.

CAPÍTULO 4 DISEÑO DE UN TALLER

Como hemos mencionado anteriormente, para los padres en ocasiones resulta difícil hablar de sexualidad, y cuando su hijo o hija presentan una discapacidad se vuelve aún un desafío mayor, por ello se busca orientarlos y apoyarlos de forma que puedan contar con diversas habilidades e información para promover y favorecer la comunicación entre ellos y sus hijos e hijas con discapacidad.

Existen programas de escuelas para padres, mismos que son abordados desde diversas perspectivas, de acuerdo a Ricoy y Feliz (2002) es una estrategia de formación que se ofrece desde el campo de la Educación para Personas Adultas y que se ubica dentro del campo de la Educación no Formal Socio-participativa. Se trata de un proceso formativo organizado que suele ir dirigido a un colectivo determinado y preferente de padres y madre fundamentalmente. De esto hay que resaltar la importancia de realizar intervención con esta población.

En este sentido, esta intervención se diseñó en modalidad taller para padres y madres de hijos con discapacidad, que puede definirse y entenderse de diversas formas, Guerrero, Aguirre, Besser, Morales, Salinas y Zamora (2017) afirman que se ha considerado históricamente como un espacio donde se aprende a hacer algo, llamado también una de las metodologías activas, la cual se encuentra centrada en el que aprende, el empleo del taller destaca el desarrollo de competencias y habilidades transferibles como estrategia básica para propiciar la meta de aprender a aprender (Gutiérrez, 2009).

Socarrás, Díaz y Sáez (2013) sostienen que los talleres desde la Educación Avanzada se clasifican como formas no académicas de superación y se caracterizan por propiciar la construcción colectiva del conocimiento, a partir de una metodología participativa y dinámica. La construcción colectiva, metodología participativa y dinámica son aspectos a destacar de esta conceptualización porque han sido el punto de partida para el taller con padres, orientado a consolidar los vínculos entre la teoría y la práctica mediante la reflexión que desarrollarán los sujetos del proceso en correspondencia con los objetivos concretos que se tracen y

con los resultados del trabajo que se haya realizado tanto individual como grupal (Socarrás, et al. 2013).

A continuación, se presentan las características básicas de los talleres, identificadas por Socarrás, et al. (2013):

- Es una forma organizativa profesional que establece un contacto con la realidad, que se puede aplicar en cualquiera de los componentes organizacionales.
- Por sus características, contribuye a la preparación óptima del profesional.
- Permite sistematizar e integrar conocimientos, habilidades, valoraciones.
- Es un espacio donde confluyen una serie de circunstancias que en su fusión provocan el intercambio de conocimientos.
- Es un tipo de interacción donde se ejercita el juicio para comprender procesos, determinar causas, escoger soluciones prácticas, estimular el trabajo cooperativo, preparar actividades en grupo, fomentar la creatividad y la iniciativa, manejar las temáticas objeto de trabajo y propiciar la confrontación del conocimiento. De esta manera, la base es un aprendizaje por descubrimiento, lo que implica una combinación entre la formación teórica y la práctica.

En este caso, este taller se diseñó considerando la importancia de que los padres identificaran y aplicaran habilidades para hablar de sexualidad con sus hijos, partiendo de las características y situaciones que viven día con día.

Al diseñar este taller se pensó en la realidad que viven los padres de hijos con discapacidad, en el hecho de generar conocimiento y contribuir a un desarrollo pleno de la infancia.

Taller sobre sexualidad dirigido a padres y madres de hijos con discapacidad

Anteriormente se mencionó que la infancia con discapacidad es una población vulnerable y pocas veces se les presta atención, especialmente en temas como la sexualidad, son temas en torno a los que giran una variedad de tabúes. Los padres

día con día enfrentan una serie de retos para abordar dichos temas con sus hijos y buscan la orientación para hacerlo, se sienten inseguros o manifiestan vergüenza, sin embargo, no siempre logran encontrar ese apoyo y terminan por omitirlas, eso implica que los niños, niñas y adolescentes no tengan la información desde la infancia. Se desea acompañarlos en todos sus procesos y etapas de desarrollo, pero llega un momento en que se duda acerca de cómo orientarlos.

En ese sentido, este taller tuvo como objetivo brindar a los padres elementos y estrategias para favorecer la comunicación con sus hijos al abordar temas de sexualidad, favoreciendo así la crianza positiva y el desarrollo de sus hijos e hijas, además de facilitar información para evitar conductas de riesgo en la infancia con discapacidad.

Escenario

El taller se realizó con padres de familia que viven en la ciudad de Oaxaca de Juárez en el Estado de Oaxaca, de acuerdo a los datos del INEGI (2016) la población con discapacidad en el Estado el 52.5% son mujeres y 47.5 % hombres, así mismo afirma que 54 de cada 100 personas con discapacidad son adultos mayores y el resto se divide entre niños y adolescente, la región de los Valles Centrales concentra un 23.9 % del total de la población con discapacidad.

El taller se realizó de forma digital haciendo uso de la plataforma de Google Meet, que es una aplicación de videoconferencias, se puede acceder desde un teléfono celular o una computadora siempre y cuando tenga acceso a internet, al realizarlo de manera digital se invitó a algunos padres que viven en diferentes regiones, sin embargo el acceso a internet es limitado, por lo que se optó trabajar con un muestreo por conveniencia tomando en cuenta a aquellos que viven en Valles Centrales y que tuvieron la accesibilidad y las facilidades para participar,

Participantes

Se tuvo un total de 20 participantes, de los cuales el 90% fueron mujeres y el 10% hombres, los criterios de inclusión fue que los padres tuvieran hijos o hija con algún tipo de discapacidad; las edades de los participantes abarcan entre los 25 y 64 años, cuya escolaridad es variada, el 5% cuenta con primaria, el 30 % con la educación

secundaria, el 40% con preparatoria o bachillerato, el 20% con licenciatura y el 5% con maestría, de los participantes una es madre divorciada, 5 madres solteras y el resto vive en matrimonio, un porcentaje mayoritario reporta tener al menos dos hijos, el ingreso mensual que reportaron oscila entre los \$8,000 y \$17,000 mensuales, entre los trabajos que desempeñan destacan: ama de casa, comerciante, maestros.

El taller estuvo dirigido a padres, sin embargo, también fue importante conocer las características de sus hijos o hijas, al respecto, la información obtenida es la siguiente: del total de 20 participantes, el 55% el hijo con discapacidad es hombre y el 45% es mujer, sus edades oscilan entre los 3 y los 18 años, registrando el mayor porcentaje los de 9 años con un 25%, la escolaridad de los hijos es del nivel de educación primaria, con un porcentaje del 55% cursándolo en un Centro de Atención Múltiple (CAM). En relación a la discapacidad el 35 % presenta una discapacidad intelectual, el 30% una discapacidad múltiple, es decir, al menos dos discapacidades, en dos casos debido al Síndrome de Down y Síndrome de Edwards; el 30% presenta discapacidad auditiva y el 5% una discapacidad visual, el 65 % nació con la discapacidad y el 35% la adquirió debido a un accidente y negligencia médica.

