



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
DISEÑADO PARA PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE  
SEXUALIDAD EN PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD”**

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

**MARIA VIANEY RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

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

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

**Dr. Juan Pablo Rugerio Tapia**



**Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*“Somos lo que hacemos con lo que hicieron de nosotros”  
Jean Paul Sartre*

*A mis padres Sergio y Bety por su sabiduría, apoyo y el cariño que siempre me demostraron, por enseñarme a no rendirme, por la confianza que me brindaron, por estar conmigo incluso en los momentos más difíciles, porque gracias a su amor y comprensión esta meta fue posible.*

*A mi familia y amigos, en especial a mi tía Ere, Zaira, Itzel, Ivonne, Mishu y Zahelly, por comprenderme y apoyarme sin condición, por su amor infinito, porque gracias a ellos el camino es más fácil. Gracias por trascender en mi vida.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ya que con su apoyo el proyecto “SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD: EL PAPEL DE SUS PADRES” con clave 300416, se llevó a cabo, dándome la oportunidad de titularme con un gran aprendizaje.

A la Doctora Susana Xóchitl. Bárcena Gaona por brindarme la oportunidad de participar en el proyecto, por su esfuerzo, apoyo y dedicación a la culminación de este reporte, sin sus consejos y asesorías este trabajo no hubiese sido posible.

A mis sinodales la Doctora Carmen Yolanda Guevara Benítez y el Doctor Juan Pablo Rugerio Tapia, por el tiempo dedicado en la revisión de este trabajo y así en su mejoría.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por permitirme ser parte de ella, por las experiencias y aprendizajes que obtuve a lo largo de más de cuatro años de ser estudiante.

Por último, quiero agradecer a los padres de familia que participaron en este proyecto, sin su apoyo y dedicación, esta investigación no tendría lo más importante, resultados y la satisfacción de favorecer su calidad de vida.

# CONTENIDO

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

## PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

<b>Capítulo 1 Sexualidad y discapacidad</b>	
1.1 Concepto de sexualidad.....	1
1.2 Mitos entorno a la sexualidad.....	2
1.3 Derechos sexuales y reproductivos.....	5
1.4 Servicios de salud y educación sexual.....	9
1.5 Prevalencia de ITS y VIH.....	11
1.6 Abuso sexual.....	12
1.7 Embarazos no deseados.....	14
1.8 Esterilización forzada.....	15
<b>Capítulo 2 Importancia de la comunicación paterna sobre sexualidad</b>	
2.1 Comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos.....	19
2.2 Impacto de la comunicación sobre sexualidad paterna en el comportamiento sexual de sus hijos.....	21
2.3 Barreras en la comunicación sexual entre padres e hijos.....	25
2.4 Modelo de comunicación.....	27
2.5 Temáticas que abordan los padres con sus hijos.....	28
2.6 Características personales de padres e hijos que favorecen la comunicación sobre sexualidad.....	30
<b>Capítulo 3 Programas dirigidos a padres para promover la comunicación sobre sexualidad</b>	
3.1 Programas en población sin discapacidad.....	34
3.2 Programas en población con discapacidad.....	45

## SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

<b>Capítulo 4 Planteamiento del problema.....</b>	<b>56</b>
4.1 Hipótesis.....	57
4.2 Pregunta de investigación.....	58
4.3 Objetivo general.....	58
4.5 Objetivos específicos.....	58
<b>Capítulo 5 Método</b>	
5.1 Participantes.....	59
5.2 Variables e instrumentos.....	61
5.3 Procedimiento.....	62
5.4 Análisis de datos.....	69

<b>Capítulo 6</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>70</b>
<b>Capítulo 7</b>	<b>Discusión y conclusiones.....</b>	<b>75</b>
<b>Referencias</b>		<b>80</b>
<b>Apéndices</b>		

## RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar los efectos de un programa de intervención diseñado para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. Participaron cinco de padres de familia, cuya edad promedio fue de 43 años. Los hijos de tres de los participantes tienen Síndrome de Down y el resto discapacidad intelectual. La edad promedio de los hijos fue de 18 años. Se utilizó un diseño n=1 y se obtuvo información sobre las variables de autoeficacia, expectativas y comunicación sexual, a través de un instrumento que se aplicó antes de la intervención, al finalizarla y tres meses después. El programa se fundamentó en el modelo de autoeficacia y en el de aprendizaje estructurado; se conformó por 10 sesiones, una por semana. Los resultados arrojaron que, antes de la intervención, los padres se percibían autoeficaces para hablar con sus hijos sobre sexualidad, consideraban que les traería consecuencias positivas, pero solo habían conversado con ellos sobre 9 de los 17 temas que fueron evaluados y que formaron parte del programa. Después de la intervención, los participantes aumentaron el número de temas a 16 y en el seguimiento lograron comunicar los 17 temas de sexualidad a sus hijos.

Palabras clave: Discapacidad, Sexualidad, Educación Sexual, Autoeficacia, Programas de intervención.

## **ABSTRACT**

The main objective of this research was to evaluate the effects of an intervention program designed to promote communication about sexuality in parents of children with disabilities. Five parents participated, whose average age was 43 years. The children of three of the participants have Down syndrome and the rest intellectual disability. The average age of the children was 18 years. A design  $n = 1$  was used and information was obtained on the variables of self-efficacy, expectations and sexual communication, through an instrument that was applied before the intervention, at the end of it and three months later. The program was based on the self-efficacy model and the structured learning model; It was made up of 10 sessions, one per week. The results showed that, before the intervention, the parents perceived self-efficacy to talk with their children about sexuality, considered that it would bring them positive consequences, but they had only talked with them about 9 of the 17 topics that were evaluated and that were part of the Program. After the intervention, the participants increased the number of topics to 16 and in the follow-up they managed to communicate the 17 issues of sexuality to their children.

Keywords: Disability, Sexuality, Sexual Education, Self-efficacy, Intervention programs.



## 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 Mtro. 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 contó 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 15 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2014).

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

En México no existen datos oficiales que den cuenta del número de embarazos, ITS y abuso sexual que viven los individuos con discapacidad. No obstante, en Estados Unidos el índice de infección del VIH/SIDA entre individuos sordos es el doble que en las personas oyentes (Lisher, Richardson, Levine & Patrick, 1996) y en Uganda el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad ha tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998). De igual manera, los niños con discapacidad, 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 esta condición (Couwenhoven, 2013).

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

Al encuestar directamente a los jóvenes, se aprecia la problemática de comunicación. Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) realizaron un estudio con 132 jóvenes sordos y encontraron que más de la mitad nunca habló de temas sexuales con sus padres. Asimismo, presentaron un patrón de conducta sexual riesgoso: el 56.1% tuvo su primera relación de manera forzada y 43.9% tuvo relaciones forzadas nuevamente.

Además, un gran porcentaje (71.9%) no usó ningún método anticonceptivo, dando pie a embarazos (28.8%), abortos (13.8%) e ITS (19.3%). Aunque en este estudio no se presenta un análisis de correlación entre las variables de comunicación y conducta sexual, es posible esperar que exista una fuerte asociación a partir de los resultados reportados en población sin discapacidad, estos establecen una correlación positiva entre comunicación y conductas preventivas (Andrade, Betancour & Palacios, 2006; Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

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

Con tales bases, la investigación realizada fue 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 fueron el punto de partida para el diseño de un programa de intervención cuya finalidad fue 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 con discapacidad. A partir de ello, diseñar y evaluar un programa de intervención orientado a promover dicha comunicación, para 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 con discapacidad.
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 Posttest en la evaluación de los jóvenes con discapacidad, cuyos padres hayan participado en el taller psicoeducativo.
2. Las puntuaciones observadas en el Posttest se mantendrán en la condición de seguimiento.

## **METODOLOGÍA DEL PROYECTO GENERAL:**

### **ETAPA 1. Estudio de evaluación.**

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

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

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

### **ETAPA 2. Estudio de intervención**

Con base en los resultados que se obtengan en el estudio de la fase anterior, se propone diseñar y evaluar un programa de intervención dirigido a padres de jóvenes con discapacidad, esperando así contribuir con la prevención de ITS, embarazo no deseado, maltrato y abuso sexual hacia sus hijos. Se utilizará un diseño cuasi-experimental pre-test, intervención y post-test, con un seguimiento a tres meses.

La fase de intervención a padres se llevará a cabo en cinco sesiones de dos horas cada una, mismas que se programarán en las instalaciones de las instituciones participantes.

El diseño del programa de intervención se fundamentará en investigaciones empíricas que hayan demostrado su efectividad en población sin discapacidad (Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr & Denzmore, 2007; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Phetla, Busza, Hargreaves, Pronyck & Kim, 2008; Prado, 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.

### **PROYECTO ESPECÍFICO:**

El presente reporte de investigación se inserta en la etapa dos del Proyecto General: Estudio de intervención.

El reporte se divide en dos partes, la primera está conformada por tres capítulos que brindan sustento teórico a esta investigación. El primer capítulo describe la sexualidad de las personas con discapacidad, de modo que se mencionan los derechos sexuales y reproductivos, los servicios de salud reproductiva a los que tienen un acceso limitado, también los mitos en torno a su sexualidad, así como los problemas de salud sexual que enfrentan: prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), abuso sexual, embarazos no planeados y esterilización forzada.

En el segundo capítulo se expone la relevancia de la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, los beneficios que trae consigo, asimismo las consecuencias de no conversar sobre estos temas, de igual manera se exponen los temas de los cuáles los padres conversan con sus hijos con mayor y menor frecuencia y se destacan las características (sexo, edad, ocupación, etc.) que influyen en dicha comunicación. Es así que, se muestran investigaciones en personas sin discapacidad y con discapacidad que justifican estos supuestos.

El último capítulo de este apartado, describe los programas de intervención diseñados para promover la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con y sin discapacidad. Se analizan las características de los programas, los modelos teóricos que los fundamentan y su metodología.

La segunda parte de este reporte de investigación, concierne a la investigación empírica. En la cual se llevó a cabo la aplicación del programa de intervención denominado: *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?* Para ello, se contó con la participación de cinco padres de familia. Este apartado está conformado por cuatro capítulos, el capítulo cuatro describe el planteamiento del problema, el capítulo cinco menciona la metodología empleada en este trabajo, en el capítulo seis hace referencia a los resultados obtenidos y en el último se discuten los hallazgos más importantes del estudio.

**PRIMERA PARTE:**  
Marco Teórico



# CAPÍTULO 1

## SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD

En este capítulo se describe el concepto de sexualidad y su vinculación con las personas con discapacidad, se analizan los mitos en torno a su sexualidad y se exponen sus derechos sexuales y reproductivos. Posteriormente, se hace una revisión del escaso acceso a los servicios de salud y educación sexual que viven los individuos con discapacidad, y cómo ello los expone a diferentes problemas de salud sexual, entre ellos ITS/VIH, abuso sexual, embarazos no deseados y esterilizaciones forzadas.

### **Concepto de Sexualidad**

El concepto de sexualidad ha cambiado a través del tiempo, en décadas pasadas la sexualidad era apreciada como una práctica oculta e indebida y cualquier tema relacionado era despreciado. Lograr un consenso sobre este concepto fue una labor difícil, el problema radica en que el comportamiento difiere en cada cultura, estrato social y contexto histórico en que se desarrolla (Motta & Pérez, 2015). No obstante, existe una definición propuesta por la OMS (2010) que establece que la sexualidad es:

Un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que abarca sexo, identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se puede expresar en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones; si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no siempre todas son expresadas. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p. 4).

En concordancia con lo anterior, Rubio (1998) menciona que la sexualidad debe y requiere ser estudiada con procedimientos de biología, medicina, psicología y por todas las ciencias sociales, ya que desde un conocimiento integral se logrará una mayor comprensión.

Cabe destacar que desde esta definición la sexualidad es inherente a todos los seres humanos, sin importar raza, sexo o condición de discapacidad. También es importante señalar que inicia desde el nacimiento y continúa hasta la vejez. (Morales, 2012).

En México la sexualidad se ha convertido un tema importante para la salud y el bienestar de su población. Las investigaciones, la elaboración de nuevas legislaciones y la difusión de la información han incrementado en los últimos años, por ejemplo, aborto legal, matrimonio igualitario y programas de prevención y control de VIH/ITS (López, 2017). No obstante, en las personas con discapacidad el acceso a educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva continúan pendientes. Esta población se enfrentan a obstáculos en la divulgación de la información, debido a que los canales informativos carecen de recursos incluyentes, además, se han instituido una serie de mitos sobre su sexualidad, lo cual ha provocado que la sexualidad y las personas con discapacidad sean percibidos como incompatibles (Guevara, Robles, Rodríguez & Frías, 2016).

### **Mitos en torno a la sexualidad**

Los mitos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad tienen gran parte de su origen en la ignorancia que existe tanto de la sexualidad como de la discapacidad (Chávez, Petrzelova & Zapata, 2009). Debido a lo cual, como ya se mencionó, las personas con discapacidad sufren barreras para vivir plenamente su sexualidad (Castillo, 2010). En la tabla 1 se contrastan algunos mitos que aluden a la sexualidad de las personas con discapacidad (Castillo, 2010; De Dios & García, 2007; Losa, 2016).

Tabla 1

#### *Mitos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad*

Mitos	Realidad
No tienen sexualidad, ya que se les considera niños eternos.	Todas las personas presentan sexualidad y las personas con discapacidad no son la excepción.

---

Mitos	Realidad
Hablar de temas sexuales les puede ocasionar preocupaciones y frustraciones.	No hablar de temas sobre sexualidad puede provocar preocupaciones o frustraciones, ya que la sexualidad no desaparecerá. Por consiguiente, brindarles información fiable y veraz, es necesario para el disfrute de su sexualidad como al resto de la población.
Sus intereses sexuales deben cambiarlos porque son agresivos para ellos y les puede ocasionar alteraciones irreversibles.	La sexualidad es importante para todos los seres humanos, así como para las personas con discapacidad, sus intereses sexuales no ocasionan alteraciones, por lo cual deben ser respetados.
Las personas con discapacidad intelectual son hipersexuales o incontrolables.	Las personas con discapacidad no son hipersexuales, sin embargo es importante enseñar las diferencias entre conductas públicas y privadas.
Si llegan a tener pareja debe de ser igual a ellos.	Erróneamente existe la creencia que las relaciones afectivas o sexuales, solo pueden llevarse a cabo entre personas sin discapacidad, no obstante la realidad es que las personas con discapacidad pueden tener parejas afectivas con o sin discapacidad y disfrutar de las relaciones sexuales.
Si la persona con discapacidad tiene una disfunción sexual es por su estado físico o mental.	Dependiendo del tipo de discapacidad y afectación puede influir en adquirir alguna disfunción sexual, pero no todas las personas con discapacidad desarrollan alguna alteración sexual.

---

Mitos	Realidad
Si una persona sin discapacidad tiene una relación con una persona con discapacidad se debe a que no logra mantener relaciones con personas sin discapacidad o porque tiene un beneficio de la persona con discapacidad, como intereses monetarios.	Esta cuestión no es exclusiva de las personas con discapacidad, en personas sin discapacidad también hay relaciones que implican una ventaja para uno de los participantes, por ende la discapacidad no es un factor determinante en este tipo de relaciones.
Un cuerpo “deforme” no está capacitado para dar o recibir placer.	En la sociedad hay estereotipos de belleza para hombres y mujeres, los cuales aluden a la perfección, determinando características específicas de lo “normal y atractivo” no obstante todos los cuerpos sin importar las características físicas, son capaces de recibir y brindar placer.
Las personas con discapacidad no logran relaciones sexuales satisfactorias.	La satisfacción de las relaciones sexuales no depende de la discapacidad. Al igual que las personas sin discapacidad tienen deseos y necesidades sobre su sexualidad.

Estos mitos sólo refuerzan la creencia de que las personas con discapacidad son: incapaces en el desempeño sexual, carentes de deseo sexual y que no cuentan con las habilidades sociales ni juicio para tener un comportamiento sexual adecuado, por lo general son vistas como desviadas y desesperadas (Glover-Graf, 2012). Los mitos alcanzan también a los profesionales de la salud y generan la falsa creencia de que no es necesario rehabilitar en sexualidad a esta población, por lo que este aspecto no es tomado en cuenta para su atención (Castillo, 2010).

Por otro lado, las mujeres con discapacidad sufren doble discriminación, una por ser mujeres y otra por tener una discapacidad, los mitos en torno a las mujeres con discapacidad influyen negativamente en su vida, algunos de estos mitos son (Glover-Graf, 2012): inocentes, asexuales o sexualmente inadecuadas; no son capaces de ovular, menstruar, tener un parto y orgasmos; si tienen una relación o están casadas, no es por elección, sino por el miedo a quedarse solas y

finalmente, se considera que no son capaces de elegir sobre su cuerpo. La doble discriminación se encuentra en situaciones claras y objetivas como la falta de empleo, salarios inferiores, mínimo acceso a los servicios de salud, considerables carencias educativas y mayor riesgo a sufrir abusos (Moya, 2009).

Si bien es cierto que existe una doble discriminación hacia las mujeres con discapacidad, no debe perderse de vista que en este colectivo conformado tanto por hombres como por mujeres, el que no exista un reconocimiento de su sexualidad afecta de manera importante su calidad de vida y además constituye una la violación a sus derechos sexuales y reproductivos (González, 2005).

### **Derechos sexuales y reproductivos.**

Al hablar de derechos sexuales y reproductivos es importante tener en cuenta el contexto histórico. Desde los últimos cincuenta años la sexualidad ha tomado importancia, lo cual generó la aparición de movimientos sociales a nivel mundial, que dieron paso a replantear la concepción de la sexualidad permitiendo la creación de los derechos sexuales y reproductivos (Núñez, Ponce & Woolfolk, 2015).

La declaración de estos derechos es relativamente nueva en la legislación internacional de los derechos humanos (Ahumada & Kowalski, 2006). Este reconocimiento inicia con la respuesta a los movimientos de lucha de dos grupos discriminados: las mujeres y las personas del movimiento LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex), a partir de las demandas de estos grupos es que comienzan a construirse informes para proteger sus derechos, además de notar la relación que tienen con los derechos humanos en los tratados internacionales (Romero & Muro, 2015).

La primera vez que se mencionó el concepto de derechos reproductivos fue en la *Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán* de 1968 (ONU, 1968). Sin embargo, esta sólo se limitó al derecho de decidir el número de hijos, en esa época se continuaba vislumbrando la sexualidad con un fin reproductivo, se contemplaba como derecho esencial el ser padres, mas no la libre decisión de tener hijos o no, fue hasta 1994 que en la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo*, que se introduce el concepto de salud reproductiva, definiéndola como:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (ONU, 1994; 37).

Esta definición es importante porque comprende que la sexualidad no sólo implica el hecho de la concepción, sino que va más allá, incluyendo la satisfacción y el placer, además del derecho de poder elegir tener hijos o no, lo que implica el acceso a métodos anticonceptivos apropiados y accesibles. Por ende, la salud reproductiva conlleva el derecho a adquirir información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos seguros, eficaces y accesibles, además de contar con servicios de salud gineco-obstétricos (Ahumada & Kowalski, 2006).

Es importante destacar que no fue hasta el año 1994 en la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo*, que se acordó que los gobiernos deben reconocer las necesidades y derechos relacionados a la salud reproductiva de las personas con discapacidad, incluyendo temas como planificación familiar, ITS y VIH y el acceso a una educación sexual integral, así como erradicar todas las formas de discriminación (ONU, 1994). Es así que en 1994 se lleva a cabo la aceptación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) por parte de 179 países, incluido México.

La Asociación Mundial de para la Salud Sexual (WAS) por sus siglas en inglés (2014) establece que existen 16 derechos sexuales y reproductivos, los cuales son derechos humanos universales que tienen como fundamento la libertad, dignidad e igualdad, son inherentes en todos los seres humanos y están por encima de los valores culturales, estos se enlistan en seguida:

1. *El derecho a la igualdad y a la no discriminación*: Todas las personas tienen derecho a disfrutar los derechos sexuales, sin importar su género, etnia, sexo, raza, discapacidad, orientación sexual o cualquier otra condición

2. *El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona:* Todas las personas tienen derecho a la vida, libertad y seguridad, estos derechos no pueden ser retirados o amenazados por motivos relacionados con la sexualidad.
3. *Derecho a la autonomía e integridad del cuerpo:* Toda persona tiene derecho a decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad, como la elección de pareja, prácticas y métodos anticonceptivos.
4. *El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes:* Ninguna persona debe ser sometida a torturas o tratos inhumanos relacionados con la sexualidad, así como prácticas dañinas, esterilización o anticoncepción forzada.
5. *El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción:* Todas las personas tienen derecho a una vida sin violencia o dominación relacionada con la sexualidad, como violación, abuso sexual, acoso, bullying o explotación sexual.
6. *El derecho a la privacidad:* Todas las personas tienen derecho a la privacidad en relación con la sexualidad, vida sexual y las elecciones a su propio cuerpo.
7. *El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras:* Todas las personas tienen derecho a tener salud y bienestar en relación con su sexualidad, incluyendo relaciones sexuales placenteras, satisfactorias y seguras. También incluye servicios de atención a salud sexual, disponible y accesible
8. *El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulte:* Toda persona tiene derecho a utilizar los beneficios de investigaciones científicas y de sus aplicaciones en relación con la sexualidad.
9. *El derecho a la información:* Todas las personas tienen el derecho al acceso a información precisa y certificada, en relación con la sexualidad, salud sexual y derechos sexuales.

10. *El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad:* Toda persona tiene derecho a la educación integral sobre sexualidad, esta deber ser apropiada de acuerdo con la edad, científicamente correcta, basada en los derechos humanos, equidad de género y con un enfoque positivo de la sexualidad.
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:* Todas las personas tienen el derecho a elegir casarse o no, mantener una relación de pareja o tener relaciones similares, así como a la separación de la relación o matrimonio, sin discriminación o exclusión de cualquier tipo.
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 derecho a decidir tener o no hijos, así como el número y el espaciamiento de los mismos.
13. *El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión:* Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión sobre sexualidad.
14. *El derecho a la libre asociación y reuniones pacíficas:* Todas las personas tienen derecho a organizarse pacíficamente, reunirse, protestar y defender sus ideas sobre sexualidad.
15. *El derecho a participar en la vida pública y política:* Toda persona tiene derecho a contribuir en aspectos civiles, económicos, sociales, culturales, políticos, entre otros, esto a niveles locales, nacionales, regionales e internacionales.
16. *El derecho al acceso a la justicia, a la retribución y la indemnización:* Todas las personas tienen derecho a la justicia, retribución o indemnización por violaciones a sus derechos sexuales.

