



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"VARIABLES ASOCIADAS A LA COMUNICACIÓN SOBRE  
SEXUALIDAD EN VARORES QUE TIENEN HIJOS CON  
DISCAPACIDAD"**

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

**ALMA EDELIA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ**

**Directora: Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona**

**Dictaminadores: Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez**

**Dr. Juan Pablo Rugerio Tapia**



**Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
Antecedentes y justificación.....	1
Objetivos del proyecto general de investigación .....	3
Objetivos específicos.....	4
Hipótesis del proyecto general.....	4
Metodología del proyecto general.....	5
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
CAPÍTULO 1: DISCAPACIDAD.....	9
1.1 Antecedentes históricos de la discapacidad.....	10
1.2 La discapacidad hoy en día .....	11
1.3 Tipos de discapacidad .....	15
1.3.1 Discapacidad motriz.....	15
1.3.1.1 Definición .....	15
1.3.1.2 Clasificación.....	16
1.3.1.3 Etiología.....	17
1.3.1.4 Impacto en el desarrollo .....	18
1.3.2 Discapacidad Auditiva.....	19
1.3.2.1 Definición .....	19
1.3.2.2 Clasificación.....	19
1.3.2.3 Etiología.....	20
1.3.2.4 Impacto en el desarrollo .....	20
1.3.3 Discapacidad Visual.....	21
1.3.3.1 Definición .....	21
1.3.3.2 Clasificación.....	21
1.3.3.3 Etiología.....	22
1.3.3.4 Impacto en el desarrollo .....	22
1.3.4 Discapacidad Intelectual .....	23
1.3.4.1 Definición .....	23
1.3.4.2 Clasificación.....	23
1.3.4.3 Etiología.....	24
1.3.4.4 Impacto en el desarrollo .....	24
1.4 Conclusión.....	25

CAPÍTULO 2: SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD .....	26
2.1 Definición de sexualidad .....	27
2.1 Derechos sexuales y reproductivos .....	28
2.3 Servicios de salud.....	32
2.4 Mitos alrededor de La sexualidad y discapacidad .....	33
2.5 Infecciones de transmisión sexual .....	36
2.6 Embarazo .....	38
2.7 Abuso sexual .....	39
2.8 Esterilización forzada.....	40
2.9 Conclusión.....	42
CAPÍTULO 3: VARONES Y COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD CON SUS HIJOS CON DISCAPACIDAD.....	44
3.1 El papel de los padres en la sexualidad de sus hijos: la comunicación sobre sexualidad y variables que influyen .....	45
3.2 Padres, comunicación sobre sexualidad y discapacidad.....	51
3.3 El papel de los varones en la educación y en la comunicación sobre sexualidad de un hijo con discapacidad.....	55
3.4 Conclusión.....	60
<b>SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.....</b>	<b>62</b>
CAPÍTULO 4: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	63
4.1 Pregunta de investigación .....	64
4.2 Objetivo general.....	64
4.3 Objetivos específicos .....	64
MÉTODO .....	65
Participantes.....	65
Variables e instrumentos .....	68
Procedimiento.....	70
Análisis de datos.....	70
RESULTADOS .....	71
Conocimientos sobre sexualidad .....	71
Supervisión parental .....	72
Apoyo parental .....	73
Creencias sobre sexualidad.....	73
Expectativas .....	74
Roles de género .....	75

Formas de comunicación.....	75
Comunicación sobre sexualidad .....	75
Correlación de Pearson .....	76
DISCUSIÓN .....	78
REFERENCIAS.....	88
ANEXOS .....	102

*A mi mamá, por ser siempre el soporte de la familia, quien a base de sacrificios siempre busca dar lo mejor de sí para nuestro bienestar, por su amor y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.*

*A mi hermana Elsa por siempre aguantar todas mis tonterías y por cada ocasión en la que me ayudó con una tarea o simplemente siendo un gran apoyo.*

*A toda persona que de una u otra forma estuvieron presente a lo largo de la carrera, en la realización de este trabajo o en algún momento crucial y que aportaron algo a mi vida.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por formarme con la mejor calidad académica del país, darme un lugar peleado por muchos y así poder tener una educación de calidad,

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 trabajo de investigación para titulación.

A la Dra. Susana Bárcena Gaona, por aceptarnos en este gran proyecto, confiar en mi capacidad, por su paciencia y dedicación por más de dos años.

A mis sinodales, la Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez y el Dr. Juan Pablo Rugerio Tapia, por formar parte importante de este trabajo, su tiempo y dedicación.

A cada una de las instituciones que nos abrieron las puertas para poder realizar esta investigación.

A cada uno de los padres de familia que participaron en la investigación, prestar su tiempo para formar parte de esto y aportar datos valiosos.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad en padres varones con hijos que tienen discapacidad. Para cumplir con dicho objetivo se aplicó un instrumento de auto-informe a una muestra de total de 172 padres de jóvenes de entre 15 a 19 años que tuvieran algún tipo de discapacidad, de los cuales 32 padres fueron varones (18.6 %). Con dicho instrumento se recabaron datos sociodemográficos de los padres (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), conocimientos y creencias sobre sexualidad, supervisión y apoyo parental, roles de género, expectativas, formas de comunicación y temas de sexualidad que abordan con sus hijos. Los resultados más importantes indican que la comunicación sobre sexualidad se correlaciona de forma positiva con las creencias positivas y roles de género; y de forma negativa con la variable de expectativas negativas. Se discute la implicación de los resultados en la comunicación específicamente al tratarse de padres varones.

Palabras clave: discapacidad, sexualidad, padres, comunicación



## **ABSTRACT**

The objective of this research was to identify the variables that are associated with sexuality communication in male children's parents with disabilities in order to meet this objective, a self-report instrument was applied to a sample of 172 parents of young between 15 and 19 years old who had some type of disability, of which 32 parents were male (18.6%), with this instrument they collected sociodemographic data of the parents (sex, age, marital status, occupation, religion, monthly income and number of children) and their children's (sex, age, schooling, type of disability, origin of the disability and behavioral skills developed), knowledge and beliefs about sexuality, parental supervision and support, gender roles, expectations, ways to communicate and topics of sexuality that they approach with their children. The most important results indicate that communication about sexuality correlates positively with positive beliefs and gender roles; and in a negative way with negative expectations variable. The implication of the results in the communication is specifically discussed when dealing with male parents.

Key words: Disability, sexuality. parents, communication,

# 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 VIH/SIDA (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009). Se estima que anualmente, el 20% de los embarazos corresponde a menores de 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012). Asimismo, las ITS más frecuentes entre los jóvenes son: la gonorrea y el Virus del Papiloma Humano (VPH), y se calcula que el 41.5% de los casos de VIH/SIDA diagnosticados corresponden a jóvenes de entre 12 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2014).

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

En México no existen datos oficiales que den cuenta del número de embarazos, ITS y abuso sexual que viven los individuos con discapacidad. No obstante, en Estados Unidos el índice de infección del VIH/SIDA entre individuos sordos es el doble que en las personas oyentes (Lisher, Richardson, Levine y Patrick, 1996) y en Uganda el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad ha tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998). De igual manera, los niños discapacitados, en comparación con niños sin discapacidad, tienen el doble de probabilidad de ser abusados sexualmente, y las mujeres con discapacidad son agredidas, violadas y abusadas en proporción dos veces mayor que las mujeres sin discapacidad (Couwenhoven, 2012).

Los datos referidos ponen en evidencia la imperiosa necesidad de brindar educación sexual clara y oportuna a las personas con discapacidad. En este sentido, la familia, especialmente los padres, desempeñan un papel primordial, ellos son los responsables de resolver sus primeras curiosidades sexuales, asimismo transmiten valores e información a través de la comunicación que establecen con ellos (Amor, 1997). Sin embargo, los estudios muestran que los padres experimentan temor ante la posibilidad de que sus hijos con discapacidad tengan una vida sexual, y por ello suelen adoptar conductas de sobreprotección, limitando su autonomía y reduciendo sus actividades al ámbito familiar y a la institución que les brinda servicio (López, 2006).

En un estudio con padres de un joven con discapacidad intelectual moderada, la madre mencionó sentir temor cuando su hijo empezó a explorar su cuerpo, puesto que no se sentía preparada para abordar el tema; sin embargo tuvo que hacerlo ya que el padre se mantenía al margen de la situación (Navarro & Hernández, 2012).

Al encuestar directamente a los jóvenes se aprecia la misma tendencia de comunicación. Robles, Guevara, Pérez & 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 y Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

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

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

### **Objetivos del proyecto general de investigación:**

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

**Objetivos específicos:**

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

**Hipótesis del proyecto general:**

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

## **Metodología del proyecto general:**

### ETAPA 1. Estudio de evaluación.

Se llevará a cabo un convenio con instituciones educativas y asociaciones que brinden atención a personas con discapacidad con el propósito de que faciliten el acceso a los padres de los jóvenes que asisten a dichas instituciones. Se propone trabajar en instituciones ubicadas en la zona centro del país, la selección de dichas instituciones y el tamaño de la muestra corresponderá a aquellas en las que haya mayor proporción de jóvenes entre los 12 y 29. A los directivos de cada institución, se les hará una presentación del proyecto, explicando puntualmente las características y el cuidado ético del estudio, así como lo que se espera de su participación: convocar y reunir a los padres en sus instalaciones para la aplicación de los instrumentos de evaluación. Los instrumentos que se empleen permitirán obtener información de los participantes sobre las siguientes variables: Datos sociodemográficos, características de sus hijos, conocimientos sobre ITS/VIH y embarazos, creencias hacia la sexualidad de sus hijos, estereotipos; creencias y expectativas hacia la comunicación sexual, y comunicación sexual con sus hijos. El procedimiento consistirá como ya se mencionó, en el establecimiento de un convenio con los responsables de las instituciones a las que asisten jóvenes con discapacidad, para aplicar los instrumentos de evaluación a sus padres (papá y/o mamá) mediante la programación de una reunión.

En dicha reunión un investigador previamente capacitado se encargará de explicar a los participantes el objetivo de la investigación, enfatizando la confidencialidad de las respuestas proporcionadas. Se dará a los participantes las instrucciones generales para contestar los instrumentos de medición y al finalizar, se agradecerá su colaboración.

### ETAPA 2. Estudio de intervención.

Con base en los resultados que se obtengan en el estudio de la fase anterior, se propone diseñar y evaluar un programa de intervención dirigido a padres de jóvenes con discapacidad, esperando así contribuir con la prevención de ITS, embarazo no

deseado, maltrato y abuso sexual hacia sus hijos. Se utilizará un diseño cuasi-experimental pre-test, intervención y post-test, con un seguimiento a tres meses. La fase de intervención a padres se llevará a cabo en cinco sesiones de dos horas cada, mismas que se programarán en las instalaciones de las instituciones participantes. El diseño del programa de intervención se fundamentará en investigaciones empíricas que hayan demostrado su efectividad en población sin discapacidad (Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr & Denzmore, 2007; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Phetla, Busza, Hargreaves, Pronyck & Kim, 2008; Prado, Pantin, Briones, Schwartz, Feaster, Huang et al., 2007) y que sean compatibles con la población en cuestión. Se realizarán análisis descriptivos, comparativos y de correlación con los datos obtenidos durante esta fase del proyecto.

Para la exposición del presente reporte de investigación, este se dividió en dos partes: La primera parte está consta de tres capítulos, que dieron fundamento teórico a este trabajo. En el primer capítulo se describe brevemente un recorrido histórico acerca de la historia de la discapacidad, desde la antigüedad hasta la actualidad, logrando hacer un análisis sobre el concepto actual de discapacidad, también se describen los tipos de discapacidades (intelectual, visual, auditiva y motriz) y se retoman aspectos acerca del impacto que tienen los diferentes tipos de discapacidad en el desarrollo de una persona. En el segundo capítulo se aborda el tema específico de sexualidad y discapacidad, los principales mitos que la sociedad ha construido en torno estos dos temas, derechos sexuales y los principales problemas de salud a los que están expuestos, como causa principalmente de la falta de educación sexual a esta población en específico. Finalmente el tercer capítulo se presenta el papel que los padres tienen en la comunicación sexual de sus hijos para desarrollar conductas relacionadas con salud sexual, enfocándose principalmente en padres varones, hablando de discapacidad y paternidad y cómo es la comunicación en temas de sexualidad.

La segunda parte del trabajo, corresponde a la investigación empírica, la cual consistió en la aplicación de los instrumentos de autoinforme a un grupo de padres

varones de hijos adolescentes y/o jóvenes (12-29 años de edad) con algún tipo de discapacidad, buscando detectar las variables que se asocian en la comunicación con sus hijos que tienen algún tipo de discapacidad, en temas de sexualidad. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos, particularmente considerando el papel de los padres varones en la comunicación sobre sexualidad de sus hijos y su importancia para el trabajo que se hace en intervención cuando se habla de discapacidad, padres y sexualidad.



**PRIMERA PARTE:**

**Marco Teórico**

# CAPÍTULO 1

## DISCAPACIDAD

Actualmente aproximadamente 600 millones de personas en el mundo, tienen discapacidades de diversos tipos, la mayoría provenientes de países en vía de desarrollo (Botero & Londoño, 2013). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del año 2014, publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en México habitan alrededor de 120 millones de personas, de las cuales 7.1 millones tienen algún tipo de discapacidad (INEGI, 2016).

La discapacidad es un fenómeno de índole social que debe ser tratado, la percepción respecto a esta población así como también el trato hacia ellos depende en gran medida de cómo sea vista la discapacidad, desde el modelo médico y el más común, las personas con una condición de discapacidad van a ser vistos como personas inferiores e incapaces de muchas cosas. Sin embargo al paso del tiempo y de algunos cambios en la sociedad, esta perspectiva se ha ido modificando al punto en el que ahora se habla de la sociedad y su influencia en las barreras o limitaciones que llega a tener una persona en condición de discapacidad, debido a que es la misma sociedad quien impide por creencias y prejuicios, una mejor adaptación de la persona con alguna condición particular al mundo.

En este capítulo se presenta una breve historia de la discapacidad para ver la evolución del concepto y cómo repercute esto en la manera en que es vista la persona con discapacidad, hasta una visión del fenómeno más actual y con un enfoque que considera aspectos sociales. También en este capítulo, se trata de manera más específica cada uno de los tipos de discapacidad, considerando definición de la discapacidad, etiología, clasificación, así como el impacto que llega a tener en el desarrollo de la persona.

## 1.1 Antecedentes históricos de la discapacidad

Haciendo referencia a la historia de la discapacidad, encontramos que según como la sociedad vea a las personas con discapacidad va a ser su trato hacía ellos. En la antigüedad clásica, las personas con algún tipo de discapacidad se consideraba que no merecían vivir, eran abandonados bajo las peores condiciones, el infanticidio era permitido; por otra parte durante la edad media seguían siendo rechazados, temidos, considerados “anormales” “deformes” “locos”. A partir de siglo XV comienzan a recibir un trato más humanitario, se crea el primer asilo para enfermos mentales, la iglesia comienza a dar un trato más humanitario con intentos de educación; en el siglo XVI se dan los primeros intentos de educación a sordos; es en el siglo XVIII cuando se les empieza a considerar como personas que pueden recibir educación, siendo el retardo mental la discapacidad en que se ponía más énfasis; en el siglo XIX las personas con discapacidad reciben principalmente tratamiento médico-pedagógico, hay un desarrollo de terapias clínicas. Un punto importante es que surge la Educación Especial como campo, lo que implica un avance en cuanto a la atención que se les da a la personas con algún tipo de discapacidad, esta atención contó con la cooperación de médicos, educadores y psicólogos (Valencia, 2014).

El siglo XX es considerado el siglo de las luces para el campo de la educación especial, ya que durante este siglo se crean diversas instituciones, surgen trabajos de evaluación de la inteligencia, surge la pedagogía terapéutica y se crean instituciones especiales para la atención de las personas con discapacidad. Sin embargo, a pesar de que esto significó cierto progreso, dada la incorporación de tratamientos terapéuticos y médicos, la segregación es un aspecto que siguió presente, el determinar que este tipo de población requiere de atención y educación se contrapone muchas veces a actos de discriminación que se presentan en años pasados incluso en la actualidad. Hablando específicamente de México, es en el año 1915 cuando se crean las primeras escuelas para personas con ceguera y sordera y se funda la primera escuela para niños con deficiencia mental; en 1935 se fundó el Instituto médico-pedagógico, la Escuela Nacional de Especialización con

la carrera de maestro en educación de niños anormales mentales y menores inferiores en 1943; avances importantes para el trato de las personas con discapacidad es que en 1948 se da la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en 1959 la Declaración de los Derechos de los Niños o la declaración de los derechos de las Personas con Retardo mental en 1971. Es importante debido a que se apelan a los derechos que tienen las personas a recibir un trato adecuado y el derecho a recibir educación integral, ya para el año 1993, en México se aprueba la reforma del artículo 3 que habla de una educación equitativa. Es a partir de 1997, con la Declaración de Salamanca en España que se empieza a hablar del principio de educación para todos (Guevara, Ortega & Plancarte, 2013).

A partir de la breve reseña histórica de la discapacidad se puede hablar de cierta evolución acerca de cómo se ve a las personas con discapacidad y por consiguiente, cómo se les trata y atiende, pasando de un trato inhumano a ser considerados como personas que pueden recibir educación y tratamiento médico, y se les comienza a considerar parte de la sociedad. A pesar de que en la actualidad se apela a un principio de inclusión, aún falta trabajo por hacer en el campo, ya que muchas veces no se les dan las oportunidades para su pleno desarrollo. Todo debido a que la sociedad, desde la época moderna, creó un estereotipo de hombre sano. Todo aquél que no cumplía con ese perfil fue excluido de dicho grupo como consecuencia de su diferencia. Tal es el caso de la población con discapacidad. A dicha población, y debido a esa "diferencia" le ha llegado a otorgar diferentes rótulos para referirse a ella (Soto & Vasco, 2008). Términos como inválidos, incapaces, ciegos, retasados mentales, inútiles etc. incluso son considerados: diferentes. Se les discrimina por el hecho de no cumplir con lo que la sociedad considera que es apto o útil. Pero ¿Qué es la discapacidad? y ¿Cómo se define? A continuación se presenta la definición formal de discapacidad y como es que el concepto ha ido evolucionando.

## **1.2 La discapacidad hoy en día**

Según el modelo médico, la discapacidad es la existencia de un amplio espectro de anomalías y déficit físicos (Gutiérrez & Caus, 2006). Por otro lado, García de Mingo

(2004) expone que la discapacidad se define como toda restricción o ausencia, por una deficiencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen de lo que se considera normal para un ser humano.

En el año de 1980 surge la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), con el fin de tener disponible información estadística de la población con alguna discapacidad física. Específicamente en México el INEGI en los años 90 elabora un marco conceptual, una definición, así como la clasificación de grupos y subgrupos de discapacidades, con base en la CIDDM y la clasificación internacional de enfermedades. La clasificación quedó conformada por cinco grupos, dentro de los cuales hay también subgrupos:

Grupo 1 - Discapacidades sensoriales y de la comunicación, grupo que cuenta con 4 subgrupos: discapacidades para ver, discapacidades para oír, discapacidades para hablar (mudez) y discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje.

El Grupo 2 - Discapacidades motrices con los siguientes subgrupos: discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza, discapacidades de las extremidades superiores e insuficientemente especificadas del grupo de discapacidades motrices.

El grupo Grupo 3 - Discapacidades mentales, lo componen 3 subgrupos: discapacidades intelectuales (retraso mental), discapacidades conductuales y otras mentales y el subgrupo de insuficientemente especificadas del grupo discapacidades mentales.

Finalmente el Grupo 4 - Discapacidades múltiples y otras, con subgrupos como: discapacidades múltiples, otro tipo de discapacidades, insuficientemente especificadas del grupo discapacidades múltiples y otras, todo esto según la actual clasificación de discapacidades del INEGI (2012).

Claramente se puede ver una gran influencia de la visión médica, donde la persona con discapacidad es un cuerpo con algunas deficiencias orgánicas y son estas deficiencias en mayoría, el indicador para clasificar a la persona y no solo eso,

también se dan por determinadas limitaciones y que los obstáculos que enfrentará la persona, sin considerar muchas veces otro tipo de factores que pueden ayudar al mejor desarrollo de una persona con discapacidad.

Pero el concepto de discapacidad por sí mismo denota más allá que una categorización o clasificación, un sentido de disminución que no se vincula con capacidad u oportunidad; de ahí que las relaciones que marca en contextos sociales se asocien con procesos de exclusión (Garzón, 2007). Es la sociedad quien impide la integración a cualquier ámbito, hablese por ejemplo, del campo de la educación, laboral e incluso el ámbito social, “En un sentido amplio, nuestro contexto social de acción está muy limitadamente adaptado a las necesidades de las personas con discapacidad, lo cual condiciona significativamente sus posibilidades de desenvolvimiento práctico” (Ferreira, 2007, pp 4). Las personas con discapacidad son capaces de desenvolverse en el mundo, demostrando que son como cualquier otra persona que tiene necesidades particulares, pero eso no tiene porqué ser un obstáculo para su desarrollo pleno, si algo se lo impide son las personas que las rodean, la falta de apoyo, falta de condiciones adecuadas.