Instrumentos

Para esta intervención se utilizaron los siguientes instrumentos:

Escala de parentalidad positiva (e2p): Es un cuestionario que puede responder cualquier adulto responsable de la crianza de un niño o niña, tiene como objetivo identificar las competencias parentales que existen en la relación padre-hijo, valora cuatro áreas: vínculo, formación, protección y reflexión. Se compone de 54 reactivos. La confiabilidad muestra valores de alfa de Cronbach de .95 para la escala total, .89 para Competencias Vinculares, .86 para Competencias Formativas, .84 para Competencias Protectoras y .82 para Competencias Reflexivas.

Instrumento de autoinforme Proyecto PAPIIT: Instrumento de autoinforme que permite obtener puntuaciones específicas de los padres de familia sobre las

variables: autoeficacia, expectativas, comunicación y temas de sexualidad con sus hijos. Abarca las siguientes áreas Rodríguez (2020):

- ✓ Datos sociodemográficos: abarca aspectos sobre la persona como edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, ingreso mensual, número de hijos, sexo de su hijo con discapacidad, edad, escolaridad, discapacidad que presenta y origen de la misma, habilidades conductuales con las que cuenta los hijos (toma en cuenta 16 habilidades).
- ✓ Formas de comunicación: plantea una pregunta con cinco opciones de respuesta, tiene como objetivo conocer la forma en que los padres se comunican con los hijos/hijas.
- ✓ Comunicación sobre temas de sexualidad: contiene 17 reactivos con dos opciones de respuesta. Índice de consistencia interna de 0.89.
- ✓ Autoeficacia: consta de 17 preguntas sobre la seguridad que tienen los padres para tratar con sus hijos/hijas, índice de consistencia interna de 0.87.
- ✓ Expectativas: consta de 10 reactivos para conocer las expectativas positivas y negativas de los padres a cerca de la comunicación sobre sexualidad con sus hijos, índice de consistencia interna de 0.85.

Objetivo de la intervención

General

Brindar a los padres y madres de familia información y estrategias para hablar de sexualidad con sus hijos e hijas con discapacidad.

Específicos

- Identificar la importancia de los padres en el desarrollo y educación de un hijo con discapacidad.
- Tener información sobre comunicación efectiva y afectiva entre padre/madre e hijo/hija con discapacidad.
- Identificar cómo es la comunicación que se establece como padres o madres con los hijos dentro del hogar.
- Tener elementos para lograr una comunicación efectiva.

- Detectar y reconocer qué temas son importantes de hablar con los hijos.
- Obtener información e identificar las ideas que se tienen sobre educación de la sexualidad en niños con discapacidad y las dificultades de comunicación a las que se han enfrentado debido a la discapacidad que presentan sus hijos o hijas.
- Obtener recomendaciones sobre sexualidad de acuerdo a la discapacidad (auditiva, visual, intelectual, motriz) que presenta su hijo o hija.

Desarrollo de las sesiones

El taller se desarrollo en dos sesiones de una hora y media cada una.

A continuación, se describen la forma en que se desarrollaron cada una de las sesiones.

<p>Sesión 1 Fecha: 27 de mayo de 2021 Duración: De 1 hora 30 minutos a dos horas</p> <p>Nota: Previo al taller enviar el consentimiento informado y los instrumentos Manual de Escala de Parentalidad Positiva y el Instrumento Proyecto PAPIIT para recabar los datos pretest a través de la plataforma Google Docs.</p>			
ACTIVIDAD	INSTRUCCIONES	RECURSOS	DURACIÓN
Bienvenida y presentación de la tallerista	Se inició la sesión encontrándose todos los participantes, primero se presentó la tallerista indicando nombre completo, escuela y lugar de procedencia, se agradeció el interés y asistencia.		5 minutos
Presentación de los participantes	Luego de realizar la presentación de la tallerista, se hizo la presentación de los asistentes, para ello se les pidió que activaran sus cámaras web	Cámara web	15 minutos

	<p>para poder visualizarlos y se pudiera realizar la actividad exitosamente, se realizó el juego de “veo, veo”, el cuál consistió en que un voluntario (v) y la tallerista (t) cantaron lo siguiente:</p> <p>v: <i>veo, veo</i> t: <i>¿qué cosa ves?</i> v: <i>una cosita</i> t: <i>¿Qué cosita es?</i> v: (aquí se nombró algún objeto, o característica específica de alguno de los otros participantes, por ejemplo: unos lentes azules, la persona que tenía esa característica dijo su nombre y sus expectativas del taller)</p> <p>El que se presentó reinició el juego y nombró a otro participante y así sucesivamente hasta que participaron todos.</p>		
Presentación y encuadre del taller	Se presentaron las dispositivas en power point indicando el nombre del taller, número de sesiones y duración de cada sesión así como de los temas abordados.	Presentación en power point	10 minutos

<p>Revisión de consentimiento informado e instrumentos enviados previamente</p>	<p>Se dio este espacio para saber si todos firmaron el consentimiento informado y para resolver alguna duda sobre los instrumentos que previamente fueron enviados.</p>	<p>Consentimiento informado e instrumentos en Google Docs.</p>	<p>5 minutos</p>
<p>Dinámica para reflexionar sobre la importancia de los padres en el Desarrollo y educación de un hijo con discapacidad</p>	<p>Se seleccionó a un participante con el juego “Adivina quién”, que consistió en decirle a los participantes, adivinen quién (nombrar un dato al azar como: quién nació en el mes de agosto, quién tiene 3 hijos, se procuró dar algunos datos curiosos o incluso cómicos para favorecer la participación de manera amena y cordial), la persona que coincidió con el dato nombrado participó y respondió algunas de las siguientes preguntas: ¿qué significa o ha significado para ud tener un hijo con discapacidad?, ¿quién es su hijo o hija? ¿cuál ha sido su mayor reto con él o ella?, a partir de esta se generó la participación y un espacio de reflexión sobre lo que implica o significa ser padres de niños con discapacidad, se anotó en</p>		<p>20 minutos</p>

	una dispositiva las palabras claves que surgieron de la reflexión.		
Brindar información sobre comunicación efectiva y afectiva entre padre/madre e hijo/hija con discapacidad.	<p>A través de una presentación en power point se brindó a los padres información sobre lo que es una comunicación efectiva y afectiva, ejemplo:</p> <p>Verbal</p> <p>¿Necesitas alguna cosa? ¿Quieres explicarme algo? Parece que estás triste. ¿Cómo va todo? Parece que te está pasando algo. ¿Puedo ayudarte? Habla. Yo escucho. Me interesa ...</p> <p>No verbal</p> <p>Una sonrisa. Mirada de ojos Un abrazo Sentar al niño en las rodillas Darle la mano Palmaditas en la espalda Guiñarle un ojo Qué piensas tú de...</p>	Presentación power point	15 minutos
Identificar cómo es la comunicación que establecen	Se realizó la dinámica "El juego de los cubiertos" se les explicó que tenían que elegir qué cubierto era cada uno, dando		10 minutos