A pesar de la declaración de estos derechos y de los avances en el reconocimiento de los mismos, las personas con discapacidad son violentadas, porque sus derechos no son respetados, sus necesidades son omitidas por todos



los mitos que existen en torno a su sexualidad, como ya se analizó previamente. En suma, las personas con discapacidad ven violentados sus derechos sexuales y reproductivos al no recibir información sobre salud sexual y reproductiva, tener escaso acceso a los servicios de salud sexual, tener pocas o ninguna posibilidad de tener una relación sentimental y también se les niega el derecho a ser padres (Cruz, 2015).

De lo anterior da cuenta la investigación realizada por Björndóttir, Stefánsdóttir y Valgerdur (2017), en la cual a través de entrevistas a 29 personas (19 mujeres y 10 hombres) con discapacidad intelectual, encontraron que no reciben educación sexual cuando son pequeños y tampoco en edad adulta. Asimismo hallaron que las personas con discapacidad son consideradas incapaces para expresar su identidad sexual y género, lo cual se relaciona con las limitantes para la toma de decisiones.

### **Servicios de salud y educación sexual**

El Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009- 2012, menciona entre sus objetivos mejorar la calidad y calidez de los servicios de atención integral para las personas con discapacidad, dentro de los servicios se encuentra salud sexual y reproductiva, la cual debe ser apropiada a las necesidades de los usuarios del servicio y con los mayores estándares de calidad, esto para mejorar su rehabilitación e integración social.

Para lograr lo anterior, es necesario que el personal de salud cuente con una amplia y completa información del tratamiento adecuado a cada persona con discapacidad, por lo que el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (2009) contempla las siguientes acciones:

- Desarrollar programas para la atención integral y rehabilitación, de acuerdo a los diferentes tipos de discapacidad.
- Fortalecer recursos humanos interdisciplinarios para la atención especializada, así como su formación, sensibilización y actualización de los especialistas.
- Brindar servicios de educación sexual, apoyo psicológico y capacitación a personas con discapacidad y a sus familiares.

- Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, incluyendo educación sexual.

Sin embargo, los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2010, informan que sólo el 68.8% de la población con discapacidad cuenta con algún servicio de salud, de estos el 46.7% mencionó estar afiliado al IMSS, 37.2% al seguro popular, 10.9% al ISSSTE, 2.7% a institución privada, 2.4% a institución no definida y el 1.5% a PEMEX. Esto demuestra que no toda la población cuenta con un servicio de salud, además no hay estadísticas sobre servicios de salud y reproductiva, y tampoco se conoce la cobertura de educación sexual dirigida a esta población.

Aunado a lo anterior, la atención que reciben las personas con discapacidad de los especialistas de la salud también está influenciada por creencias y actitudes erróneas sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Algunas mujeres con discapacidad mencionan que reciben tratos infantilizados por parte de los especialistas, no son tomadas en cuenta y los médicos se dirigen a quién las acompaña al servicio, violentando así su derecho a la privacidad, además no resuelven sus dudas sobre el ejercicio de su sexualidad y derecho a la maternidad (Buján, 2016).

De acuerdo con Cruz (2015), los prestadores de servicios de salud argumentan con “explicaciones profesionales” la poca información que ofrecen para que las personas con discapacidad ejerzan placenteramente su sexualidad, consideran que las personas con discapacidad están en peligro, por lo que es conveniente prevenir los riesgos, las dificultades y problemáticas que les puedan ocurrir, por eso las respuestas de los profesionales se limitan a prohibición y esterilización, transgrediendo sus derechos sexuales. Además al no recibir educación sexual las personas con discapacidad son restringidas de experiencias sobre sexualidad e ignoran cómo actuar ante las circunstancias que se puedan presentar (Navarro & Hernández, 2012).

Todos los elementos mencionados anteriormente ocasionan que las mujeres con discapacidad reciban escasos exámenes ginecológicos rutinarios, lo que provoca que muchas padezcan cáncer mamario o cervicouterino, también desconocen cómo realizar un examen mamario ellas mismas o la importancia de realizarse estudios periódicamente (Varas, 2010). No obstante no son los únicos problemas de salud, además ocasiona que las personas con discapacidad sean vulnerables a contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), debido a que desconocen los síntomas, así como los riesgos de llevar a cabo relaciones sexuales sin protección (Mattioli, 2017).

### **Prevalencia de ITS y VIH**

Las personas con discapacidad son más propensas a infectarse de ITS/VIH, considerando que son excluidos de los servicios de educación y prevención. Los servicios de atención médica suelen ser inaccesibles porque no cuentan con las condiciones necesarias para atender a esta población, por ejemplo, espacios físicos no aptos para sillas de ruedas, personal sin conocimiento sobre Lenguaje de Señas o Sistema Braille y medicamentos limitados (Abimany, Mannan, Groce & Mc Veigh, 2017; Tun et al., 2016). Otra consecuencia de la falta de acceso a los servicios de salud, es el diagnóstico tardío del VIH, ya que en estudios como el de Tun et al. (2016) con una muestra de 76 personas con discapacidad intelectual con VIH en Uganda identificó que la realización de la prueba para detectar VIH se llevó a cabo hasta que se encontraban en estado crítico.

Además, se carece de datos sobre la prevalencia de ITS y VIH en esta población (Berman, Meresman, Galván & Rodríguez, 2011). No obstante, en una pequeña encuesta realizada en Estados Unidos encontró que el índice de casos de VIH es el doble en personas con discapacidad auditiva en comparación con las personas sin discapacidad (Groce, 2004). Y otro estudio en Uganda encontró que el 38% de mujeres y el 35% de hombres con discapacidad han tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998).

Asimismo, Aderemi, Pillay y Esterhuizen (2013) realizaron una investigación con una muestra de 300 personas con discapacidad intelectual obteniendo los siguientes datos: el 37.5% de ellos tuvieron relaciones sexuales y el 96% de ellos

no utilizaron condón o algún otro método anticonceptivo y sus conocimientos sobre contagio del VIH fueron bajos; además 68% reportó que habían sufrido abuso sexual.

Esta investigación confirma que las personas con discapacidad tienen relaciones sexuales, desconocen los riesgos, así que no utilizan condón masculino por lo que son una población vulnerable a contagio de ITS/VIH, además más de la mitad mencionó sufrir abuso sexual.

Groce (2004) identificó una serie de factores de riesgo que hace más vulnerable a la población con discapacidad de sufrir contagios de ITS y VIH superiores a la población sin discapacidad, los cuales son: altas tasas de analfabetismo, marginación social y el riesgo a sufrir violencia; tienen varias parejas sexuales; reciben menor información y no tienen los recursos adecuados para optar por el sexo seguro; las mujeres y niñas son vulnerables a sufrir abuso sexual y por último, en algunas culturas tienen la creencia errónea de que las mujeres “vírgenes” curan el VIH.

### **Abuso sexual**

El abuso sexual es definido como los actos que comete una persona con ventaja sobre otra persona, con el propósito de obtener satisfacción sexual, utilizando engaños, amenazas o manipulación. La mayoría de los casos de abuso se dan de una persona mayor a un menor de edad, pero también se cometen casos de abuso por parte de una persona menor de edad cuando el agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre otra persona. El abuso puede consistir en besos, caricias o abrazos, caricias en los genitales, sexo oral, cualquier tipo de penetración en la vagina o el ano, ser obligado a presenciar actos sexuales, ver pornografía y prostitución (Morales, 2012).

Las personas con discapacidad son más vulnerables a sufrir de abuso ya que no son capaces de expresar sus sentimientos y necesidades debido a limitaciones biológicas y sociales; entre las barreras biológicas se encuentran problemas de audición, visuales, cognitivas y motoras, y en las sociales los prejuicios, mitos y la falta de información y educación de la que ya se habló ampliamente (Phasha & Runo, 2017).

La prevalencia de abusos sexuales parece ser mayor en personas con discapacidad en comparación con población sin discapacidad, no obstante se ignoran las cifras sobre este problema ya que la tasa de denuncias es baja o las estadísticas pueden incluir otros tipos de abuso como: psicológico o físico. Sin embargo, hay estadísticas que mencionan que las personas con discapacidad intelectual y motora sufren abuso sexual, un 83% son mujeres y un 32% hombres, además presentan mayor probabilidad de ser abusadas más de una vez. Cabe mencionar que de todos los casos de agresión sólo se denuncia e informan un 3% de ellos (Couwenhoven, 2013; Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Otra investigación realizada por Giménez, Gil, Ruiz y Díaz (2017) con el objetivo de identificar la experiencia de abuso sexual en una muestra de 154 personas con discapacidad intelectual, encontraron que un 33% considera que no pasa nada si alguien toca sus zonas íntimas, un 13% piensa que está bien tener relaciones sexuales, sólo por recibir un trato amable; ante la situación de abuso un 8% cree que debería permitirlo aunque no lo quiera y un 15.6% indica que es mejor no contar la situación de abuso.

Además, hay muy pocas investigaciones sobre abuso sexual en población masculina con discapacidad, dando como resultado menos información sobre las variables abuso sexual y hombres con discapacidad. Las creencias sobre que los hombres pueden cuidarse a sí mismos influye para no tomar en cuenta esta población. Sin embargo, la investigación realizada por Basile, Breiding y Smith (2016) menciona que tanto las mujeres y hombres con discapacidad sufren mayor riesgo a ser víctimas de abuso sexual a comparación de las personas sin discapacidad, destacando que las mujeres son más vulnerables que los hombres, mientras que los hombres son obligados a penetrar sexualmente a su agresor.

En cuanto a los contextos en los que puede ocurrir el abuso sexual se encuentra el ámbito familiar, círculo de amistades, el entorno laboral o instituciones y son frecuentemente realizados por los cuidadores, familiares o personal que se encuentra en contacto directo con la víctima (Verdugo, Alcedo, Bermejo & Aguado, 2002).

Por otra parte, el abuso sexual tiene graves consecuencias físicas y psicológicas, las personas con discapacidad que sufren abuso presentan síntomas de infecciones, lesión genital, dolor abdominal, flujo genital persistente, estreñimiento, problemas de conducta, síndrome de estrés post-traumático, miedo, ansiedad, enuresis, encopresis y además pueden conducir a un embarazo no deseado (Aliaga, Ahumada & Marfull, 2003)

### **Embarazos no deseados**

Se define embarazos no deseados como aquellos que suceden en un momento no favorable, inoportuno o ante el fallo de los métodos anticonceptivos (Langer, 2002). Las personas con discapacidad se encuentran en riesgo de tener un embarazo no deseado, como ya se señaló, la población con discapacidad tiene relaciones sexuales y no cuenta con las habilidades necesarias para llevar a cabo conductas sexuales preventivas además son más vulnerables a sufrir abuso sexual (Santiago, 2009).

Sin embargo, se carece de datos sobre la prevalencia en esta población, no obstante se infiere que tienen las mismas posibilidades de sufrir un embarazo no deseado como las personas sin discapacidad. La investigación de Horner et al. (2016) sobre embarazo en personas con y sin discapacidad identificó que durante los años 2008 y 2012, se reportaron 10.3% de embarazos en mujeres con discapacidad y 12.3% en mujeres sin discapacidad, esta diferencia no fue significativa, por lo tanto se deduce que las mujeres con discapacidad tienen las mismas posibilidades de tener un embarazo, sin embargo la investigación no indagó sobre la intención del embarazo o la utilización de métodos anticonceptivos, por lo que no fue posible obtener cifras sobre si el embarazo fue deseado o no.

Teniendo en cuenta que los embarazos no deseados pueden ocurrir tanto en población sin discapacidad como con discapacidad, los problemas de salud que conlleva también afectan a las personas con discapacidad, entre los riesgos que pueden ocurrir están que el bebé nazca con bajo peso o prematuro, riesgo de aborto o incluso muerte durante el parto, tanto para la mamá y como para su hijo, así como perjudicar su proyecto de vida (Santiago, 2009).

En consecuencia, los embarazos no deseados pueden ser altamente problemáticos para la población con discapacidad.

Cabe señalar que los médicos tienen la obligación de ofrecer información y asesoramiento de todos los métodos anticonceptivos y ésta debe estar en relación con la discapacidad que tiene el usuario del servicio médico (Varas, 2010). Sin embargo, en muchas ocasiones cuando reciben información suele ir orientada a la esterilización como único método, además la información es incompleta o falsa, ocasionando que se practiquen esterilizaciones forzadas (Cruz, 2015).

### **Esterilización forzada**

La esterilización es la intervención quirúrgica para terminar con la capacidad individual de reproducción definitiva y por su parte, la esterilización forzada se refiere a poner en marcha este procedimiento sin el consentimiento de la persona cuando se realiza sin riesgo para la salud o la vida (Peláez, 2009).

Pese a que la esterilización es un método anticonceptivo que permite el coito sin perder el deseo sexual, esta práctica está basada en prejuicios en contra de las personas con discapacidad, ya que se realiza sin su consentimiento (Olavarrieta et al., 2013). Por lo tanto es un procedimiento que los despoja de autonomía, que es fundamental para el goce de sus derechos sexuales y reproductivos (Pham & Lerner, 2001).

Las mujeres y niñas con discapacidad son forzadas, intimidadas y presionadas para realizar la esterilización, por lo que como ya se mencionó constituye una violación a sus derechos, esta práctica arremete con la integridad de las personas tanto física, psicológica y socialmente, asimismo tiene graves implicaciones si son realizadas durante la niñez o pubertad, ya que puede aparecer tempranamente la menopausia, provocar osteoporosis y enfermedades cardiovasculares. Pero no sólo eso, la esterilización forzada puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir de abuso sexual, porque el abuso puede ocultarse si no existe un signo de violencia y el embarazo suele ser un signo que ayuda a detectar esta situación (Peláez, 2009).

A pesar de las implicaciones de esta práctica se realiza de manera frecuente, en especial a mujeres con discapacidad intelectual; se reporta que durante los años 1992 y 1997, 1045 niñas con discapacidad menores de 18 años fueron sometidas a esterilizaciones forzadas por razones como eliminación de la menstruación y prevención de embarazos (Moya, 2009).

Un estudio pionero e importante para cambiar la concepción de la esterilización de las mujeres con discapacidad fue el realizado por Women With Disabilities Australia (WWDA), la cual es una importante organización de mujeres con discapacidad en ese país, en el año 2001 llevaron a cabo un informe de esterilización y salud reproductiva en niñas y mujeres con discapacidad, a partir de los datos obtenidos diseñaron herramientas para la erradicación de la esterilización, entre las cuales están la prohibición de esta práctica a menores de 18 años, asimismo si no hay un consentimiento por parte de la persona con discapacidad con la sola excepción de que exista un riesgo grave de salud o de vida (Peláez, 2009).

A pesar de los esfuerzos de investigaciones como la anterior y la declaración de los derechos sexuales y reproductivos, continúan realizándose esterilizaciones sin el consentimiento de las mujeres, negándoles la opción de elegir un método anticonceptivo reversible. De acuerdo con Varas (2010), anualmente se practican 13,000 esterilizaciones a mujeres, entre las cuales el 2.8% a 3.8% son a mujeres con discapacidad intelectual y se realizan por indicaciones médicas o solicitud de familiares, cabe señalar que los datos sólo informan de procedimientos de esterilización hacia las mujeres, se desconoce lo que ocurre en los varones con discapacidad.

En un estudio abocado a conocer a mayor profundidad esta situación, Björnsdóttir, Stefánsdóttir y Valgerdur (2017) entrevistaron a mujeres con discapacidad que habían sido esterilizadas e identificaron en sus relatos que no habían recibido la información necesaria sobre las consecuencias o los demás métodos anticonceptivos, además no tenían opción, ya que eran condicionadas para poder salir de la institución en la que residían. En este mismo estudio se encontró que ninguno de los hombres con discapacidad tenía este procedimiento, por lo que es posible suponer, que la esterilización trastoca un asunto de género.



En cuanto a la opinión de los padres de familia, una encuesta a 88 padres obtuvo que 77 de ellos estaban dispuestos a contemplar la esterilización, ocho ya lo habían solicitado y las razones que mencionaron para llevar a cabo esta práctica fueron por desconocimiento y temor sobre la eficacia de los demás métodos anticonceptivos (Pham & Lerner, 2001).

## **Conclusiones**

Las personas con discapacidad tienen obstáculos para ejercer su sexualidad de manera libre y responsable, lo cual constituye una transgresión a sus derechos sexuales y reproductivos. Dichos obstáculos tienen su origen en las limitaciones sociales que se expresan en mitos, ya que son vistos como “niños eternos” y por ende no presentan sexualidad, no obstante su sexualidad se desarrolla igual que las personas sin discapacidad.

Además, los mitos erróneos que giran en torno a su sexualidad, entorpecen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo cual son más vulnerables a sufrir distintos problemas de salud sexual en comparación con la población sin discapacidad, como, ITS/VIH, abuso sexual, embarazos no deseados y esterilizaciones forzadas. La falta de acceso a educación sexual y servicios de salud sexual, puede incrementar las consecuencias de estos problemas, porque al desconocer los riesgos de las relaciones sexuales sin protección, el funcionamiento de su propio cuerpo e incluso los síntomas que pueden presentar, tampoco sabrán cómo proceder o a quién acudir, al experimentar un problema de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que las personas con discapacidad sean vistas como personas sexuadas y autónomas para reconocer sus derechos sexuales y reproductivos, además, es necesario implementar acciones, con el fin de mejorar su vida sexual, por ejemplo, generar más y mejores espacios para que puedan recibir la atención necesaria y correcta, así como, capacitar especialistas que comprendan las necesidades de las personas con discapacidad.

En el siguiente capítulo se aborda la importancia de la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, como una herramienta que promueve conductas sexuales preventivas, de modo que, la comunicación sexual puede ser un factor importante para disminuir dichos problemas en las personas con discapacidad.

## **CAPÍTULO 2**

### **IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN PATERNA SOBRE SEXUALIDAD**

En este capítulo se aborda la importancia de la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, se presenta la evidencia empírica que comprueba la asociación entre comunicación y la conducta sexual protegida en adolescentes con y sin discapacidad. Asimismo se exponen las barreras que enfrentan los padres de familia para realizar dicha tarea y las implicaciones que esto tiene en la conducta sexual de riesgo en sus hijos. En relación con lo anterior, se describe el modelo de autoeficacia basado en la teoría social cognitiva, el cual sostiene que tanto la autoeficacia percibida como las expectativas hacia la comunicación se asocian con la comunicación sexual. Posteriormente, se analizan los temas sobre sexualidad que abordan con mayor y menor frecuencia los padres con sus hijos, así como las características personales de ambos (padres-hijos) que intervienen en dicha comunicación.

#### **Comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos**

La familia es el primer contacto que tiene un individuo con la sociedad y tiene una tarea importante en la manera en que las personas comprenden su alrededor, ya que constituye un vínculo entre el individuo y la sociedad (Rodríguez, 2007). Las primeras experiencias en relación con la sexualidad tienen lugar en el núcleo familiar (Morales, 2012). Además, en este grupo se aprende a sentir y expresar sentimientos de acuerdo con normas y valores (Bernal, 2007; Fernández et al., 2017; Vargas, Barrera, Consuelo & Daza, 2006).

De acuerdo con lo anterior, los padres de familia fungen como agentes de socialización, partiendo de este supuesto son ellos quienes deberían enseñar y modelar a sus hijos comportamientos saludables, incluyendo las medidas preventivas de su comportamiento sexual. Es así que la familia puede ser un agente importante para desarrollar conductas sexuales preventivas, que promuevan prácticas sanas, responsables y estableciendo el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, esto por medio de la educación sexual

(Uribe, Castellanos & Cabán, 2016). La International Planned Parenthood Federation (IPPF) define educación sexual como: “Un proceso de aprendizaje holístico, evolutivo y apropiado para cada edad, relevante a nivel cultural y al contexto, científicamente preciso, fundamentado en una visión de derechos humanos, igualdad de género y con un enfoque positivo sobre el sexo” (2017, p.6).

Es así que la educación sexual no sólo busca brindar información sobre Infecciones de Transmisión Sexual, sino que las personas adquieran las habilidades necesarias para la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva, incluyendo relaciones igualitarias, sanas, satisfactorias y consensuadas, con contenidos biológicos, sociales, psicológicos y culturales. (Tapia, 2017). En este sentido, Álvarez de la Cruz (2010) considera que la comunicación es la base para el desarrollo de una sexualidad sana y responsable. Por lo que es un componente imprescindible en la educación sexual (Vargas, 2014).

La comunicación es entendida como el proceso en el cual un individuo influye en la modificación de ideas, costumbres, actitudes y prácticas de otros, dicho de otra manera, la comunicación lleva implícita una modificación del comportamiento (Álvarez de la Cruz, 2010). Además interviene en la expresión y satisfacción de necesidades afectivas y cognitivas, así pues, comunicar es más que informar, produce sensaciones y creencias (Sánchez, Vázquez & Hernández, 2006).

De modo que la comunicación es un proceso primordial en el cual los padres transmiten valores, creencias, expectativas, información y conocimientos a sus hijos, además tienen la oportunidad de comunicarse con ellos a diario, a diferencia de otros agentes de socialización como son los profesores y otros profesionales, lo cual les permite desempeñar un papel fundamental en la formación de sus hijos a medida que se desarrollan (Jerman & Constantine, 2010).

Por lo anterior, la comunicación se traduce en confianza y vínculos afectivos, logrando que el adolescente identifique situaciones de riesgo. Por ello la comunicación entre padres e hijos es un factor importante para lograr un buen

desarrollo de los adolescentes, algunas investigaciones indican que los jóvenes que establecen una buena comunicación con sus progenitores afrontan positivamente conductas sexuales de riesgo (Del Barrio & Salcines, 2012).