Desde un enfoque integral y compensado, acorde a cómo se define hoy la discapacidad, es imprescindible incorporar a las políticas de equiparación medidas que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales (García, 2005). Es decir, ya no solo se está considerando ese aspecto médico, el que toma en cuenta las deficiencias a nivel fisiológico. Este mismo autor nos presenta una serie de definiciones que en conjunto contribuyen a una definición de discapacidad, así, 1.- Deficiencia hace referencia a problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales, pueden consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma establecida; 2.- Limitaciones en la actividad, son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades, dificultades que pueden aparecer como una alteración en la manera en que la persona desempeña la actividad en comparación con otras que no tienen un problema de salud similar y 3.- Restricciones en la participación son problemas que una persona puede

experimentar al involucrarse en situaciones como el relacionarse interpersonalmente con personas, empleo. Por otra parte lo que respecta a factores contextuales, se determina que este tipo de factores son los que constituyen el trasfondo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida, se incluyen factores personales y ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad, de esta manera se describen 1.- Facilitadores son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad, como puede ser la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida, estos llamados facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación y 2.- Barreras/obstáculos que son todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, un producto no utilizable por todos o un servicio existente que, sin embargo, no es válido para las personas con discapacidad.

De esta manera, la discapacidad es el término genérico que engloba todos los componentes: deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social. La importancia las definiciones anteriores radica en la consideración de otros aspectos más contextuales y que se relacionan con el ambiente físico de la persona, de acuerdo a esta Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF), y todo lo que en ella se expresa, son aspectos que van a repercutir directamente en el tratamiento que se les proporcione, además de que significa un cambio también en las formas de diagnóstico. Por ejemplo, específicamente hablando de discapacidad intelectual se han hecho modificaciones que van desde el cambio en el concepto de retardo mental por el de discapacidad intelectual, se propuso un nuevo modelo teórico a partir del año 2002, donde se consideran dimensiones como: habilidades

intelectuales; conducta adaptativa (conceptual, social y práctica); participación, interacción y roles sociales; salud física, mental y etiológica; además del contexto, que se relaciona con aspectos ambientales y también culturales (Alí & Blanco, 2015; García, 2005).

Al tener en cuenta dimensiones como las antes mencionadas se va más allá, las ventajas por lo tanto serían tanto una nueva concepción de las personas con discapacidad intelectual como una reformulación de los procesos de evaluación, la planificación de la intervención, un conocimiento mayor acerca de la problemática (Navas, Verdugo & Gómez, 2008; Verdugo, 2003).

De ahí la importancia de considerar la discapacidad como algo que va más allá de una deficiencia física, intelectual o sensorial, sino como un conjunto de elementos que deben ser evaluados de manera amplia para una mejor atención, así como una mayor potencialización del desarrollo de cualquier persona. A continuación se presentan aspectos más específicos relativos a cada tipo de discapacidad.

### **1.3 Tipos de discapacidad**

Como se describió en el apartado anterior, existen diversas formas de clasificación de los diferentes tipos de discapacidad, sin embargo se puede llegar a un acuerdo en el que se presentan cuatro tipos: Discapacidad motriz, intelectual, auditiva y visual. De cada una de las discapacidades se abordará: la definición, clasificación, etiología, e impacto en el desarrollo de una persona.

#### **1.3.1 Discapacidad motriz**

##### *1.3.1.1 Definición*

Este tipo de discapacidad, se refiere a la pérdida o limitación de movimiento de una persona, por ejemplo: problemas en la ejecución de movimientos o en su motricidad en general como caminar, mantener algunas posturas corporales o problemas de movilidad en alguna parte del cuerpo, independientemente de la causa desencadenante. Una deficiencia motora, trae consigo dificultad para levantarse, acostarse o moverse dentro del hogar y fuera de éste, afectando en mayor porción



a las mujeres. Algunas de las tareas diarias se ven impedidas por esta deficiencia, por ejemplo: hacer las compras, comer, el aseo personal, la limpieza del hogar, el autocuidado y con ello el cuidado de los demás (Martínez, 2010).

### *1.3.1.2 Clasificación*

En este tipo de discapacidad se tienen diversas formas de clasificar, puede ser por el tipo de afectación, la intensidad de la afectación, la zona afectada del cuerpo, así como la afectación del tono muscular. De esta manera en cuanto al tipo de afectación encontramos trastornos motrices con afectación o sin afectación cerebral (parálisis cerebral y espina bífida, respectivamente). En lo que refiere a la intensidad, se puede clasificar el tipo de discapacidad motriz en leve, cuando hay una autonomía prácticamente total; moderada, cuando se presentan dificultades en la marcha o andar y se puede llegar a requerir algún tipo de ayuda o asistencia; y grave, cuando suele implicar autonomía casi nula con incapacidad para la marcha. De acuerdo a la zona del cuerpo que ha sido afectada se encuentra la monoplejía, que se refiere a un único miembro afectado; paraplejía: afecta los miembros inferiores; diplejía: alteraciones de los cuatro miembros, esta afectación es mayor en los miembros inferiores y menor afectación en los superiores; hemiplejía o hemiparesia: afecta a una de las mitades laterales del cuerpo y finalmente tetraplejía o tetraparesia: afecta a todos los miembros, tanto inferiores como superiores, todo lo anterior de acuerdo a la clasificación de los tipos de discapacidad de la INEGI (2012).

De acuerdo a la afectación muscular se puede considerar afectaciones como la espasticidad: hay una lesión en el sistema piramidal, encargado de los movimientos voluntarios, se presenta un mayor esfuerzo para realizar cualquier movimiento; la atetosis: se caracteriza por la presencia de movimientos irregulares, lentos y espontáneos, se localizan sólo en las extremidades o se extienden a todo el cuerpo, los movimientos son de tipo espasmódicos e incontrolados; la ataxia: es un trastorno de la coordinación y de la estática, porque se observa una importante inestabilidad en el equilibrio, con mal control en la cabeza, tronco y la raíz de los

miembros, las personas que padecen esto suelen moverse lentamente y con precaución por la pérdida de equilibrio (Martínez, 2010).

Pastor (2004) presenta otra clasificación de la discapacidad motora: I. Traumatismos medulares o encefálicos (parálisis), II. Afecciones nerviosas en periodos críticos evolutivos (parálisis cerebral, espina bífida, parálisis infantil etc.), III. Enfermedades progresivas (Esclerosis, distrofias musculares, ataxias), IV. Hipertrofias (cáncer), V. Metabolopatías (Diabetes y algunas parálisis), VI. Inmunopatías (sida), VII. Otros (enfermedades poco frecuentes y complicaciones o trastornos múltiples. Esta última clasificación considera en gran medida cómo es adquirida la discapacidad.

### *1.3.1.3 Etiología*

Algunas personas nacen con la discapacidad, otras personas la adquieren de manera repentina, e incluso pueden desarrollarla con el tiempo. De acuerdo con Maxwell, Watts y David (2008) la discapacidad hereditaria o congénita va a caracterizarse por hacer su aparición antes del nacimiento, y pueden tener un origen genético, infeccioso o ambiental. Sin embargo, en algunas ocasiones es muy difícil identificar la causa. La discapacidad entonces tiene dos tipos de etiología, por un lado la discapacidad congénita es aquella deficiencia que se manifiesta desde el nacimiento, producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario o durante el parto. Puede ser consecuencia de una afección hereditaria o de factores ambientales. Por otro lado, la discapacidad adquirida es aquella deficiencia que se origina en el transcurso de la vida, de causas diversas como accidentes, traumas, violencia, intoxicaciones por medios ambientales o medicamentosos, problemas conductuales y/o sociales, por tumores, infecciones, procesos degenerativos, problemas hormonales y metabólicos etc. Las discapacidades adquiridas repentinamente, se relacionan con accidentes o enfermedades, las cuales afectan la funcionalidad de los sujetos en su vida diaria. De acuerdo con estos mismos autores algunas de las causas que además podrían detonar la presencia de una discapacidad son la pobreza, la desnutrición, la falta de acceso a la atención de salud, las malas condiciones de trabajo y la ingesta de venenos y/o plaguicidas.

Estos aspectos muy generales de los orígenes de una discapacidad, aplican para cualquier tipo de ésta. De esta manera se habla de un origen prenatal cuando se presentan diversas condiciones desfavorables de la madre durante la gestación, como pueden ser algunos medicamentos ingeridos y que resulten tóxicos, también medicamentos ingeridos con el propósito de abortar o algún tipo de rayos X, así como algunas infecciones como sarampión o rubéola.

En el caso del periodo perinatal, puede ocurrir que se presenten casos de anoxia, una obstrucción del cordón umbilical, un parto demasiado prolongado y complicado, así como traumatismos (partos con ventosas, fórceps) y prematuridad. Finalmente, entre las causas postnatales, podemos encontrarnos con intoxicaciones, infecciones como meningitis o encefalitis, traumatismos, deshidratación aguda, trastornos vasculares entre otros (Pastor, 2004). Una discapacidad de esta índole puede ser adquirida por accidentes a cualquier edad e incluso se presentan deficiencias motoras en personas de edades avanzadas.

#### *1.3.1.4 Impacto en el desarrollo*

El impacto de la discapacidad motriz en el desarrollo de una persona dependerá en gran medida de la afectación que se tenga y no solo de aspectos relacionados directamente con el tipo de discapacidad, también dependerá de la estimulación que tenga la persona para su mejor desarrollo. De esta manera, por ejemplo, una persona con una parálisis cerebral tendrá cierto retardo y alteraciones en las funciones psicomotoras. Una persona con espina bífida puede presentar alteraciones neurológicas como parálisis en las extremidades inferiores, dificultades de motricidad fina. Pueden presentar alteraciones ortopédicas o complicaciones de movilidad como osteoporosis, ulceración por presión u obesidad ante la falta de actividad física al tener una deficiencia a nivel motriz (Pastor, 2004).

Todas estas implicaciones que pueden llegar a afectar de manera negativa el desarrollo de las personas pueden verse minimizadas si se atienden las necesidades particulares de cada individuo, desarrollando en él la mayor independencia posible, asistiendo a terapias de motricidad y estimulando las capacidades y potencialidades de cada persona.

## **1.3.2 Discapacidad auditiva**

### *1.3.2.1 Definición*

Corresponde a la pérdida total o parcial para escuchar, “La pérdida auditiva es la incapacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente. Desde el punto de vista médico-fisiológico, la pérdida auditiva consiste en la disminución de la capacidad de oír; la persona afectada no sólo escucha menos, sino que percibe el sonido de forma irregular y distorsionada, lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva” (Lobera, 2010, pp. 17).

### *1.3.2.2 Clasificación*

En cuanto a la clasificación de este tipo de discapacidad se llega a hacer una distinción entre hipoacusia y sordera profunda, los hipoacúsicos son aquellos que presentan una audición deficiente, pero son funcionales para desempeñarse en su vida cotidiana, adquieren lenguaje oral aunque en ocasiones con deficiencias de articulación y estructuración. Por otro lado, en las personas con sordera profunda, su audición no es funcional incluso con el apoyo de alguna prótesis.

Retomando la clasificación del INEGI (2012) de los diferentes tipos de discapacidad, específicamente haciendo referencia al grupo 1: Discapacidades sensoriales y de la comunicación, subgrupo de discapacidades para oír, la discapacidad auditiva comprende las descripciones que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o en ambos oídos, o con la pérdida parcial pero intensa, grave o severa en uno o en ambos oídos, aquí se comprende el subgrupo los sordos totales, los sordos de un solo oído, así como las personas con debilidad auditiva (personas que sólo escuchan sonidos de alta intensidad). Contemplando algunas afecciones como agnosia auditiva; anacusia que es la pérdida total de la audición; cofosis refiriéndose a una sordera total; deficiencia auditiva profunda (hipoacusia profunda); deficiencia auditiva severa (hipoacusia severa); derrame auditivo deterioro fuerte de la audición; hipoacusia entre otras. Existe otro tipo de clasificación, esta es por el momento en que aparece: sordera prelocutiva que es

aquella adquirida antes de la adquisición del habla y la sordera poslocutiva que es posterior al habla.

#### *1.3.2.3 Etiología*

Existe una gran diversidad de causas que generan la hipoacusia neurosensorial, pero generalmente se clasifican en dos ramas: Congénitas y adquiridas. Cuando se trata de un problema de tipo congénito, este se presenta desde el nacimiento, puede ser un factor de herencia o debido a un desarrollo anormal en alguna etapa de gestación del feto. Como antecedente se muestra que antes de desarrollarse la vacuna para la rubéola las madres embarazadas que padecían esta enfermedad desarrollaba en el feto hipoacusia congénita.

En cuanto a los casos de Hipoacusia adquirida, esta sucede después del nacimiento, dentro de los factores que la pueden generar se encuentra el traumatismo, la presbiacusia (pérdida de la audición a medida en que se envejece), exposición a ruidos de industrias o armas de fuego, el síndrome de Meniere y la meningitis. En caso de antecedentes se presenta la ingesta de medicamentos ototóxicos (dañan el oído pero son necesarios para tratar algunas enfermedades mortales) y los tumores en el nervio auditivo, lo cual en ocasiones llega a desencadenar hipoacusia neural (Gil-Loyzaga & Pujol, 2005).

#### *1.3.2.4 Impacto en el desarrollo*

“La deficiencia auditiva, si es profunda y prelocutiva, compromete seriamente el desarrollo lingüístico y en alguna medida también el cognitivo del niño. En la medida que sea menos profunda tendrá consecuencias menos drásticas, pero siempre suele conllevar cierto retraso a nivel lingüístico y verbal.” (Torres, Rodríguez, Santana & González, 1995, p. 58).

Lo que significaría que la manera en que afectará el desarrollo dependerá de la severidad de la falta de audición, como se mencionó anteriormente hay población con deficiencia auditiva que pueden llevar a cabo su vida de manera totalmente funcional, adquiriendo un buen nivel de lenguaje, ya que suelen presentarse dislalias y retraso general del lenguaje y del habla lo que también repercute a nivel

de rendimiento escolar, en todos los casos que se requiera se puede recurrir a diferentes tipos de estrategias como pueden ser el uso estímulos de índole visual, para así potencializar su capacidad de comunicación que es una de las áreas más afectadas y por consiguiente, relaciones sociales y la manera en que se relacionan con otros, obstáculos como estos muchas veces impiden el desarrollo adecuado de las personas, se puede hacer uso de algún tipo de prótesis auditiva (Torres et al., 1995).

### **1.3.3 Discapacidad visual**

#### *1.3.3.1 Definición*

Incluye la pérdida total o parcial de la vista con uno o ambos ojos. Se habla de deficiencia visual cuando se presenta una disminución en la visión aunque se llega a poseer cierto grado de visión, aquí se incluyen afectaciones como visión borrosa, visión en tubo (retinosis pigmentaria), visión periférica (casos de escotomas centrales) se requiere buena iluminación y contraste, hemianopsia (alteración en el nervio óptico). En el estudio de la ceguera se deben de tener en cuenta dos parámetros: la agudeza y el campo visual, la primera definida como la habilidad de discriminar correctamente detalles finos en objetos o símbolos a una determinada distancia ¿y la segunda? En los casos de ceguera se carece de vista o se tienen percepción de luz sin proyección, es decir puede llegar a discriminar luz/no luz (Pastor 2004).

#### *1.3.3.2 Clasificación*

La clasificación del INEGI (2012) contempla al grupo 1 discapacidades sensoriales y de la comunicación, específicamente el subgrupo discapacidades para ver: incluye las descripciones que se refieren a la pérdida total de la visión, a la debilidad visual, es decir, se contemplan personas que sólo llegan a ver sombras así como otras limitaciones que no pueden ser superadas con el uso de lentes, como desprendimiento de retina, acorea, facoma, entre otras. De acuerdo a esta clasificación a la que se ha referido ya, se considera que hay discapacidad cuando está afectado un sólo ojo o los dos. Cabe señalar que una debilidad visual puede

ser ocasionada, entre otras causas, por una disminución severa de la agudeza visual, también se incluyen trastornos en la visión de los colores que sólo permiten ver en blanco y negro, o por trastornos en la adaptación a la luz y en la percepción de tamaños y formas, excluyendo de esta clasificación aquellas que tienen solución con el uso de lentes, como es la miopía o el astigmatismo. De esta manera encontramos aquí afectaciones como cataratas, ceguera parcial, ceguera total, dictioma, o afectaciones en la retina, entre otras

#### *1.3.3.3 Etiología*

En cuanto a la etiología de la discapacidad se hace referencia a múltiples causas, en ocasiones intervienen factores genéticos, enfermedades y/o accidentes que pueden causar la pérdida de la visión. Ejemplos de factores genéticos que pueden ser causa de una discapacidad de este tipo son: glaucoma en casos severos y que no son tratados adecuadamente, cataratas cuando son congénitas, en sí ambas son condiciones que si no son atendidas pueden provocar un daño grave a la visión.

Si se trata de una discapacidad adquirida, como ya se mencionó puede ser por accidentes domésticos, de tránsito o laborales que pueden provocar la pérdida de uno o ambos ojos, cicatrices en la córnea u otras estructuras, infecciones virales y bacterianas del ojo en casos extremos y que estos no sean adecuadamente atendidos por personal especializado, también se considera que la deficiencia desnutrición a causa de la falta de vitamina A, produce deficiencia visual (Santamaría, 2006).

#### *1.3.3.4 Impacto en el desarrollo*

Se puede afirmar que las personas con grave afectación visual comparten una peculiaridad física que tiene relevantes efectos sobre su comportamiento, sobre su forma de adaptarse al ambiente y sobre su manera de crecer y desarrollarse en el mundo, principalmente.

Una persona que nace con algún tipo de deficiencia sensorial, o que la adquiere en determinado momento, se puede enfrentar a diferentes tipos de barreras en diferentes ámbitos. Núñez & Salamanca (2001) mencionan que la

naturaleza y la severidad del impedimento de los sentidos cercanos y de distancia le imponen a una persona grados variados de aislamiento social. Para este tipo de población crea limitaciones severas en la movilidad temprana del niño, la exploración directa de su mundo y lo que es más importante, el acceso al aprendizaje social. Si la discapacidad se adquirió en una edad más avanzada, las dificultades pueden ser menores debido a que ya hay un antecedente importante de aprendizaje. Se puede recurrir a estrategias educativas que se adecuen a la deficiencia visual que se presenta.

### **1.3.4 Discapacidad intelectual**

#### *1.3.4.1 Definición*

Una de las definiciones de discapacidad intelectual es otorgada por la Asociación Americana del desarrollo de la Discapacidad Intelectual AAIDD, (2010) explica que, “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años” (Alí & Blanco 2015; Schalock et al., 2010, p.1, como se citó en Solar, 2015).

#### *1.3.4.2 Clasificación*

En la clasificación que retoma el INEGI (2012) se encuentra que este tipo de discapacidad está dividido en subgrupos, discapacidades intelectuales donde se consideran afectaciones como hidrocefalia, microcefalia, síndrome de down, síndrome de pick (enfermedad de pick) entre otras; discapacidades conductuales y otras mentales, tales como depresión grave, autismo y esquizofrenia; Insuficientemente especificadas. Ellos incluyeron a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas. Este tipo de discapacidad puede manifestarse mediante limitaciones para el aprendizaje de nuevas habilidades, limitaciones en la capacidad de las personas para “comportarse” en las actividades de la vida diaria y/o relacionarse con otras personas (Martínez, 2010).



#### *1.3.4.3 Etiología*

En cuanto a la etiología de la discapacidad, se puede hablar de periodos y las causas más comunes por las que se da una discapacidad de este tipo. En el periodo prenatal, el desarrollo del cerebro antes del nacimiento puede sufrir alguna alteración debido a causas genéticas (ausencia o mutación de un gen) alteraciones en los cromosomas, ambientales como radiaciones, ionizantes; en las causas perinatales pueden presentarse dos grandes causas de lesión cerebral, un trauma obstétrico como una agresión directa o no al sistema nervioso, o puede presentarse anoxia perinatal que es una falta de oxígeno al cerebro del feto. Finalmente en el periodo posnatal, el cerebro al momento del nacimiento no está totalmente formado por causas diferentes como algún tipo de infecciones (encefalitis o meningoencefalitis), incluso traumatismos craneoencefálicos. Como complemento de esto, algunos autores mencionan que existen cuatro grupos de factores causales: biomédicos, sociales, comportamentales y educativos. Entre las causas biomédicas se contemplan alteraciones de diferentes cromosomas (cromosomopatías) que pueden ser autosómicas y gonosómicas, nacimiento prematuro del niño, hipoxia, alteraciones neonatales, infecciones transplacentarias, daños en el cerebro, traumatismos, malnutrición, toxinas, ataques, entre otros. Si se hace referencia a un origen de índole social se habla de fenómenos como la pobreza, malnutrición de la madre, violencia de género entre lo que puede llegar a influir. Finalmente, en las causas educativas se incluyen aquellos padres que también tienen discapacidad y ausencia de oportunidades educativas (Solar, 2015).

#### *1.3.4.4 Impacto en el desarrollo*

La presencia de la discapacidad, sobre todo en los casos más graves de ella, trae consigo ciertas particularidades en el desarrollo de una persona con esta condición, las cuales se pueden resumir en los siguientes: en ocasiones se presentan déficits a nivel cognitivo, como dificultad en la capacidad de aprender, dificultad para memorizar ciertas cosas, déficit en atención, déficit en las generalizaciones y una capacidad limitada para adaptarse al entorno social, se considera que cuentan con un nivel socioemocional superior al cognitivo y tienen dificultades para la regulación

de las emociones, así como cierto déficit en habilidades sociales y un retraso en la adquisición de hábitos de autonomía. A nivel motor, sus reflejos son débiles, en algunos casos existen peculiaridades posturales del movimiento y de la motricidad fina y gruesa. En cuanto al lenguaje se presenta un retardo en el ritmo de adquisición de éste, problemas de lenguaje como disglasias y disfemias, cuentan con un vocabulario y construcciones gramaticales limitadas y hay un déficit en habilidades de comunicación no verbal (Solar, 2015). Todo lo anterior no implica que no puedan desarrollar ciertas habilidades de comunicación, regulación emocional, habilidades lingüísticas o de comunicación o que no puedan aprender.

#### **1.4 Conclusión**

El concepto de discapacidad ha evolucionado a lo largo del tiempo, esto trajo consigo ciertos beneficios para la población que representaba una minoría y que en cierta medida sufría de ciertos actos de discriminación, pasando de personas totalmente ignoradas, consideradas un castigo para sus padres y muchas veces asesinados sin más, a personas que también son seres humanos y con ello tienen derecho a la educación, por ejemplo. Si bien, debido a algunas condiciones orgánicas la población con discapacidad se enfrenta a ciertas limitaciones, dependiendo ello de muchos factores (tipo de discapacidad, origen de la discapacidad, grado de afectación etc.), esto no implica necesariamente que no puedan desempeñarse en el mundo de manera satisfactoria, es así que en cierta medida ese cambio de paradigma que incluye en sus supuestos la inclusión de aspectos contextuales o sociales, amplía en gran medida la visión del fenómeno y a qué se haría referencia cuando se habla de discapacidad.

## **CAPÍTULO 2**

### **SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

La sexualidad humana es un tema que puede resultar poco abordado en la sociedad, considerado muchas veces un tema tabú, resultando por lo tanto, poco discutido y propenso a que se encuentre inmerso en un sinfín de mitos y lleno de desinformación. En el caso de las personas con algún tipo de discapacidad se presentan diversas barreras que impiden su desarrollo sexual y al igual que la población sin discapacidad, los pone en riesgo. Muchos de estos riesgos a los que se encuentran expuestos, en realidad, no difieren de los aquellos a los que se enfrenta cualquier adolescente que no tenga acceso a una adecuada educación sexual y que no esté en contacto con este tipo de temáticas o que la información que está recibiendo no sea apropiada o suficientemente completa.

Los riesgos más comunes son embarazos no deseados o a edades muy tempranas, infecciones de transmisión sexual, abuso sexual, esta falta de educación sexual, la mala calidad de su contenido, el cual muchas veces suele estar diseñado para promover la abstinencia, se encuentra influenciado por esos tabúes que rodean la sexualidad y en los casos de las personas con discapacidad se agregan ciertos mitos y creencias erróneas, lo que repercute en cómo una persona vivirá su sexualidad. No solo se les está exponiendo a ciertos riesgos, también se les estaría negando el acceso a una vida sexual segura y plena.

En este capítulo se hablarán de aspectos generales de la sexualidad, presentando la definición de sexualidad, así como aspectos relacionados con derechos y servicios de salud, para de ahí partir a elementos particulares, abordando el tema de sexualidad y discapacidad, además de problemáticas específicas relacionadas con la temática como embarazo no deseado, ITS y abuso sexual.

## 2.1 Definición de sexualidad

Inicialmente resulta importante definir el término sexualidad debido a que resulta indispensable para el análisis de las temáticas que se relacionan con él y así posteriormente tratar la sexualidad de las personas con algún tipo de discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud define Sexualidad como: “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida abarca al sexo, las identidades, y los papeles de género, el erotismo, el placer y la intimidad. La reproducción y la orientación sexual se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos religiosos y espirituales” (Organización Mundial de la Salud, 2006).

De esta manera, al hablar de sexualidad no solo nos referiremos a relaciones sexuales o al acto coital, la definición nos presenta un panorama mucho más amplio, que incluye la constitución de una identidad, la afectividad, el placer, la intimidad y otro tipo de aspectos que resultan muchas veces complejos y que son exclusivos de los humanos. Algo que resulta importante rescatar y señalar nuevamente, es que se trata de algo que está presente a lo largo de la vida de todas las personas, desde niños se tiene sexualidad, las formas en las que se expresan van cambiando, pero son inherentes a cualquier persona por el simple hecho de ser seres humanos, de ser seres que tienen vida y viven en interacción con otros.

Autores como Benites (2000) & Glover-Graf (2012) concuerdan que la sexualidad trata de una serie de comportamientos o conductas de los individuos influidos por la interacción de factores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociales, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y por pautas culturales que se relacionan con un criterio moral que va a mediar esos comportamientos incluyendo la tolerancia en temas como relaciones sexuales, la forma en que es adecuado expresar la sexualidad e incluso la elección de una pareja. Esta elección

de quién es o no atractivo, quién debe o no ser una potencial pareja, se encuentra influenciada por el contexto cultural en el que se desenvuelva el individuo.

Considerando todo lo que involucra la sexualidad humana, se ve que es un aspecto complejo que si bien es mediado por pautas culturales y que siempre va a estar sujeto a reglas de índole social, variando de cultura a cultura e incluso de familia en familia, es algo de lo cual no se puede desprender, pero que finalmente se vive de manera individual y particular, cada ser humano lo va expresar según sus aprendizajes, gustos y personalidad.

## **2.2 Derechos sexuales y reproductivos**

Anteriormente se retomó la definición de sexualidad, tomando en consideración que se trata de algo sumamente complejo, se determinó que la cultura es algo que influye en cómo es vista la sexualidad, por ello se podría decir que la sexualidad, a pesar de ser vivida de manera muy personal y ser un aspecto íntimo, debe haber especificaciones para garantizar bienestar y el pleno ejercicio de ella así, de esta manera se considera que se tiene derechos al respecto.

La Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos que expidió la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) en 1996, es un instrumento el cual su fundamento se encuentra sostenido en los siguientes derechos: a la vida; a la libertad y a la seguridad de la persona; a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación; a la privacidad; a la libertad de pensamiento; a la información y educación, a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia; a decidir tener hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos; a la atención y protección de la salud; a los beneficios del progreso científico; a la libertad de reunión y a la participación política, a no ser sometido a torturas y malos tratos. Estos derechos reproductivos se basan en el principio básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, a disponer de la información y los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones

relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia (La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México, 2014).

Por otra parte la World Association for Sexual Health (2014) expone y desarrolla 16 derechos sexuales, los cuales son:

1.- El derecho a la igualdad y a la no-discriminación:

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los derechos sexuales de la declaración de derechos sin distinción alguna de raza, etnicidad, color, sexo, idioma, religión, etc.

2.- El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona:

Toda persona tiene derecho a la vida, la libertad y la seguridad, estos derechos no pueden ser amenazados, limitados o retirados de forma arbitraria por razones relacionadas con la sexualidad.

3.- El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo:

Toda persona tiene el derecho de controlar y decidir libremente sobre asuntos relacionados con su cuerpo y su sexualidad (elección de comportamientos, prácticas, parejas, toma de decisiones libres y previas a cualquier prueba, intervención, terapia, cirugía o investigación relacionada con la sexualidad).

4.- El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes:

Nadie será sometido a torturas, tratos o penas degradantes, crueles e inhumanas relacionados con la sexualidad, incluyendo: prácticas tradicionales dañinas como la esterilización forzada, la anticoncepción o aborto forzados.

5.- El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción:

Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia y coerción relacionada con la sexualidad: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, el bullying, la explotación sexual y la esclavitud, la trata con fines de explotación sexual, las pruebas de virginidad, y la violencia cometida por razón de prácticas sexuales, de

orientación sexual, de identidad, de expresión de género y de diversidad corporal reales o percibidas.

6.- El derecho a la privacidad:

Toda persona tiene derecho a la privacidad, relacionada con la sexualidad, la vida sexual, y las elecciones con respecto a su propio cuerpo, las relaciones sexuales consensuales y prácticas sin interferencia ni intrusión arbitrarias. Incluye el derecho a controlar la divulgación a otras personas de la información personal relacionada con la sexualidad.

7.- El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras:

Toda persona tiene el derecho de obtener el grado máximo alcanzable de salud y bienestar en relación con su sexualidad, que incluye experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. Esto requiere de servicios de atención a la salud sexual de calidad, disponible, accesible y aceptable, así como el acceso a los condicionantes que influyen y determinan la salud incluyendo la salud sexual.

8.- El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten:

Toda persona tiene el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad y la salud sexual.

9.- El derecho a la información:

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada, retenida arbitrariamente o manipulada intencionalmente.

10.- El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad:

Toda persona tiene derecho a la educación y a una educación integral de la sexualidad, apropiada a la edad, científicamente correcta, culturalmente

competente y basada en los derechos humanos, la igualdad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad y el placer.

11.- El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento: Toda persona tiene el derecho a elegir casarse o no casarse y a, con libre y pleno consentimiento, contraer matrimonio. Este derecho incluye la igualdad de acceso a la asistencia social y otros beneficios, independientemente de la forma de dicha relación.

12.-El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo:

Toda persona tiene el derecho de decidir tener o no hijos y el número y espaciamiento de los mismos.

13.- El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión:

Toda persona tiene el derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre la sexualidad y tiene el derecho a expresar su propia sexualidad a través de, por ejemplo, su apariencia, comunicación y comportamiento con el debido respeto al derecho de los demás.

14.- El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas:

Toda persona tiene el derecho a organizarse pacíficamente, a asociarse, reunirse, protestar y a defender sus ideas con respecto a la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

15.- El derecho a participar en la vida pública y política:

Toda persona tiene el derecho a un ambiente que permita la participación activa, libre y significativa y que contribuya a aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos y otros de la vida humana, a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales.

16.- El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización:



Toda persona tiene el derecho de acceso a la justicia, a la retribución y a la indemnización por violaciones a sus derechos sexuales.

### **2.3 Servicios de salud**

Todos los derechos sexuales y reproductivos que se abordaron, en teoría y como queda estipulado, deben ser equitativos para la población en general, buscando que nadie quede exento de gozar de esos derechos y que se hable de un bienestar en general. Sin embargo, la realidad puede llegar a ser muy diferente, hay población que es vulnerable a sufrir de discriminación y que se les niegue el acceso a ellos, incluidos algunos servicios de salud. La población a la que se le llega a negar el acceso a servicios de salud pueden ser las llamadas minorías: mujeres por cuestiones de género, vivir en ciertas regiones donde no se llega a tener acceso a servicios de salud, zonas rurales en condición de pobreza, personas con algún tipo de discapacidad, entre otros. Aquí se hace referencia particularmente a las personas con discapacidad.

Se establece en el manual de salud reproductiva que la atención en salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad es reconocida en el Programa Nacional de Salud y que su propósito es promover acciones multisectoriales, atender las necesidades relacionadas con la sexualidad y las necesidades que surjan a raíz de una condición de discapacidad, se busca el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, el pleno disfrute de su sexualidad y acceso a la metodología anticonceptiva. Para ello se requiere de la intervención de todo el personal adecuado para brindar la atención médica y psicológica que cada individuo requiere, esa atención estará enfocada a la orientación y consejería sobre el ejercicio de la sexualidad, a la prevención de los embarazos no planeados, prevención de infecciones con un trato digno y manteniendo el respeto a la libre decisión. En caso que la persona no pueda hacerse cargo de tomar decisiones, la prestación de servicios deberá de hacerse con estricto apego a la normatividad existente en la materia (Programa de Acción: Salud Reproductiva, 2001). Sin embargo, la realidad puede ser otra, el acceso que tienen las personas con discapacidad a los servicios de salud reproductiva puede

ser nulo. Una de las principales causas por las que no se da ese acceso es que no se cree que ellos tengan sexualidad, se encuentran rodeados de mitos y prejuicios.

#### **2.4 Mitos alrededor de la sexualidad en personas con discapacidad**

Teniendo el precedente del concepto de sexualidad, de los derechos sexuales y reproductivos, además de información respecto al acceso que tienen las personas con discapacidad a servicios de salud, nos enfocaremos en cómo viven la sexualidad aquellas personas que tienen una condición de discapacidad, población que se encuentra inmersa en gran cantidad de mitos que afecta significativamente el ejercicio de su sexualidad de manera plena.

Las personas con discapacidad son vistas como personas incapaces de hacer muchas cosas, cosas que las personas “normales” realizan con relativa facilidad, se describen como personas inhábiles, inseguras y de esta manera van siendo "educados" para ser seres indefensos y dependientes de aquellas personas que están a su cargo (Toledo, 1998). Esta visión repercute en muchas áreas de la vida de esta población y en temas relacionados con la sexualidad afecta de manera considerable, ya que la percepción sobre que esta población no es capaz de hacer muchas cosas por sí mismos, tampoco son aptos para tener vida sexual. Autores como Navarro, Torrico & López (2010) & Rodríguez, López, Morentin & Arias (2006) mencionan que personas con algún tipo de discapacidad pertenecen a una minoría a la que tradicionalmente se le ha negado toda posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales, que en parte se debería a una concepción reduccionista de la sexualidad la cual ha existido desde siempre, es decir, la sexualidad vista como un acto de reproducción restringido a tener relaciones sexuales. Las personas son vistas como asexuales, debido a que hay en ellos una ausencia o falta de deseo sexual, incapaz de llevar a cabo cualquier acto sexual y que además carecen de las aptitudes sociales apropiadas para tener una vida sexual “adecuada” (Glover-Graf, 2012).

Todas estas creencias más que se encuentren relacionadas a las limitaciones de la discapacidad, son en realidad alimentadas por actitudes e ideas, muchas veces erróneas respecto a la población con discapacidad. Castillo (2010) hace un

listado de los principales mitos que se llegan a presentar en el tema sexualidad y discapacidad.

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

Hay algunos puntos de este listado que se presentan particularmente en cierto tipo de discapacidad, puede ser que según el tipo de discapacidad, se ligen ciertos mitos. En discapacidad intelectual, personas con una afectación leve llegan a tener una vida sexual normal con posibilidad de formar una familia, pero de manera general a personas con este tipo de discapacidad no se les llega a

reconocer como seres con sexualidad, por otro lado también están los casos en que los padres en cierta medida reconocen una parte de la sexualidad de sus hijos, sin embargo a la par también se cree que ellos particularmente no están interesados o tiene cosas más importantes en que pensar que en sexo (Bárcena & Romano, 2016).

Menciona Caricote (2012) que muchas de las manifestaciones eróticas que llegan a presentar son percibidas como anormalidades o son fuentes de preocupación y de alarma para los padres o cuidadores, lo que lleva a que este tipo de conductas sean reprimidas, alejándolos de hechos o informaciones que podrían estimular su vida sexual. También se establece que prácticas como la masturbación es algo que llega a sobresaltar a los familiares y educadores, sin embargo sería importante recalcar que la autoestimulación no significa necesariamente una conducta erótica, sino una necesidad de estimulación y que ya que no se les habla del tema, una persona con discapacidad intelectual ignora si debe hacerlo en privado o no y cómo llevarlo a cabo adecuadamente. Muchas de las conductas sexuales que llegan a manifestarse, consideradas “desviadas” están ligadas más a la falta de educación sexual que a la misma discapacidad, no haciendo de lado las dificultades de comprensión que las afectaciones más graves conllevan. Las mismas barreras se enfrentan en casos más específicos en personas que tienen afectaciones como Síndrome de Down (Camargo & Coronado, 2016).

En los casos de algún tipo de discapacidad sensorial, la audición y la visión son sentidos básicos del ser humano, debido a que el desarrollo de una persona con este tipo de discapacidad presenta alteraciones en las áreas social, cultural y afectiva, de esta manera la comunicación es uno de los aspectos que debido a su condición puede verse afectada. Resulta relevante tomar en cuenta la edad de aparición y severidad, por ejemplo en casos específicos de discapacidad auditiva, son elementos que van a influir en el desarrollo psicosexual y ajuste emocional, jóvenes sordos tenderán a ser rígidos en sus roles sexuales, dificultándoseles en ocasiones entender la forma de conducirse e interactuar con los demás, poseen habilidades de comunicación menos efectivas (Druet & Escalante, 2000). No

presentan limitaciones físicas para llevar cualquier tipo de práctica sexual a cabo, todas las limitaciones se relacionan con comunicación y socialización, y se acentúan si los padres no permiten cualquier acercamiento a la educación en el ámbito sexual, la desinformación en el tema resulta un gran problema ya que será un factor de riesgo considerable ante diversas situaciones.

En cuanto a la discapacidad motora se llegan a presentar además de las ya mencionadas (acceso a información, mitos, sobreprotección de padres), limitaciones a nivel físico, como dificultades para trasladarse, adoptar diferentes tipos posiciones corporales, limitaciones físicas durante el coito al momento de acariciar o estimular al compañero sexual, dificultades para autoestimularse, sin embargo como mencionan García & Nastri (2011) la exploración manual del cuerpo permite el conocimiento de las zonas corporales que al ser estimuladas pueden servir como punto de partida para desencadenar el arco reflejo que interviene en la erección, las zonas más frecuentes en el hombre son: el glande, la región interna del muslo, la región anal, la planta del pie así como también las caricias pueden brindarse con diferentes ritmos y presiones. De esta manera las limitaciones físicas que se relacionan directamente con la discapacidad pueden ser compensadas por otros aspectos y tener una vida sexual plena.

Por otra parte, también resulta importante la aceptación del cuerpo, trabajar aspectos relacionados con habilidades sociales (HHSS), y explorar esas alternativas de vivir la sexualidad, para no caer en una visión reduccionista de la misma. La sexualidad en personas con algún tipo de discapacidad, les permitirá desarrollarse de manera integral, aprendiendo a conocerse, aceptarse y respetarse como hombres y mujeres que son importantes, personas a quienes se les ama tal y como son; esto les facilitará integrarse a la sociedad de manera activa, la vivencia de la sexualidad permite aceptarse a sí mismo, vivir a plenitud, apropiarse de su cuerpo y tomar sus propias decisiones con respecto a él (Rivera, 2008).

## **2.5 Infecciones de transmisión sexual**

Los adolescentes con discapacidad aspiran a una sexualidad igual a la de los jóvenes de su edad y tienen sus mismas necesidades, pero para satisfacerlas

necesitan ayuda, en muchas ocasiones ocurre que carecen de intimidad, ya que sus cuerpos están desde edades muy tempranas en manos de otros: sus padres, médicos, fisiatras. Es una población que no tiene acceso a información sobre sexualidad o a la que llegan a tener acceso carece de calidad, tanto por falta de información y entrenamiento, como por inhibiciones del paciente y de los mismos profesionales y cuidadores o padres. Se niega así un área fundamental, lo cual provoca gran angustia e impide la rehabilitación integral. La aceptación del cuerpo, una actitud positiva ante la sexualidad, y sentir que pueden generar “atracción” en su entorno, son elementos básicos para vivir una sexualidad placentera (García & Nastri, 2011).

Todas las problemáticas abordadas en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad impiden de manera general su adecuado y sano desarrollo sexual y no solo eso, todo en conjunto pone en riesgo su integridad y salud, al quedar expuestas a contraer alguna infección de transmisión sexual, un embarazo no deseado o a sufrir de abuso sexual, problemáticas que no se alejan mucho de lo que se puede llegar a presentar en población sin discapacidad. En cuanto a la transmisión de infecciones vía sexual en personas con discapacidad no hay estadísticas específicas en México. La incidencia de estas infecciones, incluso de enfermedades como el VIH/SIDA entre las personas con discapacidad es poco conocida, esto puede deberse a la persistente ausencia de estudios e investigaciones que la describan y permitan orientar acciones eficaces e inclusivas de información y prevención. La mayoría de los jóvenes con discapacidad son vulnerables a desarrollar comportamientos de riesgo, debido a la falta de orientación adecuada acerca de la sexualidad.