<p>como padres o madres dentro del hogar</p>	<p>las características de cada uno de los cubiertos:</p> <p><i>El tenedor:</i> pincha, desgarrar, molesta. Si se acerca lo hace hiriendo, deja a los demás resentidos.</p> <p><i>La cuchara:</i> empuja, anima, lo hace suavemente, sin herir, reúne, facilita las cosas, recoge lo disperso.</p> <p><i>El cuchillo:</i> Corta, separa, divide, la isla, hiere.</p> <p>Se pidió a algún voluntario que dijera con qué cubierto se identificaba y por qué, se les explicó que cada cubierto representa características de las formas de crianza.</p>		
<p>Brindar sugerencias para lograr una comunicación efectiva</p>	<p>A través del uso de diapositivas se brindaron las siguientes sugerencias sobre cómo interactuar y comunicarse con sus hijos de manera positiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empiece la comunicación efectiva cuando los hijos son pequeños. • Comuníquese al nivel del niño. • Aprenda realmente a escuchar. • Haga preguntas. 	<p>Presentación en power point</p>	<p>10 minutos</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Exprese sus ideas y opiniones con sus hijos. • Planee regularmente "Juntas familiares o tiempo para hablar" • Admita cuando usted no sabe algo • Trate de dar explicaciones completas 		
Detectar y reconocer qué temas son importantes de hablar con los hijos	De manera abierta se plantearon las preguntas ¿sobre qué temas debo hablar con mi hijo? ¿cómo hablarlo? Y se solicitó la participación de manera voluntaria, las respuestas se anotaron en una diapositiva	Presentación en power point	10 minutos
Resolver dudas y agradecer participación	Se preguntó si alguno de los asistentes tenía alguna duda y agradeció la asistencia y disposición en la primera sesión.		5 minutos

<p>Sesión 2 Fecha: 28 de mayo de 2021 Duración: De 1 hora 30 minutos a dos horas</p>			
ACTIVIDAD	INSTRUCCIONES	RECURSOS	DURACIÓN
Bienvenida a la sesión	La tallerista agradeció la asistencia y puntualidad a la segunda sesión, se realizaron preguntas como: ¿cómo están?, ¿cómo se sienten?, etc., con la intención de		5 minutos

	favorecer la confianza y comodidad de los asistentes.		
Crear un espacio de análisis y reflexión con la interrogante ¿Y si mi hijo pregunta?	<p>Se pidió la participación de dos voluntarios y mediante la dinámica “yo soy tú y tú eres yo”, se realizó un juego de roles, el voluntario 1 asumió el rol de hijo/hija y el voluntario 2 el de papá o mamá.</p> <p>Se le pidió al voluntario 1 que realizara algunas preguntas a voluntario 2, preguntas que hacen los niños y que los han puesto a pensar, por ejemplo: ¿de dónde vienen los niños?, ¿cómo llegan los niños a la barriga?, etc, el voluntario 2 tuvo que responder de la misma forma en que le respondería a un niño. Se realizó el ejercicio con tres voluntarios más para tener elementos de reflexión. Las respuestas obtenidas se escribieron en una diapositiva.</p>	Presentación power point	25 minutos
Brindar estrategias para	Partiendo de la actividad anterior, se presentará a los padres una serie de	Presentación en power point	10 minutos

<p>hablar con sus hijos,</p>	<p>estrategias y sugerencias sobre qué hacer y cómo responder ante las preguntas de los niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Exprese buenas expectativas acerca de su desempeño y su desarrollo. ✓ Es importante ser uno mismo y hablar con naturalidad, dirigiéndose siempre directamente al niño o a la niña. ✓ No mentir. ✓ Dar explicaciones que se puedan entender de forma simple, concreta, oportuna y respondiendo lo que están preguntando. ✓ Se debe hablar integralmente de estos temas, deteniéndose en las cuestiones vinculadas a la privacidad del cuerpo y de las zonas íntimas 		
<p>Obtener información y las ideas que se tienen sobre educación de la</p>	<p>Tomando en cuenta las dos actividades anteriores, mediante una lluvia de ideas, los participantes comentaron lo que es educación de la</p>	<p>Presentación en power point</p>	<p>20 minutos</p>

<p>sexualidad en niños con discapacidad y las dificultades de comunicación a las que se han enfrentado debido a la discapacidad que presentan sus hijos o hijas.</p>	<p>sexualidad, por qué es importante, y las principales dificultades que han tenido, las ideas que surgieron se anotaron en una diapositiva.</p>		
<p>Dar algunas recomendaciones sobre sexualidad de acuerdo a cada discapacidad (auditiva, visual, intelectual, motriz)</p>	<p>Con el apoyo de unas diapositivas se presentó a los padres una serie de recomendaciones y sugerencias para actuar frente a una discapacidad específica en temas relacionados con la sexualidad de los hijos/hijas.</p> <p><i>Discapacidad intelectual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hacer reiteraciones ✓ Usar lenguaje, claro, sencillo y eficiente. ✓ Dar indicaciones por pasos ✓ Hacer uso de: gestos, fotos, dibujos simples y situaciones cotidianas. ✓ Establecer acuerdos entre los distintos miembros de una familia para que haya 	<p>Presentación power point</p>	<p>20 minutos</p>

	<p>coherencia en el mensaje, las reglas y la información que se da.</p> <p><i>Discapacidad auditiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En los casos que se requiera hacer uso de Lengua de señas. ✓ Usar gestos, dibujos y palabras hasta estar seguros que el niño ha comprendido. <p><i>Discapacidad visual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aportar material concreto, figuras en relieve y oportunidades de experimentar a través del tacto o Braille los aspectos de la sexualidad y el cuerpo. <p><i>Discapacidad física o motriz</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratar los recursos de apoyo como la silla de ruedas, bastones con el mismo cuidado que da al cuerpo de sus hijo o hija en cuanto a higiene y contacto físico, evite que los adultos que están en contacto con ellos apoyen su pie en la 		
--	---	--	--

	silla o la toque o la muevan sin consultar al niño, enseñar a las personas cercanas a respetar la silla como parte del espacio privado de su hijo.		
Dudas y comentarios	Se les dio un espacio para plantear alguna duda o comentario sobre las sesiones realizadas.		5 a 10 minutos
Agradecer asistencia y participación en el taller	La tallerista agradeció la asistencia, interés y participación en el taller, así mismo se les comentó que se les enviaría nuevamente un documento vía Google docs para responderlo.		5 minutos
Nota: Posterior al desarrollo del tema se les envió el instrumentos post test de manera digital, se realizó el acompañamiento para responderlo en los casos que fueron necesario.			

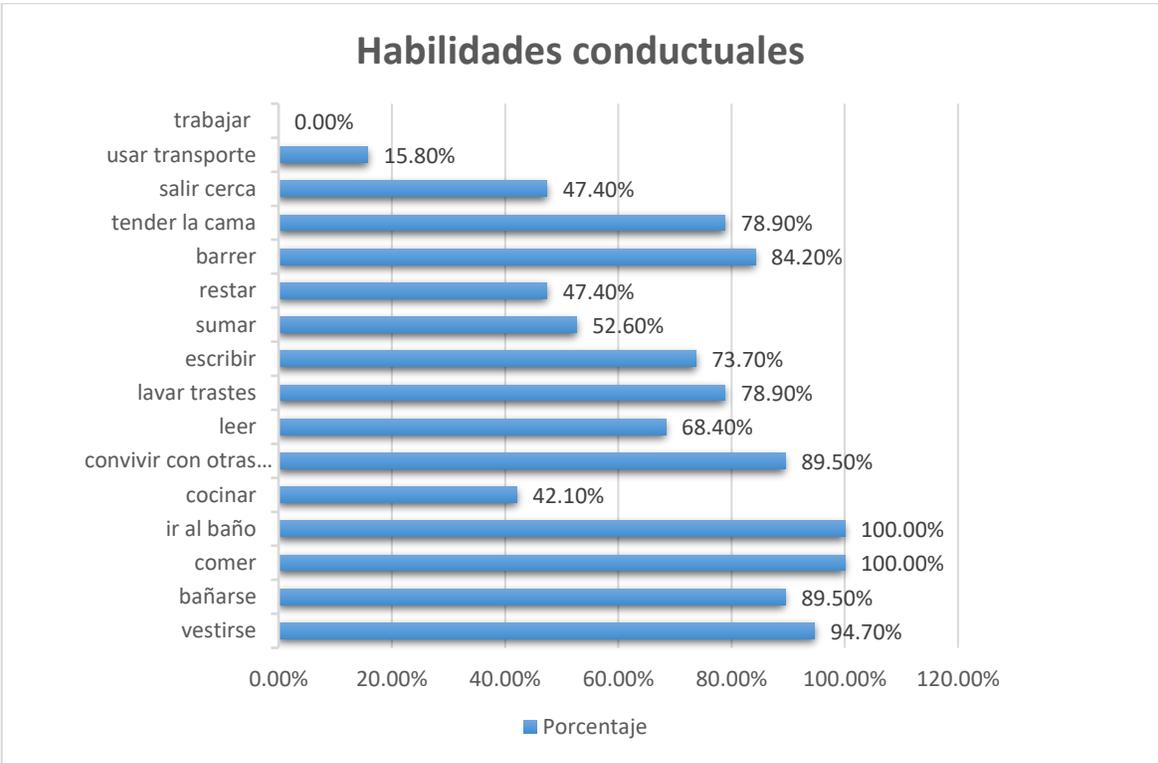
Resultados

Al realizar una intervención es preciso conocer la forma en que este impacta en la persona en la que se interviene, por ello, se realiza la aplicación de uno o varios instrumentos antes de la realización del taller y al término de este.

Para esta intervención se aplicaron los instrumentos en Google Docs, se envió el link a los participantes antes y al final del taller, y se les acompañó para responderlo, ya que en muchos casos había algunas dudas e inquietudes.

A continuación se exponen los resultados obtenidos en el instrumento de autoinforme.

Uno de los aspectos que se revisó fue el desarrollo de habilidades que tienen los hijos con discapacidad, en la cuál se consideraron 16 indicadores que fueron; vestirse, bañarse, comer, ir al baño, cocinar, convivir con otras personas, leer, lavar trastes, escribir, sumar, restar, barrer, tender la cama, salir cerca, usar transporte, trabajar. En términos generales podemos observa que el 100% de los participantes indicó que sus hijos o hijas pueden comer solos, ir al baño sin ayuda, siendo esos dos aspectos donde mayor autonomía e independendencia por el contrario, se observa que el indicador de trabajar obtuvo el 0%, es decir, que ninguno de los hijos o hijas con discapacidad tiene un empleo. Los puntajes obtenidos en cada indicador se muestra en la gráfica 1.



Gráfica 1. Habilidades conductuales de los hijos e hijas con discapacidad

Considerando que son niños con discapacidad también se tomó en cuenta las formas en que se establece la comunicación entre padres e hijos, siendo que es un aspecto que muchas veces se ve limitado por la condición que presentan, al

respecto se obtuvo lo siguiente ante la interrogante ¿cómo se comunica con su hijo/hija? El 65% indicó que de manera verbal y que pueden establecer un conversación, el 20% indicó que principalmente con frases cortas y gestos ya que los hijos tienen un lenguaje limitado, el 10% a través del uso de Lengua de Señas Mexicana y el 5% restante indicó que tiene otras formas de comunicación como se indica en la gráfica 2.



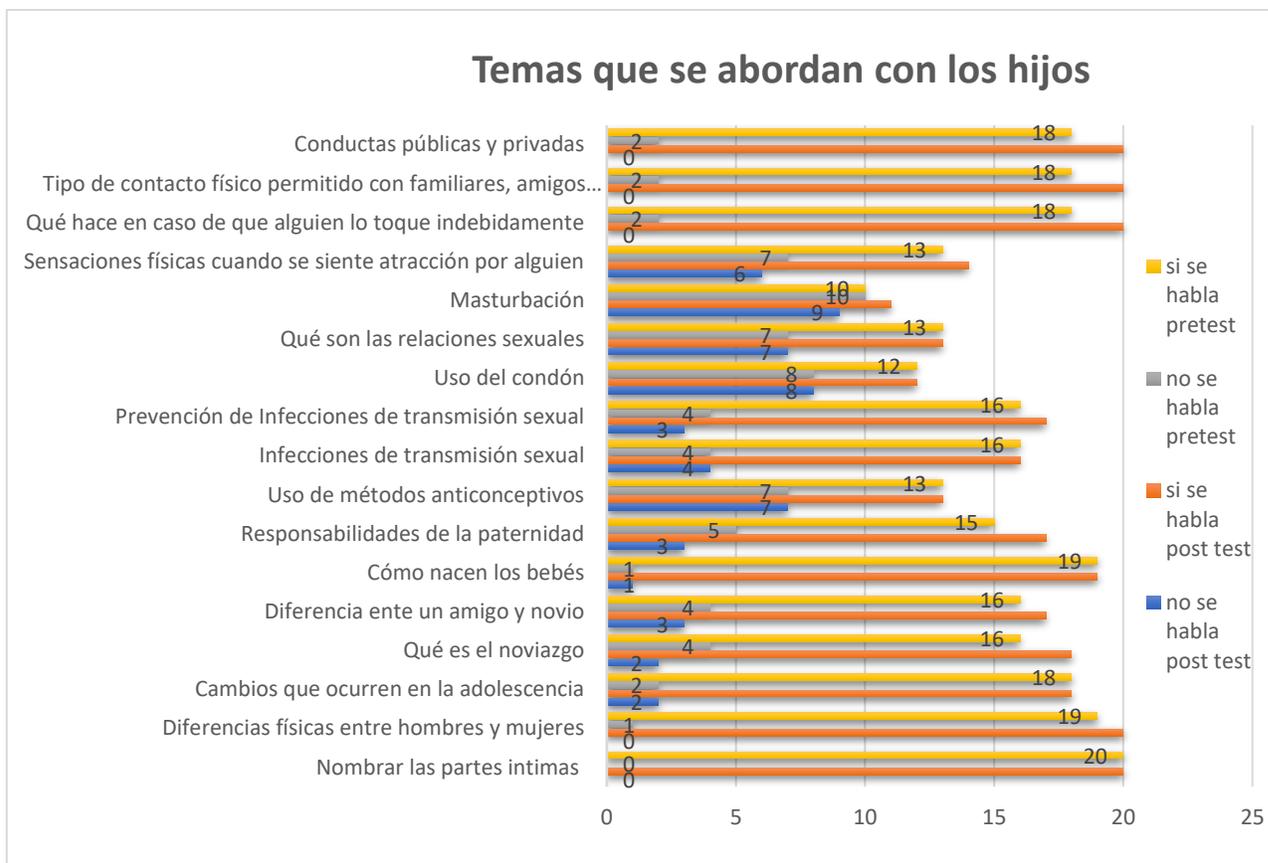
Gráfica 2. Formas de comunicación entre padres e hijos con discapacidad.

En lo que respecta ya al tema específico de la sexualidad, en el pretest se le presentaron 17 indicadores con dos opciones de respuesta, esto para conocer su punto de vista sobre si consideran importante dichos temas para ser tratado con sus hijos, el 100% señaló que si es importante, como se observa en la siguiente gráfica.



Gráfica 3. Temas importantes de abordar con los hijos/ hijas con discapacidad

Considerando los indicadores anteriores se buscó conocer la comunicación que se establece entre padres e hijos, y conocer si antes de la intervención hablaron del tema con sus hijos y si después del taller lo hacen o lo harían, pudimos observar que: Nombrar las partes íntimas del cuerpo (órganos sexuales) es un de los temas más tratados siendo la respuesta “si” en todos los participantes, en ambos momentos pre y post test, y los temas menos tratados son los de masturbación y uso de anticonceptivos como se indica en la gráfica 4.



Gráfica 4. Temas que se abordan con los hijos/hijas.

Sobre lo relacionado a expectativas, los padres manifestaron que buscan que los hijos tengan información para no tener conductas de riesgo. En la tabla 1 podemos las respuestas obtenidas en el pretest y post test de cada indicador, la variación es notoria en algunos indicadores como: Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado, Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil, lo que indica que la luego del taller, la seguridad de los padres para hablar con sus hijos se fortalece.

Indicadores	Pretest		Post test	
	si	no	si	no
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá	16	4	18	2
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado	16	4	16	4

Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual	16	4	18	2
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra de abuso sexual	19	1	19	1
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales	2	18	0	20
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado	3	17	2	18
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad él (ella) me respetará	18	2	18	2
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil	8	12	5	15
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad sentiré que hice lo correcto	17	3	18	2
Sin importar lo que le diga a mi hijo (a) él (ella) hará lo que quiera	4	16	2	18

Tabla 1. Tabla pretes y post test sobre expectativas de los padres al hablar de sexualidad con sus hijos

El otro instrumento que se aplicó fue el de Escala de Parentalidad positiva e2p, este tiene relación con los indicadores de la tabla 1, puesto que nos permite conocer cuáles son las habilidades parentales, del ítem 1 al 14 corresponde al área de Competencias Parentales Vinculares, del ítem 15 al 26 corresponde al área de Competencias Parentales Formativas, del ítem 27 al 43 al área de Competencias Parentales Protectoras, y del ítem 44 al 54, al área de Competencias Parentales Reflexivas.

Vera y Apolo (2019) sugiere que, para su interpretación, se propone diferenciar tres rangos: uno considerado como “Zona de Riesgo” para los percentiles 10 y 20; otro denominado “Zona de Monitoreo” para los percentiles 30 y 40; y el tercer rango “Zona Óptima” para los percentiles 50 o más.

En este caso nos interesó obtener los puntajes solo para conocer cómo se encuentran los padres en cada área y no necesariamente si hay una zona de riesgo o no, porque el objetivo de la intervención no estuvo encaminado a eso.

Los puntajes obtenidos en la aplicación pretest por cada área se describen en la siguiente tabla.

Participantes	Competencias Parentales Vinculares	Competencias Parentales Formativas	Competencias Parentales Protectoras	Competencias Parentales Reflexivas.
1	41	43	45	26
2	34	47	54	27
3	37	33	47	25
4	41	41	46	26
5	55	48	60	38
6	40	44	48	33
7	35	31	45	24
8	54	48	59	39
9	37	33	55	29
10	46	16	38	33
11	31	34	48	27
12	42	36	50	31
13	49	48	66	39
14	53	48	66	40
15	43	46	64	41
16	25	21	37	17
17	32	24	48	29
18	38	44	68	28
19	34	25	46	26
20	48	46	55	32

Tabla 2. Puntaje obtenido por participante en cada área

De acuerdo a la tabla de puntuaciones, el área de Competencias Parentales Protectoras fue donde se observaron puntajes más altos, alcanzando hasta 68

puntos, lo que indica que los padres tienden a tener habilidades de protección, es decir, están pendientes de lo que sus hijos hacen dentro y fuera de casa, satisfacen las necesidades básicas como alimentación, higiene, educación y el área de Competencias Parentales Reflexivas donde hubo puntuaciones más bajas, donde se obtuvieron hasta 17 puntos, lo que indica que falta enfocarse y dedicar tiempos al descanso, a superar dificultades y a la salud mental propia y de los hijos.

Analizando los resultados podemos observar que los padres son conscientes de la importancia de abordar temas sobre la sexualidad, sin embargo, no todos se sienten con la seguridad de hacerlo ya que consideran que carecen de la información, elementos y habilidades para hacerlos. Esto los ha llevado a prestar mayor atención a aspectos de necesidades básicas, dejando de lado o en segundo plano lo relacionado al cuidado del cuerpo y la salud.

Discusión

El taller se diseñó para padres de hijos con discapacidad, y tuvo como objetivo conocer las habilidades con las que cuentan los padres para comunicarse de manera efectiva con sus hijos e hijas, así como brindar información y estrategias para hablar de sexualidad con ellos.

Se observaron varias situaciones al realizar la intervención, una de las que mayor llaman la atención es la participación que se tuvo, siendo este que del total de participantes el 90% eran madres y solo el 10% eran padres, lo que puede indicar que sigue delegándose a la mamá las responsabilidades del cuidado y educación de los hijos, en el análisis realizado con los participantes manifestaban el hecho de que hay padres ausentes, quienes solo se dedican a trabajar y no asumen su paternidad ni se involucran en la crianza, lo que dificulta mucho más el manejo de la información en temas como la sexualidad, en este sentido Menjívar (2005) menciona que existe entre una parte de las poblaciones masculinas una serie de elementos culturales que trasladan la responsabilidad de la crianza a las mujeres, y les eximen a ellos de cualquier responsabilidad de la crianza de sus hijos e hijas. Esta situación se hace visible también, cuando notamos que un porcentaje importante son madres solteras o separadas.

Otra situación observada es que de las participantes, el 20% contaban con un grado académico de licenciatura y un 5% de maestría y fueron quienes mostraron un manejo más claro de la información e incluso exponían sus puntos de vista sin mayor dificultad, a diferencia de algunas madres que manifestaron en algún momento que no sabían cómo expresar sus ideas o dudas e incluso sentían vergüenza por hablar del tema, sobre esto se coincide con Hoff (2003) cuando afirma que los padres con una mayor educación crean ambientes intelectualmente más estimulantes para sus hijos.

De los participantes la discapacidad predominante fue la intelectual con un 35%, seguida de la múltiple y auditiva con un 30%, visual con un 5%, motriz 0% quienes presentan una discapacidad motriz también presentaron una intelectual y se les contabilizó como múltiple, estos datos varían un poco con la información presentada

con el INEGI (2020) donde registra que la población en México con una limitación para caminar es de 38.8%, con dificultad visual 61.0%, auditiva, 24.4%, alguna condición mental 7.6%, la suma rebasa el 100% puesto que en esta población se contabiliza por separado a aquellos que presenta dos o más condiciones.

Sobre las habilidades que tienen los niños y niñas con discapacidad, los padres manifestaron que pueden desenvolverse de manera autónoma e independiente en la vida cotidiana, no obstante, presentan dificultades importantes en el desarrollo de habilidades que implican un nivel de complejidad mayor tales como: sumar, escribir, leer, restar; se atribuye esta situación a que los mismos padres priorizan estas situaciones, durante el taller, comentaban que en muchas ocasiones prefieren que el niño o niña se aprenda a cocinar, lavar, bañarse solo, porque son aspectos que consideran más importantes y necesarios, restándole importancia a aspectos que tienen que ver con manejo de información y académicos esto contribuye a la afirmación de Ruiz, García, Toledo y García (2011) donde afirman que la discapacidad intelectual no es una condición de la persona sino que es la expresión de la interacción de una persona con limitaciones significativas con el entorno por lo cual toda persona, con independencia de sus limitaciones, puede progresar si se le ofrece el apoyo adecuado. Y en este sentido, los padres en ocasiones si llegan a limitar de manera significativa a sus hijos e hijas. Esto se vio reflejado al aplicar la Escala de Parentalidad Positiva, donde pudimos notar que el área con mayor puntaje fue el de Competencias Parentales Protectoras que tiene que ver precisamente con garantías de seguridad física, emocional y psicosexual, cuidado y satisfacción de necesidades básicas, organización de la vida cotidiana y búsqueda de apoyo social.

Ahora bien, sobre la comunicación con los hijos e hijas, es interesante observar que todos los padres y madres reconocieron la importancia de brindar información sobre determinados temas a sus hijos, sin embargo, a la hora de hacerlo se presentan una serie de dificultades y eso limita que se dé una comunicación efectiva y afectiva. Esto lo ponen de manifiesto en el pretest cuando indican que se les hace difícil comunicar temas de sexualidad con sus hijos y que también se sienten apenados al hacer, esta situación se comentó durante el desarrollo de las sesiones y pudimos

notar que tiene mucho que ver la cultura e historia familiar, ya que decían que ellos nunca recibieron información de ese tipo y por lo tanto desconocían muchas cosas, manifestaban el interés y preocupación por el tema, pero teniendo como un punto primordial el poder evitar o detectar el abuso sexual infantil, principalmente en los hijos e hijas con discapacidad, siendo una población muy vulnerable a esta situación, como bien mencionan Giménez, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, Díaz (2017) que existe una mayor incidencia de abuso sexual entre personas con discapacidad intelectual que entre sus propios coetáneos, sobre esto, Santillán (2019) menciona que una de las problemáticas a la que está expuesta la niñez en todo el mundo es la violencia, esto puede agravarse cuando existe una condición de discapacidad y más aún cuando hay falta de información.

Conclusiones

El desarrollo del taller ha sido un punto importante en el desarrollo profesional, ha permitido aprender de la mano de los padres y madres de familia de hijos e hijas con discapacidad el reto que supone hablar con los hijos sobre la sexualidad, ha permitido a demás romper con algunos mitos existentes sobre la sexualidad en las personas con alguna condición de discapacidad.

Asi mismo se pudo reafirmar que cuando se prioriza la dinámica sobre la información, la participación de los asistentes es más fluida y activa y eso impacta de manera importante en el logro de los objetivos de la intervención.

Al inicio del taller se pudo observar que los padres y madres se mostraban un tanto pasivos, a medida que se fueron realizando las actividades, dinámicas y juego planeados se fue favoreciendo la participación y el desenvolvimiento de los participantes.

Llama la atención que analizar un tema van surgiendo muchas dudas y mayor interés por el mismo, el contar con más información da a los padres la confianza de orientar a sus hijos.

El tema de la sexualidad en las personas con discapacidad ha estado rodeado de muchos tabúes y eso ha originado que quienes la presentan o quienes conviven con ellos se cohiban o eviten hablar del tema, sin embargo, en el transcurso de esta intervención se pudo observar que teniendo los elementos, la información y las estrategias adecuadas para la orientación, esos temas se pueden tratar con más facilidad y menos prejuicios, por lo que se requiere que las personas que viven y conviven con ellos sean conscientes de sus necesidades y deseos para poder ayudarlos de manera oportuna.

Es necesario seguir trabajando en el tema, hay que visibilizar y reconocer los derechos de las personas con discapacidad y brindarles los recursos necesarios para que se desenvuelvan de manera plena, que puedan vivir su sexualidad libremente y con responsabilidad.

Es imprescindible ahondar en el tema de los derechos sexuales y reproductivos, hacer intervención y seguimiento con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad para saber de qué forma viven ellos la sexualidad para que la orientación sea de forma integral (padres e hijos), así mismo es indispensable tener un enfoque hacia la prevención del abuso sexual infantil con el diseño de materiales adecuados para ellos, en Lengua de Señas Mexicana, Braille, relieve, esto facilitaría de manera importante el acceso a la información.

Referencias bibliográficas

- Álvarez B. E (2020) Características de padres y sus hijos con discapacidad vinculadas a la comunicación sobre sexualidad. Investigación-reporte. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Arroyo P. A., (1998). *Escuelas especiales a finales del siglo XIX. Una mirada a algunos casos en México*. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 3(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=140/14000507>.
- Azcuy M, A (2001) La educación de la sexualidad en el círculo infantil. Una estrategia para su perfeccionamiento. Ciudad Habana.
- Bautista J. R. (1993) “Una escuela para todos: La integración escolar” en Necesidades Educativas Especiales: Editorial Aljibe: Málaga.
- Castellanos S. B. y Falconier M., M. (2001) LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS Oficina UNFPA Ecuador
- Castillo C. J. (2010) Enfoque para una atención integral de la sexualidad de las Personas con Discapacidad. *Revista Sexología y Sociedad*, 16(43).
- Castillo C. J. (2010) La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad?. Artículo de Revisión. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación.
- Cárdenas A. T & Barraza M. A. (2014) Marco conceptual y experiencias de la educación especial en México. Instituto Universitario Anglo Español. Educación Especial.
- García-Piña C., (2016) Sexualidad infantil: información para orientar la práctica clínica. Artículo de revisión. Instituto Nacional de Pediatría, México.
- García N. R., & Bustos S. G., (2015). Discapacidad y problemática familiar. Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad, (8). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499051499005>

- Giménez-García, C., y Gil-Llario, y., & Ruiz-Palomino, E., y Díaz Rodríguez, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1),129-136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853537013>
- Guerrero, P., y Aguirre, C., y Besser, C., y Morales, M., & Salinas, J., & Zamora, M. (2017). Talleres socioeducativos en infancia desde un enfoque situado. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1),249-265. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627016>
- Gutiérrez, D. (2009). El taller como estrategia didáctica. *Razón y Palabra*, (66). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520908023>
- Hoff, E. (2003). The specificity of environmental influence: socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech. *Child Development*, 74(5).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Jaramillo. L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, (8),108-123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=853/85300809>
- Juárez N., J. M, y Comboni S., S., y Garnique C., F. (2010). *De la educación especial a la educación inclusiva*. *Argumentos*, 23(62),41-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=595/59515960003>.
- Mella. J. (2012) Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: Reflexiones desde la terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*.
- Menjívar O. M. (2005). De vacíos, silencios y posibilidades. *Paternidades en Centroamérica en los albores del siglo XXI*. *Revista Espiga*, (12),85-100.

ISSN: 1409-4002. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467846085006>

Meresman, S. (2011) Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. Uruguay: PES-iiDi-UNFPA-UNICEF.

Novo H. I., & Fuentes V., & Gómez M. O (2015). Educar hacia la sexualidad desde las primeras edades. VARONA, (61),1-6. ISSN: 0864-196X. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422009>

OMS (2018) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

Padilla-Muñoz, A. (2010). *Discapacidad: contexto, concepto y modelos*. International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional, (16),381-414. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=824/82420041012>.

Puerto S, J. (1980) La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia. Málaga: Ediciones Jaime Aljibe.

Rodríguez G. M (2020) Evaluación de un programa de intervención diseñado para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. Investigación-reporte. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruiz F. M., y García A. V., y Toledo, M., y García, A. (2011). LA AUTONOMÍA EN LA DISCAPACIDAD EN RELACIÓN A LA ORIENTACIÓN PRELABORAL. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 4(1),433-441. ISSN:0214-9877.Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832331045>

Sahuquillo M. P., y Ramos S. G., y Pérez C. A., y Camino de Salinas A. (2016). LAS COMPETENCIAS PARENTALES EN EL ÁMBITO DE LA IDENTIFICACIÓN/EVALUACIÓN DE LAS ALTAS CAPACIDADES.

Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, 20(2),200-217. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56746946011>.

Socarrás S. S., y Díaz F. M., Y Sáez P. A. (2013). Talleres metodológicos interactivos para la preparación de los profesores guías de la carrera de Medicina. *Humanidades Médicas*, 13(1), 193-223. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000100012&lng=es&tlng=es.

UNICEF (2002) El estado mundial de la infancia 2002: Capacidad de liderazgo.

UNICEF (2005) El estado mundial de la infancia 2005: La infancia amenazada.

UNICEF (2013) El estado mundial de la infancia 2013: Niñas y niños con discapacidad.

Valdespino, E. L. E (2014) *La educación Especial en México y la Atención a la Diversidad* en Marco conceptual y experiencias de la educación especial en México. Dirección General de Educación Especial.

Vargas- Barrantes, É. (2014). La sexualidad como expresión humana evaluada en jóvenes y docentes provenientes de un colegio público del cantón de Alajuela, Costa Rica. Inter Sedes: Revista de las Sedes Regionales, XV (30),22-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=666/66631279002>

Vergara J. (2002) *Marco Histórico de la Educación Especial*. Estudios sobre educación. UNED. Madrid.

ANEXOS

Anexo 1 ESCALA DE PARENTALIDAD POSITIVA E2P

		C/N	A/V	C/S	S
1	Me hago el tiempo para jugar, dibujar y hacer otras cosas con mi hijo/a				
2	Con mi hijo/a, cantamos o bailamos juntos/as				
3	Con mi hijo/a, vemos juntos programas de TV o películas apropiadas a su edad				
4	Cuando mi hijo/a está irritable, puedo identificar las causas (ej.: me doy cuenta si está mal genio porque está cansado o tiene hambre o está enfermo)				
5	Ayudo a mi hijo/a, a que reconozca sus emociones y les ponga nombre (ej., le digo “¿tiene hambrecita mi niño?”, “¿te sientes solita?”)				
6	Reservo un momento exclusivo del día para compartir con mi hijo/a (ej., jugar con mi niño/a a la hora del baño)				
7	Mi hijo/a y yo conversamos de los temas que a él o ella le interesan (ej., le comento qué le estoy preparando de comida, le pregunto cómo estuvo su día en el Jardín				
8	Logro ponerme en el lugar de mi hijo/a (ej., entiendo su desesperación cuando tiene hambre)				
9	Cuando mi hijo/a está estresado, me busca para que lo ayude a calmarse (ej., cuando está asustada o enferma)				

10	Cuando mi hijo/a pide mi atención, respondo pronto, en poco tiempo				
11	Con mi hijo/a, nos reímos juntos de cosas divertidas				
12	Cuando mi hijo/a llora o se enoja, lo ayudo a calmarse en poco tiempo				
13	Mi hijo/a y yo jugamos juntos (ej. a deportes, videojuegos, juegos de mesa)				
14	Le demuestro explícitamente mi cariño a mi hijo/a (ej. le digo hijo/a te quiero mucho o le doy besos y abrazos)				
15	Cuando mi hijo/a no entiende una idea, encuentro otra manera de explicársela y que me comprenda (ej. le doy ejemplo de cosas que conoce)				
16	Hablo con mi hijo sobre sus errores o faltas (ej. cuando miente, trata mal a otro, o toma algo prestado sin permiso)				
17	Converso con mi hijo/a algún tema o acontecimiento del día, para que aprenda (ej. sobre una noticia importante, lo que está aprendiendo en el colegio)				
18	Le explico cuáles son las normas y límites que deben respetarse (ej., horario de acostarse, horario de hacer tareas escolares, responsabilidades en la casa, uso de internet)				
19	Le explico que las personas puede equivocarse				
20	Me disculpo con mi hijo/a cuando me equivoco (ej. si le he gritado o no he cumplido una promesa)				

21	Lo acompaño a encontrar una solución a sus problemas por sí mismo/a (ej. le doy "pistas" o le hago preguntas para que tenga éxito en una tarea, sin darle la solución)				
22	Lo motivo a tomar sus propias decisiones, ofreciéndole alternativas de acuerdo a su edad (ej. elegir su ropa o qué película quiere ver)				
23	En casa, logro que mi hijo/a respete y cumpla la rutina diaria (ej. horario de televisión, horario de acostarse, horario de comida)				
24	Cuando se porta mal, mi hijo/a y yo buscamos juntos formas positivas de reparar el error (ej. pedir disculpas, ordenar su cuarto, ayudar a su hermano chico en las tareas)				
25	Le enseño a mi hijo a cómo debe comportarse en la calle, reuniones, cumpleaños...				
26	Le explico cómo espero que se comporte antes de salir de casa (ej. ir a comprar a la feria "esta vez no me pidas que te compre cosas", "no te alejes de mi en la calle")				
27	Me relaciono con los amiguitos, primitos, o vecinitos actuales de mi hijo/a (ej. converso con ellos/ellas en un cumpleaños o cuando vienen de visita)				
28	Me relaciono con las familias de los amigos, primos o vecinos actuales de mi hijo/a.				
29	Me mantengo informado/a de lo que mi hijo realiza en la escuela (ej. pregunto a la profesora)				
30	Asisto a las reuniones de padres				

31	Cuando no estoy con mi hijo/a, estoy seguro/a que el adulto o los adultos que lo cuidan lo tratan bien				
32	Le enseño a mi hijo/a a reconocer en qué personas se puede confiar (ej. a quién abrirle la puerta y a quién no, que nadie puede tocar sus partes íntimas)				
33	Cuando la crianza se me hace difícil, busco ayuda de mis amigos o familiares (ej. cuando está enfermo/a y tengo que ir al colegio, cuando me siento sobrepasado/a)				
34	Averiguo y utilizo los recursos o servicios que hay en mi comunidad para apoyarme en la crianza				
35	Si tengo dudas sobre un tema de crianza, pido consejos, orientación y ayuda				
36	En casa, mi hijo/a cuenta con materiales para estimular su aprendizaje acorde a su edad				
37	En casa, mi hijo/a lee libros y cuentos apropiados a su edad				
38	Superviso la higiene y cuidado que necesita (ej. lavarse los dientes, bañarse, vestirse)				
39	Mi hijo/a puede usar un espacio especial de la casa para jugar y distraerse				
40	En casa, logro armar una rutina para organizar el día de mi hijo/a				
41	Logro que mi hijo/a se alimente de forma balanceada para su edad				
42	Mi hijo/a anda limpio y bien aseado				
43	Llevo a mi hijo/a a controles preventivos de salud				

44	La crianza me ha dejado tiempo para disfrutar de otras cosas que me gustan				
45	Dedico tiempo a pensar cómo apoyarlo/a en los desafíos propios de su edad				
46	Antes de relacionarme con mi hijo/a, me limpio de rabias, penas, frustraciones (ej. respiro hondo antes de entrar a casa)				
47	Reflexiono sobre cómo superar las dificultades de relación que pueda tener con mi hijo/a.				
48	He logrado mantener un clima familiar bueno para el desarrollo de mi hijo/a (ej. las discusiones no son frente al niño/a; hay tiempo como familia para disfrutar y reírnos)				
49	Me doy espacios para mí mismo/a, distintos de la crianza (ej. participar de una liga de futbol, grupos de baile, etc..)				
50	Siento que tengo tiempo para descansar				
51	Dedico tiempo a evaluar y pensar sobre cómo se está desarrollando mi hijo/a (ej. si está aprendiendo en el colegio lo que se espera para su edad, si su estatura y peso están normales, etc.)				
52	Siento que he logrado mantener una buena salud mental (ej. me siento contenta/ me gusta cómo me veo)				
53	Me he asegurado de que mi vida personal no dañe a mi hijo/a (ej. si tengo peleas con mi pareja son en privado, no delante de mi hijo/a)				

54	Logro anticipar los momentos difíciles que vendrán en la crianza y me preparo con tiempo (ej. me informo cómo ayudarle en su desarrollo sexual)				
Autoría de la Escala E2P: Esteban Gómez Muzzio & Magdalena Muñoz Quinteros, Fundación Ideas para la Infancia, 2013.					

ANEXO 2

INTRUMENTO PROYECTO PAPIIT

AUTORA: ESTEFANÍA ÁLVAREZ BECERRA

CUESTIONARIO

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____ RELIGIÓN: _____

¿CUÁNTO DINERO GANA SU FAMILIA AL MES?

¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU CASA?

¿QUÉ PARENTESCO TIENE CON LA PERSONA QUE TIENE DISCAPACIDAD?

¿CUÁNTOS HIJOS TIENE?

DATOS SOBRE SU HIJO

SEXO DE SU HIJO (A): _____

EDAD DE SU HIJO (A): _____

ESCOLARIDAD DE SU HIJO (A): _____

¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE SU HIJO (A)?: _____

¿SU HIJO (A) ADQUIRIÓ LA DISCAPACIDAD DESDE EL NACIMIENTO?

SI NO

SI LA DISCAPACIDAD SE PRESENTÓ DESPUÉS DEL NACIMIENTO ¿QUÉ EDAD TENÍA SU HIJO (A)?: _____

TACHE LAS COSAS QUE SU HIJO (A) PUEDE REALIZAR

- VESTIRSE
- BAÑARSE
- COMER
- IR A LA BAÑO
- COCINAR
- CONVIVIR CON OTRAS PERSONAS
- LEER
- LAVAR TRASTES
- ESCRIBIR
- SUMAR
- RESTAR
- BARRER
- TENDER CAMA
- SALIR CERCA
- USAR TRANSPORTE
- TRABAJAR

INSTRUCCIONES: POR FAVOR SEÑALE CON UNA “X” AQUELLA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU PUNTO DE VISTA, RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS, SOLO NOS INTERESA CONOCER SU OPINIÓN.

	SI	NO
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá		
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra de abuso sexual		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales		

Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad él (ella) me respetará		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad sentiré que hice lo correcto		
Sin importar lo que le diga a mi hijo (a) él (ella) hará lo que quiera		

COMUNICACIÓN

¿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 SE SEÑAS MEXICANA
- OTRA, ¿CUÁL? _____

	SI	NO
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá		
Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra de abuso sexual		

Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad él (ella) me respetará		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil		
Si hablo con mi hijo/a sobre temas de sexualidad sentiré que hice lo correcto		
Sin importar lo que le diga a mi hijo (a) él (ella) hará lo que quiera		

EN EL FUTURO, ¿SE SIENTE SEGURO (A) DE PODER HABLAR CON SU HIJO (A) SOBRE LOS SIGUIENTES TEMAS? TACHE “SI” O “NO” SEGÚN CORRESPONDA.

	SI	NO
Nombrar las partes íntimas		
Diferencias físicas entre hombres y mujeres		
Cambios que ocurren en la adolescencia		
Qué es el noviazgo		
Diferencia entre un amigo y novio		
Cómo nacen los bebés		
Responsabilidades de la paternidad		
Uso de métodos anticonceptivos		
Infecciones de transmisión sexual		
Prevención de Infecciones de transmisión sexual		
Uso del condón		
Qué son las relaciones sexuales		

Masturbación		
Sensaciones físicas cuando se siente atracción por alguien		
Qué hace en caso de que alguien lo toque indebidamente		
Tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores		
Conductas públicas y privadas		