### **Impacto de la comunicación sobre sexualidad paterna en el comportamiento sexual de sus hijos**

El modelo propuesto por Eisenberg, Sieving, Bearinger, Swain y Renisck (2006) (figura 1) plantea que el comportamiento sexual adolescente se encuentra mediado por la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad y la comunicación a su vez por el estilo, el contenido, frecuencia, sexo/ edad del hijo y momento en que se lleva a cabo, además de la necesidad percibida por los padres de comunicar temas sobre sexualidad a sus hijos.

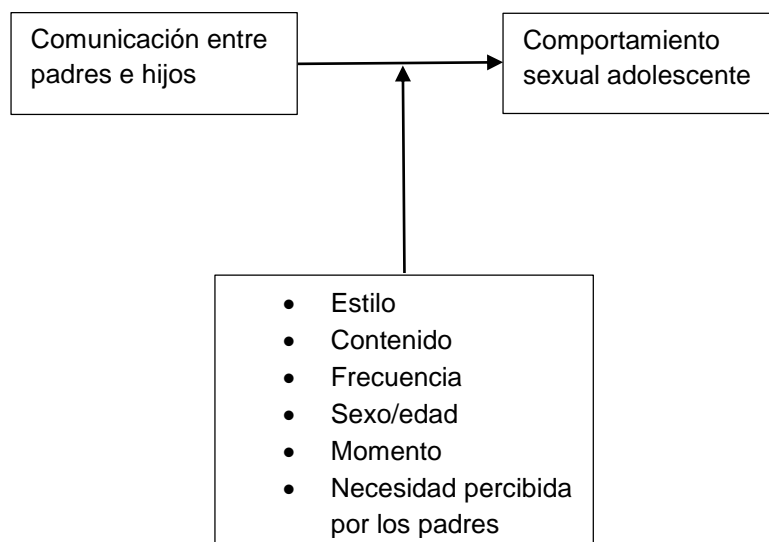


Fig. 1 Modelo de Eisenberg et al. (2006)

En consecuencia, la comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales resulta ser una variable relevante para prevenir y modificar conductas de riesgo, ya que está demostrando que cuando los padres dialogan con sus hijos sobre sexualidad, estos últimos logran obtener mayor conocimiento sobre estos temas, comprenden sus cambios físicos y psicológicos y tienden a presentar conductas más responsables y saludables (Castillo & Pérez, 2006; Durán, Durán, Sánchez & Olvera, 2008).

A continuación se presentan investigaciones en padres de hijos sin discapacidad que sustentan esta aseveración.

Un factor común en las investigaciones, es que los jóvenes que dialogan con sus padres sobre sexualidad presentan conductas sexuales preventivas. Así lo demuestra la investigación realizada por Andrade, Betancourt y Palacios (2006) en la Ciudad de México, encontrando que la comunicación contribuye en retardar la edad de debut sexual de los jóvenes, esto en una muestra de 754 adolescentes de los cuales 377 ya habían comenzado su vida sexual y 377 no lo habían hecho, los adolescentes que todavía no tenían relaciones sexuales eran aquellos que tenían mayor comunicación sobre sexualidad con sus padres.

Asimismo, Ramiro, Bermúdez, Sierra y Buena-Casal (2013) llevaron a cabo un estudio en Panamá con una muestra de 1897 adolescentes entre 14 y 18 años, encontrando que la comunicación con sus madres disminuye la probabilidad de que los jóvenes inicien su vida sexual a edades tempranas.

Además, se ha encontrado que la comunicación se asocia con la intención de usar condón en jóvenes que aún no tienen relaciones sexuales. El estudio realizado por Bárcena, Robles y Díaz-Loving (2013) en México, identificó las variables que predicen la intención de usar condón en adolescentes sin experiencia sexual, empleando una muestra de 290 adolescentes y a sus padres. Encontrando que la intención de usar condón se asoció con la comunicación materna sobre ITS, métodos anticonceptivos y embarazos.

También, la investigación realizada por Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011), con una muestra de 141 alumnos mexicanos de secundaria y bachillerato, reportó que la comunicación sexual parental influye en la negociación del uso del condón, lo cual es relevante puesto que dicha negociación es fundamental para su uso.

Por último, la investigación de Estrada et al. (2017), en México identificó en una muestra de 448 estudiantes de secundaria del sexo masculino que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos se asocia con los conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en el uso del condón. En cambio, la falta de comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos promueve conductas de riesgo en los adolescentes.

Tal es el caso de la investigación realizada por Salazar et al. (2007) en la cual exploraron la relación entre comunicación familiar con los conocimientos generales sobre sexualidad e inicio de las relaciones sexuales, encontrando que los adolescentes con deficiente comunicación con sus padres tienen déficit en los conocimientos sobre sexualidad y un inicio prematuro en sus relaciones sexuales, además no utilizan algún método anticonceptivo para protegerse.

También se han analizado los factores que influyen en el embarazo en la adolescencia; en una muestra de 100 mujeres, de las cuales 75 no habían presentado embarazo y 25 se encontraban embarazadas. La variable de comunicación obtuvo que el 68% de las adolescentes embarazadas no tenían comunicación sobre sexualidad con sus padres a comparación de las mujeres sin embarazo donde solo el 60% carecían de comunicación; se demostró que las adolescentes que no conversan sobre sexualidad con sus padres tienen 12 veces más probabilidad de tener un embarazo no deseado (Alarcón, Coello, Cabrera & Monier, 2009).

Estas investigaciones, en conjunto, demuestran que los jóvenes que no se comunican con sus padres sobre sexualidad son más propensos a sufrir VIH o alguna infección de transmisión sexual (ITS) o embarazos no deseados, en comparación con aquellos que sí establecen dicha comunicación.

Por otra parte, los estudios orientados a analizar las variables que intervienen en la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, estos últimos, con algún tipo de discapacidad son más escasos. Sin embargo, la literatura disponible indica que en los hogares de las personas con discapacidad se habla poco de estos temas, aunque también se ha encontrado evidencia de que cuando los padres hablan con sus hijos, éstos llevan a cabo una conducta sexual protegida (Robles, Guevara, Pérez & Hermosillo, 2013). A continuación se muestran investigaciones sobre comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad que fundamentan lo anterior.

La investigación realizada por Guevara, Robles, Rodríguez y Frías (2016), en 64 jóvenes con discapacidad visual, encontró que la mayoría de los jóvenes con discapacidad visual nunca o casi nunca conversan con sus padres sobre sexualidad.

Asimismo arrojó que, en los pocos jóvenes que conversaron con sus padres temas como evitar un embarazo y posponer una relación sexual, tales conversaciones se asociaron significativamente con el empleo de algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

En la misma línea de investigación, Robles et al. (2013) indagaron la comunicación entre padres e hijos con discapacidad y el patrón de conducta sexual de los jóvenes. En la investigación participaron 132 adolescentes con edades entre 15 y 26 años con discapacidad auditiva. Los jóvenes que reportaron hablar con sus madres sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazo, y decir no cuando alguien les proponía tener relaciones, fueron precisamente aquellos que aún no comenzaban su vida sexual. Las autoras encontraron que más de la mitad de los adolescentes no habían conversado con sus padres sobre sexualidad.

Ya se ha documentado que los jóvenes con discapacidad tienen escasa o nula comunicación con sus padres sobre sexualidad, pero no se han mencionado las consecuencias de no llevar a cabo dicha comunicación, los jóvenes que no hablan con sus padres sobre sexualidad presentan conductas sexuales riesgosas. Las siguientes investigaciones dan muestra de ello.

La investigación de Guevara et al. (2016), ya anteriormente señalada, encontró que el 70% de los jóvenes con discapacidad visual ya eran sexualmente activos, 50% iniciaron antes de los 18 años y 70% no utilizó algún método anticonceptivo. Además 41.5% mencionó haber tenido tres o más parejas sexuales, el 28% reportó un embarazo y 14.6% un aborto. En cuanto al abuso sexual, el 22% señaló haberlo sufrido en su primera relación y 14% en relaciones subsecuentes.

También el estudio ya mencionado de Robles et al. (2013), encontró conductas riesgosas en jóvenes con discapacidad auditiva, los datos arrojaron que 45.8% ya había tenido relaciones sexuales, con edad promedio de 16 años en su debut sexual, 72% no utilizó ningún método anticonceptivo y 57% fueron abusados en su primera relación sexual y 69.7% de ellos sus relaciones subsecuentes fueron forzadas.



A pesar a la evidencia empírica ya mencionada sobre comunicación sexual entre padres e hijos y su influencia en la conducta sexual protegida, existen barreras que impiden que los padres de familia logren una comunicación efectiva con sus hijos con y sin discapacidad, las cuales se expondrán a continuación.

### **Barreras en la comunicación sexual entre padres e hijos**

De acuerdo con la literatura, a los padres de familia les gustaría comunicar temas sobre sexualidad, pero no lo hacen en absoluto, o lo hacen de manera aparente, ya que carecen de las herramientas y habilidades necesarias para lograr dicha tarea (Caricote, 2008; Castillo et al., 2015; Jerman & Constantine, 2010).

Además las barreras como, las diferencias de género, la vergüenza, las diferencias generacionales, la educación de los padres, la ocupación de los padres y el poco tiempo, influyen para lo que los padres hablen o no con sus hijos (Noe, Saw, Soe, Khaing, Saw, Hamajima & Win, 2018). Las siguientes investigaciones dan muestras de ello:

Caricote (2008) realizó un estudio empleando metodología cualitativa, aplicó una serie de talleres, encontrando que los padres de familia no se comunican con sus hijos sobre sexualidad y cuando lo hacen la comunicación es de tipo moralista y autoritaria, ya que ellos mismos se sienten inseguros ante el tema, no cuenta con la información necesaria y viven su sexualidad basada en mitos y tabúes.

Otra investigación que muestra estas barreras fue hecha por Castillo et al. (2015) en una muestra de 300 padres de familia mexicanos. Evaluaron la autoeficacia de los padres para hablar con sus hijos sobre temas sexuales, el análisis de los datos arrojó que los padres tienen un nivel bajo de autoeficacia, lo cual puede deberse a que los padres no cuentan con la información necesaria para transmitirle a sus hijos, por lo que se sienten inseguros de comunicar estos temas.

Jerman y Constantine (2010), con el fin de examinar la comunicación y el contenido sobre sexualidad entre padres e hijos emplearon una muestra de 907 padres de familia con hijos entre 8 y 18 años de edad, esto fue realizado en Estados Unidos. Más de dos tercios de la muestra indicó tener problemas para

hablar con sus hijos sobre sexualidad, entre los problemas mencionaron sentir vergüenza al hablar de temas sexuales y no tener la información correcta.

Como ya se mencionó, existen barreras que dificultan el diálogo sobre sexualidad entre padres e hijos. Orcasita, Cuenca, Garrido, Montenegro y Halderlein (2018) mencionan que la comunicación acerca de sexualidad es un tema que se complejiza debido a los discursos morales, muchas veces basados en tabúes y mitos. Además los padres pueden llegar a sentir vergüenza. Otro obstáculo más para la comunicación es la creencia que brindar información ocasionará que los adolescentes sientan la necesidad de comenzar su vida sexual, por lo que optan por una “educación prohibitiva” (Castillo & Pérez, 2006; Domínguez, 2011; Noe, et al., 2018).

Otra barrera es que muchos padres creen que es obligación de la escuela brindar comunicación sobre sexualidad a sus hijos (Caricote, 2008). Asimismo algunos padres informaron que no hablaron con sus hijos sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, VIH, embarazos o el uso del condón, debido a que tenían la idea de que sus hijos aprenderían todo en por medio del uso de la tecnología, como el uso de las computadoras, además piensan que sus hijos no son lo suficientemente maduros para comprender los temas (Noe, et al., 2018)

En el caso de los padres de hijos con discapacidad, ocurren las mismas dificultades ya mencionadas que en los padres de hijos sin discapacidad, es decir, no se sienten preparados para realizar dicha comunicación o prefieren no hablar sobre sexualidad para no despertar su interés, además la sociedad ha asumido la idea errónea que las personas con alguna alteración motora, visual, auditiva e intelectual no son capaces de tener un desarrollo sexual, por lo que no presentan o presentarán sexualidad (Navarro & Hernández, 2012; Parra & Suárez, 2009).

Una vez demostrada la importancia de la comunicación entre padres e hijos, su influencia en el comportamiento sexual de los jóvenes y los problemas que enfrentan los padres de familia para hablar con sus hijos sobre temáticas sexuales, es necesario presentar el modelo de autoeficacia que sostiene que las variables autoeficacia y expectativas se asocian con la comunicación parental.

## **Modelo de comunicación**

La teoría social cognitiva ha sido ampliamente utilizada como modelo explicativo para varios problemas de salud, como control de peso y dejar de fumar, dado que la autoeficacia, concepto importante de esta teoría, se ha relacionado con el cambio de dichos comportamientos (Dilorio, Dudley, Wang, Wasserman, Eichler, Belcher & West- Edwards, 2001). Tomando en cuenta lo anterior, existe un modelo que señala que las variables de autoeficacia y expectativas son importantes para que los padres logren hablar con sus hijos sobre sexualidad, este modelo fue propuesto por Dilorio, Mc Carty, Resnicow, Lehr y Denzmore (2007) y se fundamenta en dicha teoría.

El modelo de autoeficacia plantea que los padres que tienen o mantienen fuertes creencias en su capacidad de organizar y ejecutar conductas (autoeficacia) conduce a resultados deseados y tienen más éxito que aquellos que no se sienten seguros acerca de sus capacidades, asimismo es necesario que el resultado que esperan que ocurra (expectativas) sea favorable, es decir, que la ejecución de la tarea produzca beneficios (Dilorio et al., 2007).

En resumen, este modelo propone que si los padres de familia tienen la percepción de contar con la capacidad para transmitirle a su hijo temas sobre sexualidad (autoeficacia) y además el resultado que esperan de hacerlo es positivo (expectativas), es decir, ocurrirán sucesos favorables, como evitar que sus hijos presenten un embarazo o sean víctimas de abuso sexual; será más probable que los progenitores hablen con sus hijos sobre sexualidad. A continuación se presentan investigaciones que comprueban dicha conjetura.

El programa *Keepin 'it R.E.A.L.!*, sustentado bajo este modelo y dirigido a padres de hijos de 11 a 14 años de edad, obtuvo los siguientes resultados: la comunicación basada en el sexo entre padres y adolescentes se asoció con las variables de autoeficacia y expectativas positivas, por lo que, los padres que indicaron sentirse seguros de hablar con sus hijos y esperan resultados positivos, fueron los que informaron mayor número de temas sobre sexualidad a sus hijos (Dilorio et al., 2000).

Otro estudio fue el realizado por Castillo et al. (2015) con el objetivo de analizar la autoeficacia percibida de los padres para hablar con sus hijos, para lo cual utilizó una muestra de 300 padres de familia, encontrando que dos de cada diez se sienten seguros de hablar temas como ITS/VIH y la importancia del uso del condón a sus hijos, a su vez sólo una persona de cada diez se percibe autoeficaz para explicar el uso del condón a su hijo y sólo tres de cada diez hablan con sus hijos sobre la consecuencia de un embarazo. Estos resultados demuestran que los padres requieren aumentar su autoeficacia para poder comunicar a sus hijos temas de sexualidad.

Además, se ha comprobado que los padres comunican a sus hijos temas sexuales, cuando tienen la creencia de que les ocasionará resultados favorables, como evitar un embarazo no deseado; por el contrario cuando tienen la creencia que causará algún daño como que su hijo comience a tener relaciones sexuales, evitarán hablar de sexualidad con sus hijos (Bárcena & Rugerio, 2017)

Una vez revisado el modelo de autoeficacia es importante conocer los temas que los padres abordan con mayor y menor frecuencia y cuáles son los temas que deben comunicar de acuerdo a la edad de los hijos.

### **Temáticas abordadas**

Como ya se mencionó, la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, tiene un papel importante en la conducta sexual protegida de los jóvenes, por tanto esta comunicación debe iniciar desde edad temprana, asimismo los temas que aborden los padres deben corresponder a la edad de sus hijos.

A continuación la tabla 2 presenta un análisis de los temas que deben abordarse conforme a la edad (Meresman, 2011; Rivera, 2008).

Tabla 2

*Temáticas a comunicar de acuerdo con la edad*

Edad	Tópicos a abordar
Dos a los nueve años	Diferencias entre niños y niñas, las partes del cuerpo, lugares y conductas públicas y privadas, qué hacer y decir no ante contactos indebidos, cómo nacen los bebés y masturbación.
De los diez a los quince años	Cambios en la pubertad, así como sueños húmedos y masturbación, menstruación, orientación sexual, qué son las relaciones sexuales, sentimientos y emociones relacionadas con el deseo, relaciones afectivas y juegos pre sexuales y sexuales.
De los quince en adelante	Diferencias entre sexo y amor, las responsabilidades de las relaciones sexuales y la paternidad, honrar en qué hacer ante una situación de abuso sexual e Infecciones de Transmisión Sexual y cómo prevenirlas.

Conforme a lo anterior se encuentran estudios que analizan los temas sobre sexualidad que con mayor y menor frecuencia abordan los padres a sus hijos con y sin discapacidad. A continuación se exponen dichas investigaciones, primero en población sin discapacidad y posteriormente en personas con discapacidad.

En el caso de los padres de hijos sin discapacidad, los temas más comunicados versan en prevención del embarazo, pero en la abstinencia; también destacan los cambios físicos y psicológicos, prevención del abuso sexual, consecuencias del embarazo y relaciones de pareja. Mientras que los temas que menos transmiten a sus hijos son: relaciones sexuales (orales, anales y vaginales),

masturbación y sobre el uso de los métodos anticonceptivos (Fernández et al., 2017; Orcasita et al., 2018; Uribe, Castellanos & Cabán, 2016).

Así también, se han reportado investigaciones en padres de hijos con discapacidad, encontrando resultados similares en personas sin discapacidad, ya que, los temas que principalmente comunican son: abuso sexual, nombramiento e identificación de las partes del cuerpo y prohibición de las relaciones sexuales. Los temas que menos manifiestan son: masturbación y cómo usar y adquirir métodos anticonceptivos (Bárcena et al., 2017; Bárcena & Romano, 2016; Bárcena & Jenkins, 2018).

A pesar de que el contenido que abordan los padres de hijos sin y con discapacidad sea similar, es importante destacar que en las personas con discapacidad es necesario considerar las características y necesidades individuales, es decir, el tipo de discapacidad y el grado de afectación para poder transmitir el mensaje y este sea entendido (Álvarez, 2018). Es así que en el caso de las personas con discapacidad intelectual se debe tomar en cuenta, el tiempo, enseñar con pautas, hacer reiteraciones, emplear lenguaje llano, indicaciones claras y por pasos, mensajes cortos, y también es necesario emplear imágenes y videos y usar gestos (Meresman, 2011).

También se hallan investigaciones que demuestran que las características sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, entre otras) de los padres e hijos contribuyen a la comunicación sexual parental, por lo que resulta importante conocer estas características.

### **Características personales de padres e hijos que favorecen la comunicación sobre sexualidad**

Considerando la importancia de la comunicación sexual entre padres e hijos, resulta indispensable conocer las características personales que propician esta relación. Diversos estudios han encontrado que las características como género, escolaridad, nivel socioeconómico y número de hijos influyen para que los padres comuniquen a sus hijos temas sobre sexualidad, mismas que se analizan a continuación.

En primer lugar se ha encontrado que la característica que parece tener mayor influencia es el género de los padres, debido a que numerosas investigaciones coinciden en que las madres son quienes más comunican a sus hijos temas sobre sexualidad (Bárcena, Díaz Loving & Robles, 2013; Gallegos et al., 2007; González et al, 2005; Jerman & Constantine, 2010; Musa, Akande, Salaudeen & Soladoye, 2008 Uribe, Castellanos & Cabán, 2016).

También se ha demostrado que otras características contribuyen en la relación comunicativa sobre sexualidad. Los padres hablan más con sus hijos cuando la familia se compone de cinco integrantes o menos (Musa et al. 2008), que los padres cuenten con mayor nivel educativo (Berg, Sun & Babalola, 2012; Musa et al. 2008), así como pertenecer a un estatus socioeconómico alto (Berg et al., 2012; Swain, Ackerman & Ackerman, 2006).

Con respecto a la edad de los padres, se han encontrado resultados dispares, la investigación de Eisenberg et al. (2006) reportó que los padres más jóvenes son quienes comunican más temas, por el contrario Berg et al. (2012) encontró que los padres de mayor edad hablan más con sus hijos.

En referencia a las características de los hijos, los estudios indican que los padres tienen un diálogo mayor cuando sus hijos tienen un mayor nivel educativo (Schouten, Van Den Putte, Pasmans & Meeuwesen, 2007) y cuando perciben que sus hijos se encuentran en una relación amorosa (Eisenberg et al., 2006; Swain et al., 2006)

En cuanto a las características que propician la comunicación entre padres e hijos con discapacidad, Navarro y Hernández (2012) y Guevara et al. (2016) encontraron que las madres son quienes comunican mayor número de temas sobre sexualidad a sus hijos en comparación con los hombres. Los resultados obtenidos en las investigaciones en población con y sin discapacidad pueden deberse al papel de la mujer en la sociedad como encargada de la educación y cuidado de los hijos, al contrario del hombre, el cual tiene un papel de proveedor y protector.

Además, las características como tipo discapacidad, si la discapacidad fue adquirida o congénita, el nivel educativo de los hijos y el número de habilidades conductuales, influyen en la cantidad de temas que los padres comunican a sus hijos. Los padres comunican menos temas cuando la discapacidad es intelectual en comparación con otros tipos de discapacidad, como visual, auditiva o motriz; también hablan de más temas cuando sus hijos estudian la preparatoria, cuando desarrollan un mayor número de habilidades conductuales y cuando la discapacidad fue adquirida (Bárcena, Guevara & Álvarez, 2017).

Otras características como número de hijos, escolaridad de los padres y forma de comunicación, también juegan un papel importante en la cantidad de temas que comunican a sus hijos. Los padres de familia comunican mayor cantidad de temas cuando tienen un hijo a diferencia de los que tienen más de cuatro hijos, también cuando se comunican con sus hijos de manera verbal o Lenguaje de Señas Mexicana (LSM), en comparación con aquellos que se comunican con frases cortas (Bárcena et al., 2017). La escolaridad de los padres igualmente influye, hablan de más temas cuando los padres tienen educación superior en comparación con los que cuentan solo con educación básica (Bárcena & Jenkins, 2018).

## **Conclusiones**

La comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos juega un papel importante en la salud sexual de los adolescentes. Se ha demostrado que cuando los padres no comunican a sus hijos temas de sexualidad, los adolescentes presentan conductas sexuales riesgosas como inicio temprano de las relaciones sexuales, además no utilizan algún método anticonceptivo para protegerse de ITS/VIH y embarazos no deseados. Por el contrario, cuando los padres hablan con sus hijos sobre sexualidad éstos retardan la edad de debut sexual y utilizan condón masculino en sus primeras relaciones sexuales y en las posteriores.

A pesar de la evidencia empírica sobre comunicación y su relación con la conducta sexual protegida de los jóvenes, los padres abordan pocos temas de sexualidad con sus hijos, debido a los mitos y tabúes en torno a la sexualidad;



además, muchos de los padres tienen miedo, ya que piensan que hablar con sus hijos ocasionará que éstos sientan curiosidad y tengan relaciones sexuales.

Con respecto a los padres de hijos con discapacidad, ocurren los mismos problemas y la comunicación se complejiza aún más, puesto que tienen la creencia de que sus hijos no presentan sexualidad o es un área que no tiene importancia, por lo que no hablan con sus hijos. No obstante, investigaciones demuestran que las personas con discapacidad presentan sexualidad y llevan a cabo relaciones sexuales sin protección, ya que desconocen los riesgos que pueden llegar a presentar y no saben cómo utilizar los métodos anticonceptivos.

Pese a estos problemas en la comunicación, cuando se capacita a los padres de familia, pueden llevar a cabo dicha tarea. El modelo basado en la teoría social cognitiva resulta adecuado para capacitar a los padres de familia, dado que contribuye en la autoeficacia y expectativas. La literatura señala que si una persona se percibe capaz de realizar una tarea (autoeficacia) y espera resultados benéficos (expectativas), será más probable que realice la conducta deseada, es decir, si los padres de familia se sienten seguros y capaces de hablar con sus hijos y además esperan resultados favorables, será más probable que comuniquen a sus hijos temas de sexualidad.

Por último, es importante tener en cuenta las temáticas que abordan los padres de familia y las características que influyen en la comunicación, con el fin de que los padres logren una comunicación eficaz con sus hijos. Tomando en cuenta la evidencia empírica ya mencionada, es importante capacitar a los padres de familia en esta área, por lo que en el siguiente capítulo se analizan programas de intervención que favorecen la comunicación sexual entre padres e hijos con y sin discapacidad; se revisa el modelo y la metodología empleada en cada programa.

## **CAPÍTULO 3**

### **PROGRAMAS DIRIGIDOS A PADRES PARA PROMOVER LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD**

Una vez mencionados los problemas de salud sexual a los que se encuentran expuestas las personas con discapacidad y la importancia de la comunicación entre padres e hijos como prevención de dichos problemas, es necesario aludir a las estrategias que fomentan la comunicación sobre sexualidad. Por lo que, en este capítulo, se abordan los programas de intervención que promueven la comunicación entre padres e hijos con y sin discapacidad; se analizan sus fundamentos teóricos y metodológicos.

#### **Programas en población sin discapacidad**

Con el propósito de beneficiar el desarrollo sexual y disminuir las cifras en ITS/VIH y embarazos no deseados, se han diseñado e implementado programas de intervención sobre educación sexual. Diversos programas se han dirigido hacia la población juvenil, sin embargo como ya se mencionó la comunicación sexual entre padres e hijos, es un factor importante para disminuir y prevenir las conductas sexuales de riesgo.

Los padres de familia enfrentan dificultades para lograr una comunicación sobre sexualidad con sus hijos a causa de que la mayoría se encuentran desorientados en cómo realizar esta tarea (Domínguez, 2011). Pese a esto, y aun cuando los padres no se sientan seguros o puedan sentir vergüenza al hablar con sus hijos sobre sexualidad, si se les capacita logran mantener una comunicación eficaz con ellos (Atienzo, Campero, Estrada, Rouse & Walker, 2011). Es así que los programas de intervención diseñados para aumentar la comunicación entre padres e hijos, pueden ser efectivos para superar dichos problemas y reducir la toma de riesgos sexuales en los adolescentes (Kirby & Miller, 2002). A continuación se analizan los programas que promueven la comunicación sobre sexualidad entre padres de hijos sin discapacidad.

Tabla 3

*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad*

Autores	Población	Objetivo	Teoría
Guilamo et al. (2011)	Madres de hijos de 11 a 14 años de edad	Evaluar la eficacia de una intervención basada en los padres para prevenir el comportamiento riesgoso sexual entre los adultos jóvenes.	No brinda información.
Barr et al. (2012)	Aplicable a padres de hijos de todas las edades	Aumentar el nivel de comodidad de los padres al hablar sobre sexo con sus hijos.	Modelo de creencias de salud.
Eastman et al. (2006)	Padres de hijos de 11 a 16 años de edad.	Influir en las habilidades de los padres, tales como comunicación, monitoreo, participación, además influir en las intenciones de hablar sobre sexo con sus hijos.	Teoría del aprendizaje social, el modelo de creencias de salud y la teoría de acción razonada.
Forehand et al. (2007)	Padres de hijos de 9 a 12 años de edad.	Evaluar la eficacia de un programa de prevención de riesgos sexuales basado en los padres para preadolescentes afroamericanos.	Teoría social cognitiva.
Villarruel et al. (2010)	Padres de hijos de 13 a 18 años de edad.	Examinar la eficacia de una intervención basada en computadora para padres.	Teoría del desarrollo ecológico, teoría de la acción razonada y teoría del cambio del comportamiento planificado.
Prado et al. (2012)	Padres de jóvenes de 12 a 17 años de edad.	Determinar la eficacia de una intervención familiar para reducir los comportamientos de riesgo del VIH en adolescentes hispanos delincuentes.	Teoría del desarrollo ecológico.

Autores	Población	Objetivo	Teoría
Dilorio et al. (2011)	Madres de hijos de seis a 12 años de edad.	Involucrar a las madres en los esfuerzos de prevención del VIH para sus hijos.	Modelo ecológico y teoría social cognitiva.

En la tabla 3 se describe la población a quien van dirigidos, objetivos planteados y la teoría que los fundamenta. En dicha tabla se puede observar que la edad de los hijos de los participantes oscilo entre los nueve y 14 años de edad. El programa de Barr et al. (2012) utilizó un rango de edad muy amplio, tomando como criterio de inclusión padres de hijos de todas las edades, lo que puede ocasionar que los contenidos no sean adecuados para todos los participantes, ya que el desarrollo sexual es diferente en cada etapa y los temas a comunicar deben coincidir de acuerdo a la edad de sus hijos.

Todos los programas estaban dirigidos a mujeres y hombres a excepción de los programas Dilorio et al. (2011) y Guilamo et al. (2011), orientando su programa sólo a madres. Esto probablemente a que muchas investigaciones coinciden en que las madres son quienes mayormente comunican temas de sexualidad a sus hijos (Bárcena, Díaz Loving & Robles, 2013; Gallegos et al., 2007; González et al., 2005; Jerman & Constantine, 2010; Musa et al., 2008; Uribe et al., 2016).

Las intervenciones de autores como Guilamo et al. (2011), Forehand et al. (2007), Prado et al. (2012) y Dilorio et al. (2011) fueron las únicas que no sólo incluyeron en sus programas a padres, sino que también a tutores legales o cuidadores principales; el programa de Forehand et al. (2007) con la condición de que la persona haya vivido con el adolescente los últimos tres años, y el programa de Dilorio et al. (2011) con el criterio de que fueran mayores de edad y si habían vivido con el niño al menos un año. Aceptar en sus programas a cuidadores principales implica mayor alcance del programa, porque no en todos los hogares se encuentra el padre o madre biológica al cuidado de los niños y adolescentes.

Además, cuatro programas estaban diseñados para una población específica, el de Guilamo et al. (2011) a latinos y afroamericanos, el de Forehand et al. (2007) se enfocó en población afroamericana, Prado et al. (2012) trabajó con hispanos con antecedentes de delincuencia, y Villarruel et al. (2010) dirigió su programa a participantes latinos. Todas estas intervenciones coinciden en que la población a la que se dirigen se encuentran en mayor riesgo de sufrir embarazos no deseados e ITS/VIH. Por ejemplo Guilamo et al. (2011), reporta que los latinos y afroamericanos tienen las tasas más altas de embarazos no deseados e ITS/VIH en comparación con el resto de la población de Nueva York.

En cuanto a los objetivos planteados, todas las intervenciones pretenden reducir los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes, dirigiéndose a los padres para que sean ellos quienes intervengan en dicha tarea. Todos los programas buscan influir en las habilidades de comunicación de los padres, además en los estilos de crianza y monitoreo parental.

La teoría es de suma importancia en el diseño e implementación de la intervención, puesto que se utiliza para explicar determinantes del cambio de comportamiento relacionados con un problema de salud específico; asimismo, el marco teórico sirve para establecer un modelo que explique dichos cambios, seleccionar métodos, estrategias y evaluar el programa (Santa María, Markham, Dolan & Bluethmann, 2015).

Por tanto, con el fin de lograr cambios en el comportamiento de los padres, específicamente en la comunicación sobre sexualidad con sus hijos, las teorías que más se presentaron fueron: Teoría social cognitiva (Dilorio et al., 2011; Eastman et al., 2006; Forehand et al., 2007), Modelo de creencias de la salud (Barr et al. 2012; Eastman et al. 2006), Teoría de la acción razonada (Eastman et al., 2006; Villarruel et al., 2010) y Teoría del desarrollo ecológico (Dilorio et al., 2011; Prado et al., 2012; Villarruel et al., 2010). El único programa que no describe desde qué teoría se fundamenta su intervención es el de Guilamo et al. (2011).

Tabla 4

*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad*

Autores	Duración	Técnicas	Contenidos
Guilamo et al. (2011)	Una sola sesión de 30 minutos, más dos sesiones de refuerzo vía telefónica.	No brinda información.	El programa <i>Families talking together</i> , entrega a las madres de familia un manual con nueve módulos, el cual aborda temas como desarrollo y autoestima en los adolescentes, estrategias de comunicación, asertividad, crianza, consecuencias y riesgos sexuales en los adolescentes y control y protección de natalidad.
Barr et al. (2012)	Una sola sesión de dos horas y media.	Juegos de rol Discusiones en grupo Tareas en casa	El programa <i>Beyond the birds and the bees: communicating about sexuality</i> , divide en dos áreas los temas a tratar, el primero: Padres educadores, en este bloque exponen temas como, definición de la sexualidad, conductas sexuales de riesgo, embarazo adolescente, ITS/VIH y autoestima, el segundo bloque Empoderar a los padres, aborda temas sobre comunicación sexual (estrategias) y el papel de los padres y escuela en la educación sexual.
Eastman et al. (2006)	Ocho sesiones semanales con duración de una hora.	Juego de rol Retroalimentación Reforzamiento Discusiones en grupo	El programa <i>Talking Parents, Healthy Teens</i> , presenta a los padres de familia las siguientes temáticas: relaciones positivas entre padres e hijos, desarrollo adolescente (físico y psicológico), habilidades de escucha, toma de decisiones, asertividad, abstinencia, métodos anticonceptivos, uso del condón y supervisión parental, además en todas las sesiones se revisan habilidades de comunicación.

Autores	Duración	Técnicas	Contenidos
Forehand et al. (2007)	Cinco sesiones de dos horas y media cada una.	Discusiones en grupo, videos, modelado, juegos de roles, ejercicios grupales, tareas y retroalimentación.	La comunicación sobre el sexo fue el tema principal en el programa. Las dos primeras sesiones consistieron en la conciencia de riesgo, enfocadas en aumentar la conciencia de los padres sobre las conductas sexuales de riesgo en sus hijos y enseñarles cómo pueden prevenir tales riesgos y prácticas de crianza por medio del uso del refuerzo positivo, monitoreo y comunicación efectiva entre padres y adolescentes. Las habilidades sobre comunicación sexual efectiva se entregaron en las sesiones tres y cinco.
Villarruel et al. (2010)	Dos sesiones, la primera de 40 minutos y la segunda de 20 minutos, distribuidas semanalmente	Vídeos Tareas en casa	El programa <i>Cúdalos</i> , se basa en un formato de computadora, abordando temas como embarazos no deseados, ITS, VIH/SIDA, problemas relacionados con el comportamiento sexual riesgoso desde la perspectiva adolescente y barreras y estrategias de comunicación, además presenta actividades que desarrollan la autoeficacia de la comunicación y práctica de habilidades.
Prado et al. (2012)	Ocho sesiones de dos horas y cuatro visitas familiares de una hora, administradas semanalmente en un periodo de tres meses.	No brinda información.	Todas las sesiones se centraron en los padres con la participación de sus hijos en las actividades de intervención (limitadas a las visitas familiares). Además las sesiones se centran en la crianza positiva, la comunicación familiar, el control parental y los comportamientos de riesgo de VIH en sus hijos.

Autores	Duración	Técnicas	Contenidos
Dilorio et al. (2011)	Diez sesiones de 90 minutos, semanales.	Estrategias de enseñanza-aprendizaje Actividades grupales Videos Juego de roles Debates Ensayos cognitivos Tareas en casa	El plan de estudios del programa <i>Set the PACE (Parents And Children Empowered)</i> incluye temas como la influencia de la familia, la comunidad, la sociedad en el desarrollo infantil, habilidades de escucha, comunicación, crianza de los hijos, desarrollo sexual en niños, pubertad y adolescencia, monitoreo parental y participación en la educación del niño.

En la tabla 4 se describen la duración, las técnicas empleadas y los contenidos de los programas. Con respecto a la duración, las sesiones variaron desde una hasta diez sesiones, en todos los programas se reunieron semanalmente. Los programas de Guilamo et al. (2011) y Barr et al. (2012), sólo presentaron una sesión, además la intervención de Guilamo et al. (2011) brindó información y materiales de apoyo para que los padres empleen con sus hijos, y dos llamadas telefónicas de refuerzo (un mes y cinco meses después de la intervención, respectivamente) con la finalidad de reforzar la información de los materiales, así como aclarar dudas, pese a esto, puede que una sola sesión no sea suficiente para lograr los objetivos planteados y para que los participantes adquieran las habilidades necesarias.

Sólo los programas de Forehand et al. (2007) y Prado et al. (2012) integran en sus sesiones a los hijos de los participantes, con el fin de que los padres practiquen con ellos las habilidades aprendidas durante la intervención y a su vez puedan recibir retroalimentación. Por otro lado, el programa de Eastman et al. (2006), con el propósito de eliminar la deserción de los participantes, desarrolló el programa en los centros de empleo de los mismos y adicional a esto, si alguno de los padres llegaba a faltar las facilitadoras enviaron por correo electrónico información sobre la sesión y se le brindaba una asesoría telefónica para aclarar dudas.



Con respecto al uso de técnicas y estrategias educativas, las más utilizadas fueron: discusiones en grupo, tareas en casa, retroalimentación y juegos de rol, siendo esta última empleada en todos los programas de intervención, puesto que consiste en que los participantes representen roles en contextos de situaciones reales (Cobo & Valdivia, 2017). Ésta es una estrategia que permite modelar comportamientos y habilidades que se pretenden desarrollar en los participantes (Guevara, Robles, Aguilar & Luna, 2016).

La mayoría de los programas se presentaron de manera grupal, dirigidos por un facilitador, a excepción del programa de Guilamo et al. (2011), el cual se llevó a cabo en una clínica atención primaria, mientras los adolescentes visitaban al médico para solicitar un examen médico o por un problema de salud agudo. Las madres recibieron la única sesión uno a uno, este formato con la finalidad de llegar a más padres en entornos médicos. Además el programa de Villarruel et al. (2010) es administrado por medio de una computadora, pero los autores tomaron en cuenta que tal vez no todos los padres cuenten con dicho aparato y/o conozcan el funcionamiento del aparato, así que citaron a los participantes en un centro comunitario, con un facilitador a cargo, para aclarar las dudas de los participantes.

En relación a los contenidos, la mayoría de los programas abordaron los temas de desarrollo sexual en la adolescencia (físico y psicológico), crianza de los hijos, habilidades de escucha y estrategias de comunicación, asertividad, comportamiento sexual riesgoso, métodos anticonceptivos y uso del condón, supervisión parental, embarazos no deseados, e Infecciones de Transmisión Sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana, en general, los contenidos de las intervenciones se centraron en la prevención y desarrollo sexual. Los temas que no se abordaron en ninguna intervención fueron: placer, masturbación, relaciones sexuales (oral, vaginal y anal) y noviazgo, de manera que ningún programa de intervención empleó un enfoque positivo de la sexualidad.

Tabla 5  
*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad*

Autores	Diseño	Evaluación	Resultados
Guilamo et al. (2011)	Ensayo clínico aleatorizado	Pretest y seguimiento de nueve meses después de la intervención.	Este programa evaluó los comportamientos sexuales de los adolescentes, encontrando que los hijos de los padres del grupo control aumentaron el porcentaje de relaciones sexuales en comparación con los adolescentes que sus padres recibieron la intervención. E igualmente en la práctica de sexo oral, los adolescentes de los padres del grupo control aumentaron dicho comportamiento en comparación con el grupo experimental, estos resultados fueron estadísticamente significativos.
Barr et al. (2012)	No brinda información.	Pretest y Postest.	Esta intervención obtuvo resultados de la variable comodidad al hablar, encontrando que los padres se sentían cómodos al hablar sobre la abstinencia en las relaciones sexuales y menos cómodos al hablar sobre métodos anticonceptivos y condones, después de la intervención los padres se percibieron más cómodos al hablar de todos los temas.
Eastman et al. (2008)	Ensayo controlado aleatorio	Línea base y seguimiento una semana, tres y nueve meses después de la intervención.	El programa tuvo efectos importantes e inmediatos en la comunicación entre padres e hijos, ya que los padres informaron conversar más sobre nuevos temas sexuales y sobre temas que ya habían comunicado.
Forehand et al. (2007)	Ensayo controlado aleatorio	Postest y seguimiento a los seis y doce meses después.	Los padres que asistieron al programa de intervención mostraron cambios significativos en comparación con el grupo el control. Indicando mayor comunicación sexual y capacidad de respuesta. Además los hijos de los participantes del programa <i>Parents Matter</i> , mencionaron tener menor riesgo de conductas sexuales.

Autores	Diseño	Evaluación	Resultados
Villarruel et al. (2010)	Ensayo controlado aleatorio	Pretest y seguimiento tres meses después de la intervención	Los resultados muestran que los padres que participaron en la intervención aumentaron la comunicación sobre riesgo sexual y mayor comodidad de la comunicación, en comparación del grupo control, así como mayor comunicación general. En cuanto a la percepción de los adolescentes que sus padres participaron en dicha intervención, arrojaron los siguientes datos, los hijos de los padres de recibieron la intervención perciben mayor comunicación sobre riesgo sexual en comparación con los hijos de los padres del grupo control.
Prado et al. (2012)	Ensayo controlado aleatorio	Pretest y seguimiento tres meses después de la intervención	El programa de <i>Familia Unidas</i> , es una intervención eficaz para aumentar el uso del condón en relaciones sexuales vaginales y anales, además los jóvenes que sus padres asistieron a la intervención mencionaron tener menos parejas sexuales y relaciones sexuales sin condón. Asimismo aumentó el funcionamiento familiar, la comunicación entre padres e hijos y la crianza positiva.
Dilorio et al. (2011)	Ensayo controlado por conglomerados	Pretest y seguimiento tres y nueve meses después de la intervención.	Las madres del grupo de intervención obtuvieron mayores puntajes de discusión sobre temas sexuales difíciles. Las madres que participaron en la intervención tienen mayor probabilidad de hablar con sus hijos los cuatro temas sexuales difíciles en comparación con el grupo control. Además las madres del grupo de intervención mencionaron que comunicarían temas de sexualidad a sus hijos a edades más tempranas en comparación con el grupo control.

En la tabla 5 se describe el diseño, evaluación y resultados. La mayoría de los programas emplearon diseño con dos grupos: experimental y control con ensayo controlado aleatorio, sólo el programa de Forehand et al. (2007) asignó tres

grupos: una intervención general de salud con una sesión, el segundo grupo de intervención sobre comunicación en una sola sesión y el último grupo recibió una intervención completa de comunicación con cinco sesiones; los resultados de dicho estudio indican mayor comunicación en los participantes que asistieron a las cinco sesiones en comparación con aquellos que sólo asistieron a una.

En lo referente a la evaluación, casi todos los programas realizaron un seguimiento después de la intervención, a excepción del programa de Barr et al. (2012) el cual sólo llevó a cabo pretest y postest. Asimismo, con la finalidad de recabar la mayor cantidad de datos en el seguimiento, algunas intervenciones proporcionaron incentivos monetarios y tarjetas de regalo con valor monetario después de completar las evaluaciones, sólo el programa de Diolorio et al. (2011) proporcionó incentivos no monetarios, tales como libros y camisetas.

En varios de los programas presentados, las variables a medir fueron comunicación sexual y la comodidad para hablar sobre sexualidad, los resultados demostraron que las intervenciones tuvieron efecto en la variable de comunicación, debido a que en todos ellos, la comunicación sexual entre padres e hijos aumentó de acuerdo a lo reportado en comparación con los grupos control de cada estudio.

Además algunas intervenciones evaluaron el comportamiento sexual de los hijos de los participantes. El programa de Forehand et al. (2007) encontró que los adolescentes cuyos padres asistieron al programa de intervención reportaron en el seguimiento menor posibilidad de tener relaciones sexuales en comparación con el grupo control. El programa de Prado et al. (2012) reportó que los adolescentes del grupo de intervención tenían 39% menor probabilidad de tener relaciones sexuales sin condón, y por último, Guilamo et al. (2011) informó que posterior a los nueve meses de la intervención los jóvenes cuyos padres recibieron la intervención mantuvieron el porcentaje sobre relaciones sexuales, en comparación con los adolescentes del grupo control el cual aumentó un 22%.

Cabe destacar que el programa de Dilorio et al. (2011) es el único que ofrece su intervención a padres de hijos pequeños que aún no han tenido relaciones sexuales, siendo el único programa que interviene antes de que los jóvenes tengan su debut sexual, fomentando conductas sexuales protegidas, siendo un

programa de prevención primaria. Por otra parte, el programa de Barr et al. (2012) puso en evidencia que los padres de familia se encuentran preocupados por los comportamientos que pueden tener sus hijos respecto a su sexualidad, particularmente por las altas tasas de embarazo e ITS/VIH, así que los miembros de la comunidad iniciaron la creación del programa, para después contar con el apoyo de profesionales estatales y locales.

Es de suma importancia que la intervención se sustente desde una teoría, como el programa de Dilorio et al. (2011), fundamentado en la teoría social cognitiva; ello permitió contar con un amplio repertorio de técnicas (actividades grupales, videos, juego de roles, debates, ensayos cognitivos y tareas en casa); además, la distribución de sus sesiones permite el desarrollo de habilidades y el empleo de dichas habilidades, diez sesiones de 90 minutos semanalmente (Guevara, Robles, Aguilar & Luna, 2016), así como una evaluación que permite conocer si los objetivos planteados se cumplieron (pretest y seguimiento tres y nueve meses después de la intervención). Lo anterior conduce a los resultados deseados, por ejemplo las madres que participaron en el programa de intervención tuvieron mayores discusiones sobre temas difíciles de sexualidad con sus hijos, en comparación con el grupo control.

Después de analizar los programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad, en el siguiente apartado se analizan los programas que promueven la comunicación sexual entre padres e hijos con discapacidad.

### **Programas en población con discapacidad**

Es importante resaltar que son menos los programas de intervención diseñados e implementados en población con discapacidad para promover la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, esto debido a los mitos y creencias erróneas en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, sin embargo, es importante que los padres de esta población hablen con sus hijos sobre sexualidad, ya que ellos se encuentran más expuestos a llevar a cabo comportamientos sexuales riesgosos. Esto como ya se explicó en el capítulo anterior.

En la tabla 6 se presenta un resumen de los programas en cuanto a la población, objetivos y teoría. Todos los programas son dirigidos a padres de hijos con discapacidad intelectual, además el programa de Oliver (2006) toma como criterio de inclusión que los adolescentes hayan sido considerados por sus padres con algún problema sexual. El rango de edad de los hijos de los participantes estuvo conformado desde los cinco hasta los 26 años de edad.

Tabla 6

*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad*

Autores	Población	Teoría	Objetivo
Oliver (2006)	Padres de hijos con discapacidad intelectual entre 16 y 25 años de edad.	Perspectiva comunitaria.	Que los padres se sientan corresponsables de la educación sexual de sus hijos, así como aceptar la sexualidad de los mismos.
Porres (2012)	Padres de hijos con Síndrome de Down entre 5 a 26 años de edad.	Aprendizaje basado en la participación activa y orientada a la acción y toma de decisiones.	Propiciar un clima de comunicación y confianza entre padres e hijos con Síndrome de Down, así como Promover la aceptación del otro tal y como es, con sus particularidades, haciendo ver en las diferencias una riqueza más que un obstáculo.
Clatos y Asare (2016)	Padres de hijos con discapacidad intelectual entre los 10 a 25 años de edad.	Modelo Transteórico.	Determinar si una intervención de educación sexual para padres de niños con discapacidades cambiaría sus actitudes y creencias sobre sexualidad y discapacidad, comunicación sexual, conocimiento de educación sexual y autoeficacia para educar a sus hijos sobre educación sexual.

En la tabla 7 se presenta la duración, técnicas y contenido empleado en cada programa de intervención. En general ningún programa describe detalladamente la duración de sus sesiones, ni tampoco las técnicas empleadas.

Además ningún programa emplea un enfoque positivo de sexualidad en sus contenidos, puesto que los temas placer, masturbación, relaciones sexuales (vaginales, orales y anales) y noviazgo no se presentan en los programas de intervención.

Tabla 7

*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad*

Autores	Duración	Técnicas	Contenido
Oliver (2006)	La duración total del programa fue de cuatro meses.	Retroalimentación y técnicas de comunicación	Este programa facilita espacios para la comunicación padre a padre y comunicación padres e hijos. Además brinda una serie de recomendaciones para el trabajo con personas con discapacidad. Aborda los temas de autodeterminación, autoestima, calidad de vida, dignidad, comportamientos sociales adaptativos y derechos humanos.
Porres (2012)	El programa tuvo una duración de 50 horas, se presentaba cada viernes, sin embargo, no menciona la duración de las sesiones.	Aprendizaje cooperativo.	Las temáticas abordadas en el programa están basadas de acuerdo a las necesidades del grupo. El programa trabaja tres aspectos importantes: 1. Contenido conceptual; 2. El elemento motivacional o afectivo y 3. El elemento relativo a la conducta, con el fin de que los padres adquieran una actitud más abierta sobre la sexualidad de sus hijos. Presentan temas como: Sexualidad humana, identidad sexual, anormalidad y patología, Síndrome de Down, retraso mental, la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual y educación sexual en las personas con discapacidad intelectual.

Autores	Duración	Técnicas	Contenido
Clatos y Asare (2016)	Desarrollaron un programa con duración de dos semanas de una hora cada sesión.	El programa se presentó individualmente.	Las temáticas que abordaron fueron: concepto de educación sexual, mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, comunicación sexual, los padres como educadores de la sexualidad y pautas generales sobre la educación sexual. Los materiales empleados están diseñados para aumentar el conocimiento de los participantes, así como cambiar su comportamiento y actitudes hacia la sexualidad de sus hijos, desarrollando habilidades de comunicación y autoeficacia.

En la tabla 8 se muestra un resumen del diseño, evaluación y resultados de cada programa. Al igual que la teoría y técnicas, los programas no detallan el diseño que emplean en sus intervenciones. Las evaluaciones parecen ser inconsistentes y ningún programa realiza un seguimiento

Tabla 8

*Programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad*

Autores	Diseño	Evaluación	Resultados
Oliver (2006)	No brinda información.	Evaluación pretest sobre las variables, conocimientos sobre sexualidad y actitudes de los padres de familia sobre la sexualidad de sus hijos.	Los padres asumieron actitudes de mayor apertura respecto a la sexualidad de sus hijos, así como la co-responsabilidad de su educación sexual.
Porres (2012)	Metodología mixta	Emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas (observación libre, observación participante y encuestas).	Muestra los resultados sobre las conductas y conocimientos sexuales de los hijos de los participantes.



Autores	Diseño	Evaluación	Resultados
Clatos y Asare (2016)	No brinda información.	Evaluación por medio de un cuestionario de autoinforme con diseño pretest y dos semanas después de la intervención.	Después de la aplicación del programa los padres cambiaron la idea de que sus hijos no presentaban sexualidad, así como una actitud abierta y positiva, respecto a la sexualidad de sus hijos. Además reportaron sentirse más cómodos para hablar con sus hijos y con las habilidades necesarias para realizar dicha tarea y el 80% contaba con los conocimientos necesarios sobre sexualidad.

A continuación se presenta un análisis de cada programa de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad. El primero de ellos es el programa diseñado por Oliver (2006), el cual propone trabajar desde una *perspectiva comunitaria*, esto es conjuntamente con padres e hijos, menciona que desde esta perspectiva el programa “no dejará espacios en blanco”. En consecuencia en la intervención participaron padres e hijos, el programa se llevó a cabo con 20 padres de familia y sus hijos con discapacidad intelectual, durante cuatro meses se implementaron dos programas, uno dirigido a los adolescentes y otro a los padres, ambos programas fueron coordinados por dos personas. Este autor plantea abordar los temas de: autodeterminación, autoestima, calidad de vida, dignidad, comportamientos sociales adaptativos y derechos humanos.

Las estrategias empleadas por Oliver (2006) fueron retroalimentación y técnicas de comunicación, también facilitó dos espacios para la comunicación, uno entre padres y otro para padres e hijos. En estos espacios se invitó a padres de hijos con discapacidad que relataban su experiencia sobre el matrimonio de sus hijos

con discapacidad, en dichos espacios compartieron sus opiniones, las problemáticas y soluciones que encontraron así como el tipo de apoyo; asimismo el programa incluyó charlas y conferencias de parejas exitosas con discapacidad intelectual que se casaron y/o vivieron juntas. Además tomando en cuenta que las personas con discapacidad tienen poca autonomía, creó un grupo entre los adolescentes con el fin de que realizarán salidas al cine, discotecas, entre otros lugares.

En cuanto a la evaluación parece ser inconsistente, al inicio emplearon dos cuestionarios, uno sobre información general y el otro sobre conocimientos generales de sexualidad, además una escala de actitud sobre la sexualidad de sus hijos, sin embargo no menciona si al final del programa aplicaron los mismos instrumentos de evaluación. El autor menciona que las actitudes de los padres cambiaron positivamente, ya que al inicio tenían la idea de que sus hijos no estaban interesados en la sexualidad y que mientras transcurría el programa los padres mostraron mayor apertura respecto a la sexualidad de sus hijos, asimismo reporta que los padres aprendieron técnicas para mantener y crear conductas adecuadas en sus hijos e hijas y técnicas de comunicación de pareja. Sin embargo no muestra de donde obtuvo dichos datos, ya que no hay una evaluación posterior al programa.

El siguiente estudio fue realizado por Porres (2012), y tiene como objetivo general: La creación de un programa de información sexual para padres de hijos con Síndrome de Down, entre sus objetivos específicos se encuentra fomentar la comunicación y confianza entre padres e hijos con SD. Al igual que en el programa de Oliver (2006) también se trabajó con padres e hijos.

Los contenidos del programa se presentan de manera participativa y cooperativa, es decir, que los participantes aprendan-haciendo aunado a esto la experiencia y conocimiento de los otros participantes. Esta intervención tiene una duración de 50 horas, no obstante no detalla la cantidad de sesiones y cómo fueron distribuidas. El programa está dirigido a padres de hijos con Síndrome de Down entre cinco a 26 años de edad, el rango de edad tan amplio, puede ocasionar que los contenidos no sean los adecuados para todos los participantes, esto debido a que las temáticas que se presentan pueden no abarcar a todas las edades de los hijos de los padres de familia.

Este programa emplea una metodología mixta utilizando técnicas de recolección de datos como observación libre para conocer indicadores de la conducta sexual en los adolescentes con Síndrome de Down y las interacciones de padre e hijo antes, durante y después de las sesiones, también se aplicó una encuesta, en la cual recabaron datos generales, expectativas de vida, datos socioeconómicos, actitudes y motivación de la población. La metodología cualitativa se empleó para conocer cuan capacitados están los padres de familia para hablar con sus hijos de acuerdo a su nivel escolar.

Sin embargo la evaluación no corresponde con los objetivos del programa, no evalúa en ningún momento la efectividad de la intervención en los padres e hijos y los resultados que exponen son sobre la opinión de los padres respecto de la sexualidad de sus hijos, así como las actitudes que tienen, por ejemplo, reportan que la mayoría de las hijas no preguntan sobre la concepción de un bebé, sólo en las edades de once a quince años, también encontraron que la mayoría de las hijas no reconocen su sexo, sólo dos de ellas lo hacen.

Por último el programa de intervención realizado por Clatos y Asare (2016), está basado en el modelo Transtórico o también conocido por etapas de cambio. Este modelo explica las fases que una persona necesita para lograr el cambio en una conducta esperada, el individuo se desplaza en seis etapas de cambio: pre contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación. El objetivo de este estudio fue determinar si la intervención dirigida a padres de hijos con discapacidad cambiaría las actitudes, creencias, la comunicación sexual y los conocimientos sobre sexualidad con sus hijos, asimismo si logra un efecto en las etapas de cambio.

Los participantes fueron reclutados de un centro de piscina en Ohio, no obstante la intervención se llevó a cabo en los hogares de cada participante, por lo que la administración del programa fue individual, lo cual puede evitar las distracciones de un grupo, pero también impide que los padres de familia conozcan la opinión y experiencias de otros participantes. El programa tiene una duración de dos semanas y cada sesión de una hora. Está dirigido a padres de hijos con diferentes diagnósticos de discapacidad de 10 a 25 años de edad.

Esta intervención abordó temas desde el concepto de sexualidad y sexualidad positiva, discapacidad y sexualidad, mitos sobre la sexualidad de las personas con discapacidad, comunicación sexual y los padres como educadores de la sexualidad de sus hijos, sin embargo no menciona los temas sobre placer, masturbación y/o relaciones sexuales.

La evaluación del programa se llevó a cabo en dos momentos pre y post test, las variables a medir fueron: creencias, actitudes, comunicación y conocimiento sobre sexualidad. En todas las variables hubo un cambio después de la intervención. Los resultados indican que los padres se sintieron más cómodos y con las habilidades necesarias para comunicar temas sobre sexualidad a sus hijos. No obstante no se evaluó si realizaron dicha comunicación con sus hijos.

Para finalizar, cabe mencionar que la mayoría de los estudios analizados tanto en personas con y sin discapacidad no detallan apropiadamente la teoría, técnicas, metodología, la administración de las sesiones y evaluación en sus programas. No obstante, es importante que lo hagan, puesto que, un mejor entendimiento de estos componentes, promovería más y mejores intervenciones, esto al proporcionar qué factores influyen para lograr dicho cambio al estar fundamentados en una teoría, así como las técnicas: modelado y sus aplicaciones por ejemplo mostrar a los padres un video que muestre cómo comunicarse con sus hijos, con la finalidad de que sean implementadas con éxito (Santa María, Markham, Dolan & Bluethmann, 2015).

## **Conclusiones**

En este capítulo se revisaron los programas de intervención que promueven la comunicación sexual entre padres e hijos, primero dirigidos a población sin discapacidad y después en personas con discapacidad. En los primeros se encontró que dichos programas resultaron efectivos en la comunicación sexual paterna. En todos los programas se evaluó la comunicación tomando como criterios comodidad y número de temas, sólo los programas de Forehand et al. (2007), Prado et al. (2012) y Guilamo et al. (2011) evaluaron cómo sus intervenciones influían en las conductas sexuales de los hijos de los participantes.

La mayoría de los programas se fundamentaban en la teoría social cognitiva. Todos los programas presentaron un diseño de ensayo controlado aleatorio con grupo control. Entre las estrategias más empleadas se encontraron reforzamiento, retroalimentación y juego de roles. La aplicación de dichas técnicas condujo a los resultados esperados, así como la adquisición de habilidades. También se presentaron estrategias propias de cada programa como la intervención de Eastman et al. (2006) la cual se llevó a cabo en los centros de empleo de los participantes, así también el programa de Guilamo et al. (2011) que se aplicó en centros de atención de salud primaria, y el programa de Villarruel et al. (2011), entregado en formato digital por medio de una computadora.

Con respecto a los programas diseñados para la población con discapacidad, se encontró que son menos los programas dirigidos a esta población, tres programas han sido analizados en este capítulo de ellos sólo uno fue realizado en México (Oliver, 2006), este programa no realiza una evaluación concisa sobre los efectos de su intervención, además no menciona si lleva a cabo una medición posterior, por lo que no se puede conocer si su intervención tuvo éxito.

De los programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad, el único que realiza una evaluación para determinar la efectividad del programa fue el de Clatos y Asare (2016), además se encuentra basado en un modelo teórico. Sin embargo no describe detalladamente las técnicas empleadas y el programa se aplica individualmente, esto impide que los participantes se beneficien de las experiencias de otros participantes.

Tomando en cuenta que son pocos los programas dirigidos a población con discapacidad y que son menos los que evalúan sus efectos, es importante retomar los casos de éxito de los programas de intervención dirigidos a padres de hijos sin discapacidad para diseñar y evaluar nuevos programas de intervención para la población con discapacidad atendiendo las necesidades propias de la discapacidad y que sean adecuados y efectivos.

Es así que se presenta la propuesta de un diseño de intervención basado en el modelo de Dilorio et al. (2007), dicho programa busca influir en las variables autoeficacia y expectativas, esto a través de brindarles a los padres conocimientos y habilidades con el fin de que logren una comunicación efectiva con sus hijos, para lograr este objetivo el programa se fundamentó en el aprendizaje estructurado de Goldstein (1989), el cual plantea cuatro estrategias para lograr el cambio conductual.

El programa llamado *¿Cómo hablar de sexualidad con mi hijo con discapacidad?* Consta de diez sesiones con 13 temáticas, el programa fue presentado semanalmente con duración de dos horas. Las variables que se midieron fueron autoeficacia y expectativas hacia la comunicación con sus hijos, además la comunicación sexual con sus hijos, estas variables se midieron en tres momentos antes, al término y tres meses después de la intervención. Los resultados de esta evaluación se presentan en el siguiente capítulo.

**SEGUNDA PARTE:**  
Investigación Empírica

## **CAPÍTULO 4**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La investigación empírica demuestra que la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres con sus hijos influye para que los jóvenes empleen conductas de prevención sexual, como el uso del condón y retrasar el inicio del coito. No obstante también se ha encontrado evidencia que los padres de familia tienen dificultad para comunicar temas de sexualidad a sus hijos, debido a lo cual se han diseñado programas de intervención para favorecer dicha comunicación. El análisis de siete intervenciones indica que cuando el programa se sustenta desde un modelo teórico, cuenta con técnicas adecuadas para el desarrollo de habilidades, así como la distribución y número de sesiones son las apropiadas para lograr los objetivos planteados y una evaluación concisa que permita conocer si se cumplieron dichos objetivos, conduce a los resultados deseados, es decir, que los padres logren comunicar temas de sexualidad a sus hijos.

En el caso de las personas con discapacidad se ha encontrado que tienen poco acceso a libros, folletos, medios de comunicación, entre otras fuentes de información sobre sexualidad, así como la educación sexual, esto por los mitos que giran en torno a su sexualidad, lo cual provoca que sean más vulnerables a sufrir abuso sexual, embarazos no deseados o contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Asimismo se ha vislumbrado poca literatura científica sobre comunicación paterna sexual, de igual manera hay escasos programas de intervención para propiciar la comunicación sexual entre padres e hijos con discapacidad. Se analizaron tres programas de intervención dirigidos a dicha población, encontrando que la mayoría no cuenta con un modelo teórico y metodología, de manera que las estrategias utilizadas no se mencionan o no son las adecuadas para cumplir con el objetivo planteado, además no cuentan con evaluación que permita conocer sus alcances.



Así pues se hace evidente la falta de programas de intervención dirigidos a padres de hijos con discapacidad, con un modelo teórico, metodología y evaluación que permita, que la intervención logre un impacto positivo en la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con discapacidad.

### **Hipótesis**

- Se observarán puntuaciones bajas en la autoeficacia percibida por los padres de familia.
- Se observarán puntuaciones bajas en las expectativas positivas de los padres de familia.
- Se identificarán puntuaciones altas en las expectativas negativas por parte de los participantes.
- Se encontrará que los padres de familia han comunicado a sus hijos pocos temas sobre sexualidad.
- Aumentará la cantidad de temas sobre sexualidad que los padres comunican a sus hijos, después de la aplicación del programa *¿Cómo hablar de sexualidad con mi hijo con discapacidad?*
- Habrá un aumento en las expectativas positivas en los padres de familia, después de la aplicación del programa de intervención.
- Disminuirán las expectativas negativas en los padres de familia, después de la aplicación del programa de intervención.
- Aumentarán las puntuaciones de autoeficacia en los participantes, posterior a la aplicación del programa de intervención.
- Se observará un cambio significativo en las puntuaciones (autoeficacia, expectativas) de pretest a posttest y seguimiento, en la evaluación de los padres de familia que hayan participado en el programa de intervención.
- Las puntuaciones observadas en el posttest se mantendrán en la condición de seguimiento.

### **Pregunta de investigación**

Por lo anterior, la pregunta de investigación quedó orientada ¿El programa de intervención diseñado para padres de hijos con discapacidad, favorecerá la comunicación sobre sexualidad con sus hijos?

### **Objetivo General**

Evaluar los efectos de un programa de intervención diseñado para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las características demográficas de los padres (sexo, edad, nivel escolar, estado civil, ocupación, religión y nivel socioeconómico).
- Conocer las características que tienen los hijos de los padres que asistieron al programa de intervención (sexo, edad, nivel escolar, tipo de discapacidad y origen).
- Identificar la autoeficacia que perciben los padres de familia respecto a la comunicación sobre sexualidad antes, posterior y tres meses después del programa de intervención.
- Identificar las expectativas (positivas y negativas) de los padres de familia respecto a la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos, durante pretest, postest y seguimiento del programa de intervención.
- Identificar el número de temas sobre sexualidad que los padres comunican a sus hijos antes, posterior y en el seguimiento del programa *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?*
- Evaluar los efectos del programa de intervención en los padres mediante la aplicación del pretest, post test y seguimiento.

# CAPÍTULO 5

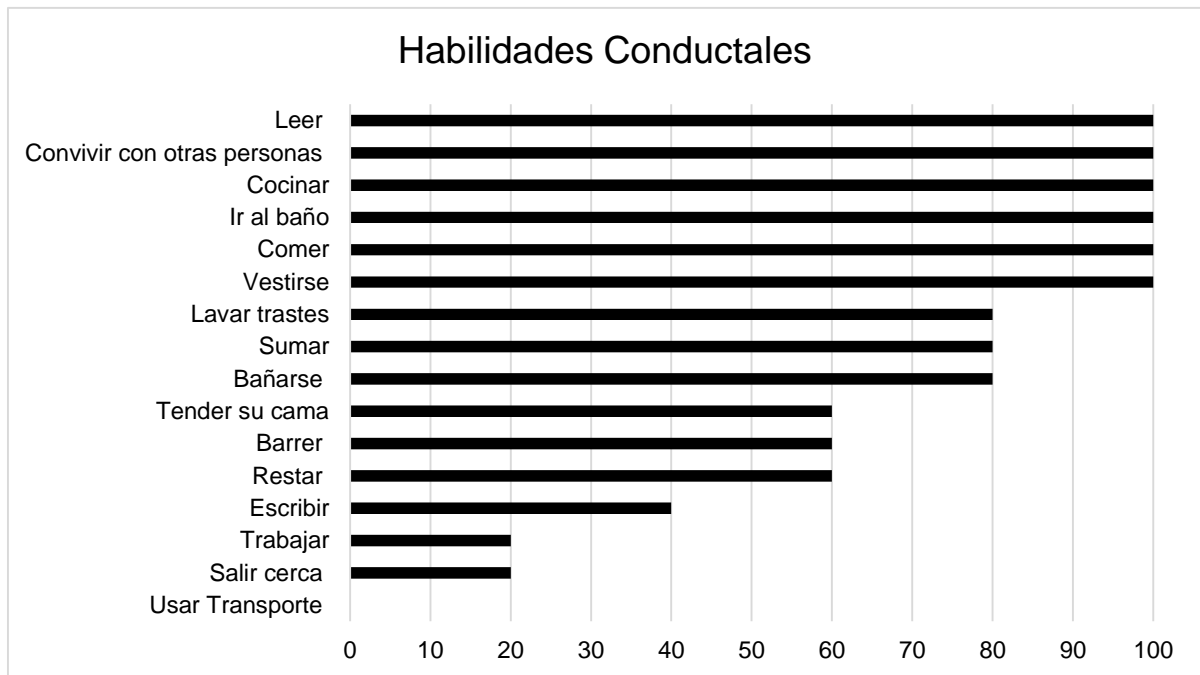
## MÉTODO

### **Participantes**

Se empleó una muestra de cinco padres de familia, utilizando un muestreo no probabilístico intencional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Los criterios de inclusión fueron que los padres tuvieran hijos con algún tipo de discapacidad intelectual y una edad entre 12 y 29 años al momento de la aplicación del primer instrumento (pretest). Participaron cuatro mujeres y un hombre, con edad promedio de 43 años, la mayoría estaban casados y con estudios de licenciatura (4), su ingreso mensual se situó entre \$6749 y \$12, 172 pesos; todos se dedicaban al hogar, pero sólo tres de ellos estaban jubilados; todos los participantes reportaron familias nucleares conformadas por cuatro integrantes (ambos padres y dos hijos).

### **Características de los hijos.**

Con respecto a las características de los hijos de los participantes, tres eran mujeres y dos hombres, la edad se situó entre 13 y 29 años, con promedio de 18 años (DE= 3 años); tres presentaban Síndrome de Down y el resto discapacidad intelectual, en todos los casos la discapacidad fue congénita; en su mayoría contaban con estudios de secundaria (3) y el resto bachillerato. Acerca del repertorio conductual, realizaban actividades por sí solos como: vestirse, bañarse, comer e ir al baño, pero en cuanto habilidades que refieren autonomía como: usar transporte y trabajar fueron casi nulas, sólo un participante reportó la actividad de trabajar (Ver figura 2).



*Figura 2.* Muestra las habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación fue examinada y avalada por el Comité de Bioética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, asimismo se contó con el consentimiento informado de los padres de familia, informándoles sobre la confidencialidad de la investigación y por ende sus datos, además se les informó que en caso de sentirse incómodos podían no responder a los instrumentos y abandonar el programa, en el momento que lo desearán.

### **Diseño experimental**

Se utilizó un diseño  $n=1$ , que consiste en evaluar los efectos de la intervención en cada participante, de modo que cada participante es su propio control (Kerlinger & Lee, 2002). Se realizaron tres mediciones, la primera antes de la intervención, la segunda inmediatamente después de ella y la última tres meses después de la aplicación del taller.

## **Variables e Instrumentos**

Se elaboró un instrumento de autoinforme para conocer las puntuaciones de los padres de familia sobre las variables: autoeficacia, expectativas (positivas y negativas) comunicación y temas de sexualidad que han comunicado a sus hijos (Ver apéndice 1).

*Datos sociodemográficos:* Se realizó un instrumento para conocer las características de los participantes respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, ingreso mensual y número de hijos. Del mismo modo, el instrumento contaba con preguntas para obtener los datos de sus hijos: sexo, edad, escolaridad, tipo de discapacidad y origen de la misma, también se indago sobre el repertorio de habilidades conductuales que sus hijos ya habían adquirido a través de una lista de cotejo que comprendía 16 habilidades conductuales (leer, convivir con otras personas, cocinar, ir al baño, comer, vestirse, lavar trastes, sumar, bañarse, tender su cama, barrer, restar, escribir, trabajar, salir cerca y usar transporte).

*Formas de comunicación:* Para conocer de qué manera los padres se comunicaban con sus hijos, se formuló la pregunta ¿Cómo se comunica con su hijo? Con cinco opciones de respuesta: a) de manera verbal podemos mantener una conversación; b) principalmente con frases cortas y gestos tiene un lenguaje limitado; c) con gestos, no habla; d) lengua de señas mexicanas, y d) otra ¿cuál?

*Comunicación sobre sexualidad:* Se evaluó el número de temas sobre sexualidad que los padres comunicaron a sus hijos, por medio de un instrumento conformado por 17 reactivos, con dos opciones de respuesta sí y no. Se obtuvo un indicador numérico sumando los temas que si han conversado con sus hijos. El instrumento tuvo un índice de consistencia interna de 0.89.

*Autoeficacia:* Se utilizaron 17 preguntas para indagar qué tan seguros se sienten de comunicar ciertos temas sobre sexualidad a sus hijos, algunos reactivos fueron acerca de los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, cómo usar un condón, cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA y qué son las relaciones sexuales; respondieron a cada ítem con un sí o no. La consistencia interna de este instrumento fue de 0.87.

*Expectativas:* El instrumento está conformado por 10 reactivos que permitieron obtener las expectativas positivas y negativas que los padres tuvieron acerca de la comunicación sobre sexualidad con sus hijos. Uno de los ítems que indago las expectativas positivas fue: “Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual”; un ejemplo de expectativas negativas es: “Hablar con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales”. Al igual que en los otros instrumentos las opciones de respuesta fueron sí y no. Este instrumento obtuvo una consistencia interna igual a 0.85.

### **Procedimiento**

Primero se realizó una invitación por medio de redes sociales a grupos como asociaciones e instituciones que ofrecen atención a personas con discapacidad, se les brindo información sobre el programa *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?* En cuanto a contenidos, duración, el lugar donde se llevaría a cabo y la fecha de inicio y posteriores.

#### *Fase de pre-evaluación*

Después de la difusión del programa de intervención, se realizó la primera sesión con los padres de familia, comenzando con la presentación de las facilitadoras y la entrega del consentimiento informado, el cual exponía la confidencialidad de sus datos y los fines académicos de los mismos. Posteriormente se procedió a la aplicación del instrumento (pretest) para recabar los datos sobre las características sociodemográficas, comunicación, autoeficacia y expectativas. Una de las facilitadores explicó las instrucciones del instrumento y aclaró dudas a los padres de familia. Los participantes tardaron 20 minutos aproximadamente en responder.

#### *Fase de intervención.*

Una vez recolectados los datos, se llevó a cabo la aplicación del programa de intervención *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?*, el cual constó de 10 sesiones, distribuidas semanalmente, cada sesión tuvo un lapso de tiempo de dos horas. Las sesiones se realizaron los viernes de 10:00 a 12:00 horas, en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

El programa de intervención contó con la aprobación de la Comisión de Ética de la Facultad.

El programa de intervención se fundamentó en el aprendizaje estructurado de Goldestein (1973), el cual propone emplear cuatro técnicas para modificar la conducta deseada: el modelamiento, el juego de roles (ensayo conductual), la retroalimentación (reforzamiento social) y el entrenamiento para la transferencia. Un punto importante desde este enfoque es proporcionar a los participantes información sobre los temas y acompañarlo con actividades que aseguren el desarrollo de habilidades conductuales.

Por lo anterior, en todas las sesiones se brindó información a los padres de familia a través de exposiciones acompañadas de estrategias y actividades, con el propósito de garantizar que la información fuera asimilada correctamente. Una vez presentados la información sobre la temática, se modelaba a los participantes la forma en que ellos podían entablar una conversación con sus hijos, para lograr dicho fin se emplearon materiales didácticos y videos, por lo que los padres de familia tenían a su disposición elementos de apoyo para transmitir la información a sus hijos adicionales al recurso verbal.

Los videos fueron elegidos de acuerdo a las siguientes características: duración corta tomando como criterio máximo cinco minutos, lenguaje sencillo y personajes en caricaturas; debido que se buscó favorecer el canal visual, con imágenes que facilitaran el aprendizaje de la información. Además se utilizaron materiales como plastilina, penes de enseñanza de unicel, tarjetas con imágenes, entre otros, con la intención que los padres pudieran manipularlos fácilmente.

Después, los participantes realizaban un juego de roles, en el que debían poner en práctica lo que se había modelado anteriormente, una vez terminado los padres de familia recibían retroalimentación sobre su ejecución. Al terminar cada sesión se les asignaba tareas con el fin de que replicaran las conductas entrenadas en la sesión, pero con sus hijos y en su hogar. Al inicio de la siguiente sesión, los padres comentaban su experiencia con la tarea y se les brindaba retroalimentación.

En la tabla 9 se muestran las sesiones del taller y su organización.

*Tabla 9. Resumen de las sesiones*

N° de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
1	<p>Aplicación del instrumento de evaluación.</p> <p>Que los padres de familia adquieran aprendizajes y habilidades para implementar estilos de supervisión y apoyo parental, que beneficien el desarrollo de habilidades en sus hijos por medio del análisis de tareas.</p>	<p>Sesión de evaluación (pretest)</p> <p>Dinámica de presentación</p> <p>Presentación del concepto de discapacidad intelectual</p> <p>Exposición del tema supervisión y apoyo parental</p> <p>Análisis de las tareas que se dificultan a sus hijos</p> <p>Presentación del análisis de tareas, como estrategia para el desarrollo de habilidades conductuales.</p> <p>Elaboración de un análisis de tareas.</p>	<p>Explicación de las instrucciones del instrumento</p> <p>Exposición del tema</p> <p>Moldeamiento del análisis de tareas.</p> <p>Elaboración de un análisis de tareas para enseñar a sus hijos a elaborar alimentos sin cocción.</p> <p>Tarea aplicar el análisis de tareas en casa con sus hijos</p>
2	<p>Conocer el concepto de sexualidad y desarrollar creencias y expectativas positivas de la sexualidad de sus hijos.</p> <p>Que los padres conozcan los efectos positivos de hablar sobre sexualidad con sus hijos.</p>	<p>Retroalimentación de la tarea y la sesión anterior</p> <p>Presentación del concepto de sexualidad</p> <p>Identificar los mitos sobre sexualidad en personas con discapacidad por medio de una lista falso y verdadero</p> <p>Presentación de los derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Análisis de las ventajas y desventajas de hablar sobre sexualidad con sus hijos.</p>	<p>Trabajo en equipo, discusión del tema.</p> <p>Elaboración de un anuncio publicitario sobre las ventajas de hablar sobre sexualidad con sus hijos.</p> <p>Tarea: realizar un collage con sus hijos sobre sexualidad</p>



N° de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
3	Que los padres adquieran habilidades y estrategias para comunicarse con sus hijos.	<p>Retroalimentación sobre la tarea del anuncio publicitario</p> <p>Presentación sobre las barreras en la comunicación con sus hijos</p> <p>Presentación sobre la comunicación asertiva</p> <p>Entrenamiento en habilidades de comunicación.</p>	<p>Moldeamiento, juego de roles y retroalimentación.</p> <p>Tarea: Tener una comunicación asertiva con sus hijos, usando las estrategias aprendidas en la sesión.</p>
4	<p>Que los padres adquieran información y habilidades sobre: identificación de las partes del cuerpo, diferencias entre hombre y mujeres y cambios que ocurren en la adolescencia, además que sean capaces de hablar con sus hijos de estos temas.</p> <p>Que los padres adquiera información sobre masturbación y puedan transmitir la información a sus hijos</p>	<p>Retroalimentación de la tarea sobre comunicación asertiva</p> <p>Presentación de las partes del cuerpo y funciones de los aparatos reproductivos (masculino y femenino) y los cambios físicos que ocurren en la adolescencia.</p> <p>Desmitificación sobre los mitos acerca de la masturbación y sus ventajas sobre esta práctica</p> <p>Información sobre conductas públicas y privadas. .</p>	<p>Trabajo en equipo modelar con plastilina los aparatos reproductores femenino y masculino</p> <p>Moldeamiento, role playing y retroalimentación.</p> <p>Tarea: moldear junto con sus hijos los aparatos reproductores con plastilina y hablar con sus hijos sobre masturbación (qué es, cómo y cuándo practicarla) y las conductas públicas y privadas.</p>

N° de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
5	Que los padres de familia adquieran información acerca del abuso sexual y logren enseñar a sus hijos a identificarlo como su prevención.	<p>Retroalimentación sobre la tarea de masturbación y modelos de los órganos reproductores femenino/masculino.</p> <p>Presentación del concepto de abuso sexual e identificar situaciones de abuso</p> <p>Análisis de por qué las personas con discapacidad son más vulnerables a sufrir abuso</p> <p>Diferencia entre secreto y regalo buenos y malos.</p> <p>Presentación acerca de cómo identificar un abuso sexual</p>	<p>Trabajo en equipo y discusión grupal.</p> <p>Juego ¡Pum, pum aléjate!</p> <p>Tarea: Los padres deberán mostrar y explicar situaciones de abuso y de no abuso a sus hijos, por medio del juego ¡Pum, pum aléjate!</p>
6	Los padres adquirirán información sobre el noviazgo y habilidades para hablar con sus hijos sobre el tema.	<p>Retroalimentación sobre la tarea abuso sexual.</p> <p>Presentación sobre el noviazgo.</p> <p>Proyección del vídeo: un sapo enamorado, que ejemplifica las sensaciones que se experimentan cuando se siente atracción por aquí.</p> <p>Presentación sobre las diferencias entre novio y amigo.</p>	<p>Discusión en grupo, role playing, moldeamiento y análisis de casos.</p> <p>Tarea: hablar con sus hijos sobre el noviazgo.</p>

N° de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
7	<p>Que los padres adquieran información sobre las relaciones sexuales y sean capaces de hablar con sus hijos sobre este tema.</p> <p>Que los padres adquieran información sobre el embarazo y las responsabilidades de la paternidad y que sean capaces de hablar del tema con sus hijos.</p>	<p>Retroalimentación sobre la tarea del noviazgo.</p> <p>Presentación sobre el tema las relaciones sexuales y sus fases de respuesta en la conducta sexual humana.</p> <p>Proyección del vídeo ¿qué son las relaciones sexuales? Y en parejas cantarán una canción que hable sobre la respuesta sexual</p> <p>Presentación sobre los derechos y responsabilidades de la paternidad Proyección del vídeo ¿cómo nacen los bebés?</p>	<p>Trabajo en equipo, moldeamiento, juego de roles, retroalimentación y discusión en grupo.</p> <p>Tarea los padres mostrarán el video a sus hijos y hablaran sobre las relaciones sexuales, tomando en cuenta: qué son, motivos para hacerlo, consecuencias, con quién y cuáles son las fases. Además brindar la responsabilidad a sus hijos de cuidar una mascota o planta y mostrar la responsabilidad de su cuidado.</p>
8	<p>Los padres adquirirán información y sobre qué son las ITS y VIH y cómo se contraen, además serán capaces de hablar del tema con sus hijos.</p>	<p>Retroalimentación de la tarea relaciones sexuales y embarazo.</p> <p>Presentación sobre las ITS y VIH y proyección de videos sobre gonorrea, sífilis, VPH y VIH.</p>	<p>Discusión grupal, moldeamiento, juego de roles y retroalimentación.</p> <p>Por medio del juego “¿quién soy?” los participantes reforzaran la información aprendida sobre ITS/VIH,</p> <p>Tarea los padres hablarán y explicarán a sus hijos qué son y cómo se transmiten las ITS.</p>

N° de sesión	Objetivos específicos	Actividades	Metodología
9	Los padres aprenderán sobre los métodos anticonceptivos y cuáles son los más adecuados para las personas con discapacidad, además serán capaces de hablar con sus hijos sobre el tema.	Retroalimentación sobre las ITS y VIH.  Presentación de los métodos anticonceptivos: ventajas y desventajas, efectividad como se usan.	Discusión y trabajo grupal, modelado, preguntas de comprobación, juego de roles y retroalimentación.
	Los padres aprenderán a colocar y retirar un condón correctamente y transmitirán este conocimiento a sus hijos.	Presentación física de los métodos anticonceptivos.  Presentación sobre el uso del condón y entrenamiento en su uso.	
10	Aplicar el instrumento para evaluar los efectos del programa.	Retroalimentación de la tarea métodos anticonceptivos.	Discusión en grupo y aplicación de instrumentos.
	Exploración sobre las percepciones de los padres de familia acerca del taller y los alcances de la comunicación sobre sexualidad con sus hijos.	Responderán el instrumento de evaluación.  Los padres de familia describirán su experiencia con el taller.	

### *Fase de post evaluación.*

Se aplicó nuevamente el instrumento con la finalidad de recabar información sobre los resultados obtenidos después de la aplicación del programa. Al igual que en la fase de pre-evaluación la facilitadora explicó las instrucciones y cada duda fue aclarada. Además se realizó una discusión grupal con el fin de conocer los comentarios de los participantes sobre el taller (contenidos, materiales y número de sesiones).

### *Seguimiento*

Por último, después de 3 meses se buscó a los padres de familia para aplicar el instrumento para conocer si los efectos del programa de intervención se mantuvieron a través del tiempo.

### **Análisis de los datos**

Una vez que se obtuvieron los datos del instrumento tanto en el pretest- posttest y seguimiento, estos fueron recabados en una base de datos del programa SPSS para Mac versión 20. Con la finalidad de llevar a cabo el análisis de los mismos. Se realizó un análisis descriptivo de cada variable: datos sociodemográficos, autoeficacia, expectativas y comunicación.

# CAPÍTULO 6

## RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados de mayor relevancia de esta investigación. Primero se exponen los relacionados con la variable expectativas, posteriormente los resultados sobre autoeficacia y comunicación sobre sexualidad. Al final, se muestran las habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes, antes y tres meses después de la intervención (seguimiento).

### Expectativas

En la tabla 10, se presentan los resultados sobre la variable expectativas, en dicha tabla se puede observar que desde la fase de pretest, todos los participantes tenían expectativas positivas hacia la comunicación, pero también reportaron expectativas negativas, dos participantes indicaron que hablar con sus hijos sobre sexualidad es complicado y uno indicó que sin importar lo que hablen con sus hijos harían lo que quisieran. Después de la aplicación del programa de intervención, todos los participantes admitieron los efectos positivos de la comunicación con sus hijos sobre sexualidad y ninguno de ellos consideró que fuera difícil o sin importancia. Durante el seguimiento estos resultados se mantuvieron.

Tabla 10

#### *Expectativas*

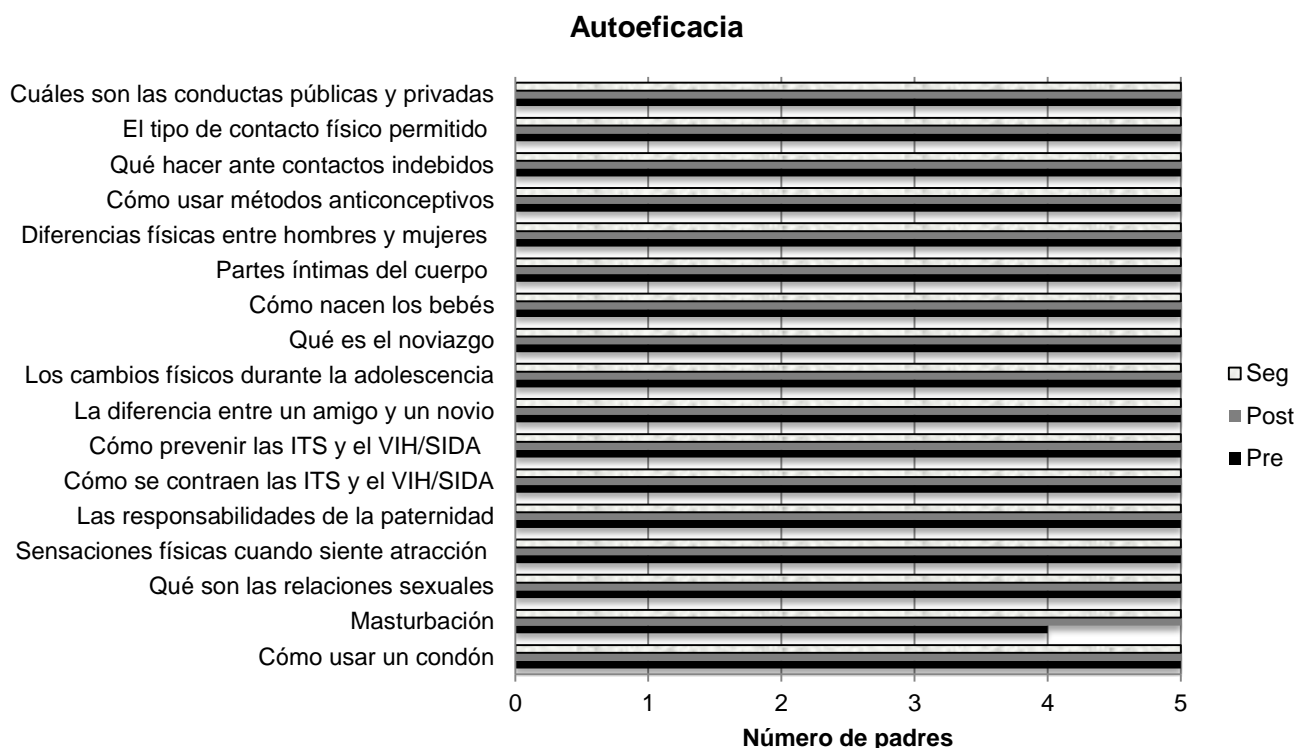
Reactivo	Pre		Post		Seg.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
<i>Expectativas positivas</i>						
E1. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá.	5	0	5	0	5	0
E2. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado.	4	1	5	0	5	0
E3. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de VIH o de alguna infección de transmisión sexual.	4	1	5	0	5	0
E4. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual.	4	1	5	0	5	0
E5. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad él (ella) me respetará.	4	1	4	1	4	1
E6. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad sentiré que hice lo correcto.	5	0	5	0	5	0

*Expectativas negativas*

E7. Hablar con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad lo (la) incitará a tener relaciones sexuales.	0	5	0	5	0	5
E8. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado(a).	0	5	0	5	0	5
E9. Si hablo con mi hijo(a) sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil.	2	3	0	5	0	5
E10. Sin importar lo que le diga a mi hijo(a) él (ella) hará lo que quiera.	1	4	1	4	1	4

**Autoeficacia**

En la figura 3 se muestran los resultados sobre la variable autoeficacia. En la fase de pre evaluación, los participantes reportaron sentirse seguros de hablar con sus hijos sobre la mayoría de los 17 temas de sexualidad, solo uno de ellos menciona no sentirse seguro de hablar sobre masturbación con su hijo. En el pos test y seguimiento, todos reportaron estar seguros de hablar con sus hijos sobre los 17 temas de sexualidad.



*Figura 3.* Muestra el número de padres que mencionó sentirse seguro (autoeficacia) de hablar con sus hijos sobre sexualidad, durante cada una de las fases del estudio.

## Comunicación sobre sexualidad

En la figura 4 se muestra el número de participantes que reporto hablar con sus hijos sobre cada uno de los 17 temas evaluados, durante el pretest, postest y seguimiento. En la fase de pretest, los padres de familia habían conversado con sus hijos sobre los temas relacionados con la prevención del abuso sexual, cuales son las conductas públicas y privadas, del mismo modo hablaron sobre los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia. Por el contrario, solo dos participantes abordaron los temas de prevención de las ITS/VIH y las responsabilidades de la paternidad, solo un participante comunico a su hijo sobre las relaciones sexuales y sensaciones físicas cuando se siente atracción y ninguno de los participantes hablo con sus hijos sobre el uso del condón y masturbación. Después del programa de intervención, lograron hablar de la mayoría de los temas con sus hijos, a excepción de los temas como nacen los bebes y la diferencia entre un amigo y un novio. Tres meses después de la intervención (seguimiento) todos los padres de familia comunicaron a sus hijos los 17 temas presentados en el programa de intervención.

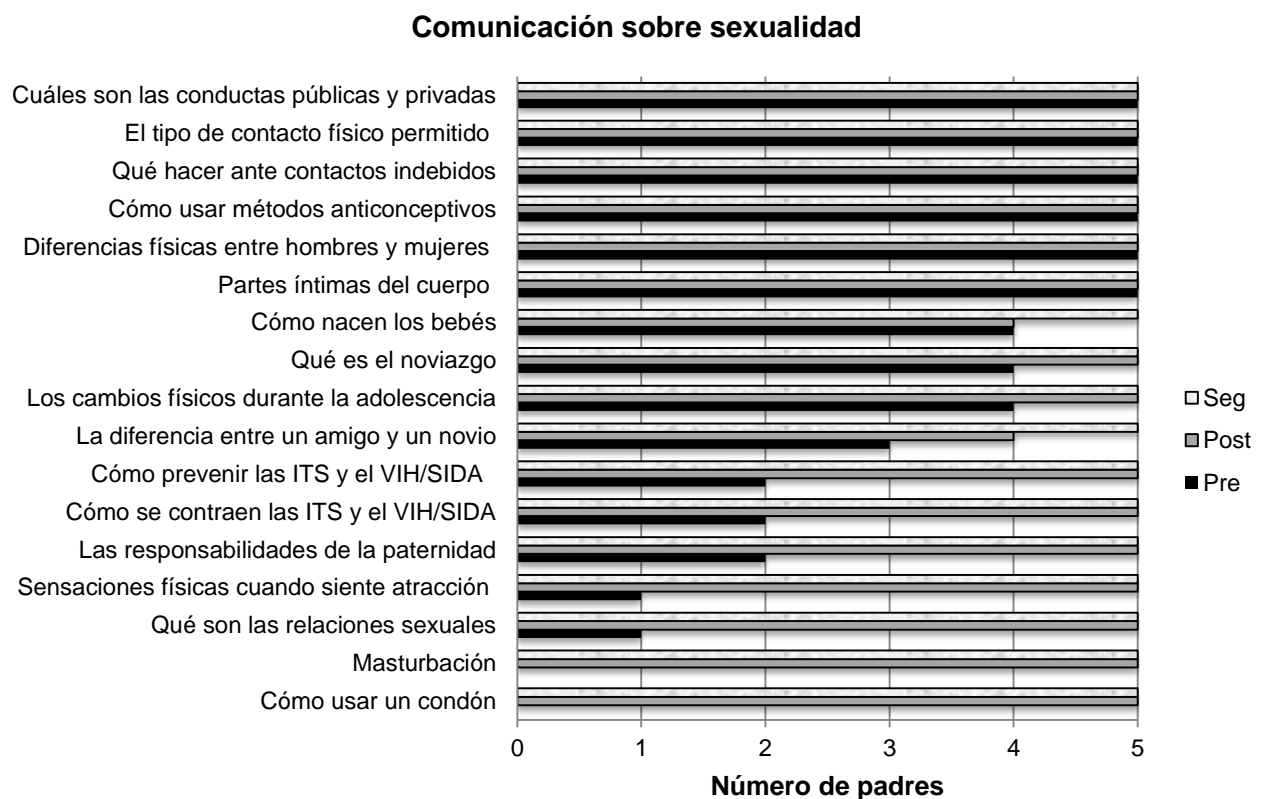


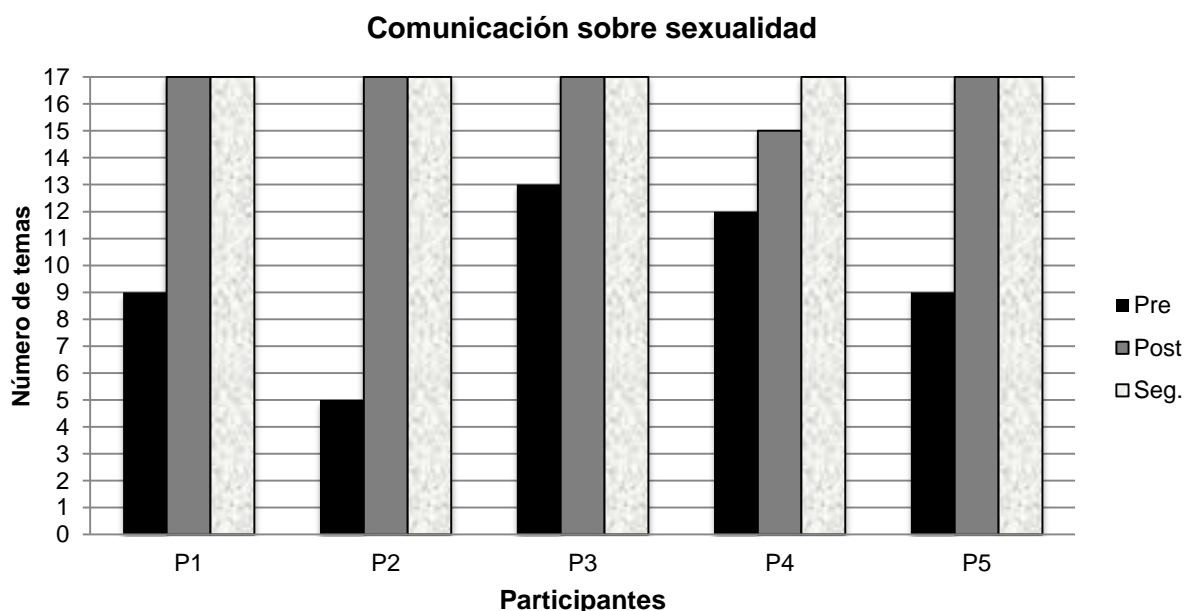
Figura 4. Número de padres que habló con sus hijos sobre los diferentes temas de sexualidad, durante cada fase del estudio.



Con respecto al número de temas sobre sexualidad que cada uno de los padres de familia abordó con sus hijos, durante las tres fases de la investigación, se presentan en la figura 5.

En la primera fase (pretest) se encontró que los padres habían conversado con sus hijos 9 de los 17 temas propuestos, una vez terminada la intervención, los temas abordados incrementaron a 16 y en el seguimiento todos los participantes comunicaron los 17 temas sobre sexualidad a sus hijos. Se observa que el participante número uno, antes de la intervención solo había comunicado nueve temas y después logro hablar sobre los 17 temas a su hijo; resultados semejantes se encontró en el participante número cinco. En el participante número dos, se observan cambios más significativos, ya que solo había hablado cinco temas en la fase de pretest y después de la intervención logro abordar todos los temas expuestos, los resultados se mantuvieron en el seguimiento.

En los participantes tres y cuatro, antes de la intervención habían abordado trece y doce temas respectivamente, siendo los participantes con un mayor número de temas comunicados, sin embargo también en ellos se apreció un incremento en las fases de postest y seguimiento, dado que lograron hablar de todos los temas sobre sexualidad con sus hijos.

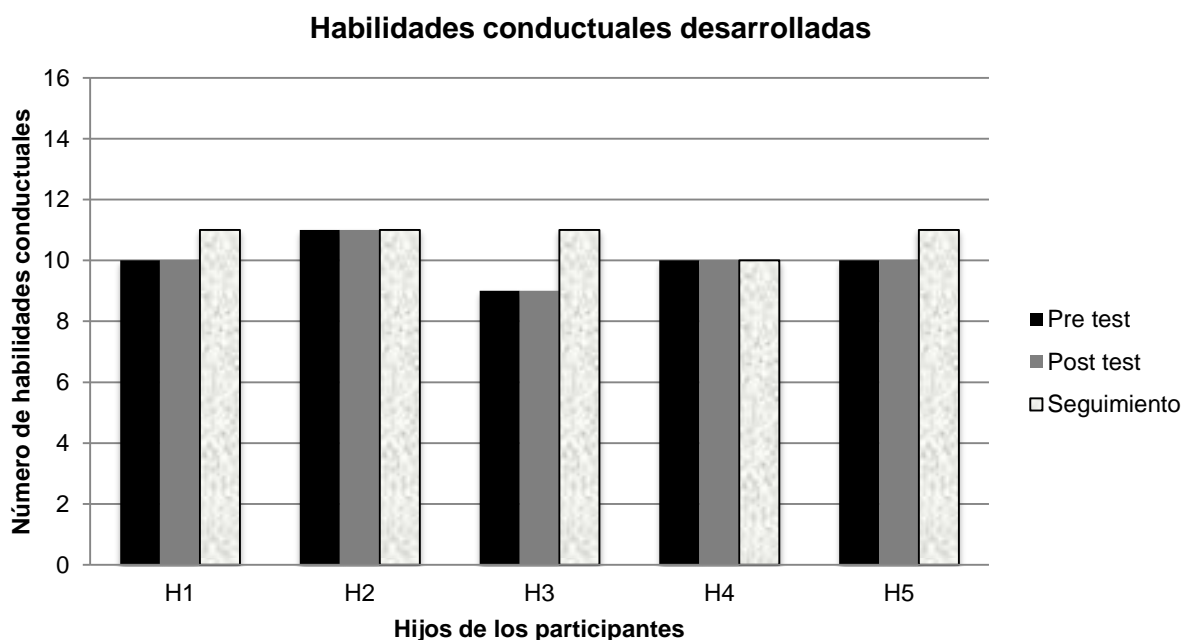


*Figura 5.* Número de temas sobre sexualidad abordados por cada participante con su hijo, durante las tres fases del estudio.

### Habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes

Es importante señalar que se decidió reportar los siguientes datos, debido a que el programa de intervención logro un efecto en las habilidades conductuales, a pesar de que no era un objetivo específico en la investigación; gracias al análisis de tareas desarrollado en la sesión número uno. La figura 6 corresponde a los datos obtenidos sobre las habilidades conductuales desarrolladas por lo hijos de los participantes, durante pretest, postest y seguimiento.

En la evaluación inicial los padres de familia reportaron que sus hijos realizaban conductas como: vestirse, comer, ir al baño y convivir con otras personas; a excepción de uno que no era capaz de bañarse por su propia cuenta; tres de ellos sabían leer y restar y cuatro realizaban sumas, la mayoría (4) podía lavar los trastes, tres eran capaces de barrer y dos tendían su cama; ninguno cocinaba y usaba transporte, solo uno trabajaba y salía sin compañía a lugares cercanos. En la fase de seguimiento, tres de los participantes mencionaron que sus hijos incrementaron el número de habilidades conductuales; en el caso del número uno y cinco, la habilidad que desarrollaron fue la de tender la cama; en el número tres, adquirió dos habilidades: bañarse y barrer.



*Figura 6.* Habilidades conductuales desarrolladas por los hijos de los participantes durante el pretest y seguimiento.

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con discapacidad intelectual. Los hallazgos demuestran que el programa tuvo éxito en dicho objetivo. Por lo que enseguida se presentan la discusión de los resultados más relevantes.

Con respecto a los participantes del programa, es importante mencionar que a pesar de los esfuerzos realizados por obtener una muestra mayor en el programa, sólo se contó con la asistencia de cinco participantes, además, estos compartían ciertas características sociodemográficas, mismas que de acuerdo a la literatura consultada, pueden influir en la comunicación sexual entre padres e hijos. Entre estas características se encuentra el nivel educativo, la mayoría de los participantes contaba con estudios de licenciatura, esto coincide con el estudio de Bárcena y Jenkins (2018), el cual encontró que los padres comunican mayor número de temas sobre sexualidad cuando cuentan con estudios de educación superior. Otro rasgo de los participantes fue que sus familias estaban conformadas por cuatro integrantes (ambos padres y dos hijos), lo cual concuerda con lo reportado por Bárcena, Guevara y Álvarez (2017), los padres de familia comunican mayor cantidad de temas cuando tienen un hijo a diferencia de los que tienen más de cuatro hijos.

La muestra estaba conformada en su mayoría por mujeres, incluyendo sólo un hombre dentro de los participantes. Las investigaciones revisadas mencionan que las mujeres son quienes comunican mayormente temas de sexualidad a sus hijos (Guevara et al. 2016; Navarro & Hernández, 2012). En esta investigación, tanto las madres como el padre que participaron en el programa de intervención, informaron comunicar temas sobre de sexualidad a sus hijos. Otro dato, que merece atención, obedece al hecho de que todos los participantes estaban jubilados y se dedicaban al hogar, lo cual puede influir para que los participantes comunicaran temas de sexualidad a sus hijos.

En cuanto a las características de los hijos de los participantes, también se encontraron semejanzas. Tres de ellos contaban con estudios de secundaria y dos de bachillerato, asimismo tenían un repertorio amplio de habilidades conductuales, la mayoría lograba leer, convivir con otras personas, cocinar, ir al baño, comer, vestirse, lavar trastes, sumar, entre otras. En relación con lo anterior, Bárcena et al. (2017) mencionan que cuando los jóvenes con discapacidad tienen un repertorio de habilidades conductuales más amplio, se propicia una mayor comunicación sobre sexualidad.

Santa María, Markham, Dolan y Bluethmann (2015) mencionan que, en el diseño e implementación de la intervención, es importante emplear un modelo que explique los factores que influyen en el cambio del comportamiento. Ahora bien, en cuanto al programa de intervención, cabe destacar que se empleó un modelo que permitió explicar las variables que intervienen en dicha comunicación, el modelo se fundamenta en la teoría social cognitiva, el cual fue propuesto por Dilorio et al. (2007), este modelo plantea que las variables: autoeficacia percibida y las expectativas positivas, logran que los padres de familia hablen con sus hijos sobre sexualidad. Es así, que a continuación se exponen los resultados sobre estas variables.

Uno de los objetivos específicos de la intervención fue identificar la autoeficacia percibida en los padres de familia, los resultados arrojaron que los participantes antes de la aplicación del programa de intervención se sentían seguros de hablar con sus hijos sobre 17 temas de sexualidad y solo uno de ellos reportó no sentirse seguro de hablar sobre el tema masturbación. No obstante, en la fase pretest sólo informaron comunicar seis de los 17 temas cuestionados. En el postest, todos reportaron estar seguros de hablar con sus hijos sobre los 17 temas de sexualidad, lo cual se mantuvo en el seguimiento. Y en ambas fases los temas comunicados aumentaron, encontrando que todos los padres de familia lograron hablar de las 17 tematicas con sus hijos en el seguimiento.

Con respecto a la variable expectativas positivas y negativas de los participantes, se encontró que los participantes en la fase de pretest al igual que con la autoeficacia, presentaron expectativas positivas ante la comunicación con sus hijos, pero dos participantes contaban con expectativas negativas, es decir tenían la creencia de que hablar con sus hijos es difícil y sin importar lo que

hablaran con ellos, harían lo que quisieran. Posterior a la aplicación del programa, todos los participantes reconocieron la importancia de la comunicación sexual con sus hijos, así como los beneficios de hacerlo (expectativas positivas) y ninguno de ellos consideró que fuera difícil o sin importancia, esto se mantuvo en el seguimiento.

En cuanto al número de temas que los padres comunicaron a sus hijos, se observó que antes de la intervención comunicaban alrededor de seis temas sobre sexualidad, sólo un participante reportó haber comunicado únicamente cinco temas; después de la intervención la mayoría de los participantes hablaron los 17 temas con sus hijos, sólo un participante comunicó 15 temas; en la fase de seguimiento todos los padres comunicaron los 17 temas a sus hijos, esto se debe probablemente a que el tiempo fue el suficiente para que los padres hablaran de todos los temas con sus hijos.

En relación con lo anterior, en la fase pretest los padres refirieron hablar con sus hijos sobre los temas: Conductas públicas y privadas, tipo de contacto permitido, qué hacer ante contactos indebidos, partes del cuerpo y diferencias entre hombres y mujeres. Y por el contrario de los temas que no hablaron con sus hijos se encuentran, el uso del condón, relaciones sexuales y masturbación. Estos resultados coinciden con lo encontrado en las investigaciones Bárcena et al. (2017), Bárcena y Jenkins (2018) Bárcena y Romano (2016), ya que los temas que principalmente comunican fueron: abuso sexual y nombramiento e identificación de las partes del cuerpo y los temas que menos transmitieron a sus hijos fueron: masturbación y cómo usar y adquirir métodos anticonceptivos.

A pesar de que, desde la fase pretest, los participantes mostraron autoeficacia y expectativas positivas hacia la comunicación con sus hijos, éstos no conversaban con ellos sobre sexualidad, lo cual puede deberse a que también mostraron expectativas negativas, por ejemplo, creían que es difícil hablar con sus hijos sobre sexualidad. Conforme transcurrió el programa de intervención, esto fue cambiando. Las expectativas positivas se mantuvieron al igual que la autoeficacia, y las expectativas negativas disminuyeron. Al inicio los padres reportaron hablar alrededor de seis temas de sexualidad y en la fase de seguimiento reportaron hablar los 17 temas de sexualidad.

Estos resultados coinciden con lo reportado en el programa *Keepin' it R.E.A.L.*, los padres que indicaron sentirse seguros de hablar con sus hijos y esperan resultados positivos, fueron los que informaron mayor número de temas sobre sexualidad a sus hijos (Dilorio et al., 2000).

Cabe mencionar que el programa no pretendía influir directamente en las habilidades conductuales de los hijos de los participantes, no obstante, se obtuvieron cambios significativos, esto mediante el análisis de tareas realizado en la sesión número uno, ya que antes de iniciar la intervención, los hijos de los participantes contaban con habilidades conductuales como vestirse, comer, ir al baño y convivir con otras personas; a excepción de uno que no era capaz de bañarse por su propia cuenta. En la fase de seguimiento, tres de los participantes mencionaron que sus hijos incrementaron el número de habilidades conductuales, las habilidades que desarrollaron fueron tender la cama, bañarse y barrer. Esto resulta importante, dado que esta característica influye para que los padres comuniquen a sus hijos temas de sexualidad.

En resumen, el taller *¿Cómo hablar de sexualidad a mi hijo con discapacidad?*, logró resultados favorables y cumplió con los objetivos de este programa; a pesar de que los padres de familia asistieron al taller con expectativas positivas altas y autoeficacia, la intervención mantuvo y modificó en quienes no se sentían seguros de hablar sobre sexualidad con sus hijos, además estos cambios favorables se mantuvieron a través del tiempo, al igual que adquisición de conductas mediante el análisis de tareas.

Las limitaciones del estudio incluyeron el tamaño de la muestra, puesto que la muestra no fue representativa, por tanto, se recomienda aplicar el programa en una muestra más amplia y con características diversas con el fin de corroborar si las características influyen en los resultados del programa.

Otra limitante fue que sólo se evaluó el cómo se comunicaban, pero no la forma y si la comunicación era efectiva, además sólo se tomó en cuenta el reporte de los padres de familia y no de sus hijos, esto podría realizarse con el propósito de confirmar si realmente los padres comunicaron los temas a sus hijos y si estos fueron comprendidos por los jóvenes.

En este sentido, también resultaría importante conocer si la comunicación que establecieron con sus hijos, produce cambios en los conocimientos sobre sexualidad y el comportamiento sexual de sus hijos, por lo que se recomienda evaluar estas variables en futuras investigaciones.

Asimismo se recomienda incluir a los hijos de los participantes, por lo menos a una sesión, con la finalidad de que los padres practiquen con ellos y puedan recibir retroalimentación, tanto de las facilitadoras como de los integrantes de la intervención. Igualmente puede ser adecuado involucrar a terapeutas, cuidadores principales, o figuras paternas/maternas, dado que los jóvenes con discapacidad pasan mucho tiempo en terapias, escuelas o con familiares que se encargan de cuidarlos durante el tiempo en que sus padres trabajan.

## REFERENCIAS

- Abimany, J., Mannan, H., Groce, N. & McVeigh, J. (2017). HIV/AIDS Knowledge, Attitudes and Behaviour of Persons With and Without Disabilities from the Uganda Demographic and Health Survey 2011: Differential Access to HIV/AIDS Information and Services. *PLoS ONE*, 12(4), 1-20. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174877>
- Aderemi, T., Pillay, B. & Esterhuizen. (2013). Differences in HIV Knowledge and Sexual Practices of Learners With Intellectual Disabilities and Non-disabilities in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-9.
- Ahumada, C. & Kowalski, S. (2006). Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Guía para jóvenes activistas. *The Youth Coalition*. Recuperado de: [http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia\\_activista\\_dsdr\\_wi\\_thcover.pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/guia_activista_dsdr_wi_thcover.pdf)
- Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J. y Monier, G. (2009). Factores que Influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 25(2), 1-14.
- Aliaga, P., Ahumada, S. & Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer: Un problema de todos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 75-78.
- Álvarez de la Cruz, C. (2010). Comunicación y sexualidad. *Enfermería Global*, 19, 1-10.
- Álvarez, E. (2018). *Características de padres y sus hijos con Discapacidad vinculadas a la comunicación sobre sexualidad* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.



- Asociación Mundial para la Salud Sexual. (2014). *Declaración de los derechos sexuales*. Recuperado de: [https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2011/11/declaracion\\_derechos\\_sexuales\\_sep03\\_2014.pdf](https://www.amssac.org/wp-content/uploads/2011/11/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf)
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C. y Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud Pública de México*, 53(2), 160-171.
- Bárcena, S. y Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: Diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28(1), 5-13.
- Bárcena, S. y Romano, H. (2016). Conocimientos y creencias vinculadas a la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 32(2), 18-31.
- Bárcena, S. y Rugerio, T. (Julio, 2017). *Expectativas vinculadas a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad*. Trabajo presentado en Klappenbach, H., Gibbons, J. y Luna, S, Línea Temática II: Sujetos y Procesos Psicológicos Abatir las Brechas de la Desigualdad. Memorias del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología, Mérida.
- Bárcena, S., Guevara, Y. y Álvarez, E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior Health & Social Issues*, 9, 36-44.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz- Loving, R. (2013). EL papel de los Padres en la Salud Sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica- Psychological Research Records*, 3(1), 956-969.
- Barr, E., Johnson, M. y Howard. (2012). A Pilot Project to Increase Parent Comfort Communicating with their Children about Sexual Health. *American Journal of Sexuality Education*, 7(3), 253-266. DOI:1080/15546128.2012.707091
- Basile, K., Breiding, M. & Smith, S. (2016). Disability and Risk of Recent Sexual Violence in the United States. *AJPH RESEARCH*, 106(5), 928- 933.

- Berg, K., Sun, C. y Babalola, S. (2012). Predictors of Parent-Child Communication among a nationally representative sample in Nigeria. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 9(2), 95-103.
- Berman, R., Meresman, S., Galván, J. & Rodriguez, E. (2011). Desarrollo Inclusivo: La experiencia de VIH-SIDA y Discapacidad en Centroamérica. Recuperado de: [http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/419/Art\\_BermanBielerR\\_DesarrolloInclusivoExperiencia\\_2011.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/419/Art_BermanBielerR_DesarrolloInclusivoExperiencia_2011.pdf?sequence=1)
- Bernal, Y. (2007). *Enfoque Sistémico: EL Modelo de los Cuatro Holones de la Sexualidad Humana* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, Á. & Valgerdur, G. (2017). People with Intellectual Disabilities Negotiate Autonomy, Gender and Sexuality. *Sex Disabil*, 35, 295-311.
- Buján, J. (2016). Análisis de libros escolares desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo*. Recuperado de: <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2016/03/analisis-de-libros-escolares-desde-una-perspectiva-de-derechos-humanos.pdf>
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Castillo, A. y Pérez, D. (2006). *La actitud de los padres y madres de familia ante la educación sexual de sus hijo(a) con Síndrome de Down*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Pedagógica Nacional, México.
- Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad?. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2(1), 51-58
- Castillo, L., Álvarez, A., Valle, M. y Hernández, V. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 73, 44-50.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2015). El VIH/SIDA en México 2011. México: CENSIDA

- Chávez, M., Petrzalová, J. & Zapata, J. (2009). Actitudes respecto a la sexualidad en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 137-151.
- Clatos, K. y Asare, M. (2016). Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Disabilities: A Pilot Training Program. *Am J Health Stud*, 31(3), 151-162.
- Cobo, G., y Valdivia, S. (2017). *Juego de Roles*. Pontificia Universidad de Apoyo a la Docencia. Recuperado de: <http://idu.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2017/07/4.-juegoderoles.pdf>
- Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30, 9-21.
- Cruz, M. (2015). Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: El papel de las y los prestadores de servicios. *Revista estudios de género, la ventana*, 42, 7-45.
- De Dios, R. & García, L. (2007). Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de educación sexual en centros de atención a personas adultas. *Serie de documentos técnicos*.
- Del Barrio, J. y Salcines, I. (2012). Características de la Comunicación entre los Adolescentes y su Familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 393-402.
- 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, W., Wang, D., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L. y 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. y Pluhar, E. (2011). Set the P.A.C.E.!: Results of an HIV Prevention Intervention for Mothers of Young Children. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 10, 290-310. <https://doi.org/10.1080/15381501.2011.596768>

- 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*, 7-31.
- Dilorio, C., Resnicow, K., Dudley, W., Thomas, S., Wang, D., Van Marter, D., Manteuffel, B. y Lipana, J. (2000). Social Cognitive Factors Associated with Mother- Adolescent communication about sex. *JHealth Commun, 5*(1), 41-51.
- Domínguez, I. (2011). Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37*(3), 387-398.
- Durán, M., Durán, M., Sánchez, A. y Olvera, M. (2008). Percepción Padres e hijos: Autoeficacia de padres para comunicar temas de sexo. *Desarrollo Cientif Enferm, 16*(4), 168-172.
- Eastman, K., Corona, R. y Schuster, M. (2006). Talking Parents, Healthy Teens: A Worksite-based Program for Parents to Promote Adolescent Sexual Health. *Preventing Chronic Disease, 3*(4), 1-10.
- Eastman, K., Schuster, M., Corona, R., Elliott, M., Kanouse, D., Zhou, A. y Klein, D. (2008). Evaluation of Talking Parents, Healthy Teens, a new worksite based parenting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomised controlled trial. *BMJ, 337*, 1-9.
- Eisenberg, M. E., Sieving, R. E., Bearinger, L. H., Swain, C., & Resnick, M. D. (2006). Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention?. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 893-902.
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009). Panorama sociodemográfico de México
- Estrada, F., Campero, L., Suárez, L., De la Vara, E. y González, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres

adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública Mex*, 59, 556-565. <https://doi.org/10.21149/7959>

Fernández, A., Negrón, M., González, R., Díaz, L., Betancourt, E., Cintrón, F., Varas, N. y Villarruel, A. (2017). Actitudes Hacia la Comunicación Sexual entre Padres/Madres y Adolescentes en Puerto Rico. *Rev Puertorriqueña Psicol*, 28(1), 80-95.

Forehand, R., Armistead, L., Long, N., Wyckoff, S., Kotchick, B., Whitaker, D., Shaffer, A., Greenberg, A., Murry, V., Jackson, L., Kelly, A., McNair, L., Dittus, P., Lin, C. y Miller, K. (2007). Efficacy of a Parent-Based Sexual-Risk Prevention Program for African American Preadolescents. A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(12), 1123-1129.

Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO.

Gallegos, E., Villarruel, A., Gómez, M., Onofre, J. y Zhou, Y. (2007). Sexual Communication and Knowledge among Mexican Parents and their Adolescent Children. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 18(2), 28-34. doi:10.1016/j.jana.2007.01.007.

Giménez, C., Gil, M., Ruiz, E. & Díaz, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: Cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 129-136.

Glover-Graf, N. (2012). Sexuality and Disability. En Marini, I., Glover- Graf, N. & Millington, M. (eds)., *Psychosocial Aspects of Disability: Insider Perspectives and Counseling Strategies* (pp. 195-223), Nueva York: Springer Publishing Company, LLC.

Goldstein, A.P (1973). Structured learning therapy: Towar a psychotherapy of the poor. Nueva York: Academic Press.

- González, N. (2005). La sexualidad del adolescente con discapacidad y su abordaje en el ámbito familiar. *Revista Pensamiento Actual*, 5(6), 55-60.
- Groce, N. (2004). La encuesta global sobre VIH/SIDA y discapacidad, de la Universidad de Yale/Banco Mundial. Encuesta Global sobre VIH/SIDA y Discapacidad. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/684041468329099060/pdf/343130SPANISH0Survey0HIVAIDS.pdf>
- Guevara, Y., Robles, S., Aguilar, Y. & Luna, N. (2016). *Educación sexual en personas con discapacidad. Fundamentos para talleres de intervención*. Tlalnepantla, Edo. de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 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 de la Disciplina*, 10(1), 79-90.
- Guilamo, V., Bouris, A., Jaccard, J., Gonzalez, B., McCoy, W. y Aranda, D. (2011). A parent-based Intervention to Reduce Sexual Risk Behavior in Early Adolescence: Building Alliances Between Physicians, Social Workers, and Parents. *J Adolesc Health*, 48(2), 159-163.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Selección de la muestra. En Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. *Metodología de la Investigación* (pp. 170-194). Perú: Mc Graw Hill.
- Horner, W., Darney, B., Kulkarnirajasekhara, S., Quigley, B. & Caughey, A. (2016). Pregnancy among U.S. women: Differences by presence, type, and complexity of disability. *Am J Obstet Gynecol*, 214(4), 1-17.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) 2008-2009. Obtenido el 2 de febrero del 2015, desde <http://www.inegi.org.mx/lib/olap/general/MDXQueryDatos.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Las personas con Discapacidad en México: una visión al 2010. Recuperado de

[https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files\\_ipo3/2018/44257/4/b202c98e9a2106f4c0f427b64f542c93.pdf](https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo3/2018/44257/4/b202c98e9a2106f4c0f427b64f542c93.pdf)

International Planned Parenthood Federation. (2017). *Impartir Habilitar Caja de Herramientas: Ampliando la Educación Sexual Integral (ESI)*. Recuperado de:

<https://www.ippf.org/sites/default/files/201804/IPPF%20Deliver%20and%20Enable%20CSE%20Toolkit%20-%20Spanish.pdf>

Jerman, P., y Constantine, N. (2010). Demographic and Psychological Predictors of Parent- Adolescent Communication About Sex: A Representative Statewide Analysis. *J Youth Adolescence*, 39, 1164-1174 Doi: 10.1007/s10964-010-9546-1

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Diseño de Investigación Cuasi- Experimentales y con N=1. En Kerlinger, D. y Lee, H. Investigación del Comportamiento. 4ª ed. México (pp. 486-502), México, McGraw-Hill.

Kirby, D., y Miller, B. (2002). Interventions Designed to Promote Parent-teen Communicationn About Sexuality. *New Dir Child Adolesc Dev*, 97, 93-110.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(3), 192- 205.

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.

López, D. (2017). *Cognición sobre la sexualidad en adultos mayores y la influencia de los estereotipos publicitarios*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.

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

- Losa, M. (2016). *La educación sexual en el ámbito de la discapacidad intelectual: identificación de buenas prácticas*. (Grado en enfermería). Universidad de Valladolid, España
- Mattioli, N. (2017). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Abordaje de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en personas con discapacidad. Recuperado de: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/1689>
- Meresman, S. (2011). Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. UNICEF. Recuperado de: <http://148.202.167.116:8080/jspui/bitstream/123456789/611/1/Es%20parte%20de%20la%20vida.pdf>
- Moore, D. (1998). HIV/AIDS and deafness. *American Annals of the Deaf* , 143 (3). 182-205.
- Morales, C. (2012). *Iniciativa pedagógica: Taller de sexualidad dirigido a padres de adolescentes con discapacidad visual, en el organismo mexicano promotor del desarrollo integral de los discapacitados visuales I.A.P.* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Motta, A., & Pérez., M. (2015). *Factores psicosociales asociados a relaciones sexuales precoces en estudiantes de séptimo grado de la Institución educativa Montessori de Pitalito*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia: Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/3402>
- Moya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad. Perfil de su doble discriminación. *Feminismos*, 13, 133-152.
- Musa, I., Akande, M., Salaudeen, A., y Soladoye, M. (2008). Family communication on HIV/AIDS among secondary school students in a northern state of Nigeria. *African Journal of Infectious Diseases*, 2(1), 1-5.
- Navarro, N. Z. y 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.



- Noe, M., Saw, Y., Soe, P., Khaing, M., Saw, T., Hamajima, N. y Win, H. (2018). Barriers between mothers and their adolescent daughters with regards to sexual and reproductive health communication in Taunggyi Township, Myanmar: What factors play important roles?. *PLoS ONE*, 13(12), 1-16.
- Núñez, G., Ponce, P. & Woolfolk, L. (2015). La sexualidad en el desarrollo: Hacia una visión inclusiva. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 1(2), 56-81.
- Olavarrieta, S., Darín, L., Suárez, P., Tur, N., Besteiro, B., y Gómez, G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. *Revista Siglo Cero*, 44(4), 55-69
- Oliver, S. (2006). Educación Sexual para Personas con Discapacidad Intelectual. *Decisio*, 54-59.
- Orcasita, L., Cuenca, J., Montenegro, J., Garrido, D. y Haderlein. (2018). Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. *Revista Colombiana*, 27, 41-53. Doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62148>
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994. El Cairo*. Recuperado de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd\\_spa.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (1968). *Proclamación de Therán, 1968*. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTR OS%2016.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definition/s/en/#](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definition/s/en/#)
- Parra, Y. y Suarez, I. (2009). *Vivencias de la Sexualidad en un Grupo de Adolescentes en Situación de Discapacidad Pertenecientes a Cuatro*

*Localidades de Bogotá D.D., Colombia.* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

- Peláez, A. (2009). Esterilización forzada de niñas y mujeres con discapacidad. En Pélaez, A., Martínez, B., & Leonhardt, M, *Maternidad y Discapacidad* (pp. 57-75). Madrid: CERMI
- Pham, H. & Lerner, B. (2001). In the patient's best interest? Revisiting sexual autonomy and sterilization of the developmentally disabled. *Western Journal of Medicine*, 175, 280-283.
- Phasha, T. & Runo, M. (2017). Sexuality Education in Schools for Learners with Intellectual Disabilities in Kenya: Empowerment or Disempowerment?. *Sex Disabil*, 35, 353-370.
- 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.
- Porres, J. (2012). Programa a Padres de Familia sobre Educación Sexual para la Salud y la Promoción del Desarrollo Individual y Social de los Estudiantes del Instituto Neurológico de Guatemala. *Horizontes Pedagógicos*, 14(1), 43-67.
- 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.
- Prado, G., Pantin, H., Huang, S., Cordova, D., Tapia, M., Velazquez, R., Calfee, M., Malcom, S., Arzon M., Villamar, J., Leon, G., Cano, N., Brown, H. y Estrada, Y. (2012). Effects of a Family Intervention in Reducing HIV Risk Behaviors Among High-Risk Hispanic Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(2), 127-133 doi:10.1001/archpediatrics.2011.189.

- Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad. (2009).  
Por un México incluyente: Construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad.
- Ramiro, T., Bermúdez, M., Sierra, J. y Buela- Casal, G. (2013). Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia Psicológica*, 31(2), 175-186.
- Rivera, S. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revistas UNAM*, 14(4), 317-340.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. y Hermosillo Á. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.
- Rodriguez, A. (2007). Principales Modelos de Socialización Familiar. *Foro de Educación*, 9, 91-97.
- Romero, C. & Muro, A. (2015). Derechos Sexuales y Reproductivos. Eunomía. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 9, 273-288.
- Rubio, E. (1998). Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales. *Antología de lecturas sobre la sexualidad*.
- Salazar, A., Santa Maria, A., Solano, I., Lázaro, K., Arrollo, S., Araujo, V., Luna, D. y Echazu, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de las relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de Instituciones educativas nacionales del Distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Horizonte Médico*, 7(2), 79-85.
- Sánchez, A., Vázquez, M. y Hernández, L. (2006) La Comunicación Oral, sus Características Generales, *Ciencias Holguín*, 2, 1-6.
- Santa Maria, D., Markham, C., Dolan, P. y Bluethmann. (2015). Parent-Based Adolescent Sexual Health Interventions and Effect on Communication

Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Perspect Sex Reprod Health*, 47(1), 37-50 DOI:10.1363/47e2415.

Santiago, P. (2009). *Investigación documental sobre sexualidad y adolescencia: Recomendaciones para los padres y maestros de adolescentes con discapacidades*. (Grado de Maestría). Universidad Metropolitana, Puerto Rico. Recuperado de: [http://www.anagmendez.net/cupey/pdf/biblioteca\\_tesisedu\\_santiagomato\\_sp2009.pdf](http://www.anagmendez.net/cupey/pdf/biblioteca_tesisedu_santiagomato_sp2009.pdf)

Schouten, B., Van Den Putte, B., Pasmans, M. y Meeuwesen, L. (2007). Parent adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 75-83.

Swain, R., Ackerman, L., y Ackerman, A. (2006). The influence of individual characteristics and contraceptive beliefs on parent-teen sexual communications: a structural model. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), - 753.e9 –753.e18

Tapia, M. (noviembre, 2017). *Educación Sexual para Todas y Todos: La Asignatura Urgente para el Logro de la Igualdad en México*. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Investigación Educativa de Consejo Mexicano de Investigación Educativa, A. C., San Luis Potosí.

Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kusi, R., Ngirabakunzi, E., Asiah, H., McClain, Ch. & Moono, G. (2016). Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *Journal of the International AIDS Society*, 19(4), 1-7. DOI

Uribe, A., Castellanos, J. y Cabán, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27-48.

Varas, J. (2010). Adolescente con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Rev. Obstet. Ginecol*, 5(2), 139-144.

- Vargas, E. (2014). La Sexualidad como Expresión Humana Evaluada en Jóvenes y Docentes Provenientes de un Colegio Público del Cantón de Alajuela, Costa Rica. *Revista de las Sedes Regionales*, 15(30), 22-54.
- Vargas, E., Barrera, F., Consuelo, M. y Daza, B. (2006). La intención de los Jóvenes de tener Relaciones Sexuales en la Adolescencia: El papel de la Televisión, la Relación con los Padres y las Cogniciones. *Universitas Psychological*, 5(1), 69-84.
- Verdugo, M., Alcedo, M., Bermejo, B. & Aguado, A. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, 124-129
- Villarruel, A., Loveland-Cherry, C. y Ronis, D. (2010). Testing the Efficacy of a Computer- Based Parent- Adolescent Sexual Communication Intervention for Latino Parents. *Fam Relat*, 59(5), 533-543. doi:10.1111/j.1741-3729.2010.00621.x.

# APÉNDICES

Instrumento Proyecto PAPIIT Pretest

**CUESTIONARIO**

**DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

DP2. 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 Lavar | <input type="checkbox"/> 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**

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.

	Sí	No
EX1. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sé que me entenderá		
EX2. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que tenga un embarazo no deseado		
EX3. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual		
EX4. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad puedo evitar que sufra abuso sexual		
EX5. Hablar con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad lo incitaré a tener relaciones sexuales		
EX6. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad podría sentirme apenado		
EX7. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad él (ella) me respetará		
EX8. Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad creo que será muy difícil		

<b>EX9.</b> Si hablo con mi hijo (a) sobre temas de sexualidad sentiré que hice lo correcto		
<b>EX10.</b> Sin importar lo que le diga a mi hijo (a) él (ella) hará lo que quiera		

### 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? _____
---	--	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------

<b>CM1.</b> Identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM2.</b> Diferencias físicas entre hombres y mujeres	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM3.</b> Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM4.</b> Qué es el noviazgo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM5.</b> La diferencia entre un amigo y un novio	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM6.</b> Cómo nacen los bebés	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM7.</b> Las responsabilidades de la paternidad	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM8.</b> Cómo usar métodos anticonceptivos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM9.</b> Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM10.</b> Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM11.</b> Cómo usar un condón	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM12.</b> Qué son las relaciones sexuales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM13.</b> Masturbación	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM14.</b> Sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM15.</b> Que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM16.</b> El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM17.</b> Cuáles son las conductas públicas y privadas	<b>Sí</b>	<b>No</b>



**En el futuro, ¿se siente seguro (a) de poder hablar con su hijo (a) sobre los siguientes temas? Tache “Sí” o “No” según corresponda.**

<b>CM1.</b> Identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM2.</b> Diferencias físicas entre hombres y mujeres	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM3.</b> Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM4.</b> Qué es el noviazgo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM5.</b> La diferencia entre un amigo y un novio	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM6.</b> Cómo nacen los bebés	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM7.</b> Las responsabilidades de la paternidad	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM8.</b> Cómo usar métodos anticonceptivos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM9.</b> Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM10.</b> Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM11.</b> Cómo usar un condón	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM12.</b> Qué son las relaciones sexuales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM13.</b> Masturbación	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM14.</b> Sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM15.</b> Que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM16.</b> El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM17.</b> Cuáles son las conductas públicas y privadas	<b>Sí</b>	<b>No</b>

### **SOBRE EL TALLER**

1. ¿Qué espera aprender durante el taller?

**FIN DEL CUESTIONARIO**

**¡MUCHAS GRACIAS!**

### CUESTIONARIO

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_

¿Qué discapacidad tiene su hijo (a)? \_\_\_\_\_

¿Qué edad tiene su hijo (a): \_\_\_\_\_

#### CF1 ¿Cómo se comunica con su hijo (a)?

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.

<b>CM1.</b> Identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM2.</b> Diferencias físicas entre hombres y mujeres	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM3.</b> Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM4.</b> Qué es el noviazgo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM5.</b> La diferencia entre un amigo y un novio	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM6.</b> Cómo nacen los bebés	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM7.</b> Las responsabilidades de la paternidad	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM8.</b> Cómo usar métodos anticonceptivos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM9.</b> Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM10.</b> Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM11.</b> Cómo usar un condón	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM12.</b> Qué son las relaciones sexuales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM13.</b> Masturbación	<b>Sí</b>	<b>No</b>

<b>CM14.</b> Sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM15.</b> Que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM16.</b> El tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**En el futuro, ¿se siente seguro (a) de poder hablar con su hijo (a) sobre los siguientes temas? Tache “Sí” o “No” según corresponda.**

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



2. Los temas abordados durante el taller le parecieron  
Excelentes                      Buenos                      Regulares                      Malos

3. Las actividades realizadas durante el taller le parecieron  
Excelentes                      Buenas                      Regulares                      Malas

4. Considera que el número de sesiones fueron  
Demasiadas    Suficientes    Insuficientes

5. ¿Qué fue lo que más le agradó del taller?

6. ¿Qué fue lo que NO le gustó del taller?