La consecuencia natural de esta falta de información combinada con la vulnerabilidad que se describe en el estudio es el notorio aumento de casos de HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, como puede ser constatado en diversos países, a pesar de los escasos estudios existentes. Un estudio de Meresman & Gil (s.f) realizado en Uganda arrojó que el índice de infección de HIV entre la comunidad sorda representa el doble del índice respecto a la población no

sorda en la misma área. Del mismo modo, se han realizado estudios en Uganda y se constató que el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad relatan haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual en algún momento de sus vidas. Los grupos de personas bisexuales y homosexuales con discapacidad, para quienes las campañas de información y prevención son prácticamente inexistentes, incluso temas de suma importancia en el ámbito de la salud como el consumo de drogas en la población con discapacidad es poco estudiado, estos datos reafirman el riesgo en el que se encuentran las personas por falta de información y acceso a servicios de salud sexual. En México la situación no tiende a ser muy diferente, en este país, si bien existen programas de prevención de infecciones de transmisión sexual, muchos enfocados en VIH/sida y Virus de Papiloma Humano (VPH) para la población en general, a la fecha no se han desarrollado programas especializados para la población con discapacidad. En cuanto a los especialistas en sexualidad, es preciso aclarar que son pocos los que dedican su atención a este grupo social (UNICEF, 2011). Este dato a pesar de ser de unos años atrás, realmente la situación no ha cambiado en gran medida, los prejuicios siguen influenciando negativamente la sexualidad de las personas con discapacidad, y con ello su acceso a información que resulta vital no solo para el pleno ejercicio de la sexualidad, también para salvaguardar la salud física de la población.

## **2.6 Embarazo**

El embarazo en población con discapacidad, resulta un tema difícil de tratar por profesionales y por la familia cercana, ser madre cuando se tiene discapacidad puede resultar ser una tarea ardua y complicada que pasa por momentos diferentes; algunas dificultades o inquietudes son comparables a los que usualmente se enfrenta una mujer que no vive en condición de discapacidad, otros en cambio podrían considerarse retos relacionados con tener algún tipo de discapacidad o que pueden dificultar aún más el pleno ejercicio de la maternidad, el no ver, no oír, tener que hacer uso de una silla de ruedas, no contar con alguna extremidad o no poder hablar, etc., pueden significar una barrera para el desarrollo individual, también

puede haber dificultades para la crianza de un hijo, sin embargo esto no significa que sean capaces de ser madres y que lo hagan de manera adecuada, las barreras se pueden vencer. Ser madre forma parte de los derechos relacionados con la sexualidad, sin embargo llega a ocurrir que este aspecto le es negado a mujeres con discapacidad, especialmente si se habla de discapacidad intelectual, esta negación a este derecho se ve en situaciones como en una concesión de la custodia legal de los hijos a la madre en caso de divorcio; acceso a la adopción o acogimiento familiar, y, por supuesto, a la reproducción asistida ¿quién lo fundamenta? Este tipo de “discriminación” se ve regularmente en el caso de mujeres con discapacidad física severa, el hecho de que con frecuencia el personal sanitario implicado aconseja casi sistemáticamente la interrupción de sus embarazos por considerarlos de alto riesgo, ocultando su desconocimiento profesional para tratar una mujer con discapacidad en esta situación. El cuidado de los menores sigue y seguirá en debate a pesar de los avances realizados en la incorporación de las mujeres con discapacidad en muchas esferas de la vida, a muchas de ellas les siguen negando decidir sobre su maternidad (Pelaés, Martínez & Leonhardt, 2009). Este tema resulta importante de tratar, aunque complejo por muchos aspectos que son alimentados por los mitos que pueden rodear a la discapacidad.

## **2.7 Abuso sexual**

Una vez más se recalca que la falta de información, la información errónea y los mitos alrededor de las personas con discapacidad impiden un adecuado desarrollo de la sexualidad, lo que representa vulnerabilidad, y se presenten algunos factores de riesgo, uno de ellos es el abuso sexual (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

En el Manual denominado Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación, diseñado para familias y profesionales, creado en España, se define inicialmente el abuso como cualquier tipo de intromisión indeseada, provocada intencionadamente, que viola la integridad personal, emocional, financiera, física o sexual de la persona, se menciona además que un abuso es siempre una violación de los derechos humanos de todo individuo, el



abuso es algo que puede aparecer en cualquier tipo de relación entre dos o más personas, trayendo como consecuencia daños significativos para el que vive el abuso, esto anterior puede hacer referencia a cualquier tipo de abuso, entre ellos el abuso de índole sexual, el cual se describe como aquel abuso o violencia sexual que incluye violaciones, actos sexuales o exposición a material pornográfico sin consentimiento o sin capacidad de consentir por parte de la víctima. Existen factores de riesgo individual o algunas circunstancias específicas en la vida de las personas con discapacidad que las hacen más vulnerables al abuso. Algunas de ellas son: la ya mencionada falta de información; educar para que sean afables y obedientes; la tendencia a depender de otros que les prestan atención y apoyo; aislamiento social. Quienes abusan tienden a considerar a estas personas menos propensas a expresar lo que ocurrió. Además, se documenta que los abusadores son personas cercanas, en las que se confía y en su mayoría son varones. (Sobsey & Doe, 1991). Sin este conocimiento en sexualidad, la población con discapacidad puede no reconocer el abuso sexual cuando le pasa a ellos y las víctimas no podrán revelar los abusos, por ello resulta sumamente importante además desarrollar en ellos habilidades de asertividad, entre otro tipo de habilidades (Nareadi & Runo, 2017) ello permitirá la reducción de riesgo de vivir cualquier tipo de abuso.

## **2.8 Esterilización forzada**

Un tema que resulta controversial relacionado con la sexualidad de personas con discapacidad, es la esterilización forzada y resulta controversial porque se pueden encontrar comúnmente opiniones a favor o en contra de llevar a cabo una práctica de este tipo, las implicaciones son muchas y es relevante tocar este tema debido a ellas.

Pelaés et al. (2009) mencionan que el término esterilización hace referencia a la intervención quirúrgica que resulta tanto de manera directa como indirecta en la terminación de la capacidad individual de reproducirse. La esterilización forzada consiste en realizar este procedimiento sin tener el consentimiento o autorización de la persona que se somete a esta práctica, y cuando el acto se realiza sin que exista una amenaza o riesgo serio para la salud o para la vida. En este segundo

caso, estamos hablando de una práctica que se ha llevado a cabo, se denomina perpetrado en contra. Población con discapacidad, en especial, niñas y mujeres con discapacidad mayoritariamente intelectual, es vulnerable a ser sometida a un proceso de este tipo, vulnerando y pasando por alto los derechos de los que se habló anteriormente. Se determina también que para muchas niñas y mujeres con discapacidad esta experiencia supone una negación de su acceso a los servicios apropiados, viéndose forzadas contra su voluntad, intimidadas, presionadas, violadas e incluso privadas, sin saberlo, de sus derechos humanos más básicos, como salvaguardar su integridad corporal y controlar su salud reproductiva.

Pero, ¿cuáles son las principales razones que llevan a las familias a considerar la esterilización como algo viable? Las respuestas a esta pregunta pueden ser tres principalmente: suposición de que el hijo también nazca con algún tipo de discapacidad, que haya predisposición genética, descartando en su totalidad si la discapacidad tiene otro tipo de etiología; por el “bien” económico, ya que tener un hijo implica diversos gastos, además de la carga y esfuerzo que implica. La familia muchas veces no posee los recursos adecuados incluido el acceso a información y servicios de salud, ve como opción la esterilización; y finalmente la creencia de la incapacidad de las mujeres con discapacidad para ser madres, posición sumamente alimentada por creencias y prejuicios, más si se habla de una discapacidad de tipo intelectual (Pelaés et al., 2009).

Omitiendo (muchas veces por falta de información) las consecuencias físicas que se presentan, entre ellas la aparición temprana de la menopausia, se puede suponer una disminución de placer sexual, debido a que el útero y la cervix juegan un papel importante en la satisfacción sexual. Sin olvidar las repercusiones psicológicas que se pueden presentar, en el estudio de Bjöinsdóttir, Stefánsdóttir & Valgerður (2017), llevado a cabo mediante entrevistas a hombres y mujeres con discapacidad intelectual, se encontró entre otros datos, que las mujeres que habían sido sometidas a esterilización forzada experimentaban sentimientos de desconfianza consigo mismas, no se sentían con control sobre su propio cuerpo, afectaba de manera general su imagen de calidad de vida y autoestima, con

testimonio de personas que aún sin tener una relación afectiva con alguien eran esterilizadas, personas expresaban no entender por qué la esterilización era el control de la natalidad más adecuado para ellas. Finalmente otra de las grandes justificaciones a las que se recurre para realizar un procedimiento de este tipo, es que con una medida como ésta, se está previniendo el abuso sexual, esto resulta totalmente falso ya que lo que se estaría evitando es un embarazo, no el abuso.

## **2.9 Conclusión**

La sexualidad de personas con discapacidad es un tema que se encuentra totalmente rodeado de mitos, se llega a escuchar que son personas asexuadas sin ningún tipo de interés sexual, niños eternos que al ser considerados así se supone que no tienen sexualidad, por lo tanto provoca que el desarrollo en este ámbito sea muy limitado. Si se retoma esa definición de la Organización Mundial de la Salud (2006) la sexualidad va más allá de mantener relaciones sexuales, la definición hablada de aspectos más amplios involucrados en este aspecto fundamental en la vida de las personas, aspectos que incluían afectividad, las identidades, roles de género, erotismo, placer e intimidad.

De esta manera una visión reduccionista de lo que implica la sexualidad, así como todo tipo de desinformación acerca de la discapacidad, una visión muy orgánica o biológica de la misma y por lo tanto reduccionista de las capacidades y potencialidades de las personas con discapacidad estaría propiciando les sean limitadas sus oportunidades de desarrollo en muchos ámbitos de la vida, incluido la socialización y la posibilidad de satisfacer necesidades de afecto además del de la familia, limitando así el desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad. Otro aspecto que resulta importante que de igual forma se derivaría de una visión errónea de la discapacidad y la sexualidad de estas personas, sería que se estaría probabilizando que presenten ciertas conductas de riesgo que ponen en peligro su integridad, el que no se les reconozca como personas sexuales, con necesidades de vivir una sexualidad plena y por lo tanto no se acerque a este tipo de temáticas, no se les brinde información esencial para cualquier personas respecto a vivir una sexualidad responsable y plena, los hace vulnerables a muchos

riesgos, a embarazos no deseados, algún tipo de infección de transmisión sexual, a que sean abusados de muchas maneras por personas que se aprovechan de la condición de la persona y que no les sean respetados muchos de los aspectos a los que tienen derecho que se expusieron en este capítulo.

Estos riesgos no se alejan en nada a los que se encontraría expuesto cualquier persona que no reciba educación sexual. Se cree que por la misma discapacidad no tienen la capacidad de comprender o de tener una vida sexual “normal”. Todos estos aspectos no son precisamente los principales obstáculos de un pleno desarrollo sexual, los principales obstáculos son derivados y mantenidos por mismos mitos que aún persisten respecto a las personas que tienen algún tipo de discapacidad. La educación sexual debe ser de calidad, a la cual todas las personas tienen derecho. Los padres, quienes inicialmente son encargados de educar desde casa a los hijos jugarán un papel sumamente importante en relación a la sexualidad de sus hijos, tema que será abordado en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO 3**

### **VARONES Y COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD CON SUS HIJOS CON DISCAPACIDAD**

La familia es el primer grupo social en el cual los seres humanos se encuentran inmersos, es ahí donde se aprenden pautas de comportamiento, además de ser donde se enseñan valores, cada miembro forma parte importante de ella y a cada uno se le asigna diversas obligaciones. Desde pequeños, es la familia la encargada de proveer cuidados, alimento, vestido y es la que da sentido de permanencia y confianza a uno mismo. Asimismo, Eisenberg, Sleving, Bearinger, Swain & Resnick (2006) mencionan que los padres son capaces de expresar valores, creencias y expectativas sobre sexualidad como parte de su comunicación; es así que en la escuela, se brinda información general sobre estas temáticas sin tomar en cuenta las necesidades individuales de cada estudiante. En cambio, los padres pueden ofrecer información apropiada al nivel de desarrollo físico, emocional y psicológico de su hijo (a) para que se desenvuelva en contextos sociales o circunstancias de la vida. Esto puede ser tanto de forma positiva como negativa.

Los roles que ejerce cada persona dentro de la familia usualmente están establecidos, cada quien ejerce un papel importante y muchas veces muy específico, sin embargo, de unos años a la fecha los cambios económicos, culturales y sociales, una creciente urbanización, la escolarización de las mujeres, anticoncepción, la mayor libertad sexual, la incorporación de la mujer al trabajo, entre otros aspectos, han generado nuevos desafíos o situaciones nuevas para la familia, esto ha generado profundos cambios respecto a las formas de criar a los niños, desde quiénes los crían hasta en qué consiste dicha crianza. La crianza actual mantiene los roles tradicionales de cuidado, protección y educación de los más pequeños, particularmente en lo que se refiere a la enseñanza de las pautas de socialización propias de la cultura de la familia, sin embargo, algunas cosas se han ido modificando, es así aquí que actualmente en muchos hogares son los varones los encargados del hogar (UNESCO, 2007) y por lo tanto encargados de la

educación, esa parte que le corresponde a la familia y no a la institución de la escuela.

De esta manera, actualmente hay hogares en los cuales, los padres se hacen responsables del cuidado de la familia, de los hijos, incluso de un hijo con algún tipo de discapacidad, con todas sus implicaciones: aspectos propios de la discapacidad y los que son propios de la interacción padres-hijos como la comunicación que también abarcará temas de sexualidad.

Los diversos estudios en los que se aborda el tema de comunicación parental y sexualidad en personas con o sin una discapacidad, en su mayoría son madres las que se involucran en el estudio (Andrade et al., 2006; Bárcena & Jenkins, 2018; Estrada, Campero, Suáres-López, Vara-Salazar & González Chávez, 2011; Guevara, Robles, Rodríguez & Frías, 2016; Lameiras, Rodríguez, Calado & González, 2004). Si se revisara a detalle la participación de los padres varones, ésta es mínima, esto no determina que no se presenten padres y sean ellos los encargados de hablar de estos temas con su hijo y que sea un hijo con algún tipo de discapacidad, en este capítulo se aborda esta temática particularmente, partiendo de la influencia que tiene la educación sexual de casa en la salud sexual de los hijos, la importancia de la educación sexual en población con algún tipo de discapacidad y del papel en dicha educación de un padre de familia, analizando cuáles son las pautas por las que se da o no la comunicación con sus hijos y variables que se relacionan.

### **3.1 El papel de los padres en la sexualidad de sus hijos: la comunicación sobre sexualidad y variables que influyen**

En el capítulo anterior se tocó el tema de la sexualidad, específicamente se recalca la importancia de que la sexualidad es parte también de las personas que tienen algún tipo de discapacidad, de los riesgos de que se les niegue este aspecto, siendo fundamental en todo ser humano y de la importancia de que reciban una adecuada educación sexual. Muchas veces se cree que es la escuela el lugar donde se va a aprender este tipo de contenidos, si bien en la educación está contemplado que se impartan los temas, las padres siempre van a ser una pieza fundamental.

En la actualidad, si no se les proporciona a los jóvenes la información de sexualidad adecuada, se pueden encontrar expuestos a diversos riesgos, como los tratados anteriormente (embarazos no deseados y a corta edad, ITS, abusos etc.), por lo que las intervenciones, en diversos países, se han centrado en talleres o contenido escolar preventivo dirigido principalmente a jóvenes, éste tipo de intervenciones muestran efectos mixtos, esto es que si bien los talleres o trabajos que se realizan con adolescentes tienen un impacto generalmente positivo en los conocimientos que adquieren los adolescentes e incluso en algunas habilidades aún queda trabajo que hacer respecto a este tipo de temáticas ya datos demuestran que los adolescentes aún presentan ciertos tipos de comportamientos riesgosos, exponiéndose a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández & Villalobos, 2013).

Por ello también resultará importante la participación de los padres, debido al papel que llegan a tomar y su impacto en ciertos aspectos de la vida de sus hijos, de esta manera, se han realizado diversos estudios en los que se toma en consideración la importancia de los padres en ciertos aspectos de la sexualidad de sus hijos a través de la comunicación sobre temas de sexualidad, estos estudios son muy diversos y se enfocan en aspectos diferentes, lo cual enriquece la información y reafirma dicha importancia de los padres. Blake, Simkin, Ledsky, Perkins & Calabrese (2001) señalan que la calidad de la comunicación entre padres e hijos sobre sexo y sexualidad parece ser una fuerte determinante del comportamiento sexual de los adolescentes. Evaluaciones de intervenciones destinadas a mejorar tales comunicaciones pueden ayudar a identificar estrategias para prevenir la aparición temprana de un comportamiento riesgoso. Debido a esto, muchos trabajos han buscado incluir a los padres en los programas de intervención que trabajan temas de sexualidad. De esta manera diversos estudios han señalado que cuando se capacita a los padres, éstos pueden promover una comunicación eficaz (Atienzo, Campero, Estrada, Rouse & Walker, 2011).

Las investigaciones que involucran a los padres, son diversas, y de cada una se puede rescatar información valiosa, se puede tener indicio de cuáles son los

temas de los que hablan al respecto, cuales son las barreras a las que se enfrentan los padres al comunicarse y los beneficios documentados.

Autores como González et al. (2005) sugieren que son varios los factores relacionados con la familia los implicados en que se dé la comunicación padres-hijos. Entre esos factores familiares están: filiación, figura de crianza, calidad de la relación familiar, comunicación familiar en temas sexuales, escolaridad de los padres, control parental. Estos mismos autores mencionan que este tipo de factores están fuertemente asociados al uso continuo de anticonceptivos en mujeres adolescentes, solteras y sexualmente activas. Esto sustentado por otros autores, Andrade et al. (2006) reportan que la comunicación en temas de sexualidad, al igual que el estudio anterior probabiliza que se utilicen métodos anticonceptivos al tener una vida sexual activa. Más de la mitad de los adolescentes en su estudio informaron haber utilizado método de protección durante su primera relación sexual y éste porcentaje se incrementó para relaciones posteriores, es decir que al utilizar algún método para protegerse en su primera relación y en relaciones sexuales posteriores se minimiza el riesgo de un embarazo no deseado e incluso algún tipo de infección de transmisión sexual.

Otro tipo de beneficios que se reportan es un retardo en el inicio de una vida sexual activa (Lameiras et al., 2004). Con una comunicación parental también se ha documentado que son mayores los conocimientos sobre diversos temas, como los riesgos de un embarazo y todo alrededor del tema, infecciones de transmisión sexual, entre otros. De igual manera, se puede decir que hay mayor concepto de autoeficacia en el uso de condón en hombres adolescentes a nivel secundaria y esto también según los autores, asociado a que los padres hablen de este tipo de temáticas e incluso también con que los adolescentes manifiesten agrado por asistir a la escuela (Estrada et al., 2011).

Otro aspecto a considerar es que en muchas ocasiones los padres discuten más unos temas que otros, comúnmente las consecuencias negativas de la actividad sexual, como lo es un embarazo no planeado o las enfermedades de transmisión sexual, son de los más abordados. Los padres son mucho menos



propensos a discutir la prevención de estas consecuencias (como el uso del condón). Datos de una investigación indican que sólo uno de cada cuatro tuvo un nivel moderado de comunicación sobre el acceso a condones u otras formas de anticoncepción (Eisenberg et al., 2006).

Analizando más los temas de los que hablan usualmente los padres con sus hijos acerca de temas de sexualidad, éstos suelen ser temáticas que involucran la reproducción, es decir, se les explica el proceso de fecundación y todo lo que implica un embarazo, incluido el parto, temas como la menstruación, consecuencias negativas de tener relaciones sexuales, como las infecciones de transmisión sexual, y dentro de este tema destaca la información que se da sobre el VIH/SIDA. Por otra parte, los temas que menos se llegan a discutir son temas de masturbación, abortos, sueños húmedos y erotismo (Dilorio, Pluchar & Belcher, 2003).

Se podría decir que los temas de los que hablan son los que desde la escuela se imparten según el curriculum de educación básica, son temas limitados a temas biológicos y de la salud, haciendo énfasis en las consecuencias o los aspectos negativos de la sexualidad, dejando de lado aquello relacionado con el placer, el erotismo, aspectos que también forman parte de la sexualidad, como puede ser la conformación de una identidad sexual propia, temas de diversidad sexual como la homosexualidad o aspectos muy comunes como el noviazgo, la afectividad, temas que con poca frecuencia incluyen los padres en sus pláticas. Por otra parte, sería importante señalar particularmente debido a la población a la que se hace énfasis en este estudio, que el abuso sexual es un tema que toma relevancia ya que resulta una problemática importante para la población con discapacidad debido a que son un grupo vulnerable a este tipo de situaciones ya que en recientes investigaciones existe evidencia de que los niños con discapacidad, tienen mayores probabilidades de ser abusados sexualmente, en comparación de niños que no tienen discapacidad, también se evidencia que las mujeres con discapacidad son violadas, agredidas y abusadas en proporción dos veces más que las mujeres sin discapacidad (Couwenhoven, 2012).

Ahora, también es importante abordar cuáles son las diversas barreras a las que se pueden enfrentar los padres, ya que puede ser indicio del porqué unos temas se hablan más que otros, ya que la sexualidad sigue siendo tabú. De esta manera, son diversos los obstáculos que encuentran los padres al tratar de hablar con sus hijos, van desde las características sociodemográficas, a otras más personales y específicas. Refiriendo a condiciones sociales y económicas, según Miller y Benson (2001) vivir en barrios desorganizados y/o peligrosos, en una familia de bajos recursos, vivir con un padre soltero, tener hermanos mayores sexualmente activos o hermanas adolescentes embarazadas y/o que sean madres, y ser víctimas de abuso sexual no va a favorecer la comunicación entre padres e hijos y colocan a los adolescentes en alto riesgo.

Otros autores como Lameiras et al. (2004) indican que en los chicos, la actividad sexual está condicionada por el nivel educativo de la madre y la percepción de la calidad de la relación con ella, mientras que en las chicas está condicionado por el nivel educativo del padre y la percepción de la calidad de la relación con éste, información que da indicios de algunos datos que involucran el género del padre y adolescente. Estos mismos autores también confirman la influencia de la religiosidad en la iniciación de la actividad sexual, aunque sólo es en el caso de las chicas. Por otra parte, hay obstáculos que son más de tipo individual respecto a cada padre, pueden ser que se tengan sentimientos de vergüenza al hablar de estos temas, el conocimiento que posean de estos temas o la percepción del conocimiento que tengan y por lo tanto la confianza, comodidad de los padres al hablar de sexualidad, la calidad de la comunicación general entre padres e hijos resultan, aspectos también relevantes para la predicción de la calidad de comunicación sobre la sexualidad. Otras barreras, como cierta dificultad para reconocer y aceptar la sexualidad de los adolescentes (aspecto muy común en población con discapacidad) y el uso de los estilos de comunicación, esto se debe a que hay estilos que resultan más “cómodos” para un adolescente que otros (Dilorio et al., 2003).

Más datos de este tipo los aportan Estrada et al. (2011) quienes mencionan que los conocimientos y la autopercepción que cada persona tiene sobre su

capacidad para realizar exitosamente ciertas acciones son una de las mejores herramientas para predecir y explicar resultados conductuales, en este caso en beneficio de la salud sexual de un hijo, lo que indica que si los padres se sienten capaces de hablar, aumenta la probabilidad de que lo hagan, al igual que los hijos se sienten más confiados.

Otro aspecto al que se enfrentan los padres respecto a comunicarse con sus hijos sobre temas de sexualidad, es la forma en que fueron criados, en entrevistas a algunos padres, Almeida & Centa (2009) encuentran que los padres consideran que dicha educación, una educación conservadora y llena de prejuicios, son marcas que están presentes hasta el presente y esto hace que cualquier comunicación y conocimiento y transmisión de valores asociados con la sexualidad más difícil para ellos, usualmente ellos no recibían educación sexual. En otro estudio realizado por González, Orcasita, Carrillo & Palma-García (2017) existe en los padres participantes, la creencia de considerar que la sexualidad es un tabú, incluso padres y madres han elaborado la idea de que la ausencia de respeto, responsabilidad y cuidado, son factores que pueden terminar en un embarazo no deseado o en enfermedades, también exponen estos autores que al iniciar un diálogo los padres con sus hijos este está mediado por ciertos discursos, percepciones e interpretaciones que los padres han elaborado y que influyen en la transmisión de información sobre sexualidad.

Dilorio et al. (2001) exponen cuales son temas relativamente más hablados por los padres, exponiendo que la información sobre fisiología es igualmente difícil de tocar al igual que otros considerados más complejos o menos comunes de tocar, esto a pesar de ser de las temáticas que más se abordan en la escuela y en cualquier tipo de taller o platica de sexualidad a la que se pueda llegar a asistir, en algunos casos, es ahí donde radicaría la importancia de que en los programas de intervención con padres se aborden cada uno de los aspectos ya documentados y que puedan resultar una barrera para los padres de familia; aumentar la percepción de autoeficacia al referirse a estos temas, abordar todas las dificultades. Un hallazgo importante de rescatar, especialmente por el tipo de población al que va dirigido

este trabajo es lo expuesto por Eisenberg et al. (2006), quienes mencionan que los padres pueden esperar para hablar con sus hijos adolescentes sobre la sexualidad hasta que crean que su hijo está en una relación romántica, y resulta de especial relevancia para la población con discapacidad ya que podrían considerarse que las personas con discapacidad no tienen sexualidad, lo que podría significar que nunca se perciba esa necesidad de educación sexual y por lo tanto que nunca se toquen este tipo de temáticas, esto resulta ser un error y pone en riesgo la integridad de estas personas.

Resulta importante también destacar que el que hablen o no de estos temas de sexualidad dependerá también de otro tipo de factores como los conocimientos, creencias acerca de la sexualidad, expectativas de hablar de estos temas, las cuales se han documentado anteriormente se relacionan con la comunicación (Bárcena & Romano, 2016). También pueden influir otro tipo de factores como el que tengan una visión positiva de la sexualidad y de la discapacidad (Ballan, 2012)

### **3.2 Padres, comunicación sobre sexualidad y discapacidad**

Como ya se señaló, son diversos los estudios que demuestran que las personas con discapacidad viven una vida sexual activa y reafirman, al igual que la población sin discapacidad la importancia de los padres en la salud sexual, particularmente de la comunicación sobre temas de sexualidad.

Robles et al. (2013) encontraron que de una muestra de 132 adolescentes con discapacidad auditiva, el 45.8% había tenido relaciones sexuales, con una edad promedio de 16.9 años en su debut sexual, el 72% no usó ningún método anticonceptivo, por otra parte, el 57% reportó haber tenido su primera relación de manera forzada y de este porcentaje el 69.7% tuvo una relación forzada subsecuente. En lo que compete a los padres, se encontró que la comunicación se da en cuanto a lo bueno y malo de tener relaciones (similar a lo encontrado en población sin discapacidad) por otra parte no hablan nunca de cómo se contagian las infecciones, ni como se previenen, también se menciona que el adolescente con discapacidad habla menos con su papá que con mamá, lo que puede resultar en ciertos patrones de conducta riesgosos, es decir, tener relaciones sexuales en

condiciones no seguras y mucho menos responsables. En el caso de este estudio, los datos arrojan que más de la mitad de los jóvenes nunca había conversado con sus padres o madres sobre su salud sexual.

De igual manera, el estudio de Guevara et al. (2016) aporta datos similares, ya que en población con discapacidad visual encontraron que 45 de sus 64 participantes, es decir, el 70.3% reportaron haber iniciado su vida sexual, de los cuales el 54.5% eran varones y el 45.5% mujeres, el 50% de los casos reportó que su primera relación sexual ocurrió antes de los 18 años de edad, 53.3% de los jóvenes la tuvo con su novio o novia, 33.3% con un amigo, 8.9% con un familiar y el 4.4% con una persona desconocida; 67.5% la tuvieron en su casa o en casa de su novio(a) o amigo(a), 27.9% en un hotel y 4.7% en otra casa; un porcentaje importante, cercano al 70%, no planeó su primera relación sexual, ni utilizó algún método anticonceptivo, antes del estudio, el 30% había tenido más de cinco relaciones sexuales de los cuales el 40.9% no utilizó preservativo (condón). En lo que respecta a comunicación con los padres, entre los principales hallazgos de esta investigación destacan que cuando los jóvenes se comunicaron con ellos, es más probable que retarden la edad de su primera relación sexual, que ésta sea protegida, y que utilicen consistentemente el preservativo.

Estos datos presentados pueden dar indicio que las personas con discapacidad están viviendo su sexualidad, esas personas que históricamente han sido etiquetados como personas con “retardo mental” “ciegos” “sordos” al igual que las personas consideradas “normales”, son seres sexuados, en su cuerpo ocurren las mismas transformaciones biológicas que en el resto de las personas, incluidas las transformaciones del período puberal, acompañadas de enamoramientos, del incremento del deseo sexual y la necesidad de darles una respuesta placentera (Castillo, 2010; Parchomiuk, 2013). También, lo expuesto con los pasados dos estudios anteriores indican la influencia de los padres; aspecto importante si se tiene en consideración que es una población a la que les niega el acceso a la educación sexual, serán precisamente los padres quienes tomaran relevante importancia, particularmente con la comunicación que entablen con ellos acerca de estos temas,

los temas de los que hablen, la forma y demás variables, tratadas anteriormente. Sin embargo habrá que tener en cuenta también ciertos factores cuando se habla de comunicación sobre sexualidad y discapacidad, los padres se enfrentan a dificultades cuando se trata de explicarles o hablar con sus hijos de estos temas, unos muy comunes como los que fueron expuestos anteriormente, falta de conocimiento, nivel socioeconómico, sentimientos de vergüenza etc. Y que se les puede presentar a cualquier padre, otro tipo de dificultades serán más relacionados a la condición que tenga un hijo con discapacidad, ejemplo de esto:

En un estudio en el que participaron 20 madres con edades entre 30 y 53 años con hijos con deficiencia visual recopilan testimonios del tipo -No sé cómo hablar, ni con mis hijos que sí ven. -Estos asuntos yo no toco. -Siento vergüenza, no estoy preparada. -Es muy difícil... yo no sé decir nada sobre eso. -Pues... yo se lo dejo a Dios. -¡Ay, Dios! Si yo supiese, hablaría sobre eso. -Yo no sé hablar sobre eso, yo aprendí sola. -Yo tenía pena de él, pero, ¿qué puedo hacer? yo no sé qué decirle. En casa no se habla de eso. -Yo ya lo encontré tocándose, pero ¿qué puedo hacer? Otros tipos de argumentos estaban más vinculados a la discapacidad, -Después de convencerme de que mi hijo era ciego, pensé... él necesita recibir lo mejor de todo...; él necesita saber que el hombre es diferente de la mujer... "Usted sabe, el ciego ve con las manos. -Fue difícil pero hice lo siguiente: le dije a su padre: nuestro hijo necesita conocer su cuerpo. Él se puso rojo de vergüenza, pero yo insistí. Muchas de estas líneas son evidencia de lo que se abordaba en el apartado anterior, acerca de las barreras individuales a las que hacen frente (Toledo, 1997).

Siguiendo la línea de las dificultades a las que se enfrentan los padres, Pineda, Gutiérrez & Rodríguez (2012); Pineda & Gutiérrez (2009), al llevar a cabo talleres para familiares con síndrome de Down, encuentran que durante la fase inicial, los participantes mostraron no tener los conocimientos suficientes sobre sexualidad, por lo al serles proporcionada la información los talleres tuvieron un impacto positivo, aspecto importante a considerar pues da indicios acerca de que los padres deben contar con los conocimientos adecuados sobre sexualidad, pues esto repercute también en una visión de la sexualidad muy limitada, tal como

ocurrió. En general, la sexualidad según los padres involucra genitalidad, relaciones sexuales, embarazos e infecciones pero dejan de lado otros aspectos también importantes, al poseer una buena información podrán manejarla correctamente y de forma sana en sus hijos.

Por otra parte, como ya se mencionó, los padres llegan a sentir angustia, temor, culpa que en muchos casos, sobre todo en población con discapacidad, se puede ver reflejado en algunos comportamientos de sobreprotección o nulificación, por ello resulta importante trabajar actitudes ayudando a los padres a ser más propensos a hablar con sus hijos. Oliver (2006) trabajó con talleres de sexualidad, tanto para los chicos como para sus padres, talleres donde se promovieron espacios de comunicación e intercambio entre los padres participantes y otros padres de hijos con discapacidad, hijos que llevaban una vida normal, algunos de ellos tenían pareja y habían contraído matrimonio. Estos talleres consistían en sesiones abiertas de consejería a la demanda de los padres, formación de un grupo de autoayuda y consolidación de lazos entre ellos para apoyarse en el futuro, además de la formación de un grupo de autogestores y un club sabatino (conformado por chicos y chicas con discapacidad intelectual), dejando como resultado que las actitudes de los padres se modificaron positivamente, pues al principio asumían que sus hijos no estaban interesados en la sexualidad, cambiando esto al final y sintiéndose capaces de en algún momento tocar esos temas.

Finalmente mencionan Torres & Beltran (2002) que los padres deben estar conscientes que una de las exigencias de su vocación de padres debe ser el constante deseo de conocer, responder y ayudar a sus hijos. Asimismo, se requiere que ellos mismos hayan sido educados sexualmente y que posean información general sobre este tema, así como sobre los elementos del desarrollo psicosexual, para estar en condiciones de dar una orientación sexual adecuada a sus hijos, añadiendo también que deberán tener y/o desarrollar una serie de actitudes positivas respecto de la necesidad de que sus hijos sean educados sexualmente.

### **3.3 El papel de los varones en la educación y en la comunicación sobre sexualidad de un hijo con discapacidad.**

Como ya se mencionó, en casi todos los estudios donde se abordan temáticas sobre sexualidad, son principalmente las madres quienes se involucran en una investigación de este tipo, Toledo (1997) se pregunta “¿qué dificultades y/ o facilidades son vivenciadas por los familiares para afrontar estas temáticas? Y de manera especial por las madres, ya que son ellas las personas a quienes normalmente, la sociedad a través de los tiempos otorgó la responsabilidad de la educación de sus hijos.

Esto no debe descartar la participación de los padres varones, en algunos de los hallazgos de estudios presentados se hace referencia al papel que ellos toman, por ejemplo, explicarle a su hijo varón o el negarse a hablar de algo así se puede percibir como que no es su responsabilidad, pero ¿cuál es el papel que llegan a tomar ellos, como varones, en la educación sexual de sus hijos? Para iniciar, es importante hacer mención que tradicionalmente la paternidad ha sido considerada como la capacidad que tiene el hombre de engendrar hijos, incluso la paternidad puede suponer el cumplimiento de una de las expectativas que incorpora el rol de género masculino y el no cumplimiento de ésta promueve una evaluación social negativa, la paternidad implica responsabilidades, la responsabilidad de ellos como hombres frente a su familia ha sido la de proveedor en un sentido económico, al tener que satisfacer las necesidades económicas y materiales del niño o la niña como dar alimento, vestido, educación y salud; en cambio, quedan en segundo plano la satisfacción de necesidades afectivas y emocionales (Gallegos, 2014).

No obstante, durante los últimos años la definición del rol paternal ha sufrido un cambio respecto de lo que tradicionalmente se cree que debe ser el papel del padre dentro de la familia, se comienza a percibir los roles de alimentación y cuidado como aspectos deseables de la paternidad que en muchas ocasiones favorecen una buena relación con los hijos. Estos cambios están en función del sistema de valores de la familia y de la comunidad en general, además de factores sociopolíticos (Paterna, Martínez & Rodes, 2005). De esta manera se puede decir



que se ha estado generando una creencia de que los hombres deberían ser padres más activos en el cuidado de los hijos, así como también estar preparados para otros roles diferentes de los exclusivamente económicos y disciplinarios.

Menciona Rodríguez (2004) que los varones deben de lograr vencer las tradiciones atávicas de ser meros proveedores y compartir el gozo en la crianza de los hijos. Por otra parte, Paterna et al. (2005) exponen que los padres identifican la condición de paternidad con expresiones que hacen referencia a roles, rasgos y actitudes adecuados a la hora de llevar a cabo la tarea de crianza de sus hijos, los cuales despiertan en ellos estados anímicos, emociones y vivencias hasta entonces no vividos, manteniendo así lo que consideran sigue siendo su parte como padre, lo que puede ayudar a que lleven su paternidad contemplando todos los aspectos que conllevaría. Pero, ¿qué ocurre con los padres cuando se enfrentan a la paternidad de un hijo con algún tipo de deficiencia física, sensorial y/o cognitiva?

Gallegos (2014) menciona que usualmente un padre reacciona negativamente a una situación así, esta negatividad se encuentra relacionada con el nacimiento de un hijo varón particularmente y parece proporcionalmente correlacionada con el grado de disfuncionalidad que tenga o pueda tener su hijo. Diferentes autores exponen algunos puntos relevantes en relación a la paternidad de un hijo con discapacidad: Se dice que los padres en muchos casos son los que sufren mayor depresión, debido quizás a la dificultad que tienen para expresar sus afectos, en este sentido suelen presentar un acercamiento progresivo y gradual. Llegan a surgir cuestionamientos del “porqué a mí me pasó esto” “qué hice para que mi hijo naciera así” “yo no esperaba un niño con esas características”; La mayoría de los padres aluden a las expectativas negativas de la situación de tener un hijo con discapacidad, es decir, se preocupan más porque éstos salgan adelante en la vida y puedan llegar a ser independientes en los ámbitos laboral, social y educativo, así como que desarrollen un buen nivel de lenguaje para ser independientes y poder involucrarse en actividades de la vida cotidiana, que por cuestiones afectivas. En lo referente al aspecto económico que conlleva una discapacidad y partiendo del supuesto de que los hombres desempeñan el papel de apoyo financiero para sus

familias y que esto les da prestigio y poder (lo cual se les ha sido asignado históricamente), se puede decir que si el padre no puede cumplir con esto, se frustra y se considera incompetente. Los varones refieren que a veces la impotencia es algo que no les permite, por un tiempo, analizar claramente este momento de su vida y se van por el camino donde todo lo relacionado con el hijo o hija se ve con una perspectiva sumamente negativa.

Aunado a esta situación los rebasa y supuestamente la mujer es la más indicada para soportar ciertas circunstancias a las cuales el varón no se enfrenta normalmente y a veces le cuesta trabajo y llegan a presentarse argumentos como - Ella aguantaba, es más dura. También se presentan casos en que se expresan el deseo de no tener más hijos por temor a que se repita la experiencia. O en muchos otros casos se presenta un distanciamiento en la pareja, muchos padres expresan que se presentan ciertos desajustes en la relación y en muchas ocasiones ocurre que cada uno intenta enfrentar la situación por separado, alejándose así de su hijo y dando pie a que el padre abandone el hogar y por lo tanto no se comparta la situación, delegando toda la responsabilidad a la madre, esto es la crianza y la elección del tratamiento o búsqueda de escuela especial donde el niño pueda recibir atención especializada, los varones prefieren hacerse a un lado cuando dentro de su familia existen niños o niñas con discapacidad (Ortega, Torres, Reyes & Garrido, 2010; Ortega, Salguero & Garrido, 2007; Gallegos, 2014 & Rodríguez, 2004).

Si bien hay evidencia de abandono por parte de los padres, hay quienes asumen la responsabilidad total de un hijo, esto va desde ser ese soporte económico para lo que viene y ser un padre, con las implicaciones disciplinarias, emocionales y afectivas que esto conlleva.

Gallegos (2014) en entrevista con un padre de un hijo con discapacidad encuentra que el hecho de que pertenezca a la cultura mexicana, lo hace tener una idea de lo masculino en particular, expresa que los hombres representan la figura de autoridad, de poder, que tienen la responsabilidad de sustentar y resguardar a la familia; también cierta expresión de afecto.

Particularmente Ortega et al. (2007) exponen que una nueva forma de relacionarse con sus hijos sería asumiendo la responsabilidad, no solo económica, sino de afecto que representa el tener un hijo y/o una hija con o sin una discapacidad, donde se ocupan de su formación, integración y adaptación a la sociedad. Padres que han ampliado y desarrollado su paternidad, sin competir con la esposa y con la madre, sin debilitar su “virilidad” teniendo un espectro más amplio de lo que este significa. Al hacerse presente en todos los aspectos que se relacionen con un hijo, la sexualidad es un tema que también tendrán que hacer frente, se les presentarán situaciones que les suceden a cualquier padre con un hijo adolescente, así que es importante exponer qué se tiene documentado respecto a los padres varones particularmente.

Navarro & Hernández (2012), mediante un estudio de caso con la madre de un joven varón de 19 años con un retardo intelectual moderado, además de encontrar elementos ya expuestos, como que ella no se sentía preparada para manejar temas como la reproductividad, la concepción, la maternidad y la paternidad y que por ello prefería que el joven no se hallase en situaciones que despertaran en él preguntas, también hizo referencia al papel del padre, expresando que cuando ella le decía que debía explicarle a su hijo o responderle lo que preguntaba, él se negaba. Este aspecto es importante dado que ella consideraba que necesitaba el apoyo de su esposo en cuanto a algunos temas, sin embargo, éste se molestaba y se negaba a hablar de cualquier tema que abordase la sexualidad tanto con el hijo, como con ella como pareja. Expresando esta madre argumentos como: -Siento que hay muchísimas cosas que hacen falta por aprender. Pero lo más raro es por qué se molesta cuando le pregunto cosas así acerca de nuestro hijo, del tema que estamos viendo. O sea, ¿por qué se molesta? No se presta; no sé a qué se deba, no le gusta hablar sobre esto, incluso conmigo como pareja. Él cambia el tema.

Tanto en el caso anterior como en lo expuesto por Atienzo, Campero, Estrada, Rouse & Walker (2011) y en otros más citados anteriormente, pueden presentarse casos en los que los padres se nieguen a hablar de estos temas, puede

ser por percepción de que es algo que no les corresponde a ellos o cualquiera de los obstáculos a los que se enfrentan los padres, sin importar el género.

O en muchos casos, este involucramiento mínimo de los padres se relaciona con el valor que conceden a la educación sexual, los hombres devalúan la educación sexual y lo ven como una empresa privada que pertenece en el ámbito doméstico, prefieren manejar los asuntos que se perciben como difíciles como las cuestiones relacionadas con la política (Alldred & David, 2003, como se citó en Nareadi & Runo, 2017). Sin embargo, cuando el padre llega a asumir esta parte también, sí se llegan a presentar diferencias en cuanto a cómo se da la comunicación, donde influyen elementos como su percepción de autoeficacia, nivel educativo (variables propias de todos los padres) así como también se involucran diferencias de género en cuanto a sus hijos.

Hallazgos de Dilorio et al. (2003) dan indicios de la importancia de una variable como es el género de los padres y del hijo, este elemento parecía jugar un papel predominante en si se da la comunicación, las madres hablaban más a sus hijos, más si se trataba de sus hijas. Cuando los padres hablan, se presenta cierta tendencia, hablan más a sus hijos que a sus hijas, exponiendo que el género fue un predictor significativo de padres e hijos en relación a pláticas acerca de la sexualidad, además de otras variables, puede darse los casos en que los padres al hablar con sus hijas lo hagan acerca de las consecuencias negativas del embarazo en contraposición de lo que se habla con su hijo varón que puede ser el uso del condón.

Dilorio, et al. (2001) en una revisión de diversas intervenciones educativas con padres del año 2002-2009 encuentran que en las mujeres adolescentes, el hecho de tener una mayor comunicación con el padre y con la madre fue un factor protector, ya que aún no habían iniciado su vida sexual. También encontraron que la comunicación referida por una hija es sobre sus problemas personales, más que temas de sexualidad, por el contrario, en hombres, estos tuvieron una mayor comunicación sobre sexualidad tanto con el papá como con la madre. Una posible explicación de estos resultados es que culturalmente, a los hombres se les otorga

una mayor libertad en este tipo de conductas, pero a su vez no se les dan las bases para ejercer una sexualidad responsable.

Nareadi y Runo (2017) en un estudio realizado en Kenia, mediante entrevistas a profesores, alumnos y madres obtuvieron algunos datos importantes como que los adolescentes con discapacidad intelectual reciben información sobre la sexualidad a partir de fuentes tales como sus familias, los compañeros, los medios de comunicación y las escuelas. Dentro de las familias, se observó un papel activo de las madres y los tíos, las madres se centran en las adolescentes, mientras que el enfoque de los tíos tiende a estar en adolescentes varones. Los padres en muchas ocasiones no eran mencionados en lo absoluto, esto puede ser en los casos en los que el padre abandona el hogar. También que en los casos en que sí estaban presentes los padres ocurría que al ser sostén de la familia, pasaban la mayor parte de su tiempo en el trabajo buscando mantener a su familia y con ello expresaban tener muy poco o nada de tiempo para vincularse con sus hijos o desarrollar la confianza para hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad y finalmente, otro aspecto relacionado con el género en este estudio, es que los adolescentes varones a menudo no se consideran vulnerables, por tanto, los padres pueden creer que no hay razón para proporcionarles información sobre sexualidad. En tales situaciones un familiar cercano de sexo masculino, que suele ser un tío, puede proporcionar orientación sobre temas de sexualidad para el adolescente en cuestión, además de otros medios, tales como los amigos y algunos medios de comunicación también funcionan como agentes informativos.

### **3.4 Conclusión**

Los datos que se exponen en este capítulo permiten tener una visión general acerca de cómo es la comunicación de los padres, qué temas hablan y qué temas son menos propensos a ser tocados, así como cuáles son las dificultades a las que se enfrentan, dichos datos son de cierta manera similares para población con o sin discapacidad, tanto para madres como para padres varones que pueden estar involucrando en el cuidado de su hijo o hija.

La paternidad es un tema que conlleva aspectos particulares, hay que tener en cuenta el papel que les ha dado la sociedad desde siempre, los cambios en la sociedad han ayudado a que se flexibilice dicho papel, sin embargo, su actuar y pensar siempre va a estar permeado por lo que se le inculcó: qué debe ser y hacer como hombre y como padre, considerando esto podemos entender un poco de las formas en que se enfrentan a la situación particular de tener un hijo con algún tipo de discapacidad, ya sea que abandonen el hogar, que asuman solo la parte de proveer al hogar para cualquier situación relacionada con mantener a la familia y los gastos que puede conllevar una discapacidad o que sean padres con todas las implicaciones de esto. Así también hay que considerar específicamente lo que se refiere a la comunicación en temas de sexualidad, las limitaciones y dificultades y particularidades a las que hacen frente como padres.

Es ahí donde radica la importancia de no olvidar a los padres varones ya que es necesario incluirlos en los programas de educación sexual, además de rescatar su rol protagónico en la educación sexual de sus hijos, en que ellos tengan algunos comportamientos que pongan en riesgo su bienestar, esto a través de la comunicación en temas de sexualidad que establecen con sus hijos, considerando los elementos importantes expuestos, que pueden influir en cómo y qué comunican respecto a estos temas.

**SEGUNDA PARTE:**

**Investigación Empírica**

## CAPITULO 4

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tradicionalmente se establece que en una familia, las madres son las encargadas del cuidado del hogar y de los hijos, proporcionando cuidado y afecto, por otra parte el papel de los varones ha sido proveer al hogar el sustento económico suficiente para sostener las necesidades de la familia. Se conoce la gran importancia que tiene la familia en la educación de sus hijos, ya que fungen como modelos y proporcionan las herramientas adecuadas para el desarrollo óptimo de estos. Así en temas de sexualidad, se tiene evidencia que los padres juegan un rol muy importante en la salud sexual de sus hijos, una adecuada comunicación en el tema, promueve una vida sexual informada con ellos y se minimizan riesgos a los cuales muchos adolescentes llegan a estar expuestos, como son los embarazos no deseados, infecciones de transmisión y abuso sexual.

En los diversos estudios que se han realizado respecto a comunicación y sexualidad en población con discapacidad, son las madres quienes en su mayoría participan en dichos estudios, esto sugiere que son ellas quienes se encargan del cuidado y educación de sus hijos, incluida lo que respecta a temas de sexualidad. También hay evidencia que los padres escasamente se involucran en el cuidado de sus hijos con discapacidad, ya sea por abandono al momento de enterarse de la llegada de un hijo con discapacidad o porque su papel se restringe a proporcionar la economía necesaria (Andrade et al., 2006; Dilorio et al. 2001; Alcedo et al., 2006). Aunque esto no se generaliza a todos los padres varones, ya que hay quienes se hacen cargo de su hijo con discapacidad y también se involucran en la comunicación sobre sexualidad con ellos. Al respecto, la literatura señala que el sexo (hombre/mujer) tanto del padre como del hijo interviene en la comunicación sobre sexualidad ya que los temas que abordan difieren en función de dicha variable. Sin embargo, en México son escasas las investigaciones sobre la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad, y es más escasa aún, la participación de padres varones en dichas investigaciones. Por ello se propone el



conocer cuáles son las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad.

#### **4.1 Pregunta de investigación**

Por lo tanto, la pregunta de investigación que se estableció en este reporte ¿Qué variables se asocian con la comunicación sobre sexualidad que establecen los varones con sus hijos que tienen algún tipo de discapacidad?

#### **4.2 Objetivo general**

Identificar las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad de los padres con hijos con discapacidad.

#### **4.3 Objetivos específicos**

- 1.- Describir las características demográficas de los padres (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, religión y nivel socioeconómico).
- 2.- Conocer las características que tienen los hijos de los padres encuestados (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, con quien vive, así como el origen y tipo de la discapacidad).
- 3.- Identificar el nivel de conocimientos que poseen sobre sexualidad
- 4.- Conocer el apoyo y supervisión parental que llevan a cabo con sus hijos.
- 5.- Conocer las creencias que tienen hacia la sexualidad de sus hijos.
- 6.- Conocer los roles de género que poseen.
- 7.- Identificar las expectativas que tienen hacia la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos.
- 8.- Conocer cuáles y cuántos temas, en promedio, sobre sexualidad han hablado con sus hijos.
- 9.- Identificar las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad.

# MÉTODO

## Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional por cuotas (Hernández-Fernández & Baptista, 2006) para conformar la muestra. El criterio de inclusión consistió en ser padre o madre de hijos adolescentes y/o jóvenes (12-29 años de edad) con algún tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual y/o motriz). Se tomó como criterio de exclusión, el ser madres y padres con algún tipo de discapacidad que les impidiera contestar los instrumentos de evaluación. De tal manera que la muestra estuvo constituida por 172 padres, para conformar la muestra de este estudio, el criterio de inclusión fue que fueran padres varones, fue así que solamente 32 participantes cumplieron con dicho criterio (18.6%). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes, en donde es posible observar que el mayor porcentaje de los padres tiene más de 51 años, también el mayor porcentaje cuenta con educación superior y tienen un empleo, están casados y muy pocos tienen más de cuatro hijos.

Tabla 1  
*Características sociodemográficas de los padres*

Variable	N	%
Edad		
Menores de 39 años	10	31.3
De 40 a 50 años	8	25
Mayores de 51	14	43.8
Escolaridad		
Educación Básica	9	28.1
Educación Media	10	31.2
Educación Superior	13	40.6
Estado civil		
Soltero	3	9.4
Casado	22	68.8
Unión libre	4	12.5
Divorciado	2	6.3
Viudo	1	3.1
Ocupación		
Hogar	4	12.5
Empleo	28	87.5
Religión		
Católica	25	78.1

Cristiano	4	12.5
Otras	2	6.3
Ingreso mensual		
De 0 a 2,699 pesos	7	22.6
De 2,700 a 6,799	9	29.0
De 6,800 a 11,599	6	19.4
De 11,600 a 34,999	7	22.6
De 35,000 a 84,999	2	6.5
Número de hijos		
Un hijo	9	28.1
Dos hijos	10	31.3
Tres hijos	11	34.4
Más de cuatro	2	6.3

Respecto a las características de los hijos, cuyos padres participaron en esta investigación, es posible identificar que la mayoría son varones, adolescentes, estudian la secundaria y la mayoría tiene discapacidad auditiva, principalmente de origen congénita (Tabla 2).

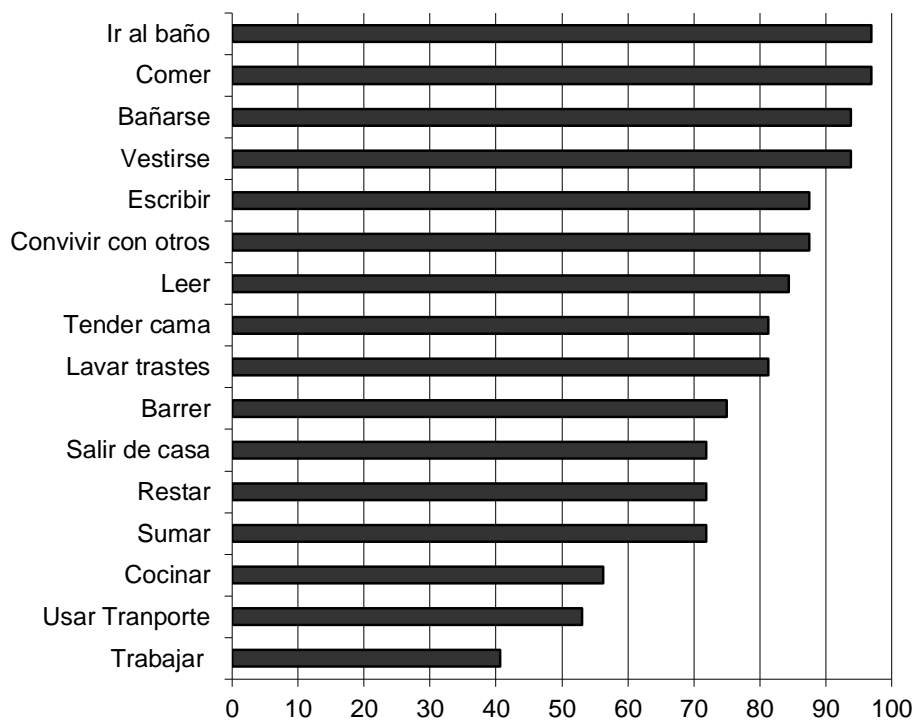
Tabla 2  
*Características sociodemográficas de los hijos con discapacidad*

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	10	31.3
Masculino	22	68.8
Edad		
De 12 a 18 años	19	59.4
De 19 a 29 años	13	40.6
Escolaridad		
Sin estudios	1	3.1
Primaria	7	21.9
Secundaria	16	50.0
Carrera técnica	0	0
Preparatoria	8	25.0
Universidad	0	0
Tipo de discapacidad		
Intelectual	10	31.3
Auditiva	17	53.1
Visual	1	3.1
Motriz	4	12.5
Múltiple	0	0
Origen de la discapacidad		
Congénita	24	75.0

Adquirida	8	25.0
Edad de adquisición de la discapacidad		
Antes del año	2	25
De 1 a 2 años	2	25
De 3 a 4 años	3	37.5
Después de los 6 años	1	12.5

En la figura 1 se muestran los porcentajes de las habilidades que tienen los hijos de los participantes, contempladas en este estudio.

Se puede observar que los hijos de los participantes tienen un nivel adecuado del desarrollo de habilidades conductuales, 13 de las 16 habilidades se encuentran por arriba del 70 %, cocinar, usar transporte serían las habilidades con las que menos cuentan y únicamente el 40% de los hijos de los participantes trabajan.



**Figura 1. Habilidades conductuales de los hijos**

## **Variables e instrumentos**

Para cumplir con los propósitos de esta investigación se diseñaron y validaron los instrumentos que aparecen en el Anexo 1. El diseño de dichos instrumentos 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, 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 consistencia interna. Las variables evaluadas son las siguientes:

a) *Características de los padres:* Se obtuvo información de los participantes referentes a su sexo (hombre o mujer), edad (menos de 39 años, de 40 a 50 años, más de 51 años), escolaridad (sin estudios, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, universidad, posgrado), 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), número de hijos (un hijo, dos hijos, tres hijos, más de cuatro hijos).

b) *Características de sus hijos:* Se recabó información sobre las características de sus hijos en términos del sexo (hombre o mujer), edad (de 12 a 18 años vs de 19 a 29 años), escolaridad (sin estudios, oficio, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, universidad, posgrado), tipo de discapacidad (mental, auditiva, visual, motriz y/o múltiple), origen de la discapacidad (congénita vs adquirida), edad a la que se adquirió (antes del año de nacimiento, antes de los dos años, antes de los tres años, antes de los cuatro años, después de los cuatro años), habilidades que poseen (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*: La prueba estuvo constituida por 10 reactivos con tres opciones de respuesta (una respuesta correcta y dos alternativas), los participantes debían elegir entre ellas la respuesta correcta (Ejemplo: La sexualidad en personas con discapacidad... a) Se desarrolla normalmente, b) Se desarrolla más tarde de lo normal y c) No se desarrolla).

d) *Supervisión parental* se evaluó mediante cinco reactivos medidos en escala Likert con valores de 1(Nunca) a 4 (Siempre), un ejemplo es: (Permito que mi hijo salga de casa solo).

e) *Apoyo parental* se midió mediante cinco reactivos, empleado los mismo valores de la escala anterior, (ej. Apoyo a mi hijo con sus tareas).

f) *Creencias*: La escala estuvo conformada por 13 reactivos, de los cuales ocho correspondían a creencias negativas (Mi hijo (a) no necesita educación sexual) y cinco a creencias positivas (Es natural que mi hijo (a) se masturbe), cuya opción de respuesta era una escala Likert con valores de 1 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo).

g) *Expectativas*, se emplearon siete reactivos medidos en escala Likert con los mismos valores referidos anteriormente (Ej. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá).

h) *Roles de género*, se emplearon seis reactivos, tres de ellos orientados a evaluar estereotipos de género femenino (La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos) y los otros tres medían estereotipos de género masculinos (Un hombre es menos sensible que una mujer).

i) *Formas de comunicación*: Se indagó cómo se comunican los padres con sus hijos, cuyas opciones de respuesta fueron: a) de manera verbal, b) principalmente con frases cortas, c) con gestos, d) con Lengua de Señas Mexicana y d) otra.

j) *Comunicación sobre sexualidad*: Se les preguntó a los padres si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre los siguientes temas: ej. Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón, el

tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, únicamente debían contestar sí o no.

### **Procedimiento**

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

### **Análisis de datos**

Se utilizó el programa SPSS para Mac versión 20 para el análisis de resultados. Se hizo un análisis de frecuencias para describir las características tanto de los padres como de sus hijos. Asimismo se obtuvieron estadísticos descriptivos de todas las variables analizadas, por último se llevó a cabo un análisis de correlación entre las variables anteriormente mencionadas y la comunicación sobre sexualidad mediante el estadístico *r de Pearson*.

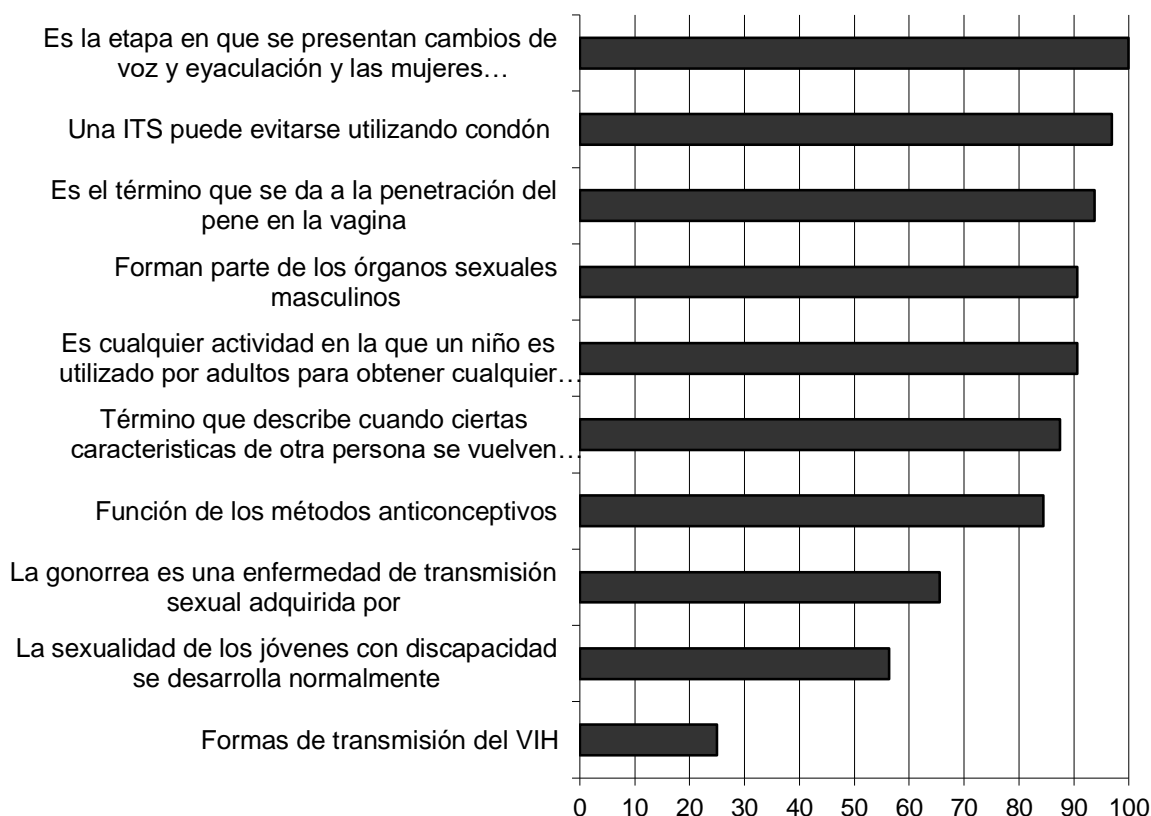
## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados más relevantes de la investigación. En primer lugar se muestran las medidas de tendencia central y dispersión de cada variable analizada. Posteriormente, se presenta el porcentaje de las formas mediante las cuales los padres se comunican con sus hijos, así como los temas sobre sexualidad que refirieron abordar con ellos. Por último, se presenta un análisis de correlación mediante el estadístico *r de Pearson* que muestra la relación entre la comunicación sobre sexualidad y las variables analizadas en esta investigación.

### **Conocimientos sobre sexualidad**

En la figura 2 se presenta en el porcentaje de padres que contestó correctamente a cada uno de los reactivos que conformaron la prueba de conocimientos sobre sexualidad. De manera general, los padres tienen un nivel adecuado de conocimiento de los temas que se consideraron en este estudio, todos los reactivos a excepción de solo uno de ellos, se encuentran por arriba de 50%, siendo los temas que más refieren conocer los relacionados con aspectos fisiológicos y biológicos de la sexualidad además del que se relaciona con abuso sexual. Por otra parte, los temas de los que menos conocen son los relacionados a infecciones de transmisión sexual y acerca del desarrollo de la sexualidad de personas con discapacidad.





**Figura 2. Conocimientos de los padres sobre sexualidad**

### Supervisión parental

En esta variable se puede observar que todos los reactivos tienen valores de media por arriba de dos, lo que implica que supervisan las actividades que llegan a realizar sus hijos, y permiten que tengan amigos, el menor valor de media se encuentra en “Evito que mi hijo conviva con otras personas por temor a que lo lastimen.”

Tabla 3  
*Supervisión parental*

Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	DE
Permito que mi hijo (a) salga de casa solo.	1	4	2.22	.941
Permito que mi hijo (a) tenga amigos.	1	4	3.03	.933
Superviso las actividades que hace mi hijo (a).	1	4	3.12	.707
Protejo a mi hijo (a) porque es más débil que los demás	1	4	2.25	.916
Evito que mi hijo conviva con otras personas por temor a que lo lastimen.	1	4	2.16	.987

## Apoyo parental.

Para apoyo parental todos los reactivos presentan un valor de media mayor a dos lo que implica buenos niveles de apoyo, explicando cómo hacer alguna actividad y buscando actividades que ayuden al desarrollo de sus hijos, por otra parte lo que menos hacen es buscar cursos para el apoyo de sus hijos.

Tabla 4  
*Apoyo parental*

<b>Reactivo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Permito que mi hijo (a) haga cosas él solo	1	4	2.75	.718
Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas	1	4	2.75	.916
Cuando mi hijo no sabe cómo hacer algo, le explico cómo hacerlo.	2	4	3.31	.644
Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo (a).	2	4	3.12	.707
Asisto a cursos que me permitan ayudar a mi hijo (a)	1	4	2.50	.718

## Creencias sobre sexualidad

Esta variable se encuentra dividida en creencias positivas y negativas, como se observa en la tabla 5. Los datos que se muestran en la tabla indican que en general, los padres tienen creencias positivas en cuanto a la sexualidad de sus hijos, creen que las personas con discapacidad son deseadas sexualmente, que sus hijos son capaces de tener relaciones sexuales o que tengan un novio o novia, incluso creen normal que su hijo o hija se masturbe, sin embargo los datos que respectan a las creencias negativas indican que tienen la creencia que sus hijos tienen cosas más importantes que pensar en sexo y que están menos interesados en la sexualidad que las personas sin discapacidad.

Tabla 5  
*Creencias sobre sexualidad*

<b>Reactivo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>
<i>Creencias positivas</i>				
Es preferible que mi hijo (a) tenga novio (a).	1	4	2.90	.712
Es natural que mi hijo (a) se masturbe.	1	4	2.81	1.014
Mi hijo (a) es capaz de tener relaciones sexuales a pesar de su discapacidad.	1	4	2.93	.980

Las personas con discapacidad también son deseadas sexualmente.	1	4	3.03	.983
Mi hijo (a) necesita el cariño de un novio (a) además del de su familia.	1	4	2.83	.834
<i>Creencias negativas</i>				
Mi hijo (a) tiene menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad	1	4	2.06	.929
Es preferible que mi hijo (a) NO tenga hijos porque pueden heredar su discapacidad.	1	4	1.97	1.110
Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo.	1	4	2.73	.944
Mi hijo (a) NO necesita educación sexual.	1	4	1.71	.902
Una persona "normal" NO se fijará en mi hijo por su discapacidad	1	4	1.97	1.033
Es preferible operar a mi hijo (a) para evitar que tenga un bebé.	1	4	1.68	.909
Mi hijo (a) es demasiado inocente para tener novio	1	4	2.30	1.055
Las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente	1	4	1.69	.821

## Expectativas

Esta variable de igual manera se encuentra dividida en expectativas positivas y negativas, los datos indican de manera general que tienen expectativas positivas acerca de hablar con sus hijos de sexualidad, creen que pueden evitar ciertos riesgos como un embarazo deseado, un abuso y el contagio de ITS, sin embargo, también consideran que si hablan de estos temas se pueden sentirse apenados e incluso consideran que los incitarán a tener relaciones sexuales.

Tabla 6  
*Expectativas*

<b>Reactivo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>D.E</b>
<i>Expectativas positivas</i>				
Sé que me entenderá	1	4	2.97	.795
Puedo evitar que tenga un embarazo no deseado	2	4	3.38	.554
Puedo evitar que se contagie de SIDA o alguna ITS	1	4	3.31	.693
Puedo evitar que sufra abuso sexual	1	4	3.32	.748
<i>Expectativas negativas</i>				
Lo incitaré a tener relaciones sexuales	1	4	2.28	.772
Podría sentirme apenado	1	4	2.13	.942
No me respetará	1	3	1.72	.634

## Roles de Género

En cuanto a la variable de roles de género los valores de la media indican de manera general valores bajos, esto es que se registran puntuaciones menores a dos, a excepción solo del reactivo “El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia”; en cambio, el valor más bajo se obtuvo en el reactivo: “una mujer no se realiza hasta que se convierte en madre”, indicando que es una afirmación con la que están en desacuerdo.

Tabla 7  
*Roles de género*

<b>Reactivo</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
La mujer es la principal responsable del cuidado de sus hijos	1	4	1.81	.821
El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia	1	4	2.16	.920
La mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad	1	4	1.97	.897
Un hombre es menos sensible que una mujer	1	4	1.91	.856
Una mujer no se realiza hasta que se convierte en madre	1	4	1.81	.693
Una familia funciona mejor si el hombre establece las reglas	1	4	1.88	.793

## Formas de comunicación

Respecto a la forma en la que los padres se comunican con su hijo con discapacidad, los datos arrojaron que mayoría de ellos se comunican de manera verbal (36.7%) seguido del Lenguaje de Señas Mexicano (33.3%), lo cual está en relación con que los hijos de los participantes en su mayoría presentan una discapacidad auditiva.

## Comunicación sobre sexualidad

Esta variable hace referencia a los temas de los que hablan los padres, estos datos se presentan en la figura 3 e indican que los temas que más se tocan son: “diferencias entre hombre y mujeres”, seguido de otras temáticas como “tipo de contacto permitido” “que hacer en caso que alguien lo toque”. Los temas que menos

se hablan son las formas de contagio de ITS, como se utiliza el condón, finalmente el tema que menos habla es la masturbación.



**Figura 3. Temas de comunicación sobre sexualidad**

### **Correlación de Pearson**

Finalmente se realizó un análisis de correlación mediante el estadístico *r de Pearson* para conocer las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad. Los resultados indican que las creencias positivas se asocian de manera positiva con dicha comunicación; mientras que las expectativas negativas y los roles de género se correlacionan de manera negativa con la variable en cuestión. Esto implica que, los padres hablarán de un mayor número de temas sobre sexualidad con sus hijos en la medida en que tengan creencias positivas hacia la sexualidad; y

por el contrario, conversaran con ellos sobre un menor número de tema si tienen expectativas negativas y mayor rigidez respecto a los roles de género.

Tabla 8  
*Análisis de correlación*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Comunicación	1	-.044	-.138	.242	.407*	-.364	.232	-.367*	-.388*
2. Conocimientos	-.044	1	-.211	.174	.272	-.401*	-.106	-.452**	-.394*
3. Supervisión	-.138	-.211	1	-.57	.115	-.160	.107	.130	-.037
4. Apoyo	.242	.174	-.057	1	.177	-.268	.089	-.115	-.285
5. Creencias P	.407*	.272	.115	.177	1	-.678**	.257	-.622**	-.631**
6. Creencias N	-.364	-.401*	-.160	-.268	-.678**	1	-.461*	.602**	.750**
7. Expectativas P	.232	-.106	.107	.089	.257	-.461*	1	-.274	-.304
8. Expectativas N	-.367*	-.452**	.130	-.115	-.622**	.602**	-.274	1	.777**
9. Roles de género	-.388*	-.394*	-.037	-.285	-.631**	.750**	-.304	.777**	1

Nota: \*p<.05, \*\* p>.01

## DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue identificar las variables que se asocian con la comunicación sobre sexualidad de padres varones con hijos que tienen discapacidad. A continuación se describen y discuten los hallazgos más importantes del estudio.

Se obtuvieron datos de un total de 32 padres varones, el mayor porcentaje de ellos tienen más de 51 años, cuenta con educación superior y tienen un empleo, están casados y muy pocos de ellos tienen más de cuatro hijos; lo que se rescata de esta información particularmente, es la cantidad de padres que participaron en este estudio, en comparación con la participación de madres, considerando que los datos de los 32 padres varones que se reportan, fueron parte de una muestra aún más grande, de 172 padres y madres, lo cual sugiere que sólo un 30% de los varones se involucran en cuestiones relacionadas a la educación de su hijo con discapacidad.

Lo expuesto resulta ser aspecto común en estudios que involucran de alguna manera la participación de los padres como en estudios presentados por múltiples autores como Andrade et al. (2006); Bárcena & Jenkins (2018); Blake et al. (2001); Estrada et al. (2011); Guevara et al. (2016); Lameiras et al. (2004) & Robles et al. (2013) y en casi cualquier estudio con temáticas similares. Como señalan Navarro & Hernández (2012), en ocasiones y a pesar de solicitar explícitamente la participación de los padres varones, éstos se niegan o no están involucrados en temas de educación y es mucho menos probable que se involucren en temas de educación sexual, es por ello que no se llega a obtener información de la perspectiva de los padres. Por otro lado, como mencionan Ortega et al., (2010); Ortega et al. (2007); Gallegos (2014) & Rodríguez (2004) también en ocasiones pueden tratarse de casos en los que los padres varones se apartan cuando se trata de un hijo con discapacidad, por lo tanto el padre no está presente en la vida de su hijo.

En cuanto a los datos de los hijos fue posible identificar que la mayoría son varones y estudian la secundaria, lo que está en relación que el mayor porcentaje

son adolescentes menores a los 18 años, la mayoría tiene una discapacidad de tipo auditiva, principalmente de origen congénita, esto debido principalmente al acceso que se tuvo a la población de cierta discapacidad en específico que en el caso de este estudio fue discapacidad auditiva seguido de discapacidad intelectual. Respecto a las dieciséis habilidades que poseen los hijos de los participantes que se contemplaron en esta investigación, se encontró un adecuado desarrollo de la mayoría de estas habilidades, al reportarse que 13 de las 16 habilidades se encontraban por arriba del 70%, así los padres reportaron que sus hijos pueden comer, ir al baño, vestirse y convivir con otras personas y desarrollaron habilidades académicas básicas y la mayoría cuenta con educación secundaria y preparatoria. Este hallazgo es importante porque, como señala Toledo (1998), las personas con discapacidad suelen ser vistas como personas incapaces de hacer muchas cosas y son consideradas personas inhábiles, estos datos podrían estar indicando que en la familia se han dado las condiciones óptimas para que la persona con discapacidad desarrolle diferentes habilidades promoviendo su autonomía e independencia, no limitando su desarrollo como se hace evidencia muchas veces en este tipo de población donde la familia muchas veces cae incluso en conductas de sobreprotección.

Por otra parte las habilidades menos desarrolladas son trabajar cocinar y usar transporte, con porcentajes abajo del 40% y 50%, respectivamente. Estos datos pueden relacionarse con la edad de los hijos, que en su mayoría son adolescentes de 12 a 18 años y al considerarse estas habilidades propias de adultos es posible que aún no las desarrollen, particularmente trabajar.

Lo que respecta a la variable supervisión parental, los participantes reportaron supervisar las actividades que llegan a realizar sus hijos, y que permiten que ellos tengan amigos; pero también, aunque en menor medida, suelen evitar que su hijo conviva con otras personas o que salga solo, por temor a que lo lastimen. Estos datos pueden ser indicadores de un adecuado nivel de supervisión parental, promoviendo que su hijo se desarrolle en diferentes ámbitos, pero también de cierto temor a que realice cierto tipo de actividades, que tenga contacto con otras personas



miedo a que conviva con pares y otro tipo de personas. Este hallazgo coincide con lo señalado por López (2006), quien menciona que los padres suelen tener temor porque asumen que la discapacidad de su hijo lo pone en situación de fragilidad y vulnerabilidad. En particular, 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 (López, 2006).

En el caso de la variable apoyo parental, se encontraron buenos indicios de apoyo, esto debido que reportan explicar a sus hijos cómo hacer alguna actividad y también que buscan actividades que ayuden al desarrollo de sus hijos. Cabe señalar que los reportes de los padres indican que lo que menos hacen es asistir a cursos para el apoyo de sus hijos, esto puede ser indicio de una falta de oferta de este tipo de ayuda o apoyo, o que particularmente buscan apoyos especialmente dirigidos a sus hijos, donde ellos son los principales implicados. En relación a estas dos variables, como exponen Ortega et al., (2010), Ortega et al. (2007), Gallegos (2014) & Rodríguez (2004), ocurre que los padres se preocupan porque sus hijos salgan adelante en la vida y puedan llegar a ser independientes en los ámbitos laboral, social y educativo, así como que desarrollen un buen nivel de lenguaje etc., por lo que buscarán que ellos desarrollen ciertas habilidades, buscando así el apoyo de diversas maneras pero siempre en pro del desarrollo de sus hijos, que sean sus hijos los que acudan a cualquier tipo de curso o terapia que favorezca estos aspectos.

Respecto a la variable conocimientos en temas de sexualidad, los temas de los que más conocimiento reportaron tener los padres, fueron los cambios en la adolescencia (tema del que los padres registran un 100% de respuestas correctas) también temáticas respecto a los cambios en la adolescencia, la definición de relación sexual y lo que es abuso sexual, por otra parte temas de los que expresaron no tener mucho conocimiento, son acerca de la transmisión de VIH e ITS así como de la sexualidad de personas con discapacidad; resultados que concuerdan con datos presentados anteriormente por diversos autores, como Pineda et al. (2012) &

Pineda & Gutiérrez (2009) con quienes se llega a concordar en resultados en cuanto a los conocimientos que inicialmente mostraron tener los participantes de sus talleres, que eran principalmente aquellos relacionados a cambios físicos y temáticas afines. Sin embargo, en este y otros casos se añade el abuso sexual como tema de interés debido a que se sabe de la vulnerabilidad de la población a este tipo de situaciones, como lo exponen autores como Verdugo et al., (2002), debido a lo cual, los padres llegan a tener particular interés. Estos datos resultan importantes y puede predecir los temas de los que hablarán con sus hijos debido a lo que mencionan Dilorio et al. (2003) acerca de que el conocimiento o la percepción del conocimiento que tengan, es indicador de la comunicación parental en temas de sexualidad.

En cuanto a la variable roles de género, según los reportes de estos padres se puede decir que no tenían estereotipados los papeles de la mujer y del hombre, porque los valores en los reactivos que se contemplaron en el estudio son relativamente bajos; en lo que sí llegan a concordar significativamente fue en lo referente a la expresión de “el hombre como principal responsable de trabajar y mantener a su familia” un aspecto que puede estar relacionado con lo expuesto por Gallegos (2014) respecto a que, tradicionalmente, la paternidad supone el cumplimiento de ciertas expectativas incorporadas al rol de género masculino y que el no cumplimiento de éstas promueve una evaluación social negativa puesto que la responsabilidad de ellos como hombres siempre ha sido la de ser de proveedor en un sentido económico, satisfacer las necesidades económicas y materiales que su hijo llegue a tener. Así también el papel de apoyo financiero para sus familias puede dar prestigio y poder (lo cual se les ha sido asignado históricamente) y si el padre no puede cumplir con ello, se frustra y se llega a considerar alguien incompetente. (Ortega et al., 2010; Ortega, Salguero & Garrido, 2007; Gallegos, 2014 & Rodríguez, 2004). Adicionalmente Gallegos (2014) menciona que el cumplimiento de las responsabilidades que ellos consideran tener como hombres, hace tener a un hombre la idea de lo masculino en particular, haciéndolos ver como una figura de autoridad, de poder, que cumplen con sus responsabilidades; y como establecen Paterna et al. (2005), esto mantiene la idea de que así cumplen su parte

como padre, toda esta información en conjunto justifican de cierta manera el porqué de esta idea en particular.

Por otra parte en el caso de estos padres, más allá de cumplir con la parte económica, también como indican Ortega et al. (2007) estarían viviendo una nueva forma de relacionarse con sus hijos y con sus hijas, sería asumiendo otro tipo de responsabilidades, un interés en la educación y en el desarrollo de autonomía de sus hijos donde se ocupan de su formación, integración y adaptación a su entorno; estos padres que han ampliado y desarrollado su paternidad, sin dejar las responsabilidades económicas como padres y esposos, flexibilizan los papeles que tradicionalmente ocupan las mujeres y los hombres.

Sobre las creencias que pueden llegar a tener respecto a la sexualidad de sus hijos, expresaron que las personas con discapacidad también son deseadas, aceptan el hecho que tengan una relación y que necesitan del cariño de personas ajenas a la familia, sin embargo, en lo que respecta a las creencias de tipo negativas, se llegaron a presentar respuestas que hacen referencia a que su hijo tiene cosas más importantes en que pensar que en sexo o que tienen menos interés en sexualidad que alguien sin discapacidad. Ello coincide con los resultados de estudios previos, como el de Bárcena & Romano (2016). Este tipo de datos pueden indicar que algunos padres aceptan la sexualidad de sus hijos o ciertos aspectos de ella como que cualquier persona requieren del cariño de un novio, por ejemplo o que tienen, al igual que otros, necesidades afectivas. Sin embargo, también hay indicios de la creencias de los mitos a los que hacían referencia Navarro et al., (2010) & Rodríguez et al. (2006), sobre todo aquellos mitos en cuanto a que sus hijos, por su condición de discapacidad, se encuentran menos interesados en temas de sexualidad, lo que es una idea muy recurrente cuando se trata de este tipo de población. En este punto debemos considerar también que muchas de estas creencias, sean positivas o negativas, como plantean Benites (2000) & Glover-Graf (2012) están influenciadas culturalmente ya que acuerdan que la sexualidad trata de una serie de comportamientos o conductas de los individuos influidos por la interacción de factores biológicos, psicológicos, cognitivos, sociales, políticos,

éticos, legales, históricos, religiosos y por pautas culturales; lo que puede ser indicio de que a pesar de cierto reconocimiento de la sexualidad de sus hijos (reconocimiento de afecto de una pareja y su derecho a tenerla también se cree que ellos no están interesados en este aspecto particularmente).

Por otra parte y aunque en menor medida consideran la esterilización, aspecto que resulta positivo debido a muchos factores como las consecuencias psicológicas como las mencionadas por Bjöinsdóttir et al. (2017), refiriéndose a sentimientos de desconfianza consigo mismas, el no sentirse con control sobre su propio cuerpo, afectación en la imagen de calidad de vida y autoestima. Así también por la vulnerabilidad de la población con discapacidad a sufrir de abuso sexual (Nareadi & Runo, 2017; Robles, Guevara, Pérez, & Hermosillo, 2013; Guevara et al., 2016; Sobsey & Doe 1991).

Respecto a la variable de expectativas, haciendo referencia a las expectativas positivas de si hablan con sus hijos sobre sexualidad, los padres creen que ellos los entenderán, evitaban un embarazo, evitaban el contagio de ITS e incluso podrían evitar el abuso. Al respecto es importante retomar lo que señalan Estrada et al. (2011), quienes mencionan que una persona, además de contar con conocimientos, debe tener autopercepción de su capacidad para realizar exitosamente ciertas acciones y lo que puede pasar si se lleva a cabo algo. En el presente estudio se encontró que los padres tienen expectativas positivas acerca de abordar con sus hijos los temas mencionados. Sin embargo, también reportaron expectativas negativas hacia otros temas, al parecer, los padres podrían sentirse apenados y creer que incitaran a sus hijos a tener relaciones o que, si abordan ciertos temas, ellos no los respetarán (aunque esto en menor medida). Ello implica que todavía se enfrentan a muchos de los obstáculos para hablar de temas de sexualidad. Esto concuerda con lo señalado por Dilorio et al. (2003).

En lo que respecta a la variable comunicación, se obtuvo que los temas de los que más reportaron hablar los participantes de este estudio con sus hijos son: diferencias entre sexos, identificación de las partes del cuerpo, cambios físicos en la adolescencia y el tipo de contacto permitido (que son los temas en los que más

conocimiento tienen); estos datos también son similares a los reportados por Dilorio et al. (2001, 2003) en población sin discapacidad. Estos autores encontraron que los temas más abordados usualmente por los padres son los relacionados con la reproducción y las relacionadas a aspectos fisiológicos, mientras que los temas que menos se llegan a discutir son masturbación, abortos, sueños húmedos y erotismo. En la presente investigación los participantes reportaron hablar menos de masturbación, uso del condón u otros métodos anticonceptivos además de VIH e ITS, concordando también con lo que exponen Eisenberg et al. (2006) quienes mencionan que los padres son mucho menos propensos a discutir la prevención del embarazo o de infecciones como puede ser como el uso del condón y otros métodos de protección.

Como ya se mencionó, la masturbación es el tema del que menos se llega a hablar, dato que puede ser explicado con lo expuesto por Caricote (2012) quien plantea que en muchas ocasiones en población con discapacidad ocurre que las manifestaciones eróticas de este tipo son percibidas como anormalidades o son fuentes de preocupación y de alarma para los padres o cuidadores, lo que lleva a que este tipo de conductas sean reprimidas, porque son prácticas que llegan a sobresaltar a los familiares y educadores.

Para la variable formas de comunicación, se encontró que la mayoría se comunicaba con sus hijos de manera verbal y con lengua de señas mexicana, principalmente, lo que concuerda con el tipo de población de la que se obtuvo información, que fue de discapacidad auditiva.

Finalmente el análisis de correlación de las variables que se contemplaron en este estudio, la comunicación de temas de sexualidad se asocia estadísticamente con tres de las variables, inicialmente existe una relación positiva con creencias positivas, es decir, que los participantes hablan de más temas si tienen una visión positiva de la sexualidad de sus hijos con discapacidad, contrario a lo reportado por Bárcena & Romano (2016) quienes encontraron una correlación de creencias positivas con conocimientos pero no con comunicación. Este resulta un dato importante a considerar ya que si estos padres mantienen una visión

positiva de la sexualidad, se hace probable que hablen de temas de sexualidad, considerando lo expuesto por Ballan (2012) que menciona que es más probable que los padres se comuniquen sobre sexualidad cuando tienen una percepción positiva y realista sobre la discapacidad y la sexualidad de sus hijos.

La otra variable que se correlaciona, pero negativamente con comunicación son las expectativas negativas, esto querría decir que si los padres tiene ciertas expectativas negativas respecto a hablar de estos temas, como que podría sentirse apenado, no será respetado por su hijo e incluso que lo estaría incitado a tener relaciones sexuales, ellos hablarán de menos temas con sus hijos. Se ha reportado que cuando los padres sienten vergüenza o tienen la idea de que están incitando a sus hijos a iniciar su vida sexual, la comunicación no se presentará, y también se puede retrasar el momento en que se trate el tema. Esto es algo que no ocurre exclusivamente en padres de personas con discapacidad, esto puede deberse principalmente a la concepción que tienen los mismos padres acerca de la sexualidad, ya que lo ven como tema tabú (Almeida & Centa, 2009). En los padres influye la forma en que fueron criados, especialmente en términos de sexualidad, incluidas las expectativas que puedan tener respecto a hablar de estos temas con sus hijos a pesar de que expresan que deben platicar con ellos. El diálogo de los padres con sus hijos está mediado por ciertos discursos, percepciones e interpretaciones que los padres han elaborado y que influyen en la transmisión de información sobre sexualidad (González et al., 2017).

En relación a esto se rescata lo que mencionan Eisenberg et al. (2006) respecto a que los padres son capaces de expresar valores, creencias y expectativas propios como parte de su comunicación, se podría decir que si tienen ciertas expectativas o creencias acerca de la sexualidad y todo lo que ello involucre, serán elementos que de una u otra manera van a influenciar la comunicación padres e hijos.

Finalmente, existe una correlación negativa entre la variable comunicación y roles de género, esto es que los padres hablarán de menos temas si tienen roles de género más estereotipados a lo que culturalmente se ha establecido. Debe

recordarse lo que tradicionalmente implica la paternidad, considerada como la capacidad que tiene el hombre de engendrar hijos, y que su responsabilidad como hombres frente a su familia ha sido la de proveedor de dinero, quedando así en segundo plano la satisfacción de necesidades afectivas y emocionales (Gallegos, 2014). Cuando se llegan a tener estos roles muy establecidos, se considera que la madre es la más indicada para atender las necesidades educativas de los niños, incluida también la educación sexual.

Todos los datos presentados en esta investigación deben ser considerados al momento de trabajar con padres (particularmente varones), temas como sexualidad y discapacidad, debido a la importancia que toma cada una de las variables que influyen de diferentes maneras en la comunicación que establezcan los padres con sus hijos. En el caso de este estudio se buscó tener datos de aquellos que usualmente no participan en estudios de este tipo, los padres. Si bien los resultados presentados no muestran gran diferencia con datos de estudios anteriores, sería enriquecedor analizar aquellas que resaltan, hablando de las creencias positivas y roles de género, posiblemente un estudio en el que se cuenten con datos de los dos géneros.

Para esto se debe mencionar que una de las principales limitaciones que se destacan es la cantidad de participantes varones a la que se tuvo acceso, como se ha mencionado anteriormente son en su mayoría las madres, las encargadas de un hijo con discapacidad, sus demandas y necesidades, por esa y otras razones, resultaría importante ampliar la muestra de este estudio ya que 32 padres podría no ser una muestra considerable, esto para un futuro estudio.

Otra de las limitaciones que el acceso tan limitado a instituciones, no son muchas las instituciones que se muestran dispuestas a colaborar, una de las razones de esto puede ser el tipo de temática que se está tratando, la sexualidad hoy en día aún es tabú y se encuentra inmersa en muchos mitos sobre todo cuando se trata de personas con discapacidad. También se sugiere buscar que los datos de cada tipo de discapacidad sean más equitativos incluso hacer un análisis de la

comunicación padre-hijo considerando las características particulares de cada una de las discapacidades.



## REFERENCIAS

Alcedo, M., Aguado, A. & Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 142(32), 217-239.

Alí, S. & Blanco, R. L. (2015). Discapacidad intelectual, evolución social del concepto. *Revista Facultad de Odontología*, 7 (1), 38-41.

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.

Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Andrade, P., Betancourt, D. & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.

Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53 (2), 160-171.

Ballan, M.S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 676-684.

- Bárcena, S. & Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28 (1), 5-13.
- Bárcena, S. & Romano, H. (2016). Conocimientos y creencias vinculadas a la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad. 18-30.
- Benites, L. (2000). Salud sexual y sexualidad en personas con necesidades educativas especiales. *Liberabit*, 6, pp 69-74. Recuperado de <http://www.Geishad.org.mx/guia2012/saludsexyssex.pdf>
- Blake, S., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins, C. & Calabrese, J. (2001). Effects of a parent-child communications intervention on young adolescents' risk for early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 33 (2), 52–61.
- Bjöinsdóttir, K., Stefánsdóttir, A., & Valgerður, G. (2017). People with intellectual disabilities negotiate autonomy, gender and sexuality. *Sex Disabil*, 35, 295-311.
- Botero, P. & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 125-137.
- Camargo, S., & Coronado, F. (2016). Sexualidad en personas con Síndrome de Down: “orientaciones para padres de familia”: Fundación Universitaria los Libertadores. Facultad de Ciencias de la Educación licenciatura en Educación especial Bogotá.

Campero, L., Atienzo E, Suárez, L., Hernandez, B. & Villalobos A. (2013) Salud Sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 299-307.

Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Ensayo Educere*, 16 (55), 395-402. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626140020>

Castillo, J. (2010). El problema sexual de las personas con discapacidad ¿ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. Recuperado de [bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol\\_2\\_1\\_10/mrf07210.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_2_1_10/mrf07210.htm)

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2015). *El VIH/SIDA en México 2011*. México: CENSIDA. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vihsidaenmexico2011.pdf>

Couwenhoven, T. (2012). La prevención del abuso sexual. *Revista virtual de Fundación Iberoamericana Down 21*, 136, 1-31. Recuperado de <http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/fab4172c4ce90c435a2258555e9314bde2167bb6.pdf>

La Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (2014). *Derechos Sexuales y Reproductivos en México*. Recuperado el 27 de julio de 2016, de <http://www.ddeser.org/index.php/temas/derechos-reproductivos>

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&](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377499&)

Dilorio, C., Dudley, WN., Wang DT., Wasserman J., Eichler M., Belcher L. & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *JNurs Meas*, 9(2), 135-49.

Dilorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., Lehr, S., & Denzmore, P. (2007). Real men: A grup-randomized trial of an HIV Prevention Intervention for adolescent boys. *American Journal of Public Health*, 97 (6), 1084-1089.

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.

Druet, N. & Escalante, R. (2000). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de jóvenes con discapacidad auditiva. *Educación y ciencia*, 7 (21). Pp 57-69.

Eisenberg, M.E, Sleving, R.E, Bearinger, L.H, Swain, C., & Resnick, M. (2006). Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention? *Journal Youth Adolescence*, 35, 893-902.

Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009). Panorama sociodemográfico de México. Principales Resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/cont](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/cont)

enidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/702825495602.pdf

Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., Vara-Salazar, E. & González-Chávez, G. (2011). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*. 59(5), 556-565. doi.org/10.21149/7959

Ferreira, M. (2007). Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad. *Revista sociológica de pensamiento crítico*. 1(2), 1-14.

Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. & 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.

Gallegos, P. (2014). Ejercicio de la paternidad con una hija con discapacidad. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

García, P. & Natri, M. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras. *Arch Argent Pediatr*, 109 (5), 447-452.

García, I. (2005). Concepto actual de discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 14 (3), 255-276

García, M. J. M. (2005). La discapacidad hoy. *Psychosocial Intervention*, 3(14), 245-253. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo>

García de Mingo, J. A. (2004). El deporte adaptado en el ámbito escolar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 81-90. Recuperado de <http://www.cesdonbosco.com/revista/revistas/revista%20ed%20futuro/Ef10/Art%EDculos/8joseagarcia.pdf>

Garzón D. (2007). Discapacidad y procesos identitarios. *Revista Ciencias de la Salud*, 2(5), 86-91.

Gil-Lozaga, P., & Pujol, R. (2005). *Fisiología del receptor y la vía auditiva. Fisiología Humana 3ª Ed.* JAF Tresguerres. Edit. McGraw Hill-Interamericana.

Glover-Graf, N.M. (2012). *Sexuality and disability.* En Marini, I., Glover-Graf, M.N y Millington, M. J. (Eds). *Psychosocial aspects of disability inside perspectives and counseling strategies.* New York: Springer Publishing Company.

González, E., Caba, F., Molina, T., Sandoval, J., Montero, A., Oyarzún, P., Molina, R. & Meneses, R. (2005). Factores familiares asociados al uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes solteras sexualmente activa. *Revista de Ginecología y Obstetricia*, 12 (1), 9-1.

González, V., Orcasita, L., Carrillo, J. & 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, 419-430.

Guevara, Y., Ortega, P. & Plancarte, P. (2013). *Psicología conductual. Avances en educación especial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Guevara, Y., Robles, S., Rodríguez, M. & Frías, B. (2016). Comunicación con padres, comportamiento sexual e indicadores de abuso sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad visual. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 10, (1), 79-90.

Gutiérrez, M. & Caus, N. (2006). Análisis de los motivos para la participación en actividades físicas de personas con y sin discapacidad. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*. 2 (2), 49-64. Recuperado de <http://www.cafyd.com/REVISTA/art4n2a06.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *Clasificación de tipo de discapacidad*. México: Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Recuperado de [www.inegi.org.mx/.../default.aspx?\\_.../clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapadades](http://www.inegi.org.mx/.../default.aspx?_.../clasificacion_de_tipo_de_discapadades)

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

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). *La discapacidad en México, datos al 2014*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de [http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/La\\_Discapacidad\\_en\\_Mexico\\_datos\\_2014.pdf](http://conadis.gob.mx/gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/La_Discapacidad_en_Mexico_datos_2014.pdf)

- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. & González M. (2004). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/71, pp 67-75.
- 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, 137-143.
- 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.
- Lobera, G. J. (2010). Discapacidad auditiva. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. *Inclusión educativa comunitaria. Todos queremos aprender*. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE). Disponible en: <http://www.conafe.gob.mx/educacioninicial/pdf/materiales-de-apoyo/discapacidad-auditiva.pdf>
- López, F. (2006). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Martínez, S. (2010). Estudio piloto del WHOQOL-BREF para evaluar calidad de vida en trabajadores con discapacidad motora. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.



- Maxwell, J., Watts, B.J. & David, D. (2008). A health handbook for women with disabilities. Hesperian Foundation: Berkeley, CA.
- Meresman, S. & Gil, M. (s.f). Sida y discapacidad. Recuperado el 27 de julio de 2016 de [siteresources.worldbank.org/.../ArticuloSidayDiscapacidad\\_Gil\\_Meresman.pdf](http://siteresources.worldbank.org/.../ArticuloSidayDiscapacidad_Gil_Meresman.pdf)
- Miller, B. & Benson, B. (2001). Family Relationships and Adolescent Pregnancy Risk: A Research Synthesis. *Developmental Review*, 21, 1-38, doi:10.1006/drev.2000.0513
- Moore, D. (1998). HIV/AIDS and deafness. *American Annals of the Deaf*, 143 (3). 182-205.
- Nareadi, T & Runo, M. (2017). Sexuality Education in Schools for Learners with Intellectual Disabilities in Kenya: Empowerment or Disempowerment?. *Sex Disabil.* 35, 353–370.
- Navarro, N. Z. & Hernández, A. I. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22 (2), 195-203.
- Navarro, Y., Torrico, E. & López, M, J. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educación y Diversidad*, 4 (2), 75-92.

Navas, P., Verdugo, M. & Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17 (2), 143-152.

Nuñez, M. A., & Salamanca, O. (2001). La deficiencia visual. En *Memorias del III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo"*. Universidad de Salamanca, Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/10.pdf>

Oliver, S. (2006). Educación sexual para personas con discapacidad intelectual. *Paso-a-Paso*, 19, 54-59.

Organización Mundial de la Salud (2006). La Sexualidad según la OMS. Recuperado de [http://www.formacionintegral.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=7%3Asexualidad-y-educacionsexual&id=19%3Aoms-que-es-la-sexualidad&Itemid=3](http://www.formacionintegral.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&catid=7%3Asexualidad-y-educacionsexual&id=19%3Aoms-que-es-la-sexualidad&Itemid=3)

Ortega S., Torres, Laura Evelia; Reyes, A. & Garrido, A. (2010). Paternidad: niños con discapacidad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12 (1), 135-155.

Ortega, P., Salguero, A. & Garrido, A. (2007). Discapacidad: paternidad y cambios familiares. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 118-125.

Parchomiuk, (2013). Model of intellectual disability and the relationship of attitudes towards the sexuality of persons with an intellectual disability. *Sex Disabil*, 31. Pp 125–139.

Pastor, A. (2004). Desde el marco de la psicología. En *Enfoque multidisciplinar sobre el discapacitado*. Alcalá la Real: Jaén.

Paterna, C., Martínez, C. & Rodes, J. (2005). Creencias de los Hombres sobre lo que significa ser padre. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (2), 275-284.

Pelaés, A., Martínez, B. & Leonhardt, M. (2009). *Maternidad y Discapacidad*. Editorial Cinca: Madrid.

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.

Pineda, E. & Gutiérrez, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con el síndrome de Down. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 95-104.

Pineda, E., Gutiérrez, E. & Rodríguez, N. (2012). La sexualidad en niños con el síndrome de Down desde la familia. Trabajo presentado en III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF y al X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud en su versión virtual.

Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S.J., Feaster, D., Huang, S., et al. (2007). A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents. *J Journal Consulting and Clinical Psychology*, 75, 914-926.

Programa de Acción: Salud Reproductiva. (2001). Recuperado el 29 de julio de 2016 de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7102.pdf>

Rivera., P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32 (1), 157-170.

Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. & Hermosillo, Á. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Revista de Psicología y Salud*, 23, (2), 227-239.

Rodríguez, C. (2004). ¿Cómo perciben los padres de familia (varones) el servicio de educación especial en la clínica universitaria de salud integral? Tesis de Licenciatura, Facultad de estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Rodriguez, J., López, F., Morentin, R. & Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, una propuesta de trabajo. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37 (1), 23-40.

Santamaría, M. (2006). ¿Cómo evaluar aprendizajes en el aula? Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

- Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability*, 9 (3), 243-259.
- Solar, M. (2015). Programa de intervención: "Educación sexual para alumnos con Discapacidad". Grado en Educación Primaria, Facultad de Educación y Trabajo Social, Universidad de Valladolid, España.
- Soto, N. & Vasco, C. (2008) Representaciones sociales y discapacidad, *Hologramática*. 8(5), 3-22. Recuperado de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/568/hologramatica08\\_v1pp3\\_23.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/568/hologramatica08_v1pp3_23.pdf)
- Toledo, M. (1997). Educación sexual y deficiencia visual: el diálogo del silencio por el silencio del diálogo. Investigación presentada en X Conferencia Mundial del International Council for Education of people with Visual Impairment, Sao Paulo, Brasil.
- Toledo, M. (1998). Educación sexual y deficiencia visual: el diálogo del silencio por el silencio del diálogo. *Revista de Psicología de la PUCP*, 17 (1), 84-101.
- Torres, I. & Beltrán, J. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Educación XX1*, 5, 35-76. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.5.1.383>
- Torres, S., Rodríguez, J., Santana, R., & González, A. (1995). Deficiencia Auditiva; Aspectos psicoevolutivos y educativos. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 24, 250-251.

UNESCO (2007). Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139030s.pdf>

UNICEF (2011). Enseña sexualidad. CSTAC compartiendo saberes y transformando realidades. México. Recuperado de [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_enSENA\\_SexualidadMH2.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf)

Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: De la Opresión a la Lucha por sus Derechos. Rebelión. Recuperado de <http://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>

Verdugo, M., Alcedo, M., Bermejo B. & Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129. Recuperado de [www.psycothema.com/pdf/3482.pdf](http://www.psycothema.com/pdf/3482.pdf)

Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 34 (1), 5-19.

World Asociation for Sexual Healt (2014). Declaración de los derechos sexuales. Recuperado de [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)

# **ANEXOS**

# **ANEXO 1**



## Cuestionario para padres sobre sexualidad

### DATOS PERSONALES

DP1. Sexo: \_\_\_\_\_

DP2. Edad: \_\_\_\_\_

DP3. Escolaridad: \_\_\_\_\_

DP4. Estado Civil: \_\_\_\_\_

DP5. Ocupación: \_\_\_\_\_

DP6. Religión: \_\_\_\_\_

DP7. ¿Cuánto dinero gana su familia al mes? \_\_\_\_\_

DP8. ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

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

DP10. ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

### DATOS SOBRE SU HIJO

DH1. Sexo de su hijo (a): \_\_\_\_\_

DH2. Edad de su hijo (a): \_\_\_\_\_

DH3. Escolaridad de su hijo (a) : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### INSTRUCCIONES

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

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

Evitar un embarazo ( )      Evitar una infección ( )      Lograr embarazarse ( )

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

Niñez ( )      Adolescencia ( )      Vejez ( )

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

Virus ( )      Hongos ( )      Bacterias ( )

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

De la madre al bebé ( )      Homosexualidad ( )      Prostitución ( )

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

Amistad ( )      Atracción sexual ( )      Abuso ( )

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

Abuso sexual ( )      Amistad ( )      Incesto ( )

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

Coito ( )      Masturbación ( )      Sexo anal ( )

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

### INSTRUCCIONES

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

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

## INSTRUCCIONES

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

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

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

## COMUNICACIÓN

### CF1 ¿Cómo se comunica con su hijo?

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

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

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

FIN DEL CUESTIONARIO

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN!