



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES ASOCIADAS CON LA
COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN PADRES DE HIJOS
CON DISCAPACIDAD"**

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

PAOLA HERNANDEZ ALBAVERA

Directora: Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Dictaminadores: Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Mtro. Hugo Romano Torres



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá por el apoyo incondicional que siempre me ha brindado.

A mi papá por brindarme las herramientas necesarias para lograr mis metas.

A mi familia por confiar en mí y estar en los momentos más importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de ser mejor cada día.

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

A la Dra. Susana Bárcena Gaona por guiar mis pasos con paciencia, dedicación y esfuerzo.

A mis sinodales Susana Robles Montijo y Hugo Romano Torres, por su tiempo y dedicación.

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

A los padres de familia que me permitieron conocer una parte tan importante de su vida.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen.....	i
Abstract.....	ii
Introducción.....	iii

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1 Discapacidad	1
Modelos de discapacidad a lo largo de la historia.....	1
El concepto de discapacidad y su evolución.....	4
Tipos de discapacidad (definición, etiología, clasificación e impacto en el desarrollo).....	5
Discapacidad Intelectual.....	6
Discapacidad Visual.....	9
Discapacidad Auditiva.....	13
Discapacidad Motriz.....	16
Conclusiones.....	18
Capítulo 2 Discapacidad y sexualidad	20
Definición de la sexualidad.....	20
Derechos sexuales y reproductivos.....	20
Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad.....	21
Sexualidad en las personas con discapacidad.....	22
Acceso a servicios de salud reproductiva y educación sexual.....	24
Prevalencia del VIH e ITS.....	25
Abuso sexual, embarazos no deseados y esterilización forzada.....	25
Conclusiones.....	27
Capítulo 3. Variables vinculadas con la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con discapacidad	28
Modelo de comunicación IMB.....	28
Componente informativo: Conocimientos.....	30
Componentes motivacionales.....	31
Supervisión parental.....	31
Apoyo parental.....	32
Creencias sobre sexualidad.....	33
Expectativas hacia la comunicación.....	34
Roles de género.....	34

Componente conductual: Formas de comunicación y comunicación sobre sexualidad.....	36
Conclusiones.....	37

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 4. Planteamiento del problema	39
Pregunta de investigación.....	40
Objetivo general.....	41
Objetivos específicos.....	41
Capítulo 5. Método	42
Participantes.....	42
Variables e instrumentos.....	45
Procedimiento.....	48
Análisis de datos.....	48
Capítulo 6. Resultados	49
Conocimientos sobre sexualidad.....	49
Supervisión parental.....	50
Apoyo parental.....	51
Creencias sobre sexualidad.....	51
Expectativas hacia la comunicación.....	53
Roles de género.....	54
Formas de comunicación y comunicación sobre sexualidad.....	55
Capítulo 7. Discusión y conclusiones	57
Referencias	69
Apéndices	

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue identificar los conocimientos y creencias sobre sexualidad, la supervisión parental y el apoyo parental, los roles de género, las expectativas, así como la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan los padres de hijos con discapacidad. Se trabajó con una muestra no probabilística de 172 padres, cuyos hijos eran adolescentes con alguna discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz o múltiple). El 81.3% de los participantes fueron mujeres y su edad promedio fue de 45 años (DE=8). Se aplicó un instrumento de auto informe para recabar datos sociodemográficos de ellos (sexo, edad, estado civil, ocupación, religión, ingreso mensual y número de hijos) y de sus hijos (sexo, edad, escolaridad, tipo de discapacidad, origen de la discapacidad y habilidades conductuales desarrolladas), así como de los conocimientos y creencias sobre sexualidad, la supervisión y apoyo parental, los roles de género, las expectativas, la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan. Los resultados indican que la mayoría de los padres de hijos con discapacidad se comunican principalmente de manera verbal, cuentan con pocos conocimientos sobre sexualidad y a pesar de que reconocen que sus hijos presentan necesidades afectivas, también piensan que son demasiado inocentes. Además consideran que hablar sobre sexualidad con ellos los incitará a tener relaciones sexuales, tienden a sobreprotegerlos y a pesar de que los apoyan, son pocos los que asisten a talleres que les permitan fomentar su desarrollo. Respecto a los temas de los que más han hablado con sus hijos, es posible ver que la mayoría se enfocan aspectos que se relacionan con el abuso sexual y el desarrollo biológico.

Palabras clave: Comunicación, padres, adolescentes, discapacidad, sexualidad.

ABSTRACT

The purpose of this research was to identify knowledge and beliefs about sexuality, parental supervision and parental support, gender roles, expectations, the way of communication and the sexuality topics that parents of children with disabilities have talked. A non-probabilistic sample of 172 parents, whose children were adolescents with some disability (intellectual, auditory, visual, motor or multiple) were employed. 81.3% of the participants were women and their average age was 45 years (SD = 8). A self-report instrument was used to collect sociodemographic data about their own characteristics (gender, age, marital status, occupation, religion, monthly income and number of children) and their children (gender, age, schooling, type of disability, origin of the disability and abilities that they have), as well as their knowledge and beliefs about sexuality, parental supervision and parental support, gender roles, expectations, the way of communication and the topics about sexuality that they have talked with their children. The results indicate that most parents of children with disabilities communicate mainly verbally, have a few knowledge about sexuality and even although that they recognize that their children have emotional needs, they think that they are very innocent. The parents also believe that if they talk about sexuality with their children, they will encourage them to have sexual relations, tend to overprotect them and although that they support them, a small number of parents attend workshops to promote the development of their children. Finally, the topics that parents most have talked with their children are those that are related to sexual abuse and biological development.

Keywords: Communication, parents, adolescents, disability, sexuality.

INTRODUCCIÓN

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

Antecedentes y justificación

En México los jóvenes inician su vida sexual en promedio a los 15 años y una gran proporción (63%) no emplea protección para prevenir un embarazo no deseado y/o una Infección de Transmisión Sexual (ITS), incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009). Se estima que anualmente, el 20% de los embarazos corresponde a menores de 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2015a). Asimismo, las ITS más frecuentes entre los jóvenes son: la gonorrea y el Virus del Papiloma Humano (VPH), y se calcula que el 41.5% de los casos de VIH/SIDA diagnosticados corresponden a jóvenes de entre 15 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2015).

La falta de información correcta y oportuna, así como el acceso a preservativos contribuye de manera importante a engrosar las cifras de los problemas referidos anteriormente. Es posible suponer que en los jóvenes con alguna discapacidad la situación sea aún más grave, debido al limitado acceso a educación, así como al desinterés, la escasa información y los mitos en torno a su sexualidad. Pese a que desde organismos internacionales se impulsa la integración educativa y el reconocimiento a sus derechos, únicamente asisten a la escuela el 5.8% de la población de niños con discapacidad (Diario Oficial de la Federación, 2014), a esto

se suma que no se les brinda educación en sexual porque se piensa que son “asexuales” o “ángeles eternos” y que por lo tanto, no la requieren (Rivera, 2008).

En México no existen datos oficiales que den cuenta del número de embarazos, ITS y abuso sexual que viven los individuos con discapacidad. No obstante, en Estados Unidos el índice de infección del VIH/SIDA entre individuos sordos es el doble que en las personas oyentes (Lisher, Richardson, Levine & Patrick, 1996) y en Uganda el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad ha tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998). De igual manera, los niños discapacitados, en comparación con niños sin discapacidad, tienen el doble de probabilidad de ser abusados sexualmente, y las mujeres con discapacidad son agredidas, violadas y abusadas en proporción dos veces mayor que las mujeres sin discapacidad (Couwenhoven, 2013).

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

Al encuestar directamente a los jóvenes se aprecia la misma tendencia de comunicación. Robles, Guevara, Pérez y Hermsillo (2013) realizaron un estudio

con 132 jóvenes sordos y encontraron que más de la mitad nunca habló de temas sexuales con sus padres. Asimismo, presentaron un patrón de conducta sexual riesgoso: el 56.1% tuvo su primera relación de manera forzada y 43.9% tuvo relaciones forzadas nuevamente. Además, un gran porcentaje (71.9%) no usó ningún método anticonceptivo, dando pie a embarazos (28.8%), abortos (13.8%) e ITS (19.3%). Aunque en este estudio no se presenta un análisis de correlación entre las variables de comunicación y conducta sexual, es posible esperar que exista una fuerte asociación a partir de los resultados reportados en población sin discapacidad, estos establecen una correlación positiva entre comunicación y conductas preventivas (Andrade, Betancour & Palacios, 2006; Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

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

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

Objetivos del proyecto general de investigación:

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

Objetivos específicos:

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

Hipótesis del proyecto en general:

1. Se observará un cambio significativo en las puntuaciones de pre-test a post-test en la evaluación de los padres de jóvenes con discapacidad, que hayan participado en el taller psicoeducativo.
2. Las puntuaciones observadas en el post-test se mantendrán en la condición de seguimiento.

Metodología del proyecto en general:**ETAPA 1. Estudio de Evaluación.**

Se llevará a cabo un convenio con instituciones educativas y asociaciones que brinden atención a personas con discapacidad con el propósito de que faciliten el acceso a los padres de los jóvenes que asisten a dichas instituciones. Se propone trabajar en instituciones ubicadas en la zona centro del país, la selección de dichas instituciones y el tamaño de la muestra corresponderá a aquellas en las que haya mayor proporción de jóvenes entre los 12 y 29 años de edad.

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

capacitado se encargará de explicar a los participantes el objetivo de la investigación, enfatizando la confidencialidad de las respuestas proporcionadas.

Se dará a los participantes las instrucciones generales para contestar los instrumentos de medición y al finalizar, se agradecerá su colaboración.

ETAPA 2. Estudio de intervención.

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

El presente reporte de investigación se inserta en la primera etapa del proyecto general, que corresponde al estudio de evaluación. La exposición del reporte está conformada en dos partes que a continuación se describen:

La primera parte consta de tres capítulos que dieron fundamento teórico a este trabajo. En el primer capítulo se describen los modelos de discapacidad que se han implementado a lo largo de la historia, la concepción actual de discapacidad, así como los tipos de discapacidades (intelectual, visual, auditiva y motriz) y el impacto que tienen en el desarrollo de la persona. En el segundo capítulo se

explica el concepto de sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos, los mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, las consecuencias de estos mitos en materia de salud y educación sexual, y los problemas más comunes a los que se enfrentan si no cuentan con estos servicios. En el capítulo tres se describe el modelo que explica la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos y se exponen algunos datos hallados en la literatura sobre las variables que se han vinculado con dicha comunicación.

La segunda parte del trabajo corresponde a la investigación empírica, integrada por cuatro capítulos. En el capítulo cuatro se presenta el planteamiento del problema en donde se especifica la justificación, la pregunta de investigación, así como el objetivo general y los objetivos específicos. En el capítulo cinco se expone el método, en el que se describe a los participantes, las variables y los instrumentos que se utilizaron, además del procedimiento y el análisis de resultados. En el capítulo seis se explican los resultados encontrados en la presente investigación. Finalmente, en el capítulo siete se muestra la discusión y las conclusiones de esta investigación.

PRIMERA PARTE:

Marco Teórico

CAPÍTULO 1. DISCAPACIDAD

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017a) el 15% de la población mundial (más de mil millones de personas), presenta algún tipo de discapacidad. En este capítulo se hablará acerca de los modelos que han determinado el cómo se concibe a las personas con discapacidad y por ende, el trato que han recibido a lo largo de la historia. Posteriormente se describirá el concepto actual de discapacidad y finalmente se abordará la definición, la clasificación, la etiología y las afectaciones en el desarrollo de diferentes tipos de discapacidad: intelectual, visual, auditiva y motriz.

Modelos de discapacidad a lo largo de la historia

Comprender cómo se ha concebido a las personas con discapacidad es fundamental, debido a que de esta manera se puede entender porque han coexistido posturas de apoyo y de rechazo hacia este sector de la población. Como mencionan Romañach y Lobato (2009), las palabras son utilizadas como vehículos y a su vez, los conceptos llevan implícitos los valores y cualidades que se le atribuyen a una persona.

En una primera etapa, la concepción de las personas con discapacidad estuvo regida bajo el modelo preformista o negativista, el cual perduró desde la edad antigua hasta el siglo XVII (Instituto Interamericano del Niño [IIN], 2001). Bajo este modelo se pensaba a las personas con discapacidad de manera mítica o mágica, atribuyendo la discapacidad a planes de fuerzas divinas (Puig de la Bellacasa 1990 como se citó en Caus y Gutiérrez, 2001).

Las sociedades más antiguas consideraban que un rasgo que caracterizaba a las personas con discapacidad era su poca habilidad física y su escasa destreza para sobrevivir por ellos mismos. De manera que la comunidad, además de realizar sus labores cotidianas, debían gastar sus energías en cuidarlos y alimentarlos. Por ejemplo, en Mesopotamia y Persia, la discapacidad era considerada un castigo de

dioses o una posesión de espíritus del mal. En contraste con los egipcios, quienes registran los primeros aparatos ortésicos y protésicos, además de haber encontrado inscripciones en relieves de personas con discapacidad que tenían cierta relevancia social (Fernández, 2008).

Posteriormente, cuando el cristianismo se propagó por el mundo, se comenzó a ver a las personas con discapacidad, como una oportunidad para realizar obras benéficas y dejaron de concebirse como “fenómenos”, para ser considerados “personas incapacitadas”. Sin embargo, cuando se estableció la santa inquisición, se les relacionó con actos de brujería (Valencia, 2014).

El segundo modelo se denominó médico-biológico, el cual comenzó a partir del siglo XVII hasta el siglo XIX (IIN, 2001). Este modelo interpreta la discapacidad como una limitación física y una desventaja que le imposibilita a la persona desarrollarse dentro de su medio social; por tal motivo, se considera que son precisamente las personas con discapacidad, las responsables de adaptarse a su entorno (Parra, 2011). A continuación se describen los principales acontecimientos que surgieron durante dicho modelo.

En el siglo XVI la burguesía comenzó a interesarse en el tratamiento de las personas con discapacidad, por lo que se realizaron numerosas investigaciones en Europa. No obstante, las personas que presentaban discapacidad intelectual fueron apartados de la sociedad en internados, asilos o manicomios, en donde eran ignorados y se referían a ellos con términos peyorativos (Valencia, 2014).

A finales del siglo XIX y hasta la década de los ochentas, se desarrolla el tercer modelo, denominado modelo de rehabilitación (IIN, 2001). Las actitudes sociales hacia las personas con discapacidad experimentan grandes cambios, se reconoce la importancia de la educación especial para mejorar su calidad de vida y se deja de ver a la persona como alguien que solo necesita cuidados y limosnas (Rodríguez y Couto, 2013). Sin embargo, bajo este modelo también se piensa que son incapaces de hacer las cosas por sus propios medios, considerando que

necesitan apoyos para realizar todas sus actividades (Cruz-Vadillo, 2017). Son reprimidos al grado de no tener la libertad de poder tomar sus propias decisiones y se sigue pensando que la “deficiencia” de una persona con discapacidad, es un problema médico. Por otro lado, también se buscan alternativas para que las personas desarrollen su propio potencial y se hacen populares los test psicométricos y de diagnóstico (IIN, 2001). Los principales acontecimientos que se gestaron bajo el modelo de rehabilitación, se mencionan a continuación.

En el siglo XX un gran número de personas que participaron en La Primera Guerra Mundial, presentaron secuelas tanto físicas como psicológicas; bajo este contexto, se gestaron los principios de la rehabilitación médica. Sin embargo, es hasta La Segunda Guerra Mundial, cuando se comienzan a implementar estos conocimientos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006). En el año 1919, se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con el Tratado de Versalles, el cual tuvo un papel importante para la creación de leyes que protegieran los derechos de las personas con discapacidad, además de promover los programas de rehabilitación (Di Nasso, 2011, como se citó en INEGI, 2013).

En los años sesentas se acuñó el término “normalización”, el cual promovía la implementación de diferentes estrategias educativas, para que las personas con discapacidad desarrollaran comportamientos similares a los de la norma (Parra, 2011). En esta década también la Organización de las Naciones Unidas (ONU) redactó cuatro declaraciones, en las que se reconocen los derechos a las personas con discapacidad (Parra, 2010).

A partir de los ochentas y hasta principios de los noventas, se adopta el cuarto modelo denominado interaccionista o estructuralista (IIN, 2001). La discapacidad se concibe como un constructo social y se reconoce que el entorno de las personas con discapacidad, puede facilitar o impedir su desarrollo (Cruz-Vadillo, 2017).

En la década de los ochentas, la OMS publicó su primera clasificación sobre discapacidad (La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM), con el objetivo de contar con una herramienta universal que proporcionara información sobre las características de la discapacidad. En dicha clasificación, se propuso abarcar más que la sola definición de las enfermedades, describiendo además las consecuencias a nivel personal, físico y social (Egea y Sarabia, 2001).

Finalmente, el modelo actual es el llamado modelo inclusivo de los derechos humanos, el cual inició en los años noventa y se enfatiza la importancia de hacer valer los derechos de las personas con discapacidad (IIN, 2001). A continuación se describen algunos de los acontecimientos más relevantes del modelo inclusivo.

La CIDDM resultó poco exitosa debido a que se centraba en resaltar lo negativo de la discapacidad y había una descripción lineal de las consecuencias de las enfermedades, siguiendo el esquema: daño, deficiencia, discapacidad y minusvalía. No obstante, se comenzó observar que en la mayoría de los casos en el mundo, dicho esquema no siempre se cumplía de manera lineal. Por tal motivo, en el año 2001, la OMS difunde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), con un enfoque positivo, en donde se describen los elementos funcionales que inciden en la discapacidad, tomando en cuenta el contexto social (OPS, 2006).

En el año 2008, se celebró la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en donde se señalan sus derechos culturales, políticos, sociales y económicos. En el año 2011, la OMS publicó un informe mundial sobre la discapacidad, con el objetivo de resaltar las acciones necesarias para hacer valer sus derechos (OMS, 2017b).

El concepto de discapacidad y su evolución

La OMS, en la CIF (2001), define la discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (p. 206).

Esta definición, desarrollada bajo el modelo inclusivo de los derechos humanos, significó un gran avance para las personas con discapacidad, debido a que el aspecto biológico deja de tener un papel central y se rescata la importancia del entorno.

Sin embargo, en fechas más recientes se ha comenzado a emplear el concepto de “diversidad funcional”, con el objetivo de cambiar los términos que se consideran discriminatorios como: “incapacidad o minusválido” (Rodríguez y Couto, 2013). El término “diversidad funcional”, se aleja completamente de las denotaciones negativas de conceptos generados bajo el modelo médico, se enfoca en aceptar las diferencias biofísicas de cada persona y resalta la importancia de poder realizar las mismas tareas de formas diferentes (Romañach y Lobato, 2009).

Esta definición presenta una ventaja de la definición anterior, ya que hace referencia a una cuestión de lenguaje, en donde el tema central no es la discapacidad, como una situación que pone en desventaja a las personas; sino que se enfoca en la capacidad que tienen los seres humanos de implementar diversas estrategias, que le permitan realizar actividades de la vida cotidiana.

Tipos de discapacidad

A continuación se describen las principales características de los tipos de discapacidad (intelectual, visual, auditiva y motriz), así como su clasificación, etiología e implicaciones en el desarrollo de los individuos con dicha condición.

Discapacidad Intelectual

a) Definición

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) define la discapacidad intelectual como un:

Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales (CIE-10, pp. 356).

Sin embargo, Verdugo y Schalock, (2010) mencionan que una definición de discapacidad intelectual debe de estar sujeta a premisas que permitan una correcta aplicación de la definición, estos autores plantean que es importante considerar que:

1. Las limitaciones deben de visualizarse siempre bajo el contexto social en donde se desenvuelve la persona.
2. Se debe tomar en cuenta la edad, la diversidad cultural y lingüística, y las diferentes maneras de comunicarse, para evitar la discriminación.
3. Las personas no solo se definen por sus limitaciones, ya que siempre poseen otras capacidades, por lo que es importante evaluar a las personas con discapacidad intelectual, bajo una perspectiva positiva.
4. Se debe de tomar en cuenta que uno de los objetivos de definir la discapacidad intelectual, es diseñar programas de apoyo que promuevan su desarrollo.
5. Tener presente que si se proporcionan los apoyos personalizados adecuados, siempre habrá una mejoría, por más profunda que sea la discapacidad intelectual.

b) Etiología

Katz y Lazcano (2010), refieren que los factores asociados a la discapacidad intelectual se clasifican en:

1. Genéticos: algunos de los más comunes son el síndrome de Down, síndrome de cromosoma "X" frágil, síndrome de Prader- Willi, síndrome de Rett, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, síndrome de Lesch-Nyhan y adrenoleucodistrofia.
2. Hereditarios: pueden ser identificados mediante el tamiz metabólico neonatal. Entre los más importantes se encuentran el síndrome de Mowat-Wilson, fenilcetonuria, galactosemia, enfermedad de Tay-Sachs y enfermedad por depósito de glucógeno.
3. Adquiridos: estos factores a su vez, se dividen en dos; los adquiridos congénitos, que pueden ser metabólicos (como hipotiroidismo neonatal), tóxicos (por ejemplo síndrome alcohólico fetal) o infecciosos (tales como rubeola o sífilis). Y los adquiridos en el desarrollo, los cuales pueden ser en la etapa prenatal (por complicaciones en el embarazo, como diabetes no controlada), perinatal (por complicaciones en el momento del parto como sufrimiento fetal prolongado con anoxia neonatal) o posnatal (por complicaciones después del parto, como por ejemplo un traumatismo encefálico).
4. Ambientales y socioculturales: se ha encontrado que existe relación entre las condiciones de pobreza y la discapacidad intelectual. Esto principalmente se debe a que las personas con un nivel socioeconómico bajo, carecen de estímulos físicos y cognoscitivos; además de recibir poca atención médica en las diferentes etapas del desarrollo, inestabilidad familiar y maltrato infantil.

c) Clasificación

Actualmente uno de los constructos más utilizados es el Coeficiente Intelectual (CI), esto a pesar de que la medición y la clasificación de la inteligencia han generado controversia, por el papel decisivo que juega el diagnóstico en la vida de una persona. Dos de las escalas más reconocidas son la Escala de Wechsler y la Escala de Stanford-Binet (Mouzakitis, 2012). A continuación se describen las categorías de acuerdo con el nivel de afectación, según la CIE-10:

1. Retraso mental leve: CI entre 50 a 69, se presentan dificultades de aprendizaje en la escuela, sin embargo las personas son capaces de tener un empleo y mantener relaciones sociales positivas.
2. Retraso mental moderado: CI entre 35 a 49, la mayoría posee un grado de independencia, empero las personas adultas generalmente necesitan apoyo en diferentes grados.
3. Retraso mental grave: CI entre 20 a 34, constantemente necesitan apoyo.
4. Retraso mental profundo: CI menor a 20, presentan una severa limitación para el cuidado personal.
5. Retraso mental no especificado: cuando se considera que una persona tiene discapacidad intelectual, pero no puede ser medida por los test tradicionales.

d) Impacto en el desarrollo

El desarrollo cognoscitivo es más lento, por lo que se presentan problemas en el proceso de aprendizaje, la autonomía y las habilidades sociales (Pérez y Tomás, 2005). En cuanto al desarrollo de lenguaje, las personas que presentan un grado de discapacidad mental leve a moderado, en su mayoría pueden comunicarse de forma adecuada. En el caso de la discapacidad intelectual grave y profunda, es común que exista un lenguaje limitado, así como problemas de incontinencia y de

motricidad, de tal manera que es probable que se requiera de una asistencia constante (CIE-10).

Es importante rescatar que el nivel del desarrollo va a depender del grado de afectación, de las causas de la discapacidad intelectual y también de factores ambientales que faciliten o frenen su evolución, tales como: darle una valoración excesiva al diagnóstico y por ende, pensar que no tiene caso la rehabilitación o creer que el niño no tiene oportunidad de aprender y mejorar (Pérez y Tomás, 2005). Deaux & Mayor, 1987 (como se citaron en Cala y Barbera, 2009), aluden a un concepto denominado profecía auto cumplida, el cual hace referencia a que si una persona asume como verdadero un mito o una creencia falsa, es probable que se comience a actuar acorde a dicho pensamiento y en consecuencia, la creencia se confirme.

Discapacidad Visual

a) Definición

La discapacidad visual abarca la discapacidad visual moderada y grave y la ceguera. La ceguera se define como una agudeza visual de presentación inferior a 3/60... Por discapacidad visual grave se entiende una agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60, y por discapacidad visual moderada, una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60 (OMS, 2012 como se citó en OMS, 2013, p. 5).

Una característica importante que se considera para diagnosticar la discapacidad visual, es que la persona no es capaz de realizar actividades o tareas en donde la vista sea fundamental (Macnaughton, 2006).

b) Etiología

Los problemas de baja visión o ceguera pueden surgir a causa de una alteración anatómica o funcional grave en el globo ocular, la vía visual o la corteza cerebral occipital. Otros factores relacionados son la edad y distribución geográfica, esta

última debido a las condiciones sanitarias y socioeconómicas, debido a que las causas más frecuentes de ceguera en países que se encuentran en vías de desarrollo se pueden evitar; sin embargo en la mayoría de los casos estas no son atendidas de manera oportuna, por ejemplo, infecciones como tracoma (Maldonado, 2015).

Según datos de la OMS (2017c) las enfermedades oculares crónicas (como errores de refracción que no fueron corregidos, cataratas que no son operadas y glaucoma), representan la principal causa de la pérdida de la visión a nivel mundial. El 81% de las personas que padecen ceguera o discapacidad visual moderada, tienen 50 años o más, debido a que este sector de la población es el que más se encuentra en riesgo de padecer estas enfermedades.

También puede deberse a afecciones genéticas (como la amaurosis congénita de Leber, el coloboma o la distrofia de conos y bastones), infecciones en el periodo posnatal, traumatismos, procesos inflamatorios o tumorales (Maldonado, 2015).

c) Clasificación

Macnaughton (2006), menciona que el nivel de afectación visual, generalmente se determina a través de un examen de Agudeza Visual (A.V.) Como se puede observar en la Tabla 1, la unidad de medición (A.V.), se compone de una fracción: el primer dígito hace referencia a la distancia a la que se encuentra la persona de la cartilla con la que se realiza la prueba y, el segundo dígito refiere la distancia en la que una persona normal puede leer la cartilla (Vimont, 2017). Por ejemplo, si alguien presenta una A.V. de 6/18, significa que a 6 metros de distancia logró leer la cartilla, mientras que una persona que se encuentra dentro de la norma, es capaz de leerla a 18 metros.

Tabla 1

Grados de Agudeza Visual (A.V.) que sugieren pérdida de visión, establecidos por la CIE-10

Grado de la pérdida de visión	Agudeza visual con la mejor corrección óptica posible	
	Máxima inferior a:	Mínima igual o superior a:
1	6/18	6/60
	3/10 (0,3)	1/10 (0,1)
	20/70	20/200
2	6/60	3/60
	1/10 (0,1)	1/20 (0,25)
	20/200	20/400
3	3/60	1/60
	1/20 (0,05)	(capacidad para contar dedos a un metro)
	20/400	5/300 (20/1200)
4	1/60	Percepción de la luz
	(capacidad para contar dedos a un metro)	
	1/50 (0,02)	
	5/300	
5	No perciben la luz	
9	Indeterminada o no especificada	

La CIE-10 propone las siguientes categorías del nivel de afectación de los ojos:

1. Visión subnormal de un ojo: grado de pérdida de la visión de 1 ó 2 en un ojo y una visión normal en el otro.
2. Visión subnormal de ambos ojos: grado de pérdida de la visión de 1 ó 2.

3. Ceguera de un ojo: Grados de pérdida de la visión de 3, 4 ó 5 en un ojo y visión normal en el otro ojo.
4. Ceguera de un ojo, visión subnormal del otro: grados de pérdida de la visión de 3, 4 ó 5 en un ojo y grados de 1 ó 2 en el otro ojo.
5. Ceguera de ambos ojos: grados de pérdida de la visión de 3, 4 ó 5.
6. Disminución indeterminada de la agudeza visual en un ojo: incluye la categoría 9 en un ojo y visión normal en el otro ojo.
7. Disminución de la agudeza visual, sin especificación: clasificación 9, indeterminada.

d) Impacto en el desarrollo

La discapacidad visual afecta en diferentes grados el nivel de desarrollo, ya que esto también depende del entorno social, de manera que, a pesar de que dos personas tengan el mismo nivel de pérdida de la visión, es posible que presenten grados de autonomía diferentes (Flores, Valdivieso y del Álamo, 2015).

En cuanto al desarrollo de lenguaje, es probable que el repertorio conceptual se vea disminuido, debido a que las personas con discapacidad visual conocerán el mundo que les rodea, a través de la información que les proporcionen los otros mediante la comunicación verbal o el tacto (Lowenfeld, 1959 citado en Pallero, Checa y Díaz, 2003). Por lo que el ritmo de aprendizaje es más lento y el desarrollo cognitivo es más pausado, sin embargo es importante utilizar herramientas de apoyo como el sistema de lecto-escritura en Braille, ampliaciones de imágenes o grabadoras. Respecto al desarrollo motriz, son capaces de realizar tareas que implican el auto-cuidado como bañarse, comer, vestirse, ya que los propios ensayos van perfeccionando la estrategia que empleen para realizar dichas tareas (Pallero et al., 2003).

Por otro lado, las personas con discapacidad visual frecuentemente presentan problemas para desarrollar habilidades sociales, las cuales son importantes para

su autonomía. Por ejemplo, se ha encontrado que la mayoría están acostumbrados a salir acompañados, por lo que cuando llegan a salir solos a la calle, no cuentan con las habilidades necesarias para desenvolverse en su entorno, presentando dificultades para preguntar si están en el autobús correcto o pedir indicaciones cuando están desorientados (“Universidad del País Vasco”, 2003).

Además, en México las personas con discapacidad visual viven con barreras sociales y educativas que impactan de manera negativa su desarrollo, por ejemplo se ha encontrado que a muy pocas personas se les enseña el sistema de lecto-escritura en Braille, a pesar de haber adquirido la discapacidad a edades tempranas(Guevara, Robles, Rodríguez y Frías, 2016). Aunado a las condiciones socioeconómicas en las que viven la mayor parte de los mexicanos. De acuerdo con datos del INEGI (2015b), la mayoría de las personas que tienen un empleo remunerado, ganan de uno a tres salarios mínimos, es decir alrededor de 2,640 a 7,920 pesos mensuales.

Discapacidad Auditiva

a) Definición

Se dice que alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído es normal, es decir, cuyo umbral de audición en ambos oídos es igual o superior a 25 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda (OMS, 2017d, sección de Pérdida de audición y sordera, párr. 1).

b) Etiología

Las causas congénitas de la discapacidad auditiva, se pueden presentar en el nacimiento o poco después, y obedecen a factores hereditarios y no hereditarios como: infecciones durante el embarazo (rubeola materna, sífilis), bajo peso al nacer, falta de oxígeno en el parto o uso inadecuado medicamentos

(aminoglucósidos o antipalúdicos). Respecto a las enfermedades adquiridas que provocan pérdida de la audición, se encuentran: infecciones (sarampión o meningitis), traumatismos craneoencefálicos o en los oídos, (maquinaria ruidosa, explosiones), exposición a ruidos muy altos (conciertos o el uso de aparatos para escuchar música), el envejecimiento (debido a la degeneración de las células sensoriales) y a la obstrucción del conducto auditivo por cerumen o cuerpos extraños (OMS, 2017d).

c) Clasificación

Existen diferentes tipos de clasificación, las más comunes se determinan en función de la pérdida de decibelios, por el momento de la aparición o por el lugar de la lesión. La OMS (citada en Ferrández, y Villalba, 1996) clasifica la discapacidad auditiva en función de la pérdida de decibelios:

1. Ligera: 26-40 dB.
2. Moderada: 41- 55 dB.
3. Moderadamente grave: 56-70 dB.
4. Grave: 71-90 dB.
5. Profunda: < 91 dB.
6. Pérdida total de la audición: cofosis, anacusia.

Por otro lado, Fiuza y Fernández (2014) mencionan que las deficiencias auditivas, además se pueden clasificar por el momento de aparición:

1. Prelocutiva o prelingual: el daño se produce antes de que se haya adquirido el lenguaje oral, desde los cero a los dos años.
2. Lingual: se presenta en el momento en el que se aprende el lenguaje oral, es decir, entre los dos y cinco años.
3. Postlingual o postlocutiva: después de la adquisición del lenguaje oral, a partir de los cinco años.

Además, Fiuza y Fernández (2014) refieren otra forma de clasificación, es determinada por el lugar de la lesión:

1. Sordera de transmisión-conducción: localizada en los mecanismos de transmisión o conducción del sonido del oído externo y medio. Este tipo de deficiencia auditiva generalmente se cura con tratamiento médico.
2. Sordera de percepción-neurosensorial: por lesiones en el oído interno, las vías nerviosas y la corteza cerebral. Este daño es irreversible, la mayor parte de las sorderas pre lingüísticas son de este tipo.
3. Sordera mixta: es una combinación entre los tipos de sordera anteriores.

d) Impacto en el desarrollo

La mayoría de las personas con discapacidad auditiva nacieron en hogares de padres oyentes, por lo que algunos han sido oralizados y no han aprendido lengua de señas (Paz y Salamanca, 2009). A pesar de que esto ha permitido que muchos sordos se incorporen a diversos ambientes, en la mayoría de los casos la oralización ocurre sin darle elección a la persona (Domingo, 1999).

Las repercusiones de la discapacidad auditiva son poco visibles, sin embargo las áreas en las que más se ven reflejadas las secuelas son en el desarrollo cognitivo y el lenguaje, se ha observado que entre más profundo es el grado de pérdida de audición, existe una mayor probabilidad de que se presente un daño más severo en ambas áreas. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que lo anterior no debe ser generalizado, ya que dos personas con el mismo grado de discapacidad auditiva, pueden desarrollar diferentes niveles de funcionalidad (Torres, Rodríguez, Santana y González, 1995). Por ejemplo, se ha encontrado que en algunos casos, cuando existe un retardo global en el desarrollo de las personas con discapacidad auditiva, es posible que también se retrase la adquisición de habilidades que impliquen motricidad (Centro Integral de Diagnóstico y

Tratamiento, CID y T, 2004 como se citó en Álvarez, Morales, Rodríguez, Pérez y González, 2009)

Respecto al desarrollo social, desde la infancia las personas con discapacidad auditiva presentan problemas para socializar; se ha visto que los niños con sordera profunda tienen pocos amigos y se relacionan menos con sus pares oyentes, debido a que el canal principal de la interacción es la comunicación verbal (Wauters y Knoors, 2007 como se citaron en Molina, Ipiña, Reyna y Guzmán, 2011).

Discapacidad Motriz

a) Definición

La discapacidad motriz se define como “un grupo de trastornos vinculados entre sí por el hecho de tratarse de discapacidades físicas que tienen en común el dificultar a las personas que las presentan la ejecución de sus movimientos” (Basil, Bolea y Soro-Camats, 2003 como se citaron en Fiuza y Fernández, 2014, p. 213).

b) Etiología

La discapacidad motriz se puede producir por la afectación en diferentes sistemas del cuerpo humano, Toledo (1994) refiere que las más comunes son:

1. Malformaciones congénitas en los músculos, huesos y/o en las articulaciones. Por ejemplo las agenesias (no hay un desarrollo correcto de los miembros, como brazos o piernas), atrofas y distrofas musculares (el tejido muscular va disminuyendo de manera progresiva) o la luxación congénita de caderas (debido a una mal posición congénita en las articulaciones). En cuanto a las afecciones adquiridas, se pueden presentar infecciones en los huesos y las articulaciones, tumores o traumatismos.

2. Cuando no existe o se daña un nervio motor, se produce una parálisis periférica en el músculo, que controla el nervio afectado. Cuando hay varios nervios dañados se denomina polineuritis.
3. Afecciones en la médula espinal debido a traumatismos, tumores o falta de riego sanguíneo.
4. Malformaciones congénitas en la columna vertebral y la médula (denominada espina bífida).
5. También el cerebro puede dañarse debido a traumatismos, infecciones, falta de oxígeno o de circulación, lo que puede ocasionar una parálisis cerebral, afectando el control de los movimientos.

c) Clasificación

La discapacidad motriz se puede clasificar según la distribución topográfica de la afectación: paraplejía (en las extremidades inferiores), hemiplejía (predominio en la parte superior), tetraplejía (afectadas en las cuatro extremidades), diplejía (afectadas las cuatro extremidades, con predominio en las partes inferiores). También se puede clasificar según la intensidad de la discapacidad, esta pueden ser: leve (la persona puede desplazarse sin requerimiento de apoyo), moderada (dificultades en la marcha y en la expresión) y grave (imposibilidad de desplazamiento) (Ibáñez, 2002).

d) Impacto en el desarrollo

El impacto en el desarrollo va a depender del tipo y el grado discapacidad motriz, aunado a los factores contextuales. Por ejemplo, algunas personas son capaces de desplazarse, aunque con cierta dificultad; otras personas presentan inmovilidad en extremidades, pero pueden trabajar con las partes del cuerpo que no estén afectadas. En ocasiones se presentan dificultades para medir su fuerza o por el contrario, el tono muscular es bajo y no tienen fuerza para sostener objetos (Consejo Nacional de Fomento Educativo [Conafe], 2010).

En el caso particular de la discapacidad motriz, el tipo de enfermedad que la cause, va a determinar si se presentan además, dificultades en el desarrollo cognitivo, social y lingüístico. Por ejemplo, una de las enfermedades que más áreas del desarrollo afecta, es la parálisis cerebral; en donde es común que se presenten trastornos sensoriales (como problemas en el oído), alteraciones en el lenguaje y el habla, problemas de atención, retraso en el desarrollo intelectual y problemas en la interacción social (Fiuza y Fernández, 2014).

CONCLUSIONES

Las condiciones de vida de las personas con discapacidad han ido cambiando a lo largo de los años, por lo que esto también ha influido en la concepción y el trato que han recibido. En un principio, se les relacionaba con la magia y creencias supersticiosas (modelo preformista o negativista), para después sentarse únicamente en las cuestiones físicas y concebirlos como personas enfermas (modelo médico biológico), posteriormente se reconoce que las personas con discapacidad necesitan no sólo de atención médica, sino que también se señala la importancia de crear instituciones educativas especiales (modelo de rehabilitación), años más tarde se reconoce la influencia que tiene el medio ambiente para su desarrollo (modelo interaccionista o estructuralista), hasta llegar a la época actual, en donde se resalta la importancia de sus derechos (modelo inclusivo de los derechos humanos).

Por otro lado, es importante mencionar que a pesar de que es necesario contar con una clasificación sobre los tipos de discapacidad, ya que esto permite tener un panorama general respecto a las características de cada discapacidad; de igual forma es posible apreciar que no solo existen diferencias entre los tipos de discapacidad, sino que además se presentan particularidades al interior de cada discapacidad, que afectan de manera distinta al desarrollo del individuo en el área cognitiva, de lenguaje, motora y social; e incluso algunos tipos de discapacidad pueden no ser evidentes a simple vista, como la discapacidad auditiva. Por lo que es necesario que los servicios, no solo de salud, sino de educación y condiciones

laborales, correspondan a las necesidades particulares de cada individuo. Además de ser indispensable tomar en cuenta sus opiniones, con el propósito de determinar los tipos de apoyo que se les brinde.

Por tal motivo, en la actualidad se ha establecido un nuevo concepto denominado “diversidad funcional”, que reemplaza los términos anteriores de la discapacidad, que se derivan del modelo médico; con el objetivo de enfocarse en los aspectos positivos y resaltar importancia de la diversidad.

Es posible precisar que, como se ha observado a lo largo de los años, la forma de concebir a las personas con discapacidad sigue cambiando, de tal manera que se adoptan nuevos modelos, diferentes formas de clasificación y tratamientos, que den pauta al desarrollo de nuevas estrategias que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO 2. DISCAPACIDAD Y SEXUALIDAD

Actualmente todavía es común que las palabras discapacidad y sexualidad no se utilicen juntas. En el presente capítulo se hablará sobre cómo se ha concebido la sexualidad de las personas con discapacidad y las consecuencias que han traído las creencias y mitos falsos, que los han colocado en situaciones que ponen en riesgo su integridad, su salud, así como sus derechos sexuales y reproductivos.

Definición de la sexualidad

La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades de género y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Mientras que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son siempre experimentadas o expresadas. (World Health Organization, WHO, 2002, p. 5).

Como se puede observar en la cita anterior, la sexualidad es un tema sumamente amplio, que se relaciona con diversas cuestiones que no solo hacen referencia a el desarrollo biológico o la reproducción; además abarca la parte afectiva y social, lo cual se vincula no solo con el sexo o la pareja, sino también con cuestiones de la vida cotidiana (por ejemplo, la forma de relacionarse con el entorno, los gustos y preferencias; como la forma de vestir o de hablar). Por lo que no existe una forma de expresar la sexualidad, ya que todos los seres humanos son diferentes, incluyendo a las personas con discapacidad.

Derechos sexuales y reproductivos

La ONU (1979), refiere que todos los seres humanos tienen derecho a elegir una pareja y contraer matrimonio, si así lo desean ambas partes; además de tener la libertad de elegir de manera responsable e informada, el número de hijos e

intervalo de él (los) nacimiento (s). Los derechos son universales, indivisibles e interdependientes; por lo que las naciones tienen la obligación de trabajar para garantizar que los grupos de personas que conforman las minorías, también puedan ejercer sus derechos, sin que sean discriminados (ONU, 1993). En los últimos años se ha trabajado para lograr la integración de las personas con discapacidad en los diferentes escenarios de la vida social, por lo que se han generado mayores oportunidades educativas, con el objetivo de que se puedan insertar en el campo laboral. Sin embargo, poco se ha hablado sobre sus derechos sexuales y reproductivos (Cruz, 2004).

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, recibiendo la información necesaria para ejercer su sexualidad de manera libre y responsable (ONU, 1994). Aunado a lo anterior, es importante que conozcan cómo prevenir y detectar de manera oportuna enfermedades del sistema reproductor como cáncer de mama, cervicouterino, ITS y cómo prevenir el maltrato, el abuso sexual y/o la violencia (ONU, 1995).

Sin embargo, a pesar de que se ha señalado a nivel mundial la importancia de hacer valer los derechos sexuales y reproductivos de todos los seres humanos, se han presentado algunas barreras que dificultan que las personas con discapacidad puedan ejercerlos. Una de estas barreras son las creencias y mitos que se han gestado en torno a su sexualidad.

Mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad

El constructo social de la palabra discapacidad, está cargado de estereotipos que posicionan a estas personas como débiles, dependientes y merecedoras de mostrarles lástima (Acosta, Costales, Meisozo y Borges, 2015). Al respecto, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED, 2012), encontró que la mayoría de la gente cree que las personas con discapacidad, no son capaces de convivir en sociedad.

Además se sostiene la creencia de que las personas con discapacidad nacen sin sexualidad, cuando la discapacidad es congénita, y en el caso de que sea adquirida, se piensa que en ese momento de manera automática, pierden la sexualidad; atribuyéndoles características infantiles, independientemente de la edad que tengan (Caricote, 2012). Al ser tratados como niños, se piensa que no hay motivo alguno para impartirles educación sexual e incluso algunas personas con discapacidad llegan a aceptar estas ideas (Vélez, 2006).

Otro factor que influye en que se les atribuya la característica de “asexuales” es el que refiere Cruz (2004), respecto a que por lo general, las mujeres con discapacidad no cumplen con los estándares de belleza establecidos por los medios de comunicación y la sociedad, de manera que se considera que son poco o nada atractivas. En consecuencia, las personas con discapacidad que logran ejercer sus derechos sexuales, suelen ser juzgados no solo por conocidos, sino también por personal de salud e instituciones que comparten estos estigmas (Vélez, 2006).

Otra creencia que se tiene específicamente hacia las mujeres con discapacidad, es que no pueden o no deben de ser madres, esto debido a que se piensa que en todos los casos la discapacidad va a ser heredada y que no tienen las habilidades necesarias para cuidar de su hijo. Además, estos mitos resultan ser un factor de riesgo, ya que los padres de familia no toman las medidas necesarias para prevenir situaciones de riesgo, como el abuso sexual, ya que es común que se piense que no corren el riesgo de sufrirlos (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo [Inadi], 2016).

Sexualidad en las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad presentan el mismo interés de participar en actividades que realizan sus pares en la etapa de la adolescencia, teniendo las mismas inquietudes sobre cómo establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, este es un tema que aún genera controversia entre familiares e incluso

en algunos educadores (Rivera, 2008). En una investigación realizada por Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero (2014), en adultos con discapacidad intelectual, se encontró que la mayoría declaró haberse sentido atraído hacia una persona, haber tenido por lo menos una pareja en su vida y haber compartido besos y caricias con otras personas. También, más de la mitad afirmó tener fantasías sexuales y haber tenido al menos una relación sexual.

No obstante, esto no significa que el desarrollo de la sexualidad sea igual en todas las personas; en el caso particular de las personas con discapacidad, va a depender del tipo, del momento de la adquisición (congénita o adquirida) y del nivel de afectación. Por ejemplo, las personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual no presentan ningún impedimento a nivel biológico para que se desarrollen sexualmente, por lo que es un hecho que esto sucederá. En el caso de la discapacidad intelectual, los factores cognitivos pueden influir en el desarrollo afectivo-sexual, de manera diversa (Campo, 2003).

Por otro lado, en el caso de la discapacidad motriz, si existe alguna afección neurológica, es probable que se presenten problemas como disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria o falta de lubricación, sin embargo estos problemas pueden ser tratados médicamente (Campo, 2003). Por tal motivo, resulta relevante rescatar la importancia de considerar la diversidad como una característica de la sexualidad, ya que sin importar la condición de las personas, todos tienen derecho a vivir su sexualidad de manera saludable.

Sin embargo, se ha encontrado que los adolescentes con discapacidad tienen dificultades para expresarse, debido a que los padres no escuchan sus opiniones, ni sus deseos. Además de que suelen ser sobreprotegidos, limitando al adolescente tanto a nivel personal como social; por lo que las formas de expresar su sexualidad se ven limitadas, siendo la masturbación y las fantasías eróticas los recursos más utilizados (López, 2002 como se citó en Caricote, 2012). En un estudio realizado por Björnsdóttir, Stefánsdóttir, & Valgerður (2017), se encontró

que las personas con discapacidad intelectual no se perciben como seres autónomos, debido a que ni siquiera les daba la libertad de tomar decisiones sencillas como por ejemplo la hora de comer o dormir.

Acceso a servicios de salud reproductiva y educación sexual

Normalmente las atenciones que reciben las personas con discapacidad, se centran en mejorar funciones que les permitan lograr su independencia económica, por lo que pocas veces se les brinda información sobre salud reproductiva y sexual. Generalmente los profesionales de los centros de salud que se dedican a impartir servicios de planificación familiar, no conocen las necesidades sexuales de las personas con discapacidad (Varas, 2010).

En México, no existe información con las adaptaciones necesarias, ni programas que se enfoquen en brindarles servicios de salud sexual (Amigón y Ocegueda, 2011; Rodríguez et al., 2015). Dicha información debe de estar adaptada a las funciones y habilidades de cada persona; ofreciendo privacidad, respeto y utilizando un lenguaje sencillo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSPE], 2017). Por tal motivo es importante que si no se cuenta con los servicios de salud reproductiva en población con discapacidad, los padres hablen sobre estos temas con sus hijos.

Empero, se ha encontrado que la mayoría de los padres considera que la escuela es la encargada de brindar a sus hijos educación sexual, por lo que delegan la responsabilidad a dicha institución (Caricote, 2008). Además, al ser la sexualidad en México un tabú, resulta difícil para los adultos conversar con sus hijos sobre este tema; por lo que si lo llegan a hacer, se limitan a hablar sobre la reproducción, omitiendo los temas que se relacionan con el placer (Juárez y Gayet, 2005). Es importante que la educación sexual no sólo cubra temas biológicos, sino que además se les debe de enseñar a identificar lo que significa el placer; de esta manera las personas con discapacidad aprenderán a diferenciar

entre lo que les gusta y lo que no, siendo esta una herramienta que puede ser útil para identificar el abuso sexual (Arnau, 2004).

Prevalencia del VIH e ITS

Contrario a lo que la mayoría de la gente cree, la posibilidad de que una persona con discapacidad contraiga una ITS, no es baja (Varas, 2010). Lo mismo ocurre con el VIH, ya que se ha encontrado que las personas tienen igual o mayor probabilidad, que el resto de la población de contraer este virus (ONU-SIDA, 2009).

En el caso particular de las personas con discapacidad, se presentan factores que aumentan el riesgo de contraer una ITS y el VIH tales como: no contar con información necesaria, no conocer, ni saber utilizar los métodos para prevenir estas enfermedades o no contar con las habilidades para negociar el uso del condón (Eastgate, 2008; ONU-SIDA, 2009). Un ejemplo claro de la poca información con la que cuentan las personas con discapacidad sobre ITS, se muestra en el estudio realizado por Mc Gillivray (1999 como se citó en Conod & Servais, 2008), en donde se observó que el 68% de las personas entrevistadas (la cuales presentaban discapacidad intelectual moderada), creían que la toma de anticonceptivos orales reducía el riesgo de contraer SIDA.

Abuso sexual, embarazos no deseados y esterilización forzada

En México no se cuentan con estadísticas que hablen de la incidencia de abusos sexuales, esterilización forzada y embarazos no deseados en población con discapacidad (Juárez, 2015). No obstante, en instituciones donde se albergan a personas con discapacidad intelectual, se han denunciado no solo abusos sexuales, sino también prácticas de esterilización forzada como consecuencia de los abusos que han sufrido y existen reportes en donde se explicita que son violadas por el mismo personal de la institución. Sin embargo el estado ha hecho poco caso respecto al tema, a pesar de existir convenios entre instituciones

internacionales como lo es Disability Rights International (DRI), la cual lleva trabajando en México 20 años (Montalvo, 2016).

En el caso de las personas con discapacidad que no se encuentran internadas en una institución, quienes suelen cometer el abuso sexual son los familiares. Dicho abuso generalmente es reportado por terceras personas y no por la persona que lo sufrió (Rodríguez, Arenia y Garcia, 2012). El MSPE (2017), señala que los factores de riesgo asociados a una violación en esta población son:

1. Las dificultades de comunicación, dependiendo del tipo y grado de discapacidad, así como el no contar con el lenguaje necesario para comunicar el abuso sexual.
2. Poca credibilidad, cuando refieren el abuso sexual.
3. Puede suceder que no reconozcan el abuso cuando lo vivan, debido a la escasa información con la que cuentan.
4. Su entorno social limitado, fomentado por la familia que tiende a sobreprotegerlos.

Por otro lado, respecto a la esterilización forzada, esta es una práctica que viola los derechos de las mujeres con discapacidad (Serra, 2015). En un estudio mexicano, realizado por Rodríguez et al. (2015), se observó que son los propios familiares de la personas con discapacidad o profesionales de salud, los que buscan y recomiendan la esterilización. También se ha encontrado que las mujeres que presentan discapacidad intelectual que llegan a concebir a un hijo, corren el riesgo de que se los quiten y en ocasiones esto es respaldado por las leyes gubernamentales (Serra, 2015).

CONCLUSIONES

De acuerdo con la información anteriormente presentada se pone en evidencia que la sexualidad, es un tema que abarca cuestiones que van más allá de las relaciones sexuales y el desarrollo biológico, también se relaciona con la forma en la que cada persona concibe y expresa su propia sexualidad.

Resulta evidente que las personas con discapacidad deben ser pensadas como seres sexuados, sin embargo es posible ver que los esfuerzos que se han realizado para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, no han dado los resultados esperados, ya que aún persisten mitos que aluden a su supuesta “asexualidad”. Lo que se ha traducido en que las personas con discapacidad, sean especialmente vulnerables de sufrir abusos sexuales, embarazos no deseados y que se les niegue su derecho a adquirir información sobre salud sexual y reproductiva.

En las últimas décadas, se han celebrado diversas convenciones en las que se reconocen los derechos de las personas con discapacidad, y organizaciones de salud a nivel mundial como la OMS, se han preocupado por garantizar que esto sea posible. Sin embargo es importante mencionar, que no basta con plasmar en documentos el reconocimiento de sus derechos, sino que además es importante que los países desarrollen estrategias que garanticen que las personas con discapacidad hagan valer sus derechos.

CAPÍTULO 3. VARIABLES VINCULADAS CON LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD ENTRE PADRES E HIJOS CON DISCAPACIDAD

Los seres humanos adquieren sus primeras experiencias de vida dentro del núcleo familiar, siendo este el grupo mediador entre el sujeto y la sociedad (Domínguez, 2011). A través de la convivencia se transmiten una serie de normas y códigos que colocan a la familia como la primer red que brinda educación al infante (Frinco, 2013). En este capítulo se describe el Modelo de Información, Motivación y Conducta (IMB por sus siglas en inglés Information, Motivation and Behavior) que explica la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres con sus hijos, asimismo, se exponen algunos datos hallados en la literatura sobre los componentes de dicho modelo.

Modelo de comunicación IMB

El modelo Información, Motivación y Conducta ha sido útil para la investigación e intervención de aquellas conductas que promueven la salud sexual (Fisher, 2003; Fisher & Fisher, 1992; Fisher, Fisher, Misovich, Kimble & Malloy, 1996; Fisher, Fisher, Misovich, & Bryan, 2002).

Este modelo señala que la información es un prerrequisito indispensable para la adherencia al tratamiento sin embargo, no es suficiente para realizar un cambio conductual, debido a que la motivación y el desarrollo de habilidades también tienen un papel importante. Los componentes del modelo IMB, deben de estar orientados al tipo de comportamiento que se pretende desarrollar, además de considerar las características de la población con la que se va a trabajar; de tal manera que las intervenciones siempre son personalizadas (WHO, 2003). Lo anterior requiere de realizar investigación específica, que permita conocer el tipo de información que se debe proporcionar, los motivos personales y sociales

particulares, y determinar las habilidades conductuales necesarias (Fisher, 2003). Es importante que no se descuide ninguno de los componentes del modelo, ya que si por ejemplo, un padre cuenta con los conocimientos y las habilidades de comunicación necesarios para hablar de sexualidad con su hijo, pero no se encuentra motivado, resultará menos probable que converse con él.

Los componentes Información y Motivación, se conciben como elementos que trabajan de manera conjunta, para desarrollar habilidades conductuales que permitan implementar un cambio comportamental en las personas (Ver Figura 1). No obstante, cuando dichas habilidades se encuentran ya dentro del repertorio conductual de una persona o estas son sencillas de realizar, la información y la motivación pueden tener efectos directos sobre la adquisición de nuevas conductas (WHO, 2003).

Empero, no existe una correlación fuerte entre la Motivación y la Información, más bien se conciben como entidades separadas que en suma, influyen en la adquisición de las habilidades necesarias, que permitan desarrollar conductas promotoras de la salud (Fisher & Fisher, 1992).

Figura 1. Modelo IMB.

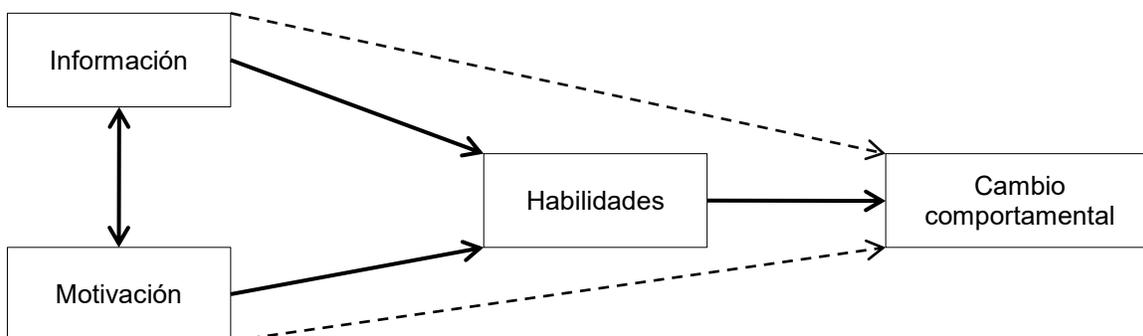


Figura 1. Se muestra el Modelo de Información, Motivación y Conducta propuesto por Fisher & Fisher (1992).

Componente informativo: Conocimientos

Investigaciones han señalado que la mayoría de los padres no cuentan con los conocimientos necesarios para hablar sobre sexualidad con su hijo. Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013), encontraron que padres de adolescentes sin discapacidad, tenían un nivel de conocimientos bajo sobre ITS, VIH/SIDA, el embarazo y la forma correcta de usar un preservativo. Por otro lado, Baku, Agbemafle & Adanu (2017), hallaron que todos los padres de su estudio contaban con conocimientos generales sobre sexualidad; siendo el desarrollo biológico el tema del que más sabían, y el uso de métodos anticonceptivos el tema del que menos conocían. Entre más información posean los padres sobre sexualidad, más seguros se sentirán de hablar con su hijo.

Lo anterior resulta relevante debido a que si los padres no poseen la información necesaria, es posible que tengan una visión poco realista de lo que significa la sexualidad, por lo que pueden considerar que no es relevante que sus hijos conozcan sobre este tema, comprometiendo así su salud sexual.

En un estudio realizado a padres de hijos con discapacidad, se encontró que los padres conocían más sobre los cambios físicos en la adolescencia (es posible que este tema sea del que más conozcan debido a su propia experiencia o por la observación de otras personas cercanas que se encuentren en esta etapa del desarrollo), como prevenir una ITS, el nombre de las partes de los órganos sexuales, qué es el coito y la función de los métodos anticonceptivos. Respecto a los temas de los que menos conocían se encontraba el desarrollo sexual de las personas con discapacidad, las formas de transmisión del VIH y qué es la atracción sexual Bárcena y Romano (2016). En otro estudio realizado por Cevallos y Jerves (2014), dirigido a padres de hijos sin discapacidad de entre 3-5 años, se encontró que la mayoría reportaron no hablar de sexualidad con sus hijos porque creían que este tema formaba parte de la vida adulta, ya que lo relacionaron con las relaciones sexuales.

Por otro lado, algunos padres han reportado que consideran que les hace falta información ya que en la época en la que eran jóvenes, no recibieron educación sexual (González, Orcasita, Carrillo y Palma-García, 2017). Algunas madres han buscado información en las escuelas o en las instituciones de salud, sin embargo la mayoría refiere que esta información no les ha aclarado del todo sus dudas respecto a cómo brindar a sus hijos educación sexual, presentando brechas de conocimiento (Sevilla, Sanabria, Orcasita, & Palma, 2016). También, se ha encontrado que los padres que tienen un nivel de escolaridad bajo, presentan pocos conocimientos sobre sexualidad, ya que esto dificulta el que puedan acceder fuentes de información (Barbosa, Costa & Vieira, 2008).

Por otra parte, se ha visto que si los padres cuentan con poca información sobre el abuso sexual, generan un exceso de confianza. Lo que representa un factor de riesgo para los hijos, debido a que es probable que no tomen las medidas necesarias para prevenirlo.

Así lo demostró un estudio realizado por Morillo, Montero y Colmenares (2012), en donde se encontró que la mayoría de las madres refirieron que el abuso sexual no genera ninguna secuela psicológica en los niños y la mitad respondieron que era imposible que el abuso sexual fuera cometido por un familiar.

Componentes motivacionales

En el presente apartado se describen algunos constructos referentes a la motivación que se han relacionado con la comunicación sexual entre padres e hijos. Dichas variables son la supervisión parental, el apoyo parental, las creencias sobre sexualidad, las expectativas hacia la comunicación y los roles de género.

Supervisión parental

La supervisión parental hace referencia a qué tanto los padres, observan lo que hacen sus hijos y además si ofrecen su ayuda cuando ellos lo necesitan (Cookston, 1999 como se citó en Sánchez y Robles, 2014). De tal manera que los

padres, brindan la oportunidad a sus hijos, de tomar sus propias decisiones (Jaramillo, Ruiz, Gómez, López y Pérez, 2014).

Sin embargo, se ha encontrado que cuando los padres dudan de las capacidades intelectuales de sus hijos, consideran que la supervisión no es efectiva en actividades referentes a su educación (Balli, Wedman & Demo, 1997 como se citaron en Valdés, Martín y Sánchez, 2009).

Como se describió en el capítulo uno del presente trabajo, a lo largo de la historia la gente se ha cuestionado sobre la competencia de las personas con discapacidad para realizar diversas tareas. Por lo que es probable que algunos padres, al tener una visión negativa de la discapacidad, se enfoquen en las cosas que su hijo no es capaz de hacer, sin tomar en cuenta su potencial para aprender.

Por otro lado, respecto a la salud sexual se ha encontrado que los padres que supervisan a sus hijos (es decir que conocen los lugares y las personas con las que se encuentran sus hijos) presentan menor probabilidad de participar en conductas de sexuales de riesgo (Crosby, DiClemente, Wingood, Lang, y Harrington 2003 como se citaron en Cruces, Guil, Sánchez y Zayas, 2017). Sin embargo, para que la supervisión parental sea efectiva es necesario que exista una buena comunicación entre padres e hijos (Villalobos, 1994 como se citó en Carrillo, Juárez, González, Martínez y Medina-Mora, 2016). Stattin y Kerr (2000, como se citaron en Bernedo, Fuentes, Fernández-Molina y Bersabé, 2007), señalan que la supervisión es un proceso bidireccional ya que interviene tanto la solicitud de información y el control que ejercen los padres sobre sus hijos, como la disposición que tiene el adolescente de proporcionar la información.

Apoyo parental

El apoyo hace referencia a aquellas conductas que realizan los padres, con el propósito de que sus hijos perciban su aprobación (Rollins y Thomas, 1979 como se citaron en Hoeve et al., 2009).

En un estudio realizado por Pérez-Villegas et al. (2012), se encontró que los adolescentes que perciben poco o nulo apoyo familiar, inician su vida sexual de manera temprana y en el caso de las mujeres tienen más relaciones sin protección. Además los hijos que perciben escaso apoyo parental, presentan conductas antisociales (Robins, John y Caspi, 1994 como se citaron en Sánchez-Bernardos, Alonso, Hernández-Lloreda y Bragado, 2007). En cambio, los padres que brindan apoyo y afecto a sus hijos, fomentan el desarrollo de habilidades sociales y la solución de conflictos, lo que a su vez promueve la autonomía (Jaramillo et al., 2014).

El apoyo parental es importante para las personas con discapacidad, ya que precisamente se busca promover su autonomía y fomentar el desarrollo de habilidades sociales, de tal manera que puede resultar una herramienta útil para los padres.

Creencias sobre sexualidad

Es posible que padres e hijos no compartan las mismas ideas respecto a la sexualidad, ya que la mayoría de los padres tuvieron una educación represiva y autoritaria, en donde no recibieron información y se les enseñó que el sexo era algo impuro e indecente y que su único propósito era la reproducción (Almeida & Centa 2009; Sevilla et al., 2016). Por lo que es importante que los padres reconozcan que su manera de concebir la sexualidad, no es la misma que la de sus hijos; de tal manera que es preciso que se cuestionen sus prejuicios y estereotipos, los cuales construyeron a partir de una educación tradicional (Almeida & Centa 2009).

Las creencias juegan un papel relevante dentro de la comunicación, debido a que en primera instancia, resulta fundamental que los padres acepten la sexualidad de sus hijos, de tal manera que consideren que es importante que reciban educación sexual (Fisher, 1990 como se citó en Fisher & Fisher, 1992). En el caso de los padres de hijos con discapacidad, la idea de que sus hijos no tienen sexualidad,

alimenta la creencia de que no necesitan esta información, haciendo menos probable que hablen con sus hijos, colocándolos en riesgo debido a que no cuentan con las herramientas necesarias para enfrentar situaciones como abusos, embarazos no deseados o ITS.

Expectativas hacia la comunicación

Se ha encontrado que una de las razones principales por las que un padre decide hablar de sexualidad, es debido a que le preocupa que sus hijos se encuentren protegidos de las consecuencias negativas que puede traer una relación sexual (Manu, Mba, Asare, Odoi-Agyarko & Asante, 2015). Sin embargo, es común que los padres sientan miedo de tocar este tema, ya que piensan que si lo hacen, alentarán a sus hijos a tener relaciones sexuales (López, 2002; Amor, 1997 como se citaron en Navarro y Hernández, 2012). En un estudio realizado por Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006), también se encontró que los padres no hablan con sus hijos respecto al uso del condón, debido a piensan que si lo hacen, los predispondrán a que inicien su vida sexual.

Roles de género

Se ha encontrado que la información sobre sexualidad que los padres transmiten a sus hijos, se encuentra cargada de mensajes que hacen referencia a lo que es correcto y lo que no lo es, ya sea de forma implícita o explícita. Dichos mensajes son captados y aprendidos por los hijos (Caricote, 2006; Herrera, 2000). Por lo que desde la infancia, las personas van adoptando ciertas formas de comportamiento que corresponden al género que les es asignado (femenino o masculino). Esto sucede mediante la observación y replicación de las conductas de los adultos (González, 2015).

Las formas de comportamiento de acuerdo al género, definen lo que implica ser hombre o mujer. De esta manera, se establece que las madres son las encargadas del hogar, del cuidado de los hijos, de brindarles e inculcarles amor y

respeto; mientras que los padres se ocupan de proteger y proveer a la familia de bienes materiales para su subsistencia, por lo que es común que el padre otorgue poco tiempo a la educación de sus hijos (Torres, Ortega, Garrido y Reyes, 2008; Caricote, 2008).

Diversas investigaciones que se han realizado sobre educación sexual, reflejan la vigencia del rol femenino, ya que se ha encontrado que son las madres las que más participan en estos estudios (Baku et al., 2017; Barbosa et al., 2008; Bárcena et al., 2013; Castillo, Álvarez, Valle y Hernández, 2015; Cevallos y Jerves 2014; Higareda-Almaraz et al., 2011; Orcasita, Uribe y Valderrama, 2013; Sevilla et al., 2016). La misma tendencia se observa en estudios que se han realizado en población con discapacidad (Bárcena y Romano, 2016; Bárcena y Jenkins, 2018).

Sin embargo es posible ver que algunos estereotipos, actualmente no se encuentran tan arraigados como en épocas anteriores. Por ejemplo, en Latinoamérica la maternidad es un concepto que ha ido cambiando en las últimas décadas, debido a que han incrementado las opciones de las mujeres para desenvolverse en los diferentes escenarios de la vida, como el académico y el laboral. De tal manera que ser madres o esposas, es algo que ha dejado de ser lo único que se espera de las mujeres; por lo que la decisión de la maternidad, actualmente se relaciona más con el nivel de preparación y el desarrollo individual (Montilva, 2008).

En cuanto a la comunicación, se ha encontrado que el género del hijo también juega un papel importante. Seif, Kohi & Moshiro (2017), encontraron que para las madres es más fácil hablar de sexualidad con sus hijas y para los padres es más sencillo hablar del tema sus hijos. En general, se ha observado que existen dos tipos de discursos; uno para los hijos varones y otro para las hijas mujeres. En el caso de las adolescentes, los padres tienden a hablar respecto a la importancia de la abstinencia sexual, se les inculca que deben de tener relaciones sexuales por amor y con una pareja formal. Por otro lado, a los adolescentes varones, no se les

especifica el tipo de vínculo que deben de tener con su compañera sexual y el único requisito para que tengan relaciones sexuales es el uso del preservativo (Jones, 2010).

Componente conductual: Formas de comunicación y comunicación sobre sexualidad

Se ha encontrado que los padres suelen tomar como punto de referencia la manera en la que ellos se comunicaban con sus padres. La mayoría refiere que cuando ellos eran jóvenes, la sexualidad era un tema del que no se hablaba, por lo que les resulta normal que ellos tampoco lo hagan con sus hijos (Observatorio de Salud de las Mujeres, OSM, 2005). Otros consideran relevante hablar del tema hasta el momento en el que sus hijos tienen su primera pareja, ya que es hasta ese momento, que consideran factible que tengan relaciones sexuales (González et al., 2017).

Una de las razones por las cuales los padres no hablan de sexualidad con sus hijos, se debe al miedo y la inseguridad que experimentan cuando no cuentan con las estrategias de comunicación adecuadas (Sevilla y Orcasita, 2014). En el caso particular de los padres de hijos con discapacidad, se requiere de la implementación de habilidades específicas que garanticen una comunicación efectiva (Duret y Escalante, 2000). Por ejemplo, es posible emplear recursos visuales, auditivos o táctiles; es importante que los padres busquen materiales que les resulten útiles, tales como videos, libros o juegos. Respecto a la comunicación verbal, es importante utilizar frases cortas y simples; también se puede implementar juego de roles (Murphy & Elias, 2006).

Aunado a lo anterior, con la llegada de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), las personas con cualquier tipo de discapacidad pueden beneficiarse, por ejemplo es posible acceder a programas que proporcionan la información de forma auditiva, visual y también se pueden utilizar comandos de reconocimiento de voz para el manejo de los dispositivos (García y Rodríguez-

Porrero, 2000). En el caso de las personas con discapacidad auditiva, el lenguaje de señas es un recurso fundamental para la comunicación, se ha encontrado que su origen, coincide con el de los lenguajes verbales humanos por lo que se ha reconocido como una lengua más (Wilcox, 2000 como se citó en Becerra, 2008).

Por otro lado, los padres que reportan hablar de sexualidad con sus hijos tienden a omitir ciertos temas y a priorizar otros. Manu et al. (2015), realizaron una investigación en padres de hijos sin discapacidad de entre 10-24 años; se encontró que los temas más conversados son la abstinencia (siendo este el tema más hablado), las consecuencias de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, la menstruación, el VIH y las ITS, la pubertad y el desarrollo. Los temas de los que menos hablaron fueron sobre métodos anticonceptivos, el uso del condón, las relaciones sexuales, la masturbación y el embarazo.

CONCLUSIONES

A partir del modelo IMB, es posible identificar las variables que hacen más probable la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos. En cuanto al primer componente referente a la información, es posible ver que la mayoría de la literatura apunta a que los padres presentan pocos conocimientos sobre sexualidad, lo que disminuye la posibilidad de que hablen con sus hijos, puesto que no conocen las implicaciones negativas que esto tiene para la salud sexual de sus hijos. Como señala el modelo IMB, a pesar de que la información no es la única variable que incide en que los padres hablen con sus hijos, si se considera como un prerrequisito indispensable.

De tal manera que si los padres tienen una idea poco clara respecto a lo que es la sexualidad, es posible que consideren que no es necesario que su hijo conozca sobre el tema. Aunado a lo anterior, en el caso específico de los padres de hijos con discapacidad, el que no cuenten con la información necesaria se ve reflejado también de manera negativa en el componente motivacional, ya a que resulta más

probable que asuman como realidad los mitos y creencias en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad.

Lo anterior es relevante debido a que es fundamental que los padres cuenten con creencias y expectativas positivas para que consideren hablar con su hijo sobre sexualidad. Además, si un padre apoya y supervisa las actividades de su hijo, promueve su autonomía y el desarrollo de habilidades sociales, lo cual también es un punto importante para las personas con discapacidad. Asimismo, es posible ver que los roles de género influyen en el discurso y en la manera en que los padres abordan el tema de sexualidad con sus hijos.

En cuanto a las habilidades conductuales, es importante que los padres de hijos con discapacidad, cuenten con estrategias que garanticen una comunicación efectiva, enfocándose en las habilidades y en las áreas de oportunidad de sus hijos.

SEGUNDA PARTE:

Investigación Empírica

CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones en población sin discapacidad, han encontrado que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, reduce conductas sexuales de riesgo (Bárcena et al., 2013; Benavides, 2003; Castillo y Natividad, 2013; González et al., 2017; López, 2016; Manu et al., 2015; Seif et al., 2017; Ramírez et al., 2006; Salazar-Garana et al., 2007). Algunos estudios realizados en población con discapacidad, señalan que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, también funge como un factor protector de la salud sexual (Guevara et al., 2016; Navarro y Hernández, 2012; Ortiz, 2011).

Como se señaló en el capítulo tres de la presente investigación, las variables que se han asociado con dicha comunicación en población sin discapacidad son los conocimientos y las creencias sobre sexualidad, la supervisión y el apoyo parental, los roles de género y las expectativas hacia la comunicación. En padres de hijos con discapacidad, estas variables han sido poco estudiadas; no obstante, se esperaría que jugaran un papel importante dentro de la comunicación. Sin embargo, es probable que las creencias y las expectativas de estos padres, respecto a la sexualidad de sus hijos, se vean particularmente influenciadas por los mitos que se tienen en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad. De ahí la necesidad de realizar investigaciones que contemplen dichas variables en esta población.

Las personas con discapacidad se enfrentan a problemas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, dentro de los cuales se encuentra el derecho a recibir información sobre temas relacionados con la sexualidad. Como ya se ha mencionado, conocer las variables que inciden en la comunicación entre padres e hijos, se asocia a un comportamiento sexual seguro en los hijos. De manera que, si se obtiene información sobre dichas variables en padres de hijos con

discapacidad, se podrán diseñar programas de intervención orientados a la promoción de la comunicación sexual en esta población.

Por lo que se esperaría que esto tuviera un impacto en la salud sexual de los jóvenes con discapacidad. Lo anterior es importante debido a que como señala la OMS (2017a), las personas con discapacidad son las que más demandan los servicios de salud, incluso más que las personas sin discapacidad; sin embargo, también es uno de los sectores de la población que tienen más necesidades insatisfechas dentro de esta esfera. Por lo que la mayoría nunca ha recibido información sobre educación sexual y reproductiva, por parte de las instituciones de salud.

Asimismo, de acuerdo con el INEGI (2016), el 6% de la población en México presenta algún tipo de discapacidad (es decir, 7.1 millones de personas) de los cuales, el 79.8% de las mujeres de entre 15 a 19 años, nunca ha utilizado algún método anticonceptivo; este dato es similar en el grupo de 20 a 24 años, de tal manera que, entre más va aumentando el rango de edad, el porcentaje de mujeres que no ha utilizado un método anticonceptivo va disminuyendo. También se reportó que la mayoría de las mujeres con discapacidad se han embarazado al menos una vez en su vida, teniendo en promedio 2.1 hijos. Por ello resulta fundamental conocer las variables que inciden en que los padres de hijos con discapacidad hablen sobre sexualidad, ya que esto permitirá identificar las necesidades específicas de esta población, en materia de educación sexual.

Pregunta de investigación

Por tal motivo, la pregunta de investigación estuvo orientada a identificar ¿Cuáles son los conocimientos y creencias sobre sexualidad, la supervisión y apoyo parental, los roles de género, las expectativas, la comunicación sobre sexualidad, así como la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan los padres de hijos con discapacidad?

Objetivo general

Identificar los conocimientos y creencias sobre sexualidad, la supervisión y apoyo parental, los roles de género, las expectativas, la comunicación sobre sexualidad, así como la forma en que se comunican y los temas de sexualidad que abordan los padres de hijos con discapacidad.

Objetivos específicos:

Los objetivos específicos estuvieron orientados a:

1. Describir las características sociodemográficas de los padres (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, religión y nivel socioeconómico).
2. Conocer las características que tienen los hijos de los padres encuestados (sexo, edad, nivel escolar, origen y tipo de la discapacidad, así como las habilidades que poseen).
3. Identificar los conocimientos sobre sexualidad que poseen los padres.
4. Conocer la supervisión parental que establecen los padres con sus hijos.
5. Conocer el apoyo parental que implementan los padres con sus hijos.
6. Identificar las creencias de los padres respecto a la sexualidad de sus hijos.
7. Identificar las expectativas que poseen los padres respecto a la comunicación con sus hijos sobre sexualidad.
8. Conocer los roles de género que poseen los participantes.
9. Identificar la forma en que los padres se comunican con sus hijos y conocer los temas sobre sexualidad que han hablado con ellos.

CAPÍTULO 5. MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 172 padres de familia. El criterio de inclusión consistió en ser padres de hijos adolescentes y/o jóvenes (entre 12-29 años de edad), con algún tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz o múltiple). Más de la mitad de los participantes fueron mujeres, cuya edad se ubicó entre los 27 y 69 años (M=45, DE=8). Respecto al nivel educativo, la mayoría contaba con educación básica y educación media. Una gran proporción de los padres reportó ser casado y practicar la religión católica. Asimismo, la gran mayoría dijo tener un ingreso económico mensual familiar menor a 6,799 pesos, la mitad informó dedicarse al hogar y el resto tener un empleo remunerado. La mayoría manifestó tener más de un hijo (Ver Tabla 2).

Tabla 2

Características sociodemográficas de los padres

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	139	81.3
Masculino	32	18.7
Edad		
Menores de 39 años	43	25
De 40 a 50 años	82	47.7
Mayores de 51	47	27.3
Escolaridad		
Sin estudios	10	4.7
Educación Básica	75	43.6
Educación Media	48	28.7
Educación Superior	39	23
Estado civil		
Soltero	31	18.2
Casado	92	54.1
Unión libre	26	15.3
Divorciado	17	10
Viudo	4	2.4

Variable	N	%
Ocupación		
Hogar	85	50
Empleo	85	50
Religión		
Católica	142	86.6
Cristiano	15	9.1
Otras	7	4.3
Ingreso mensual		
De 0 a 2,699 pesos	44	26.2
De 2,700 a 6,799 pesos	78	46.5
De 6,800 a 11,599 pesos	24	14.3
De 11,600 a 34,999 pesos	19	11.3
De 35,000 a 84,999 pesos	3	1.8
Número de hijos		
Un hijo	42	24.4
Dos hijos	62	36
Tres hijos	39	22.7
Más de cuatro hijos	29	16.9

En la Tabla 3 se muestran las características de los jóvenes, cuyos padres participaron en esta investigación. Más de la mitad eran varones y en su mayoría adolescentes entre 12 y 18 años, que cursaban la secundaria. La discapacidad más frecuente fue de tipo intelectual, de origen congénito. En el caso de quienes adquirieron la discapacidad después del nacimiento, la edad más frecuente se ubicó antes del año de edad.

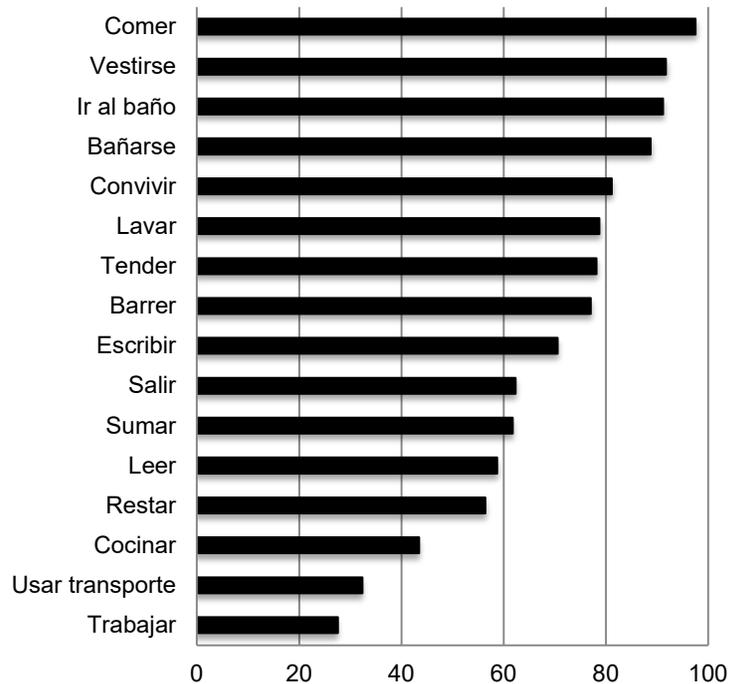
Tabla 3

Características sociodemográficas de los hijos

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	65	38
Masculino	106	62
Edad		
De 12 a 18 años	110	64
De 19 a 29 años	62	36

Variable	N	%
Escolaridad		
Sin estudios	16	9.7
Primaria	29	17.6
Secundaria	82	49.7
Carrera técnica	2	1.2
Preparatoria	32	18.6
Universidad	3	1.8
Tipo de discapacidad		
Intelectual	80	46.5
Auditiva	53	30.8
Visual	3	1.8
Motriz	27	15.7
Múltiple	9	5.2
Origen de la discapacidad		
Congénita	125	74.4
Adquirida	43	25.6
Edad de adquisición de la discapacidad		
Antes del año	12	28.6
De 1 a 2 años	11	26.2
De 3 a 4 años	8	19.0
De 5 a 6 años	2	4.8
Después de los 6 años	9	21.4

Respecto a las habilidades de los hijos (Figura 2), es posible observar que la mayoría realizan actividades que se relacionan con el autocuidado (comer, vestirse, ir al baño y bañarse), un menor porcentaje ha desarrollado habilidades académicas (sumar, restar, leer y escribir) y muy pocos poseen habilidades que promueven su autonomía (salir solos de su casa, cocinar, usar transporte y trabajar).

Figura 2. Habilidades de los hijos

Variables e instrumentos

Se diseñaron y validaron los instrumentos de evaluación que a continuación se presentan (Ver Apéndice 1). Dicho propósito comprendió el siguiente procedimiento: en primer lugar se llevó a cabo la aplicación de una entrevista a padres de hijos con discapacidad, con base en sus respuestas y la revisión de la literatura se diseñaron una serie de reactivos que conformaron cada uno de los instrumentos que miden las variables de este estudio, posteriormente se entregó a cinco especialistas del tema, el cuestionario para obtener con ello la validez de facia, una vez hechos los ajustes pertinentes, se procedió a la aplicación del instrumento para obtener indicadores estadísticos de validez de constructo y consistencia interna. Se diseñó una serie de reactivos para obtener información de los padres respecto a las siguientes variables:

- a) Características de los padres: Las respuestas brindadas por los participantes se categorizaron de la siguiente manera: sexo (hombre o

mujer); edad (menos de 39 años, de 40 a 50 años, más de 51 años); escolaridad (educación básica, educación media y educación superior); estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo, otro); ocupación (hogar, empleo); religión (católico, cristiano, ateo, otra); ingreso mensual (0 a 2699 pesos, 2700 a 6799, 6800 a 11599, 1600 a 34999, 35000 a 84999, y más de 85000) y número de hijos (un hijo, dos, tres, cuatro o más).

- b) Características de sus hijos: Se preguntó por el sexo (hombre o mujer); edad (de 12 a 18 años, de 19 a 29 años); escolaridad (sin estudios, oficio, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, universidad, posgrado); tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz y/o múltiple); origen de la discapacidad (congénita o adquirida), y edad en que se adquirió (antes del año, de 1 a 2 años, de 3 a 4, de 5 a 6, después de los 6 años). Se incluyó una lista de cotejo que contenía 16 habilidades conductuales para que los padres ubicaran aquellas que sus hijos ya habían desarrollado: vestirse, bañarse, comer, ir al baño, cocinar, convivir con otras personas, leer, escribir, sumar, restar, barrer, lavar trastes, tender la cama, salir cerca, usar transporte, trabajar.
- c) Conocimientos sobre sexualidad: El instrumento consistió en 10 reactivos con tres opciones de respuesta (una respuesta correcta y dos alternativas), los participantes debían elegir entre ellas la respuesta correcta (ej. La sexualidad en jóvenes con discapacidad: a) Se desarrolla normalmente, b) Se desarrolla más tarde de lo normal y c) No se desarrolla). Los reactivos que conformaron dicha prueba tuvieron poder de discriminación y el índice de dificultad fue de 0.26. El índice de dificultad nos indica que tan difícil es la prueba; entre más cercano se encuentre su valor a 1, indica mayor dificultad. Dicho índice se obtuvo de la siguiente manera: se dividió el número de participantes que respondieron de forma incorrecta a cada reactivo, entre el número total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente (Crocker & Algina, 1986). Después de obtener el índice de

- dificultad de cada reactivo, se sumaron y el resultado se dividió entre 10, que fue el número total de reactivos componen la prueba de conocimientos.
- d) Supervisión parental: La medición de la supervisión parental se llevó a cabo mediante cinco reactivos medidos en escala Likert con valores de 1 (Nunca) a 4 (Siempre), (ej. Permito que mi hijo (a) salga de casa solo), ($\alpha=0.75$).
 - e) Apoyo parental: El apoyo parental se midió a través de cinco reactivos, empleando los mismos valores de la escala de supervisión parental, (ej. Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas), ($\alpha=0.77$).
 - f) Creencias sobre sexualidad: Se utilizó una escala de 13 reactivos, de los cuales ocho correspondían a creencias negativas (ej. Mi hijo (a) no necesita educación sexual) y cinco a creencias positivas (ej. Es natural que mi hijo (a) se masturbe), cuya opción de respuesta fue una escala Likert con valores de 1 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo), ($\alpha=0.83$).
 - g) Expectativas: Para medir dicha variable se emplearon siete reactivos, cuatro de ellos correspondían a expectativas positivas (ej. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá) y tres a expectativas negativas (ej. Hablar con mi hijo sobre temas de sexualidad lo incitará a tener relaciones sexuales), la opción de respuesta fue en escala Likert, utilizando los mismos valores referidos anteriormente, ($\alpha=0.81$).
 - h) Roles de género: Esta variable se midió a través de seis reactivos, tres de ellos orientados a roles femeninos (ej. La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos) y tres a roles masculinos (ej. Un hombre es menos sensible que una mujer), los cuales se midieron a través de la escala Likert con los mismos valores referidos anteriormente (ej. La mujer es la principal responsable de los hijos), ($\alpha=0.87$).
 - i) Formas de comunicación y comunicación sobre sexualidad: Se incluyó una pregunta sobre la forma en que los padres se comunican con sus hijos, con las siguientes opciones de respuesta: a) De manera verbal, podemos mantener una conversación; b) Principalmente con frases cortas, tiene un lenguaje limitado; c) Con gestos, no habla; d) Con Lengua de Señas

Mexicana, y d) Otra, ¿Cuál? También se les preguntó a los padres si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre 16 temas referentes a sexualidad (ej. Cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón), ($\alpha=0.89$). Cada pregunta se contestaba *sí* o *no*.

Procedimiento

El proyecto de investigación se presentó en la universidad de adscripción de los investigadores y se obtuvo el aval de la Comisión de Ética de la Facultad. Se visitaron instituciones educativas y asociaciones civiles que brindan atención a personas con discapacidad y se realizó un convenio con los directores de doce instituciones que aceptaron participar. En cada institución, se convocó a los padres a una reunión cuya finalidad fue la aplicación de los instrumentos de evaluación. En todos los casos, un investigador explicó a los padres las instrucciones y el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas.

Análisis de datos

Se empleó el programa SPSS versión 20 y se hizo uso de la estadística descriptiva para obtener información sobre las características de la muestra; para conocer el nivel de todos los participantes en cada una de las variables analizadas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados de esta investigación, se presentan medidas de tendencia central y dispersión de las variables: conocimientos sobre sexualidad, supervisión parental, apoyo parental, creencias sobre sexualidad, expectativas hacia la comunicación, roles de género, formas de comunicación y por último, se presenta una gráfica de frecuencias acerca de los temas sobre sexualidad, que los padres han hablado con sus hijos.

Conocimientos sobre sexualidad

En la Tabla 4 se observa el porcentaje de Respuestas Correctas (RC) que obtuvieron los participantes, en cada uno de los reactivos empleados para medir los conocimientos sobre sexualidad. Es posible ver que la mayoría de los padres respondió de manera correcta a siete de los diez reactivos que componen la escala, cabe señalar que el nivel de dificultad de la prueba era muy bajo (.26), por lo cual, se esperaba ese resultado. Un gran porcentaje de los padres identifican las características que se presentan en la adolescencia, saben cómo prevenir una ITS, conocen el nombre de los órganos sexuales masculinos, comprenden qué es el abuso sexual, en qué consiste una relación coital y para qué sirven los métodos anticonceptivos.

En contraste, el 36.1% de los participantes desconoce que la sexualidad de los jóvenes con discapacidad se desarrolla de manera normal. Además, se encontró que la mayoría de los padres no saben que la gonorrea se adquiere por una bacteria, siendo el reactivo con el menor porcentaje de respuestas correctas y en cuanto al reactivo sobre la forma de transmisión de VIH, los padres también desconocen la transmisión vertical de dicha enfermedad.

Tabla 4

Conocimientos sobre sexualidad

Reactivo	RC
1. ¿Cuál es la función de los métodos anticonceptivos?	85.2
2. Es la etapa en la que los hombres presentan cambios de voz y eyaculación, y las mujeres menstruación y ensanchamiento de caderas	97.7
3. La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual adquirida por	35
4. Las formas de transmisión del VIH son por el uso compartido de agujas y jeringas infectadas, por vía sexual, sanguínea y...	59
5. ¿Qué término describe cuando ciertas características de otra persona se vuelven fascinantes, despertando admiración y deseo?	77.1
6. Es cualquier actividad en la que un niño es utilizado por adultos para obtener cualquier tipo de placer sexual	92.4
7. Es el término que se da a la penetración del pene en la vagina	89.9
8. Forman parte de los órganos sexuales masculinos	92.9
9. La sexualidad en jóvenes con discapacidad...	63.9
10. Una ITS puede evitarse...	94.7

Supervisión parental

En la Tabla 5 se presentan los resultados correspondientes a los reactivos empleados para medir la supervisión parental. Es posible apreciar que la mayoría de los participantes supervisa las actividades de sus hijos y la actividad que menos les permiten hacer es salir solos de su casa.

Tabla 5

Supervisión parental

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
1. Permito que mi hijo (a) salga de casa solo	172	1	4	1.97	.885
2. Permito que mi hijo (a) tenga amigos	171	1	4	2.98	.914
3. Superviso las actividades que hace mi hijo (a)	170	1	4	3.21	.687
4. Protejo a mi hijo (a) porque es más débil que los demás	170	1	4	2.48	.885

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
5. Evito que mi hijo conviva con otras personas por temor a que lo lastimen	171	1	4	2.06	.841

Apoyo parental

En la Tabla 6 se muestran los resultados obtenidos en la escala de apoyo parental. Es posible observar que el reactivo con la puntuación más alta, fue el que hace referencia a que cuando sus hijos no saben cómo hacer algo, la mayoría de los padres les explican; sin embargo es poco frecuente que asistan a cursos que les ayuden a favorecer el desarrollo de sus hijos.

Tabla 6

Apoyo parental

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
1. Permito que mi hijo (a) haga cosas solo (a)	172	1	4	2.95	.756
2. Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas	172	1	4	2.99	.914
3. Cuando mi hijo (a) no sabe cómo hacer algo, le explico cómo hacerlo	172	1	4	3.39	.713
4. Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo (a)	172	1	4	3.04	.894
5. Asisto a cursos que me permitan ayudar a mi hijo (a)	172	1	4	2.56	.899

Creencias sobre sexualidad

En la Tabla 7 se presentan los resultados obtenidos en la escala de creencias sobre sexualidad. Es posible apreciar que las creencias de los padres se contraponen ya que, la mayoría manifestó estar de acuerdo tanto con las creencias positivas, como con las creencias negativas. Por un lado, los participantes reconocieron que sus hijos tienen necesidades afectivas y sexuales, aceptando que las personas con discapacidad también son deseadas sexualmente; sin embargo, coexisten las creencias respecto a que su hijo tiene

cosas más importantes en que pensar que en el sexo y que tiene menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad.

En cuanto a la posibilidad de que sus hijos ejerzan su maternidad o paternidad, la mayoría se mostró en desacuerdo porque creen que la discapacidad de sus hijos puede ser heredada y coinciden en que es preferible operar a su hijo para evitar que tenga un bebé.

Tabla 7

Creencias sobre sexualidad

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Creencias positivas</i>					
1. Es preferible que mi hijo (a) tenga novio (a)	169	1	4	2.73	.744
2. Es natural que mi hijo (a) se masturbe	166	1	4	2.90	.749
3. Mi hijo (a) es capaz de tener relaciones sexuales a pesar de su discapacidad	168	1	4	2.90	.783
4. Las personas con discapacidad también son deseadas sexualmente	170	1	4	2.99	.692
5. Mi hijo (a) necesita el cariño de un novio (a) además del de su familia	169	1	4	2.66	.778
<i>Creencias negativas</i>					
6. Mi hijo (a) tiene menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad	169	1	4	2.30	.844
7. Es preferible que mi hijo (a) NO tenga hijos porque pueden heredar su discapacidad	169	1	4	2.28	.970
8. Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo	169	1	4	2.72	.788
9. Mi hijo (a) NO necesita educación sexual	171	1	4	1.97	.910
10. Una persona "normal" no se fijará en mi hijo por su discapacidad	168	1	4	2.11	.815
11. Es preferible operar a mi hijo (a) para evitar que tenga un bebé	169	1	4	2.02	.913
12. Mi hijo (a) es demasiado inocente para tener novio (a)	170	1	4	2.34	.835

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
13. Las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente	172	1	4	1.76	.754

Expectativas hacia la comunicación

En la Tabla 8 se presentan los resultados obtenidos en la escala de expectativas hacia la comunicación. Si bien la mayoría de los participantes se mostraron de acuerdo en que si hablan de sexualidad con sus hijos, esto trae beneficios como el evitar que su hijo sufra un abuso sexual, un embarazo no deseado, que se contagie de SIDA o de alguna ITS; también creen que pueden incitarlos a tener relaciones sexuales.

Tabla 8

Expectativas hacia la comunicación

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Expectativas positivas</i>					
1. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá	170	1	4	2.81	.740
2. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado	170	1	4	3.02	.734
3. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual	172	1	4	3.01	.787
4. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual	169	1	4	3.05	.804
<i>Expectativas negativas</i>					
5. Hablar con mi hijo sobre temas de sexualidad lo incitará a tener relaciones sexuales	172	1	4	2.08	.635

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
6. Si hablo con mi hijo sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado	171	1	4	2.15	.744
7. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad él (ella) NO me respetará	172	1	4	1.84	.628

Roles de género

En la Tabla 9 se muestran los resultados correspondientes a la escala empleada para conocer la opinión de los participantes, acerca de los roles de género. En cuanto a los roles femeninos, es posible ver que la mayoría considera que la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad. Respecto a los roles masculinos, la mayoría de los participantes se mostró de acuerdo con que el hombre es menos sensible que una mujer y que es el principal responsable de trabajar y mantener a la familia.

Tabla 9

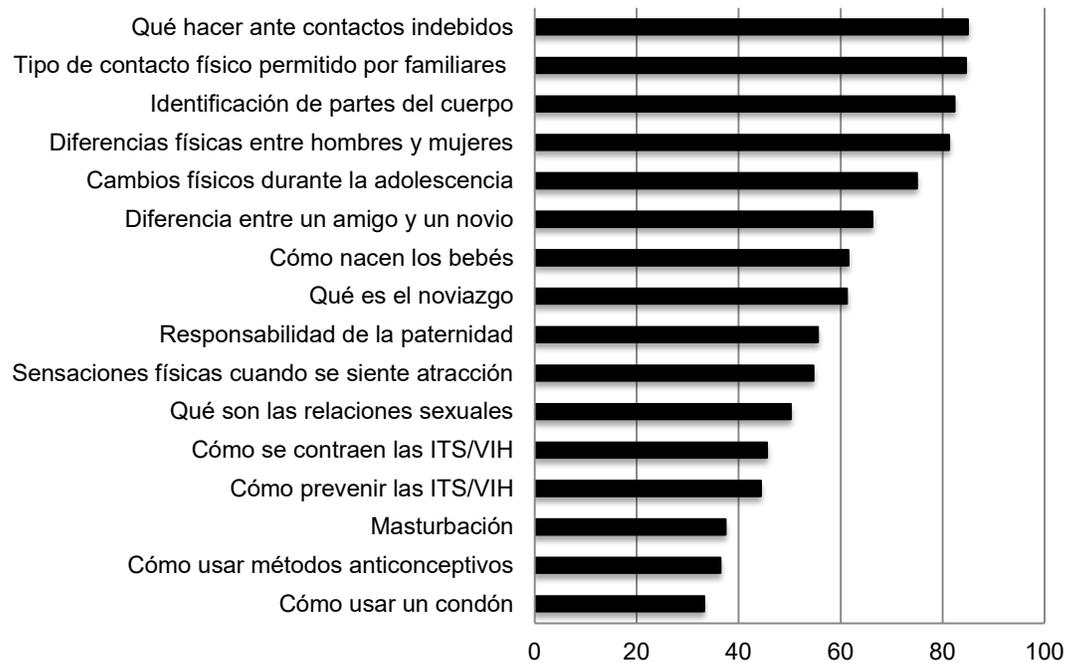
Roles de género

Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
<i>Roles femeninos</i>					
1. La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos	172	1	4	2.02	.868
2. La mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad	172	1	4	2.23	.879
3. Una mujer se realiza hasta que se convierte en madre	172	1	4	1.92	.760
<i>Roles masculinos</i>					
4. El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia	170	1	4	2.16	.895
5. Un hombre es menos sensible que una mujer	171	1	4	2.29	.831
6. Una familia funciona mejor si el hombre establece las reglas	171	1	4	1.94	.753

Formas de comunicación y comunicación sobre sexualidad

Con el objetivo de conocer la forma mediante la cual los padres se comunican con sus hijos, se llevó a cabo un análisis de frecuencias. Los resultados muestran que la mayoría (46.2%) se comunican de manera verbal, el 26% principalmente utilizan frases cortas y gestos, ya que sus hijos tienen un lenguaje limitado, el 21.3%, utilizan Lengua de Señas Mexicana (LSM) y el 6.5% se comunican mediante gestos debido a que su hijo no habla.

Respecto a los temas sobre sexualidad que más hablan los padres con sus hijos (Ver Figura 3), se encuentran los que hacen referencia cómo a evitar un abuso sexual (qué hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores y la identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo), un menor porcentaje habla sobre temas referentes a las relaciones afectivas (las diferencias entre un amigo y un novio, qué es el noviazgo y las sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien) y menos aún hablan sobre temas relacionados con cómo protegerse si se tienen relaciones sexuales y el placer (cómo usar un condón, cómo usar métodos anticonceptivos y la masturbación).

Figura 3. Temas sobre sexualidad

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, cabe señalar que pese a que se buscó tener una muestra representativa, esto no fue posible debido a que en este estudio participaron principalmente mujeres. Diversas investigaciones que abordan el tema de la sexualidad, en población sin discapacidad, han coincidido en que quienes más participan en los estudios son las madres (Baku et al., 2017; Barbosa et al., 2008; Bárcena et al., 2013; Castillo et al., 2015; Cevallos y Jerves 2014; Higareda-Almaraz et al., 2011; Orcasita et al., 2013; Sevilla et al., 2016). En población con discapacidad se observa la misma tendencia (Bárcena y Romano, 2016; Bárcena y Jenkins, 2018). Al parecer existe una renuencia por parte de los padres varones a participar, sin importar la condición de discapacidad o no discapacidad en sus hijos.

Asimismo, la muestra estuvo conformada principalmente por personas con un nivel educativo y económico bajo, sólo un 1.8% reportó un ingreso superior a 35,000 pesos mensuales, esto puede ser un reflejo de las condiciones en las que viven la mayor parte de la población mexicana. De acuerdo con datos del INEGI (2015b), del total de personas que tienen un empleo remunerado, el 68% (33.8 millones de personas), son trabajadores subordinados, es decir que rinden cuentas a un jefe superior; de los cuales el 64.1% gana de uno a tres salarios mínimos (alrededor de 2,640 a 7,920 pesos mensuales).

Respecto a las características de los hijos cuyos padres participaron en este estudio, hubiera sido deseable que estuvieran representados los diferentes tipos de discapacidad, sin embargo solamente un pequeño porcentaje de los hijos presentó discapacidad visual. Esto coincide con lo reportado por Guevara et al. (2016), quienes también hallaron dificultades para conformar su muestra; encontrando problemas para acceder a las instituciones y la negativa de los padres a que sus hijos participaran en el estudio. Tal como señalan estos autores, esto podría ser un indicativo de las barreras sociales y educativas que viven las

personas con discapacidad visual en México.

En cuanto a las habilidades de los hijos, es posible ver que la mayoría realizan actividades que se relacionan con el autocuidado (tales como comer, vestirse, ir al baño y bañarse), un menor porcentaje ha desarrollado habilidades académicas (como sumar, restar, leer y escribir) y muy pocos poseen habilidades que promueven su autonomía e independencia (como salir solos de su casa, cocinar, usar transporte y trabajar).

Como menciona Cruz-Vadillo (2017), el entorno social de las personas con discapacidad puede facilitar o impedir su desarrollo. Sin embargo el constructo social de la palabra discapacidad, está cargado de estereotipos (Acosta et al., 2015). Por lo que se ha sostenido la creencia de que las personas con discapacidad son incapaces de convivir en sociedad (CONAPRED, 2012). De manera que si los padres creen que sus hijos no son capaces de aprender habilidades que promuevan su autonomía e independencia, es posible que suceda lo que se denomina como profecía auto cumplida, en donde la creencia falsa se convierte en realidad, debido a que las personas comienzan a actuar acorde a dicha creencia (Deaux & Mayor, 1987 como se citaron en Cala y Barbera, 2009).

En cuanto a los conocimientos sobre sexualidad, los padres obtuvieron un alto porcentaje de respuestas correctas en siete de los diez reactivos. Sin embargo, la prueba estaba compuesta por preguntas muy generales sobre sexualidad, por lo que resultó muy fácil para los participantes, quienes presentaron el menor porcentaje de respuestas correctas en los reactivos sobre conocimientos más específicos. El tópico del que más mostraron conocer los padres, fue el referente a los cambios físicos en la adolescencia. Este dato coincide con Baku et al. (2017), quienes también reportaron que el tema del que más conocían los padres de hijos sin discapacidad, fue el referente al desarrollo biológico en la adolescencia. Es probable que este sea el tema del que más conozcan los participantes, debido a

su propia experiencia o por la observación de otras personas cercanas a ellos, que estén pasando por esta etapa del desarrollo (Bárcena y Romano, 2016).

En la presente investigación, también fue posible observar que la mayoría de los padres saben cómo prevenir una ITS, el nombre de los órganos sexuales masculinos, qué es un abuso sexual, en qué consiste una relación coital, la función de los métodos anticonceptivos y qué es la atracción sexual. Estos datos coinciden con los reportados por Bárcena y Romano (2016), quienes encontraron que padres de hijos con discapacidad mostraron tener más conocimientos sobre estos mismos temas.

A pesar de que poco más de la mitad de los padres sabe que la maduración sexual de su hijo es como la de cualquier otra persona, un dato interesante es que el 36.1% contestó que el desarrollo no se presenta de manera normal en su hijo. Esto es relevante debido a que resulta fundamental que los padres conozcan que sus hijos son seres sexuados, que tienen un desarrollo sexual igual o similar al de cualquier persona sin discapacidad, ya que de esta manera toman consciencia la importancia de la educación sexual (Fisher, 1990 como se citó en Fisher & Fisher, 1992).

Por otro lado, también se encontró que los padres no conocen que una forma de transmisión del VIH es a través de la madre al bebé y que el agente de transmisión de la gonorrea es una bacteria; dicha información implica conocimientos más específicos sobre la sexualidad. Lo anterior coincide con Bárcena et al. (2013), quienes reportaron que padres de hijos sin discapacidad, mostraron pocos conocimientos respecto a las ITS y el VIH/SIDA.

Un punto que podría explicar por qué los padres cuentan únicamente con conocimientos generales, es el que señalan González et al. (2017), respecto a que los mismos padres reconocen que les falta información ya que ellos no recibieron educación sexual cuando eran adolescentes. Por lo que como refieren Sevilla et al. (2016), algunas madres han adquirido información a través de las escuelas de

sus hijos o en instituciones de salud. Sin embargo, dicha información en la mayoría de los casos resulta ser insuficiente, ya que existen lagunas de conocimiento y los padres no tienen una idea clara de cómo brindar educación sexual a sus hijos.

Resulta claro entonces que si bien, los padres tienen ciertos conocimientos sobre el tema, estos no son suficientes para que hablen con sus hijos de forma adecuada. Además, el que no cuenten con la información necesaria resulta peligroso debido a que quedan expuestos a asumir como realidad los mitos y creencias entorno a la sexualidad y a la discapacidad.

Otra posible explicación sobre la falta de conocimientos, es el bajo nivel educativo, lo que también podría suponer dificultades para acceder a información más específica sobre sexualidad. Se ha encontrado que los padres con un nivel de escolaridad bajo, tienen pocos conocimientos respecto al tema, lo que dificulta el acceso a la información (Barbosa et al., 2008).

En cuanto a la supervisión parental, la mayoría de los padres reportó que protegen a sus hijos porque consideran que son más débiles que los demás, la actividad que menos les permiten realizar es salir solos de casa y aunque los dejan tener amigos, también los alejan de las personas por miedo a que los lastimen. A pesar de que la mayoría de los participantes supervisa las actividades de su hijo, este constructo no solo hace referencia a que los padres vigilen y ofrezcan ayuda a sus hijos (Cookston, 1999 como se citaron en Sánchez y Robles, 2014). Sino que además, se les debe brindar la oportunidad de tomar sus propias decisiones (Jaramillo et al., 2014). Por lo que es importante analizar hasta qué punto los participantes de la presente investigación, supervisan a sus hijos sin llegar a la sobreprotección. Se ha encontrado que los padres de hijos con discapacidad tienden a ser sobreprotectores. Esta situación, se ve aún más marcada en la etapa de la adolescencia, debido a que los padres no escuchan sus opiniones, ni sus

deseos; lo cual limita su vida tanto a nivel personal, como social (López, 2002 como se citó en Caricote, 2012).

Respecto al apoyo parental, es posible ver que los padres ejercen un tipo de apoyo positivo. Esto quiere decir que cuando sus hijos no saben cómo hacer algo, la mayoría de los padres les explican, buscan actividades que fomenten su desarrollo, los apoyan con sus tareas y permiten que hagan cosas solos. En un estudio realizado por Björnsdóttir et al. (2017), se encontró que las personas con discapacidad intelectual no se perciben como seres autónomos, puesto que no se les brinda la oportunidad de tomar decisiones sencillas como por ejemplo, elegir la hora de comer o dormir. Es importante que los padres brinden apoyo a sus hijos, debido a que esto promueve la autonomía (Jaramillo et al., 2014); lo cual resulta de suma importancia en población con discapacidad.

Por otra parte el reactivo con la puntuación más baja, hace referencia a si los padres asisten a cursos para favorecer el desarrollo de sus hijos. Es probable que esto se deba a que sean pocos los espacios que puedan darse para asistir a estos talleres, debido al tiempo que les demanda el cuidado de sus hijos. No obstante, esto también puede deberse a la poca oferta de cursos que existen en el país para personas con discapacidad (Amigón y Ocegueda, 2011; Rodríguez et al., 2015).

En cuanto a las creencias sobre sexualidad, es posible apreciar que coexisten pensamientos contradictorios en la mayoría de los padres. Ya que a pesar de que reconocen que sus hijos presentan necesidades afectivas y que a su vez, ellos son deseados sexualmente; también consideran que sus hijos son demasiado inocentes para tener una pareja y que se interesan menos sobre sexualidad que las personas sin discapacidad. Es probable que las creencias negativas en torno a la sexualidad de sus hijos, se vean reforzadas en los padres, debido a los mitos que se tienen en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad. A quienes se les han atribuido características infantiles, sin importar su edad, por lo que se piensa que son “asexuales” (Caricote, 2012). Sin embargo, es posible ver

que estos mitos o creencias falsas sobrepasan la realidad y los padres encuentran que su hijo, al igual que cualquier otro joven de su edad, presenta cambios físicos propios de la adolescencia.

Respecto a la posibilidad de que sus hijos ejerzan su maternidad o paternidad, la mayoría se mostraron en desacuerdo debido a que creen que la discapacidad va a ser heredada. Empero, también se ha encontrado que los padres consideran que su hijo no cuenta con las habilidades necesarias para hacerse cargo de un bebé (Inadi, 2016). Asimismo, los padres estuvieron de acuerdo con la idea de que es conveniente esterilizar a su hijo. Esto coincide con lo que refiere la literatura respecto a que en la mayoría de los casos, son los propios familiares de la personas con discapacidad o profesionales de salud, los que buscan y recomiendan la esterilización forzada (Rodríguez et al., 2015). A pesar de ser una práctica que viola sus derechos (Serra, 2015).

En cuanto a las expectativas hacia la comunicación, los padres consideran que hablar de sexualidad con sus hijos trae consecuencias positivas tales como evitar un abuso sexual, un embarazo no deseado, prevenir ITS o VIH/SIDA y además consideran que sus hijos son capaces de entenderles. Este dato es favorable ya que si los padres se encuentran seguros de que con esta medida, podrán prevenir las consecuencias negativas de una relación sexual, es más probable que hablen con sus hijos (Manu et al., 2015).

Sin embargo, los participantes también se mostraron de acuerdo con la idea de que al hablar de sexualidad podrían sentirse apenados y que además podrían incitar a sus hijos a tener relaciones sexuales. Es común que algunos padres tomen como punto de referencia el contexto en el que crecieron y la comunicación que tenían con sus padres. Anteriormente la sexualidad era un tema aún más difícil de hablar en la familia, de lo que es actualmente (OSM, 2005). Los padres que tuvieron una educación represiva y autoritaria, no solo no recibieron información, sino que además se les enseñó que el sexo era algo impuro e

indecente y que su único propósito era la reproducción (Almeida & Centa 2009; Sevilla et al., 2016).

Por otro lado, un punto que coincide con la literatura es que los padres reportan creer que al hablar de sexualidad a sus hijos los incitarán a tener relaciones sexuales (López, 2002; Amor, 1997 como se citaron en Navarro y Hernández, 2012).

En cuanto a la variable de roles de género, los participantes estuvieron de acuerdo en que las mujeres son las más indicadas para cuidar de los hijos y además consideran que es preferible que una mujer cuide a una persona con discapacidad. Como lo indica la literatura, esto podría ser producto de las creencias respecto a los roles de género, la cuales establecen que las madres son las encargadas de la educación de los hijos, limitando el papel del padre (Caricote, 2008). Prueba de esto es que la mayoría de los participantes de este estudio eran mujeres.

Sin embargo, los participantes se mostraron en contra de la idea de que una mujer se realiza hasta que se convierte en madre. Esto puede deberse a que el significado de la maternidad ha ido cambiando a lo largo de los años. Actualmente las mujeres tienen más opciones que solo ser esposas y madres; ahora también pueden participar en el mundo académico y laboral, por lo que la decisión de la maternidad, radica más en cuestiones como el nivel de preparación de la mujer (Montilva, 2008).

Respecto a los roles masculinos, es posible ver que la idea de que el hombre es el encargado de trabajar y mantener a su familia, es aceptada por la mayoría de los participantes. Además de que consideran que el hombre es menos sensible que una mujer. Este pensamiento es congruente con los estereotipos masculinos, los cuales dictan que un hombre no puede mostrar fragilidad o delicadeza ya que es el encargado de proteger a su familia, por lo que necesita ser fuerte y no mostrar sus sentimientos (Torres et al., 2008).

Por otra parte, los participantes no creen que una familia funcione mejor si el hombre establece las reglas. A pesar de que en este estudio la muestra estuvo compuesta por padres de ambos sexos, en su mayoría fueron madres. Por lo que posible sugerir que al ser ellas las encargadas de cuidar a sus hijos y pasar la mayor parte del tiempo con ellos, es probable que se vieran en la necesidad de cumplir este rol.

En cuanto a la forma de comunicación, la mayoría de los participantes mencionaron haber desarrollado una estrategia para hablar con su hijo; ya sea de manera verbal, mediante la implementación de frases cortas y gestos o a través de LSM. Una minoría reportó comunicarse mediante gestos, debido a que su hijo no habla. Al respecto, es importante que los padres encuentren una forma efectiva de comunicación con sus hijos, ya que una de las razones por las que no hablan de sexualidad, es debido a la inseguridad que experimentan cuando no cuentan con las estrategias de comunicación adecuadas (Sevilla y Orcasita, 2014; Duret y Escalante, 2000).

Cabe mencionar que de las 53 personas que refirieron tener hijos con discapacidad auditiva, únicamente 36 de ellos reportaron utilizar el LSM. Respecto a este dato, es importante señalar que la mayoría de las personas con discapacidad auditiva, nacen en hogares de padres oyentes, por lo que algunos han sido oralizados (Paz y Salamanca, 2009). Sin embargo, a pesar de que esto ha permitido que muchos sordos se incorporen a diversos ambientes sociales, en la mayoría de los casos la oralización ocurre sin darle oportunidad a la persona de elegir (Domingo, 1999).

En cuanto al tema central de esta investigación, los tópicos de los que más conversaron los padres con sus hijos fueron los referentes al abuso sexual (es decir que la mayoría de los participantes mencionaron que han hablado al menos una vez, respecto a la identificación y el nombramiento de las partes íntimas del cuerpo, qué hacer en caso de que lo toquen de forma indebida y el tipo de

contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores). Este es un dato favorable ya que se ha encontrado que hay factores de riesgo que hacen más vulnerables a esta población; como el no contar con el lenguaje necesario para comunicar el abuso, que no les crean, el entorno social limitado cuando sus padres los sobreprotegen y la poca información que tienen los hijos, pueden hacer que no reconozcan el abuso (MSPE, 2017).

Otro tema del que los participantes reportaron hablar, fue sobre las diferencias físicas entre hombres y mujeres, y los cambios físicos en la adolescencia. Es probable que la mayoría de los participantes de la presente investigación, hayan identificado dichos cambios en sus hijos, ya que todos se encuentran en la etapa adolescente, por tanto resulta factible que este sea un tema del que los padres se vieron en la necesidad de hablar.

Por otro lado, dentro de los tópicos de los que poco más de la mitad de los padres reportaron haber hablado con sus hijos se encuentran; la diferencia entre un amigo y un novio, como nacen los bebés, que es el noviazgo, sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien, las responsabilidades de la paternidad y qué son las relaciones sexuales. Como mencionan Juárez y Gayet (2005), al ser la sexualidad un tema tabú dentro de la sociedad mexicana, existe una tendencia a enfocarse en el aspecto biológico, de tal manera que los aspectos que se relacionan con el placer y las relaciones afectivas, son temas de los que se habla poco.

En cuanto a los temas de los que menos hablan los padres se encuentran; cómo se contraen y cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA, la masturbación, cómo usar métodos anticonceptivos y cómo usar un condón. Estos datos son similares a los reportados por Manu et al. (2015), quienes realizaron esta investigación en padres de hijos sin discapacidad; ellos encontraron que los temas de los que no hablan son los métodos anticonceptivos, el uso del condón, las relaciones sexuales, la masturbación y el embarazo. Es importante que los padres hablen con sus hijos

de estos temas, debido a que como refieren Rodríguez et al. (2015), en México las personas con discapacidad no tienen acceso a servicios de salud reproductiva, dado que no existe la información con las adaptaciones necesarias, y por lo tanto no reciben información sobre estos temas.

El hecho de que los padres no hablen sobre las ITS y el VIH/SIDA, puede deberse a los pocos conocimientos que mostraron tener respecto a este tema, de manera que desconocen cuáles son los riesgos de no hablarlo con sus hijos.

En relación a los temas de masturbación, el uso de métodos anticonceptivos y el uso del condón, es probable que la mayoría de los padres no hablen sobre estos temas porque creen que incitarán a su hijo a tener relaciones sexuales (López, 2002; Amor, 1997 como se citaron en Navarro y Hernández, 2012; Ramírez et al., 2006).

En suma, los resultados de la presente investigación señalan que los padres de hijos con discapacidad cuentan con pocos conocimientos sobre sexualidad, por lo que la mayoría asumen como verdaderos los mitos y creencias que existen en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, creyendo que son demasiado inocentes. No obstante, a pesar de esto también reconocen que sus hijos presentan necesidades afectivas, sin embargo tienen miedo de hablar sobre sexualidad porque creen que incitarán a sus hijos a tener relaciones sexuales. Aunado a lo anterior, es posible ver que los padres tienden a sobreproteger a sus hijos, limitando su entorno social y a pesar de que los apoyan, pocos asisten a cursos y talleres que les permitan fomentar su desarrollo. Los tópicos sobre sexualidad de los que más hablan tienen que ver con el abuso sexual y el desarrollo biológico, omitiendo temas que se relacionan con la afectividad, el placer y el uso de métodos anticonceptivos.

Los datos anteriores permiten identificar la importancia de diseñar e implementar talleres para padres de hijos con discapacidad, en donde se presente información que aborde todos los aspectos de la sexualidad y no solo se centren en la

prevención del abuso sexual. Además, como lo señalan los hallazgos de la presente investigación y como lo propone el modelo IMB, se debe trabajar de manera conjunta con los componentes de motivación, haciendo énfasis en la importancia de que los padres de hijos con discapacidad, cuenten con creencias y expectativas positivas respecto a la sexualidad de sus hijos. Asimismo, se deben de implementar actividades que fomenten el desarrollo de habilidades que les permitan comunicarse de manera efectiva con sus hijos.

En cuanto a las limitaciones de la presente investigación, como se mencionó al inicio del capítulo, a pesar de que se buscó tener una muestra homogénea en cuanto al número de padres y madres, y los tipos de discapacidad, esto no fue posible. Por lo que estos datos podrían utilizarse para implementar futuros talleres sobre sexualidad, a padres con las características de la presente muestra. Es decir, madres de nivel educativo básico e hijos con discapacidad intelectual. Sin embargo, es importante mencionar que estos datos representan un avance, ya que son pocos los estudios cuantitativos de este tipo, en población de padres cuyos hijos tienen discapacidad.

De manera que se esperaría que en futuras investigaciones se cuente con muestras más heterogeneas que permitan realizar comparaciones de las variables estudiadas en la presente investigación en función del género del padre y al interior de cada tipo de discapacidad, con el objetivo de determinar si existen diferencias significativas.

Cabe señalar que a pesar de que se buscó un índice de dificultad adecuado para la prueba de conocimientos, resultó ser muy fácil para los participantes. Por lo que en estudios posteriores sería importante que se elaborara una prueba con un mayor índice de dificultad para tener un mejor indicador de la información con la que cuentan los padres.

Además se plantea que en futuras investigaciones poder hacer comparaciones entre padres de hijos con y sin discapacidad, con el objetivo de determinar si

existen diferencias entre las variables analizadas en la presente investigación y si dichas diferencias se pueden atribuir a la condición de discapacidad de sus hijos u obedecen a otros factores.

Por último se propone que además de evaluar las formas de comunicación, se investigue si los padres utilizan alguna herramienta ya sea visual, auditiva y/o, táctil (como por ejemplo las TIC o juego de roles) para comunicarse de con sus hijos. Asimismo sería importante conocer de qué manera es que la comunicación se lleva a cabo, ya que las formas de comunicación que los padres emplean para intercambiar información con sus hijos, es muy probable que no correspondan con los modelos de comunicación tradicionales, de ahí la importancia de analizar esta variable con mayor profundidad.

REFERENCIAS

- Acosta, M., Costales, Z., Meisozo, N. y Borges, A. (2015). Sexualidad y discapacidad: enfrentando estereotipos desde el documental audiovisual. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 26 (3), 273-279. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v26n3/rci07315.pdf>
- Almeida, A. & Centa, M. (2009). Parents experience with the sexual education of their children: implications for nursing care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (1), 71-76. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000100012&script=sci_arttext&tlng=en
- Álvarez, Y., Morales, E., Rodríguez, H., Pérez, J. y González, Y. (2009). Características de la sordera en un grupo de discapacitados auditivos. *Panorama Cuba y Salud*, 4 (1), 20-29. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477348937003>
- Amigón, M. y Ocegueda, L. (2011). *Curso-taller de prevención del abuso sexual en niños y jóvenes con discapacidad intelectual*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=80401510&cid=61529>
- Arnau, M. (2004). Sexualidad(es) y discapacidad(es): La igualdad diferente. Foro de vida independiente. Recuperado de: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0098/syd.pdf>

- Baku, E., Agbemaflle, I. & Adanu, R. (2017). Effects of parents training on parent's knowledge and attitudes about adolescent sexuality in Accra Metropolis, Ghana. *Reproductive Health*, 101 (14), 1-14. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/319275349_Effects_of_parents_training_on_parents' knowledge and attitudes about adolescent sexuality in Accra Metropolis Ghana](https://www.researchgate.net/publication/319275349_Effects_of_parents_training_on_parents'_knowledge_and_attitudes_about_adolescent_sexuality_in_Accra_Metropolis_Ghana)
- Barbosa, S., Costa, P. y Vieira, N. (2008). Etapas de cambios de los padres en las conversaciones con los hijos sobre la prevención de HIV/SIDA. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (6), 1019-1024. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000600013&script=sci_arttext&tlng=es
- Bárcena, S. y Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 1 (28), 5-13. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2927/5133>
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los Padres en la Salud Sexual de sus Hijos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 956-969. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100005
- Bárcena, S. y Romano, H. (2016). Conocimientos y creencias vinculadas a la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 32 (2), 18-31.
- Becerra, C. (2008). Lenguaje y educación en niños sordos: encuentros y desencuentros. *REXE "Revista de Estudios y Experiencias en Educación"*, (14), 105-114. Recuperado de: www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/2431/243117031007/1

- Benavides, R. (2003). *Comunicación y creencias sexuales de padres de adolescentes*. Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/6741/1/1080124373.PDF>
- Bernedo, I., Fuentes, M., Fernández-Molina, M. y Bersabé, R. (2007). Percepción de las estrategias de socialización parentales en familias adoptivas y no adoptivas. *Psicothema*, 19 (4), 597-602. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719409>
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, Á. & Valgerður, G. (2017). People with Intellectual Disabilities Negotiate Autonomy Gender and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 35 (3), 295-311.
- Cala, M. y Barbera, E. (2009). Evolución de la perspectiva de género en psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 26 (1), 91-101. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/58701/evolucion%20de%20a%20perspectiva.pdf?sequence=4>
- Campo, M. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información Psicológica*, (83), 10-19. Recuperado de: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/361>
- Caricote, E. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*, 10 (34), 463-470. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35603409>
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual del adolescente. *Educere*, 12 (40), 79-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35604010>

- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Salus*, 16 (2), 53-57. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382012000200009
- Carrillo, L., Juárez, F., González, C., Martínez, N. y Medina-Mora, M. (2016). Relación entre supervisión parental y conducta antisocial en menores infractores del Estado de Morelos. *Salud mental*, 39 (1), 11-17. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100011
- Castillo, L., Álvarez, A., Valle, M. y Hernández, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *CIENCIA UANL*. 18 (73), 44-50. Recuperado de: <http://cienciauanl.uanl.mx/?p=4298>
- Castillo, K. y Natividad, D. (2013). *Comunicación entre padres e hijos y su relación con el nivel de conocimiento sobre sexualidad en adolescentes*. Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Anterior Orrego-UPAO, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/237>
- Caus, N. y Gutiérrez, M. (noviembre, 2001). *Descripción y Evolución de la Actividad Física Adaptada*. Trabajo presentado en el II Congreso de la Actividad Física y el Deporte, Valencia, España. Recuperado de: http://kinedeportes.com.ar/publicaciones/Descripcion_y_evolucion_de_la_Actividad_Física_Adaptada.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2015). *El VIH/SIDA en México 2011*. México: CENSIDA.
- Cevallos, A. y Jerves, E. (2014). ¿Educación sexual para mi hijo e hija de preescolar (3-5 años)? Percepciones de padres y madres de familia. *Revista Electrónica Educare*, 18 (3), 91-110. Recuperado de: <http://oaji.net/articles/2015/2279-1444773816.pdf>

Clasificación Internacional de Enfermedades-Décima revisión, Organización Mundial de la Salud. Volumen 1. Edición 2003. Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud [versión abreviada] (2001). Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf

Conod, L. & Servais, L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50 (2), 230-238. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10608717>

Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010). Discapacidad motriz. Guía para la inclusión en educación inicial y básica. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2012). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México: Enadis 2010. Recuperado de: <http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-PCD-Accss.pdf>

Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30, 9-21. Recuperado de: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/116/9-14.pdf>

Crocker, L. M. & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Cruces, S., Guil, R., Sánchez, S. y Zayas, A. (2017). Contexto comunicativo, familiar y escolar del adolescente y conducta sexual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 31-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3498/349853220004.pdf>

- Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y cultura*, (22), 147-160. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n22/n22a08.pdf>
- Cruz-Vadillo, R. (2017). Ordenamientos jurídicos y políticas sobre discapacidad en la Universidad Veracruzana: rupturas, desencuentros y omisiones. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, VIII (21), 174-189. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299149615011>
- Diario Oficial de la Federación (2014). Reglas de operación del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377499&
- Díaz, I., Gil, M., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 415-422. Recuperado de: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1956/0214-9877_2014_1_3_415.pdf?sequence=1
- Dilorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., Lehr, S., & Denzmore, P. (2007). Real men: A group-randomized trial of an HIV Prevention Intervention for adolescent boys. *American Journal of Public Health*, 97 (6), 1084-1089. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874204/>
- Dilorio, C., Pluhar, E., & Belcher, L. (2003). Parent-Child Communication About Sexuality: A Review of the Literature from 1980-2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 5 (3-4), 7-32.
- Domingo, J. (1999). Discapacidad auditiva. Avanzando y conquistando la integración. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*. 3 (2), 1-16. Recuperado de: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev32COL2.pdf>

- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de obstetricia y ginecología*, 37 (3), 387-398. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin11311.htm
- Duret, N. y Escalante, R. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Educación y ciencia*, 4 (7), 57-69. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/279644660_Conocimientos_y_actitudes_hacia_la_sexualidad_de_jovenes_con_discapacidad_auditiva
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50 (2), 255-259. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/5381923_Sexual_health_for_people_with_intellectual_disability
- Egea, C, y Sarabia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Artículos y Notas*, 15-30. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/clasificacioneso msdiscapacidad.pdf>
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009). Panorama sociodemográfico de México.
- Fernández, J. (2008). Historia, discapacidad y valía. En J. Ledesma (Ed.), *La imagen social de las personas con discapacidad*, (pp.177-210). Madrid, España: Ediciones Cinca. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Laimagensocialdelaspersonascondiscapacidad_0.pdf
- Ferrández, J. y Villalba, A. (1996). *Atención educativa de los alumnos con Necesidades Educativas Especiales derivadas de una deficiencia auditiva*. Ciudad Mudeco, España: Generalitat Valenciana. Recuperado de:

http://www.ceice.gva.es/documents/162640733/162655257/d_auditiva.pdf/69aef00b-e2a0-4e95-bd38-02cdcef96088

Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111 (3), 455-474. Recuperado de: http://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=chip_docs

Fisher, J., Fisher, W., Misovich, S., Kimble, D., & Malloy, T. (1996). Changing AIDS risk behavior: Effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation, and behavioral skills in a college student population. *Health Psychology*, 15 (2), 114–23. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/14519681_Changing_AIDS_Risk_Behavior_Effects_of_an_Intervention_Emphasizing_AIDS_Risk_Reduction_Information_Motivation_and_Behavioral_Skills_in_a_College_Student_Population

Fisher, J., Fisher, W., Misovich, S. & Bryan, A. (2002). Information motivation–behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21 (2), 177–86. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/0992/2ff58b075db628392013f8e0b21e9d24d645.pdf>

Fisher, W. (2003). The Information-Motivation-Behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. En J. Suls, & K. Wallston (Eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, (pp.82-106). USA: Blackwell Publishing Ltd. Recuperado de: <http://sundhedsmotivation.dk/wp-content/uploads/2016/12/The-Information-Motivation-Behavioral-Skills-Model-general-social-psychological-approach-to-understanding-and-promoting-health-behaviour.pdf>

- Fiuza, M. y Fernández, M. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo*. Madrid, España: Pirámide. Recuperado de: <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/fuiza-y-fernandez-dificultades-de-aprendizaje-y-trastornos-del-desarrollo.pdf>
- Flores, V., Valdivieso, L. y del Álamo, M. (2015). Aspectos psicológicos de los pacientes con baja visión e importancia de la comunicación en la atención al paciente. En J. De Lázaro y R. Cuadrado (Coords.), *Manual de baja visión y rehabilitación visual*, (pp.29-35). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México*, (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO.
- Frinco, V. (2013). Educación de la sexualidad en el contexto familiar y escolar. *Educere*, 17 (58), 429-435. Recuperado de: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=35630404006>
- García, Á. y Rodríguez-Porrero, C. (2000). Nuevas tecnologías y personas con discapacidad. *Psychosocial Intervention*, 9 (3), 283-296. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/74723.pdf>
- González, M. (2015). Programa de educación sexual en el rol de género de niños, niñas y adolescentes de una escuela de Pasto. *Editorial UNIMAR*, 323-329. Recuperado de: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/699>
- González, V., Orcasita, L., Carrillo, J. y Palma-García, D. (2017). Comunicación familiar y toma de decisiones en sexualidad entre ascendientes y

- adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 419-430. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77349627027.pdf>
- Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M., y Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual, e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 10 (1), 79-90. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297245905008.pdf>
- Herrera, P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), 568-573. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008
- Higareda-Almaraz, M., Higareda-Almaraz, E., Higareda-Almaraz, I., Barrera-de León, J., Gómez-Llamas, M., y Benites-Godínez, V. (2011). Aptitud de padres para prevenir abuso sexual en menores después de una intervención educativa participativa. *Salud Pública de México*, 53 (2), 134-140. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10619758006.pdf>
- Hoeve, M., Dubas, J., Eichelsheim, V., van der Laan, P., Smeenk, W. & Gerris, J. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2708328/>
- Ibáñez, P. (2002). *Las discapacidades: Orientación e intervención educativa*. Madrid, España: Dykinson.
- Instituto Interamericano del Niño (2001). Programa de promoción integral de los derechos del niño. La inclusión de la niñez con discapacidad. Montevideo, Julio de 2001. Recuperado de: <http://www.iin.oea.org/proder/discapacidad/Inclusion.Discapacidad.pdf>

Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (2016). Sexualidad sin barreras. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.inadi.gob.ar/biblioteca/book/sexualidad-sin-barreras/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015a). Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) 2008-2009. Obtenido el 2 de febrero del 2015, desde <http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general/MDXQueryDatos.asp>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015b). "Estadísticas a propósito del... día internacional del trabajo (1 de mayo)". Datos Nacionales. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/trabajo0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). La discapacidad en México, datos al 2014. Recuperado de: http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/La_Discapacidad_en_Mexico_datos_2014.pdf

Jaramillo, J., Ruiz, M., Gómez, A., López, L. y Pérez, L. (2014). Estrategias para la inclusión de niños, niñas y adolescentes en contextos familiares. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (3), 477-493. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n3/v32n3a09.pdf>

Jones, D. (2010). Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho*, 14 (32),

171-182. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114110014>

Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 11 (45), 177-219. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11204508>

Juárez, B. (2015). Se violan derechos de mujeres con discapacidad, denuncia experta. La jornada en línea. Obtenido el 26 de noviembre del 2017, desde:
<http://www.jornada.unam.mx/2015/11/29/sociedad/043n1soc>

Katz, G. y Lazcano, E. (2010). Discapacidad Intelectual: definición, factores etiológicos, clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En G. Katz, G. Rangel y E. Lazcano (Coords.), *Discapacidad Intelectual*, (pp.19-34). México: McGraw-Hill.

Lederman, R. P., Chan, W., & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-Adolescent Relationship Education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Journal of Behavioral Medicine*, 33 (4), 137-143. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566304/>

Lisher, D., Richardson, M., Levine, P. & Patrick, D. (1996). Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: a summary of the literature. *Rural Journal Health*, 12, 45–53.

López, F. (2006). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.

López, M. (2016). *Actitudes y creencias de padres y madres hacia la educación sexual*. Tesis de Maestría, Universidad Jaime I, España. Recuperado de:
http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/164265/TFM_Lo%CC%

[81pez%20Beltra%CC%81n%2C%20Mari%CC%81a%20Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

Macnaughton, J. (2006). *Evaluación en baja visión*. Barcelona, España: Masson.

Maldonado, M. (2015). Incidencia y causas de la baja visión. En J. De Lázaro y R. Cuadrado (Coords.), *Manual de baja visión y rehabilitación visual*, (pp.9-16). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Manu, A., Mba, C., Asare, G., Odoi-Agyarko, K. & Asante, R. (2015). Parent child-communication about sexual and reproductive health: evidence from the Brong Ahafo region, Ghana. *Reprod Health*, 12 (16). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359389/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/09/manual-ss-discapacidades-FINALWEB-1.pdf>

Molina, L., Ipiña, M., Reyna, C. y Guzmán, R. (2011). Competencia social en niños con sordera profunda. *CES Psicología*, 4 (1), 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4235/423539418002.pdf>

Montalvo, T. (2016). México ignora los graves abusos contra personas con discapacidad: ONG internacional. *Animal Político*. Obtenido el 26 de noviembre del 2017, desde: <http://www.animalpolitico.com/2016/05/mexico-ignora-los-graves-abusos-contra-personas-con-discapacidad-ong-internacional/>

Montilva, M. (2008). Postergación de la maternidad de mujeres profesionales jóvenes en dos metrópolis latinoamericanas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13 (41), 69-79. Recuperado de:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200004

Moore, D. (1998). HIV/AIDS and deafness. *American Annals of the Deaf* , 143 (3). 182-205.

Morillo, B., Montero, L. y Colmenares, Z. (2012). Conocimiento de los padres en la prevención del abuso sexual infantil. *Enfermería Global*, 11 (25), 1-7. Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/143061>

Mouzakitis, G. (2012). Intellectual Disability: management, causes and social perceptions towards well-defined situations. En D. Mancini & C. Greco (Eds.), *Intellectual Disability: Management, causes and social perceptions*, (pp.61-94). New York, USA: Nova Science Publishers.

Murphy, N. & Elias, E. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *PEDIATRICS*, 118 (1), 398-403. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/118/1/398.full.pdf>

Navarro, N. y Hernández, A. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y salud*, 22 (2), 195-203. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Nubia%20Zuleima%20Navarro%20Guadarrama.pdf>

Observatorio de Salud de la Mujer (2005). La sexualidad de los jóvenes desde la perspectiva de los padres. Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IVES_Juventud_Monografico_Padres.pdf

Orcasita, L., Uribe, A. y Valderrama, L. (2013). Conocimientos y Actitudes frente al VIH/SIDA en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22 (1), 59-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80428081005>

Organización de las Naciones Unidas (1979). Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1993). Declaración y programa de acción de Viena. A/CONF. 157/23. Recuperado de: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>

Organización de las Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

Organización de las Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 4 a 15 de septiembre de 1995. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización de las Naciones Unidas-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (2009). Reportaje: Discapacidad y VIH. Obtenido el 15 de noviembre del 2017, desde: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/april/20090408disabilityhiv>

Organización Mundial de la Salud (2013). Proyecto de plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables 2014-2019. 66° Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/150916/1/A66_11-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2017a). Discapacidad y salud. Nota descriptiva. Obtenido el 13 de enero del 2018, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

- Organización Mundial de la Salud (2017b). Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. Obtenido el 5 de enero del 2018, desde: <http://www.who.int/disabilities/media/news/unconvention/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017c). Ceguera y Discapacidad Visual. Nota descriptiva. Obtenido el 20 de febrero del 2018, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017d). Sordera y pérdida de la audición. Nota descriptiva. Obtenido el 24 de noviembre del 2017, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2006). Discapacidad: lo que todos debemos saber. Publicación Científica y Técnica No. 616. Recuperado de: <http://consultapsicologicavirtual.yolasite.com/resources/discapacidad.pdf>
- Ortiz, G. (2011). Acciones socioeducativas sobre sexualidad para la familia de infantes con parálisis cerebral en el Centro Internacional de Restauración Neurológica. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 6 (2), 108-117. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5753731>
- Parra, C. (2010). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: antecedentes y sus nuevos enfoques. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 347-380. Recuperado de: <http://4www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041011>
- Parra, C. (2011). Educación inclusiva: un modelo de diversidad humana. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 5 (1), 139-150.
- Pallero, R., Checa, J. y Díaz, P. (2003). Deficiencia Visual. Aspectos conceptuales y repercusiones funcionales. En J. Checa, P. Díaz y R. Pallero (Coords.), *Psicología y ceguera: Manual para la intervención psicológica en el ajuste a*

la discapacidad visual (pp.29-44). Madrid, España: Organización Nacional de Ciegos.

Paz, C. y Salamanca, S. (2009). Elementos de la cultura sorda: una base para el currículum intercultural. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 8 (15), 39-49. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243116377002>

Pérez, J. y Tomás, V. (2005). Aspectos evolutivos del niño con Discapacidad Intelectual. En J. García, J. Pérez y P. Berruezo (Coords.), *Discapacidad Intelectual: Desarrollo, comunicación e intervención*, (pp.53-67). Madrid, España: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.

Pérez-Villegas, R., Agurto-Vásquez, K., Contreras-Escobar, K., Medina-Jara, L., Muñoz-Henríquez, C., Parra-Villaruel, J. y Sáez-Carrillo, K. (2012). Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos, 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63 (4), 327-333. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1952/195225491004/>

Phetla, G., Busza, J., Hargreaves, J.R., Pronyck, P.M., & Kim, J. (2008). "They have opened our mouths": Increasing women's skills and motivation for sexual communication with young people in rural south Africa. *AIDS Education and Prevention*, 20 (6), 504-518. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494081/>

Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S.J., Feaster, D., Huang, S., Sullivan, S., et al. (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 914-926. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743679/>

- Ramírez, J., González, J., Cavazos, J. y Ríos, T. (2006). Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de sida. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7 (1). Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=13219>
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32 (1), 157-170. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44032111>
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. y Hermsillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23 (2), 227-239. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Silvia%20Susana%20Robles%20Montijo.pdf>
- Rodríguez, M. y Couto, M. (2013). Contexto histórico del concepto de la diversidad funcional: Modelos y paradigmas. *ODUS CIENTÍFICA*, 14 (1), 46-62. Recuperado de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol14-n1/art06.pdf>
- Rodríguez, P., Rosenthal, E., Ahern, L., Santos, N., Cancino, I., Lopez, P., Francis, R., et al. (2015). Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México. Un informe de Disability Rights International y El Colectivo Chuhcan. Recuperado de: <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1538>
- Rodríguez, Y., Arenia, B. y Garcia, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*, 9 (1), 58-68. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007
- Romañach, J. y Lobato, M. (26 de julio del 2009). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro

de vida independiente y Diversidad, [Artículo de un foro en línea]. Recuperado de: <http://forovidaindependiente.org/diversidad-funcional-nuevo-termino-para-la-lucha-por-la-dignidad-en-la-diversidad-del-ser-humano/>

Salazar-Garana, A., Santa María-Alvarez, A., Solano-Romero, I., Lázaro-Vivas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Rengifo, D., et al. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 7 (2), 79-85. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637116003>

Sánchez-Bernardos, M., Alonso, E., Hernández-Lloreda, M. y Bragado, M. (2007). Orden de nacimientos y apoyo parental: su papel en la orientación interpersonal de los adolescentes. Un estudio preliminar. *Clínica y salud*, 18 (1), 9-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613874002>

Sánchez, R. y Robles, S. (2014). Supervisión y Comunicación con Padres y su Relación con el Comportamiento Sexual de Jóvenes en Conflicto con la Ley. *Acta de Investigación Psicológica*, 4 (1), 1398-1412. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471914703837>

Seif, S., Kohi, T. & Moshiro, C. (2017). Caretaker-adolescent communication on sexual and reproductive health: a cross-sectional study in Unguja-Tanzania Zanzibar. *BMC Public Health*, 18 (31), 518-530. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516316/>

Serra, M (2015). *La esterilización forzada y/o involuntaria en la mujer con discapacidad intelectual: análisis desde una perspectiva de derechos humanos*. Tesis de Maestría, Universidad Carlos III de Madrid, España. Recuperado de: <https://orff.uc3m.es/handle/10016/20110#preview>

- Sevilla, T. y Orcasita, L. (2014). Hablando de sexualidad: una mirada de los padres y madres a los procesos de formación con sus hijos/as adolescentes en estratos populares de Cali. *Avances en enfermería*, 32 (2), 191-205. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a03.pdf>
- Sevilla, T., Sanabria, J., Orcasita, L., & Palma, D. (2016). Consistencies and Discrepancies in Communication Between Parents and Teenage Children About Sexuality. *Paidéia*, 26 (64), 139-147. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305445559001>
- Toledo, M. (1994). La discapacidad motórica. En V. Gallardo y L. Salvador (Coords.), *Discapacidad motórica: aspectos psicoeducativos y educativos*, (pp.17-25). Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Torres, L., Ortega, P., Garrido, A. y Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10 (2), 31-56. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212387003>
- Torres, S., Rodríguez, J., Santana, R. y González, A. (1995). *Deficiencia Auditiva: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- “Universidad del País Vasco”. (2003). La aplicación de un programa de orientación y movilidad con personas ciegas y con discapacidad visual grave. *Revista de Psicodidáctica*, (16), 1-15. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/175/17501611.pdf>
- Valdés, Á., Martín, M. y Sánchez, P. (2009). Participación de los padres de alumnos de educación primaria en las actividades académicas de sus hijos. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 11 (1), 1-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/155/15511137012.pdf>

- Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. Recuperado de: <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>
- Varas, J. (2010). Salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad física. *Rev. Obstet. Ginecol*, 5 (2), 169-172. Recuperado de: www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/585/v05_n2_140.pdf
- Vélez, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. *Revista ciencia y cuidado*, 3 (3), 156-162. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533996>
- Verdugo, M. y Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 41 (4-236), 7-21. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART18861/236-1%20Verdugo.pdf>
- Vimont, C. (2017). ¿Qué significa una visión 20/20?, American Academy of Ophthalmology. Obtenido el 4 de noviembre del 2017, desde: <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/que-significa-una-vision-20-20>
- World Health Organization (2002). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>

APÉNDICES

Cuestionario para padres sobre sexualidad

DATOS PERSONALES

DP1. Sexo: _____

DP2. Edad: _____

DP3. Escolaridad: _____

DP4. Estado Civil: _____

DP5. Ocupación: _____

DP6. Religión: _____

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

DP8. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

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

DP10. ¿Cuántos hijos tiene? _____

DATOS SOBRE SU HIJO

DH1. Sexo de su hijo (a): _____

DH2. Edad de su hijo (a): _____

DH3. Escolaridad de su hijo (a) : _____

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una "X" el inciso que corresponda a su respuesta correcta. **SÓLO MARQUE UNA RESPUESTA.**

I1. ¿Cuál es la función de los métodos anticonceptivos?
Evitar un embarazo () Evitar una infección () Lograr embarazarse ()

I2. Es la etapa en la que los hombres presentan cambios de voz y eyaculación, y las mujeres menstruación y ensanchamiento de caderas
Niñez () Adolescencia () Vejez ()

I3. La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual adquirida por
Virus () Hongos () Bacterias ()

I4. Las formas de transmisión del VIH son por el uso compartido de agujas y jeringas infectadas, por vía sexual, sanguínea y ...
De la madre al bebé () Homosexualidad () Prostitución ()

I5. ¿Qué término describe cuando ciertas características de otra persona se vuelven fascinantes, despertando admiración y deseo?
Amistad () Atracción sexual () Abuso ()

I6. Es cualquier actividad en la que un niño es utilizado por adultos para obtener cualquier tipo de placer sexual
Abuso sexual () Amistad () Incesto ()

INSTRUCCIONES

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

- C1.** Mi hijo (a) tiene menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C2.** Es preferible que mi hijo (a) tenga novio (a).
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C3.** Es natural que mi hijo (a) se masturbe.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C4.** Mi hijo (a) es capaz de tener relaciones sexuales a pesar de su discapacidad.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C5.** Las personas con discapacidad también son deseadas sexualmente.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C6.** Es preferible que mi hijo (a) NO tenga hijos porque pueden heredar su discapacidad.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C7.** Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C8.** Mi hijo (a) NO necesita educación sexual.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C8.** Mi hijo (a) NO necesita educación sexual.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C9.** Una persona "normal" NO se fijará en mi hijo (a) por su discapacidad.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C10.** Mi hijo (a) necesita el cariño de un novio (a) además del de su familia.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C11.** Es preferible operar a mi hijo (a) para evitar que tenga un bebé.
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()
- C12.** Mi hijo (a) es demasiado inocente para tener novio (a)
Muy de acuerdo () De acuerdo () En desacuerdo () Muy en desacuerdo ()

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

COMUNICACIÓN

CF1 ¿Cómo se comunica con su hijo?

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

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

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

FIN DEL CUESTIONARIO

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN!