



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

#### “PROPUESTAS PARA UN TALLER DE SEXUALIDAD DIRIGIDO A TUTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N

Yasmin Alejandra Aguilar Cruz

Norma Angélica Luna Mejía

Directora de tesis: Dra. Carmen Yolanda Guevara Benítez

Asesoras: Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Lic. Irma Beatríz Frías Arroyo





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Dedicatoria**

A DIOS por darme tanto amor y por permitirme llegar hasta donde estoy. Sé que me tiene preparadas muchas cosas y con gusto las recibiré....

A mi PADRE porque me ha brindado los medios para ser una buena persona, porque con su ejemplo, amor y dedicación siempre ha estado ahí.... Estoy orgullosa de ser su hija.... Te quiero papá!

A mi MADRE... A pesar de que en este proceso no hemos estado juntas físicamente, téngalo por seguro que siempre ha estado en mi corazón y siempre lo estará. Gracias mamá por apoyarme y criarme con mucho amor.

A mis HERMANOS que de alguna forma contribuyeron a la conclusión de este trabajo, con su apoyo, motivación y amor... Los amo!

Al hombre que ha cambiado mi vida y que me ha enseñado nuevas formas de experimentarla: JESÚS. Gracias porque siempre existió una palabra de aliento, un consejo, una recomendación y una opinión que eran de gran ayuda para contribuir en este trabajo que no fue fácil... Gracias por amarme, respetarme y cuidarme.

A más que una amiga, una compañera y una tesista: ANGÉLICA. Sufrimos juntas en este proceso y tú más que nadie sabe lo que significa compartir ideas, estar en desacuerdo, etcétera. Gracias porque en este proceso gané más que una amiga.

A nuestras asesoras: Dra. Yolanda Guevara, Dra. Susana Robles y Lic. Beatríz Frías, por la paciencia y tiempo que asignaron para guiarnos en este proyecto.

ES SÓLO EL PRINCIPIO.....

Yasmin Aguilar.

A mi mamá Silvia: gracias por tu confianza, atención, amor y por creer en mí. Este logro también es tuyo, porque sólo estas cosechando lo que sembraste. Gracias por todo lo que sigues haciendo por mí. Te amo.

A mi papá Marcolino y hermanos Armando y Miguel, por su apoyo y cariño, los amo, siempre están en mi mente y corazón.

A mi adorado hijo Anthony Matías, por ser la más grande bendición a nivel personal dentro la elaboración de este proyecto, gracias por tu paciencia y apoyo, por ser mi mayor inspiración.

A mi amado esposo Tony, gracias por tu apoyo, soporte emocional y económico, por ser un pilar en mi vida, por todo el apoyo y comprensión, por luchar día a día por una vida mejor para Matí y para nosotros. ¡Gracias Amor, Te amo!

A mi compañera y amiga Yasmin, gracias por compartir la elaboración y culminación de este proyecto, el cual tiene muy gratas experiencias a nivel personal y profesional. Te quiero nena, gracias por estar en mi vida.

Por último, y no menos importante, a la Dra. Yolanda Guevara, por habernos orientados en la elaboración de este trabajo, por su paciencia y enseñanzas que dieron pie a la culminación de este trabajo. Gracias.

Angélica Luna.

## INDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Discapacidad y Familia .....</b>	<b>14</b>
1.1 Desarrollo histórico de la discapacidad .....	14
1.2 Educación Especial .....	19
1.3 Tipos de discapacidad .....	22
1.4 Desarrollo de las personas con discapacidad en México .....	27
1.5 ¿Cómo se vive la discapacidad? .....	29
1.6 Familia .....	31
1.7 Importancia de la familia ante la discapacidad .....	33
1.8 La familia en el proceso educativo .....	37
<b>2. Taller para padres .....</b>	<b>43</b>
2.1 ¿Qué es un taller? .....	43
2.2 ¿Cómo planear un taller? .....	47
2.2.1 Análisis previo de las necesidades .....	48
2.2.2 Las preguntas clave para la planificación .....	48
2.2.3 La composición del grupo de los participantes .....	50
2.2.4 El diseño del programa .....	50
2.2.5 El diseño del seguimiento .....	51
2.3 Estrategias y técnicas didácticas para realizar el taller .....	52
<b>3. El rol del psicólogo en los talleres de Educación Sexual .....</b>	<b>56</b>
3.1 Importancia de la educación sexual como parte de la formación de un	

individuo .....	56
3.2 Educación sexual en México.....	58
3.3 Educación sexual para adolescentes .....	61
3.4 Importancia de la educación sexual para personas con discapacidad.	66
3.5 Educación sexual en México para las personas con discapacidad ....	67
<b>4. Programas y talleres dirigidos a la educación sexual de personas con discapacidad .....</b>	<b>73</b>
4.1 Talleres de educación sexual en México, dirigidos a padres personas con discapacidad .....	73
4.2 Talleres de educación sexual en países de habla hispana, dirigidos a personas con discapacidad, sus padres y profesores.....	78
4.3 Lineamientos para la educación sexual de personas con discapacidad, incorporando a padres y a profesores .....	91
<b>5. Criterios a considerar para planear e impartir un taller sobre sexualidad dirigido a tutores de personas con discapacidad .....</b>	<b>99</b>
5.1 Recopilación de información y valoración inicial .....	101
5.1.1 Historia clínica del hijo con discapacidad .....	102
5.1.2 Relevancia del estado psicológico y afectivo del padre o tutor .....	103
5.1.3 Temas de interés de los padres .....	105
5.1.4 Expectativas en relación a la impartición del taller .....	105
5.2 Planificación del taller .....	106
5.2.1 Selección de información .....	106
5.2.2 Planeación de objetivos .....	108
5.2.3 Primer borrador del taller .....	110
5.2.3.1 Estrategia didáctica .....	110
5.2.4 Momento individual .....	120

5.2.5 Evaluación y seguimiento .....	122
5.2.5.1 Importancia de la tarea .....	124
5.2.5.2 Post test .....	125
5.2.5.3 Seguimiento del taller .....	125
5.2.6 Difusión del taller .....	126
Conclusiones .....	130
Bibliografía .....	133

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue proponer al profesional de la psicología en el área de educación especial, elementos a considerar para planear e impartir un taller de sexualidad dirigido a tutores de personas con discapacidad.

En el Capítulo 1 se aborda la definición de la discapacidad y se describen los tipos de discapacidad con las que el psicólogo puede tener contacto. Además se recopila material que aclara la importancia de la familia, ya que es fundamental conocer todas las situaciones a las que debe enfrentarse -independientemente de la discapacidad que presente uno de sus miembros- y cómo debe ajustar diversos aspectos de su vida. Ello permitirá tener una visión más completa para brindar un servicio que se acerque a las necesidades de los padres y los hijos.

El Capítulo 2 está encaminado a presentar información acerca de los talleres, específicamente en lo relativo a los aspectos que deben ser considerados para la construcción de sus objetivos, evaluaciones, selección de temas y procedimientos.

En el Capítulo 3 se analiza el rol del psicólogo dentro de la educación sexual de las personas con discapacidad. Se plantea la importancia de la educación sexual como parte de la formación de un individuo. También se analizan los lineamientos que sobre el tema están disponibles en documentos oficiales mexicanos donde se reconoce la importancia de la educación sexual, pero hay poca claridad en qué hacer y cómo hacerlo.

En el Capítulo 4 se desarrolla el punto medular de la investigación, en donde se exponen diversos programas llevados a cabo en países de habla hispana, que pueden guiar la aplicación de intervenciones futuras con personas que viven distintos tipos de discapacidad para su educación sexual, con la participación de sus familiares.



En el capítulo 5 se exponen los criterios para planear e impartir un taller de calidad, acerca de la sexualidad, dirigido a tutores de personas con discapacidad, que intenta disminuir los problemas detectados en los programas analizados.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de muchos años, la sexualidad ha sido un término que poco se ha vinculado a las personas con discapacidad, la sociedad ha relegado este interés y necesidad que es vital para el desarrollo emocional de todo ser humano. La causa de ello ha sido el hecho de que muchas comunidades suponen que las personas con discapacidad son “niños eternos” y que no tienen necesidad de ser educados sexualmente. Sin embargo, en los últimos años, el binomio sexualidad y discapacidad causa interés en los investigadores y expertos en el tema, ya que se ha reconocido la necesidad de llevar a cabo investigaciones y estudios para indagar sobre dicho binomio, tan callado y escondido por la sociedad.

Al revisar la literatura, se pueden encontrar diversos talleres e investigaciones que dirigen su trabajo al tema de educación sexual, algunos de ellos específicamente dirigidos a personas con discapacidad<sup>1</sup>, en los que se puede observar que la mayoría proporcionan elementos útiles para entender y estructurar lo que se entiende por sexualidad y sexo; conjuntamente hacen hincapié en la importancia de una buena educación sexual para prevenir el abuso sexual y concientizar acerca de los derechos sexuales y reproductivos de la personas con discapacidad.

En este interés por la educación sexual se ha involucrado a los padres de familia. Por ejemplo, Parra y Suárez (2009) realizaron un estudio de tipo descriptivo exploratorio, donde a través de entrevistas semi estructuradas se conocieron las vivencias de sexualidad de diez adolescentes con discapacidad motora, física o visual, tomando como referencia el método de vivencias, que describe un antes, un durante y un después, para así identificar dificultades y potencialidades. Los resultados permitieron identificar que los adolescentes con discapacidad definieron la sexualidad como una explosión de sentimientos, además, se encontró que el factor importante para la vivencia sexual lo determina si se nace con la discapacidad o se adquiere en el transcurso de la vida. Por otra

---

parte, se reporta el rechazo de la sociedad ante el ejercicio de la sexualidad, dificultando así el desarrollo integral del individuo con discapacidad. Es por ello que estos autores mencionan que los principales ejes de acción dentro de la formación de personas con discapacidad, son los padres. Sabemos que la familia es el primer contexto socializador por excelencia, el primer entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y social; en una familia estas relaciones constituyen la base para que sus miembros aprendan a enfrentar las adversidades que inevitablemente se les presentarán en la vida. La familia es –ineludiblemente- la responsable del cuidado de la persona con discapacidad, y por ende, conjuntamente la responsable de la formación integral de la misma.

Parra y Suárez (2009) mencionan que padres de personas con discapacidad anulan el tema de sexualidad evadiendo la educación, orientación y formación de la necesidad sexual, por lo que en muchos casos marginan a dichas personas del derecho de la paternidad y la maternidad. Adicionalmente, no se promueven las relaciones interpersonales satisfactorias, aumentando así el riesgo de una vida sexual irresponsable y desequilibrada, lo cual puede llevar al adolescente en una situación de discapacidad a tener vivencias negativas en el ejercicio de su sexualidad.

En este sentido, es evidente la negación de los padres ante la posibilidad de que sus hijos tengan la oportunidad de entablar relaciones afectivas, fraternas o sexuales; afectando así la toma de decisiones serias y determinantes en su vida, como lo es la de ejercer su sexualidad libre y plenamente. Uno de los efectos de dicha negación de la sexualidad es la ausencia de comunicación entre padres e hijos con discapacidad en relación con temas sexuales. Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) realizaron una investigación en donde se evaluó el patrón de comportamiento sexual de jóvenes con discapacidad auditiva y el nivel de comunicación que mantienen con sus padres y madres sobre temas de salud sexual. Las autoras encontraron que casi la mitad de la población de jóvenes que participaron en la investigación ha tenido relaciones sexuales, el 69.7% no usó

ningún método anticonceptivo y el 57% vivió su primera relación de manera forzada; en cuanto a la comunicación de estos jóvenes con sus padres y madres sobre temas de sexualidad, el 50% de ellos nunca han conversado con sus padres o madres sobre salud sexual. Las autoras sugieren la necesidad de promover programas encaminados al desarrollo de una comunicación efectiva entre los padres e hijos con discapacidad auditiva, abordando específicamente temas vinculados con el cuidado de la salud sexual, además de concluir que no todos los participantes han tenido relaciones sexuales, pero es claro que quienes sí las han tenido han puesto en riesgo su salud sexual, y que con estas situaciones se está vulnerando su derecho a decidir tener una vida sexual sana.

Afrontar una discapacidad constituye una situación difícil tanto para la persona que la tiene como para su familia, ya que se generan situaciones donde no se sabe cómo actuar. En las últimas décadas, los servicios y profesionales de educación especial han diseñado y aplicado diversos programas y talleres para padres (Martínez, 2010; Núñez, 2003), en donde se incluyen temas que tienen que ver con la formación de su hijo con discapacidad. Es por ello que en cuanto a la educación sexual para personas con discapacidad, se ha propuesto trabajar con los padres en formato de taller, brindando información acerca de la sexualidad - información dirigida a lo fisiológico y desarrollo físico- de sus hijos, cómo evitar el abuso sexual, actitudes inadecuadas en la expresión sexual, así como abusos a los cuales pueden estar sujetos. Se trabaja para que los padres tengan el conocimiento y habilidad en el manejo de técnicas conductuales.

Es importante reiterar que los talleres son recursos que intentan apoyar a los padres en diversas áreas en la educación de los hijos con o sin discapacidad, por lo que resulta de gran interés que el profesional, en este caso el psicólogo, sea especialista en la materia y tenga los conocimientos adecuados para que los padres logren captar las ideas esenciales de cada uno de los diversos temas. Si el profesional no está preparado para esta labor es muy fácil que la situación salga de sus manos y se vaya en declive poco a poco su objetivo; esto resulta muy fácil que suceda, debido a que son muchas las áreas a tomar en cuenta al momento de

organizar un taller de padres, y cualquiera que no sea considerada puede aumentar potencialmente el riesgo de fracasar (Flores, 2010).

Debido a las situaciones antes citadas, se considera necesario examinar la labor del psicólogo, pensando qué se puede innovar y qué se puede proponer para que los talleres para padres con hijos con discapacidad sean de calidad. Al hablar de calidad se hace referencia a cumplir con los objetivos, satisfacer las necesidades de los padres que estén demandando el servicio, y que a través de la misma práctica se vaya evolucionando y se propongan estrategias, herramientas, observaciones y retroalimentaciones; siempre teniendo en cuenta que la discapacidad afecta a todos los miembros de una familia de forma económica, social, y psicológica. Es necesario que todos los integrantes sean incluidos en este proceso, para brindar un servicio que realmente ayude a aquellas personas que lo necesitan.

Dado lo expuesto, el objetivo del presente trabajo es proponer al profesional de la psicología en el área de educación especial, elementos a considerar para planear e impartir un taller de calidad, acerca de la sexualidad, dirigido a padres y tutores de personas con discapacidad.

En el trabajo de tesis se desarrollan diversos ejes temáticos para cubrir el objetivo propuesto. A continuación se describe la organización del presente reporte.

En el capítulo 1 se aborda la definición de la discapacidad, se describen brevemente los tipos de discapacidad con las que el psicólogo puede tener contacto, ya que como profesionales de la salud, es necesario tener conocimiento de las características que cada una de ellas presenta, dado que para trabajar sexualidad con alguna de las discapacidades en específico, debemos considerar que pueden variar la actitud, las características cognitivas, etcétera. Además se recopila material que aclara la importancia de la familia, ya que es fundamental conocer todos aquellos ajustes que va enfrentando -independientemente de la discapacidad que presente uno de sus miembros- para poder tener una visión más

completa que permita brindar un servicio que se acerque a las necesidades de los padres y los hijos.

El capítulo 2 está encaminado a presentar información acerca de los talleres, específicamente en lo relativo a los aspectos que deben ser considerados para la construcción de sus objetivos, evaluaciones, selección de temas y procedimientos.

En el capítulo 3 se analiza el rol del psicólogo dentro de la educación sexual de las personas con discapacidad. Se abordan aspectos de la formación de tales profesionales para abordar la problemática.

En el capítulo 4 se analizan diversos talleres dirigidos a tutores de personas con discapacidad, que se han llevado a cabo en el contexto de países de habla hispana, para abordar temas de educación sexual; se examina la metodología de dichos talleres, sus características, los tópicos abordados y las consideraciones que exponen sus autores para organizarlos. Es el punto medular de la investigación, porque los programas que se exponen pueden guiar la aplicación de intervenciones futuras, con personas que viven distintos tipos de discapacidad, en lo relativo a su educación sexual, con la participación de sus familiares.

En el Capítulo 5 se proponen criterios para planear e impartir un taller de calidad, acerca de la sexualidad, dirigido a tutores de personas con discapacidad.

# 1.

## DISCAPACIDAD Y FAMILIA

### 1.1 Desarrollo histórico de la discapacidad

Hablar sobre discapacidad no resulta fácil, puesto que es un tema controversial. Algunas veces los seres humanos emiten comentarios con una postura en la que se lucha por los derechos de las personas con discapacidad, se expresan con una actitud positiva o bien, a favor; a otras personas no les interesa hablar sobre el tema o simplemente desconocen del mismo. Sea cual sea el caso, es importante saber que la discapacidad ha existido desde siempre y, así conforme la sociedad evoluciona, también el trato y la actitud para dirigirse a esta población.

La discapacidad llega a una persona –también a la familia- de forma inesperada, porque comúnmente se cree que el nuevo miembro de la familia nacerá en perfectas condiciones de salud, en pocas palabras que será una persona exitosa; sin embargo, es difícil que una pareja embarazada piense en un bebé con discapacidad, esta situación en ocasiones se ve muy lejana, no se espera y tampoco se planea. Cuando la discapacidad se hace presente puede causar sorpresa y miedo, además puede generar diversos sentimientos y emociones tanto en los padres como en la familia, pero este desborde de sentimientos, emociones y pensamientos tienen una razón de ser. Para entender por qué la discapacidad genera diversos sentimientos de rechazo y comentarios tanto positivos como negativos, es necesario conocer la historia de la discapacidad.

De esta manera, la evolución del concepto de discapacidad a través de las creencias e ideas que toda la sociedad tiene, implica comprender cómo estas concepciones han influido en las relaciones y las formas de abordar a las personas con discapacidad, tanto desde el ámbito social como desde el educativo; como bien lo explica Aparicio (2009), “...conocimientos, hechos y experiencias

ocurridas en un pasado constituyen un continuo que da coherencia y entendimiento al momento presente... ” (p. 129).

Es así como en la sociedad, las actitudes hacia las personas con discapacidad también fueron modificándose, actualmente podemos hablar de diversos temas en torno a la discapacidad como: educación, familia, sexualidad, calidad de vida, entre otros; sin embargo, todas estas nuevas concepciones han sido resultado de años de investigación y de sufrimiento por parte de las personas con discapacidad puesto que la situación social y su calidad de vida no siempre fueron como ahora.

Una prueba del avance y de la investigación realizada es que actualmente se han desarrollado programas a nivel nacional en diversos países, en donde se ofrece una mejor calidad de vida para las personas con discapacidad. Por ejemplo, el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, propuesto en México durante el sexenio del ex presidente Felipe Calderón, retomó lo expuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), planteando un cambio de paradigma, de un modelo estrictamente médico y asistencial, a uno basado en el reconocimiento de los derechos humanos. Según dicho programa, las personas con discapacidad son individuos con la capacidad de lograr su pleno desarrollo mediante el ejercicio de sus derechos sociales, culturales, civiles y políticos; concibiéndolos como: “aquella persona que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás...(p.36).”

Sin embargo, esta concepción que se tiene sobre la discapacidad no siempre fue la misma por lo que es importante revisar el concepto discapacidad desde un punto de vista histórico. Para conocer cómo es que los cambios sociales, los diversos descubrimientos y los nuevos paradigmas, han contribuido en la comprensión que se tiene acerca de la discapacidad.



De acuerdo a Ortiz (1995, como se cita en Verdugo, 1995), existen cinco etapas en las que se puede dividir la historia de la discapacidad. La *primera* de ellas es la Antigüedad Clásica, época en la que se creía que las personas que nacían con defectos físicos simplemente no merecían vivir, de manera que eran arrojados al monte Taijeto en Esparta o hacia la roca Tarpeia en Roma, aunque se intentaba establecer una clasificación de las personas deficientes.

La *segunda etapa* surgió en el siglo XV, fue una época importante debido a que aparece el primer hospital dedicado a la asistencia de personas con deficiencias mentales, el Hospital d'Innocents, Fols y Orats, que fue creado por fray Gilabert Jofre en Valencia, a modo de asilo u orfanato. Aún no se hacía uso de ningún tratamiento terapéutico. Es importante señalar que desde el inicio se consideraron primero las discapacidades de tipo sensorial, como es el caso de la personas con discapacidad auditiva y/o visual.

Los siglos XVI y XVII fueron característicos de la *tercera etapa*, en donde el monje benedictino Pedro Ponce de León, estableció la relación causal entre sordera y mutismo, e inició en España los primeros ensayos sobre la educación en personas sordomudas. Ahora se sabe que el motivo por el cual las personas sordomudas no hablan, es debido a la falta de estimulación sensorial en el oído, lo cual podría parecer obvio, pero en esa época, el realizar un descubrimiento de ese tipo era realmente destacado.

La atención para personas invidentes fue el tema central de la *cuarta etapa*, pues Valentín Haüy fue el primero en adoptar la escritura en relieve, además de crear en París el primer Instituto para jóvenes ciegos donde acudiría más tarde Louis Braille, quien da un paso más sobre los logros obtenidos por su maestro al crear el sistema de lectoescritura que lleva su nombre. En esta etapa, todavía se pone mayor atención a las deficiencias de tipo sensorial.

La *quinta etapa* inició en el siglo XIX y se distingue porque las deficiencias mentales ahora también eran atendidas bajo un tratamiento médico-pedagógico, además, se hicieron grandes avances en la identificación de formas clínicas

asociadas. En este siglo tiene lugar el nacimiento de la educación especial. Aparecen varios institutos y escuelas, entre los más destacados están: el Instituto Iverdum en Suiza; el Instituto General Alemán de Educación así como el Jardín de Infancia, ambos en Alemania; el instituto Ortofrénico de Voisin en París, entre otros.

Durante el siglo XIX aumenta la participación de los médicos en el tratamiento de las deficiencias mentales, e incluso su clasificación se torna un tema importante. Cabe mencionar que las clasificaciones de esos años no se establecían en los mismos términos que ahora, pues aún no se hablaba de niños con síndrome de Down, autismo, parálisis cerebral, entre otras, sino que se hablaba de imbecilidad, idiocia y sus diferentes niveles. Estas etiquetas actualmente podrían sonar ofensivas, pero en esos años era la forma que se encontró para establecer la clasificación.

Conforme avanza el siglo XIX incrementan las investigaciones, así como los autores que se ocupan de temas relacionados con padecimientos según su época, por ejemplo: Itard publicó en su obra, "El Niño Salvaje", aspectos pedagógicos que fueron producto de la observación y el tratamiento educativo llevado a cabo con Víctor, el niño salvaje; Seguin, quien de 1850 en adelante, se dedicó a establecer que las personas con deficiencias tanto sensoriales como mentales son educables, y en 1866, presentó un programa para el aprendizaje de la percepción, imitación, memoria, coordinación y generalización, el cual tenía como principio básico que, para que el niño pudiera desarrollarse lo mejor posible en estas áreas, debía estar en contacto con su ambiente. Esta nueva proposición fue de gran ayuda para mejorar la calidad de vida en personas con discapacidad, dado que la gente aprendió a convivir con ellas.

Fueron varios los trabajos que permitieron el avance de los conocimientos en discapacidad y favorecieron la adaptación de estas personas a una vida normal: por ejemplo, en 1939, en Italia, María Montessori organizó la escuela ortofrénica, cuyo principio fundamental era la espontaneidad del niño en el juego educativo. Con estos avances inicia la colaboración de diversos profesionales, como

médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, etcétera; de manera que se establece un tratamiento médico-psico-pedagógico para las personas con discapacidad.

Otro de los descubrimientos relevantes para el desarrollo científico, más aún para la educación especial, fue la evaluación de la inteligencia a través de la escala propuesta por Binet-Simon en 1904; su importancia radicó en fijar las condiciones de escolarización para los alumnos con deficiencia mental. La idea era establecer clases especializadas para los niños de entre seis y dieciséis años con este tipo de déficit. Esto planteaba la necesidad de idear un sistema diagnóstico para discriminar entre los niños normales y aquellos que padecían un cierto grado de retraso intelectual, de lo cual resultaría la primera prueba de inteligencia (Mora y Martín, 2007).

En la población, las actitudes hacia las personas con discapacidad también fueron modificándose, pues se aceptaba y buscaba su integración al medio social, actitudes que fueron acentuadas gracias a la participación de médicos como Strauss, quien acuñó el término de pedagogía terapéutica, el cual consiste en la ciencia que se ocupa del tratamiento, desde el punto de vista médico, pedagógico y psicológico del deficiente (Ortiz, 1995). Gracias a esta nueva ciencia, varios autores iniciaron nuevas investigaciones y observaciones de las personas con discapacidad, como es el caso de Kanner, que en 1934 informa sobre sus descubrimientos de un nuevo tipo de discapacidad conocida como autismo, definiéndola como la incapacidad para relacionarse normalmente desde el momento del nacimiento.

Según Vergara (2002), de los años cincuenta en adelante se da una transición en cuanto a los términos utilizados para referirse a las personas con discapacidad, por ejemplo, se pasó del concepto de escuelas anormales a escuelas de educación especial; los niños ya no eran considerados retrasados sino que se apartaban de la norma, por lo que fueron llamados excepcionales; el término niños con trastornos en el desarrollo fue sustituido por el de niños que no pueden seguir la enseñanza normal. De la misma forma, la atención que se les dio a estas

personas ya no es sólo de cuidado y asistencia, las nuevas escuelas iniciaron la búsqueda de su integración a un medio comunitario y educativo, incluyendo los aprendizajes sociales (ocupación) y de autonomía, sin olvidar la importancia de la educación académica.

Como puede verse, los cambios han favorecido la calidad de vida, así como el respeto por las personas con discapacidad, y es debido a estos cambios que aparece un nuevo concepto: normalización, el cual se refiere a que no es la persona con deficiencia la que debe adaptarse al medio, sino el medio es el que debe ser modificado para permitir el mejor desarrollo de la persona (Vergara, 2002). Es entonces, cuando surgen los cambios y adaptaciones a las instalaciones, como el uso de rampas, estacionamientos especiales o baños más grandes que los habituales y esto hizo que la sociedad se fuera educando en cuanto al respeto y aceptación de personas con discapacidad.

Como ya se expuso, la historia de la discapacidad se distinguió por marginación y discriminación de las personas que padecían alguna deficiencia, y esta visión ha marcado la forma de considerar y forjar no sólo las políticas sociales, sino los modelos de atención médica, de rehabilitación y de educación, así como las actitudes de la sociedad hacia la discapacidad.

## 1.2 Educación Especial

En los últimos años, la educación especial ha alcanzado relevancia teórica y práctica desde el punto de vista pedagógico, médico, psicológico y social. Además, es una disciplina que se encuentra dentro de las ciencias de la educación y en el marco de los saberes educativos en general. Es una disciplina joven, en cierto modo fragmentada, y todavía dispersa en su marco teórico, en su estatus epistemológico y en su orientación práctica (Vergara, 2002). Cuando se acude a su dimensión histórica, se puede observar que la educación especial podría ser tan antigua como la historia misma de la cultura, pero también podría

ser tan reciente como cualquiera de los saberes científicos de los siglos XVIII, XIX y XX. Saberes que, probablemente, hasta los tiempos modernos no podía hablarse propiamente de ciencia.

El estudio de las personas con discapacidad, dada su diversidad y sus implicaciones (sociales, económicas, laborales y educativas), dio lugar a la creación de un campo de conocimiento interdisciplinario conocido con el nombre de educación especial, término que según Mateos (2008) *“se ha utilizado de manera tradicional para nombrar a un tipo de educación diferente a la educación regular u ordinaria, ya que anteriormente ambos tipos de educación tomaban caminos paralelos en los que no existían puntos de acuerdo o de comparación”...* (p. 5). Sin embargo, debe verse en función de las acciones que se articulan, de la transformación, del cambio, de la reducción de la diferencia, y de cómo se puede intervenir para que el contexto favorezca a todos, sin pretender la normalidad de la persona. Se parte de que en cualquier sociedad existen diferencias y similitudes entre los individuos y que, cuando se manejan las diferencias como una manifestación natural en los seres humanos, se entiende la diversidad como parte integrante de la vida cotidiana de las personas, como una fuente de enriquecimiento mutuo en los diferentes ámbitos (Mateos, 2008).

Dada la complejidad del área de estudio, la conformación de la educación especial debe su creación a diversas disciplinas sociales y naturales, entre las cuales se pueden destacar a la educación, psicología, medicina, ingeniería, sociología y pedagogía, cuyas aportaciones han permitido que este campo haya alcanzado la madurez y solidez con las que cuenta en el presente siglo. De igual manera en el terreno de la aplicación de principios, distintos profesionales (psicólogos, pedagogos, maestros, educadores, médicos, asistentes sociales, psiquiatras y terapeutas profesionales) aúnan su esfuerzo de ayuda multidisciplinar en el estudio e investigación sobre la población, en la evaluación e intervención habilitadora y rehabilitadora, y en la evaluación de los servicios prestados con el fin de lograr la integración comunitaria plena en todas las edades, en todos los ámbitos de la vida y en cualquier parte del mundo (Verdugo, 1995,

como se citó en Romano, 2010, p. 13). Sin embargo, Bravo (2009) delimita los campos de estudio donde se encuentra la educación especial. Por la naturaleza de su quehacer, la educación especial está ubicada en los límites de la educación normal con la psicología educacional y con la neuropsicología cognitiva. Con la educación normal, pues actúa donde ésta no logra cumplir sus objetivos más importantes en el aprendizaje y desarrollo de los niños. Con la psicología educacional y la neuropsicología cognitiva, requiere de ellas marcos teóricos de referencia e investigaciones empíricas para dar mayor solidez a su quehacer profesional. Esta especialización educacional no desconoce la importancia del contexto educativo ni tampoco de las condiciones socioculturales y familiares de los niños ya que están presentes en las estrategias de atención a cada niño.

Los niños con discapacidad, requieren de una rehabilitación integral; además, los problemas que inciden en la educación especial tienen múltiples causas que se presentan en interacciones complejas y dinámicas, por lo que se requiere analizarlas haciendo converger tanto los diversos campos de conocimiento y las disciplinas como las metodologías que conforman el ejercicio profesional. Cada uno desde su especialidad ayuda al paciente a una capacitación más integral, utilizando idealmente el modelo multidisciplinario de atención. Es aquí donde la psicología aborda la problemática de discapacidad, desde una visión más amplia.

Plancarte y Ortega (2010) describen la labor del psicólogo, en donde estos deben iniciar una *evaluación diagnóstica*, la cual implica un proceso de recuperación de información con el propósito de fundamentar las decisiones educativas; realizar una o varias *entrevistas domiciliarias* a padres, en las cuales se recopila información sobre datos generales del niño; *entrevistas con el profesor* del menor, para recabar información relevante en la intervención psicológica; por último, se toma en cuenta la *información del expediente* anterior (en caso de haberlo) como punto de partida para decidir los programas que se llevarán a cabo.

Con esta información, los psicólogos tienen elementos necesarios para poder determinar la estrategia de tratamiento a seguir, así como para realizar un reporte psicológico, el cual deberá estar dirigido a otros profesionales.

### 1.3 Tipos de discapacidades

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2013 se dio a la tarea de clasificar los tipos de discapacidad, esto surgió a raíz de la necesidad de tener una cifra estimada en nuestra población acerca de las discapacidades prevalentes, pero para poder contabilizar, se tuvieron que clasificar los tipos de discapacidades, y se especificaron en dos niveles: grupo y subgrupo.

El *primer nivel* de la clasificación está formado por cuatro grandes grupos de discapacidad y el *segundo nivel* de la clasificación corresponde a los subgrupos de cada uno de los grupos, a continuación se describe cada uno:

I. Discapacidades sensoriales y de la comunicación: comprende las discapacidades para ver, oír y hablar. Se conforma de los siguientes subgrupos:

a. *Discapacidades para ver*: se engloba la discapacidad visual que corresponde al debilitamiento o pérdida total o parcial del sentido de la vista. Puede ser congénita o adquirida, ya sea a través de alguna enfermedad o accidente. A la persona que padece discapacidad se le conoce como ciego o débil visual. Entre los aspectos relacionados con la discapacidad visual se encuentran la disminución de la agudeza visual, cromatismo visual, alteración en la visión binocular o acomodación, y deficiencia de contraste.

b. *Discapacidades para oír*: comprende aquellas que se relacionan con la pérdida total de la audición en uno o ambos oídos, o con la pérdida parcial ya sea intensa, grave o severa en uno o ambos oídos. Dentro de las diversas discapacidades auditivas se encuentran la sordera de transmisión, sordera de percepción y sorderas centrales. A las personas con este tipo de discapacidad también se les conoce con el nombre de sordos o bien puede ser hipoacúsico por tener pérdida parcial de la audición.

c. *Discapacidades para hablar*: se refiere a la pérdida total del habla como consecuencia de problemas de los órganos de la fonación o por

circunstancias de otro origen. Entre los ejemplos de la discapacidad para hablar se encuentran la aglosia (carencia de la lengua), la extirpación de la lengua, mudez, obmutescencia (pérdida total de la voz) y pérdida permanente de la voz.

*d. Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje:* comprende la incapacidad para generar, emitir y comprender mensajes del habla, incluye las limitaciones importantes graves o severas del lenguaje que impiden la producción de mensajes claros y comprensibles.

II. Discapacidades motrices: comprende a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. La discapacidad motriz se divide en los siguientes subgrupos:

a) *Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza:* personas que tienen limitaciones para moverse o caminar debido a la falta total o parcial de sus piernas. También aquellas que, aún teniendo sus piernas, no tienen movimiento en éstas, o sus movimientos tienen restricciones que provocan que no puedan desplazarse por sí mismas, de tal forma que necesitan la ayuda de otra persona o de algún instrumento como silla de ruedas, andadera o una pierna artificial (prótesis). Incluye a las personas que tienen limitaciones para desplazarse y que no cuentan con ningún tipo de ayuda, así como a las personas que cojean para caminar que tienen limitaciones para doblarse, estirarse, agacharse para recoger objetos, y todas aquellas discapacidades de movimiento de tronco, cuello y cabeza (excepto parálisis facial); así mismo incluye a las deficiencias músculo-esqueléticas que afectan la postura y el equilibrio del cuerpo.

b) *Discapacidades de las extremidades superiores:* personas que tienen limitaciones para utilizar sus brazos y manos por la pérdida total y parcial de ellos, y aquellas personas que, aun teniendo sus miembros superiores (brazos y manos), han perdido el movimiento, por lo que no



pueden realizar actividades propias de la vida cotidiana tales como agarrar objetos, abrir y cerrar puertas y ventanas, empujar, tirar o jalar con sus brazos y manos etcétera, por otra parte excluye las discapacidades que tienen que ver con deformaciones del cuerpo y que no implican la carencia de movimiento.

III. Discapacidades mentales: en este grupo se incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en relación con otras personas. Entre las discapacidades intelectuales podemos encontrar a los chicos con Síndrome de Down, retraso mental, entre otros. Los subgrupos en los que se divide son los siguientes:

*a) Discapacidades intelectuales (retraso mental):* este subgrupo comprende las discapacidades intelectuales que se manifiestan como retraso o deficiencia mental y la pérdida de la memoria. Comprende a las personas que presentan una capacidad intelectual inferior al promedio de las que tienen su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural.

*b) Discapacidades conductuales y otras mentales:* están comprendidas las discapacidades de moderadas a severas que se manifiestan en el comportamiento o manera de conducirse de las personas, tanto en las actividades de la vida diaria como en relación con otros. En este tipo de discapacidades, la persona puede tener una interpretación y respuesta inadecuada a acontecimientos externos. Las personas afectadas por discapacidades de este subgrupo también pueden experimentar perturbación de la capacidad para identificar debidamente objetos y personas, o a las dimensiones de tiempo y espacio. También se incluye en el subgrupo de incapacidad o deficiencia para distinguir la realidad de la fantasía (como las personas esquizofrénicas) y las perturbaciones severas en las relaciones con los demás (como la psicopatía, en que el comportamiento de las personas es antisocial; o en el autismo cuya característica más común es la dificultad para relacionarse con otros).

IV. Discapacidades múltiples y otras: discapacidades múltiples así como las discapacidades que no corresponden a los subgrupos sensoriales y de la comunicación, motrices y mentales. Los subgrupos son:

a) *Discapacidades múltiples*: comprende a las personas que tienen limitaciones o carencia de movimiento en las extremidades inferiores y superiores, como por ejemplo, parálisis cerebral, embolia o accidente cerebrovascular. Además se ubican los síndromes que se manifiestan con más de una discapacidad, ya que se caracterizan por presentar un conjunto de síntomas que afectan a diversos órganos y partes del cuerpo de un individuo.

La discapacidad no siempre tiene unos límites precisos, y es frecuente que coincidan distintos tipos de discapacidad en la misma persona, generalmente se encuadra a la persona en uno y otro grupo según el tipo de discapacidad predominante. Por otra parte es indispensable aclarar que la discapacidad se puede presentar por distintas razones a lo largo de las distintas etapas del proceso vital y en todas las sociedades; Garzo (2005) enumera algunas de las diferentes causas, en donde cada una se manifiesta de diferentes formas:

Causas relacionadas con la comunidad:

❖ Consecuencia de la violencia política y social: la violencia política y social es una de las causas de discapacidad, debido a que se han dado conflictos armados; los cuales han dejado como secuelas pérdida de miembros corporales en los individuos que han participado en tales enfrentamientos.

❖ Condiciones de insalubridad y alta presencia de infecciones contagiosas: el vivir en condiciones de falta de hábitos higiénicos es la causa de muchas infecciones que afectan los miembros del cuerpo, ocasionando en algunos casos la mutilación.

❖ Desastres naturales: los desastres naturales pueden dejar en algunas ocasiones secuelas de discapacidad, al provocar daño en algún miembro del cuerpo.

❖ Aislamiento: el cual puede ser causa de discapacidad mental al no tener el individuo interacción y contacto con el ambiente más próximo a él.

#### Causas relacionadas con la familia:

❖ Enfermedades y alteraciones genéticas: genéticamente o por herencia algunas personas están predispuestas a padecer ciertas enfermedades que pueden ser la causa de discapacidad.

❖ Bajo nivel educativo: al tener un bajo nivel educativo se puede estar en condiciones de tener una discapacidad mental o sociocultural al no tener una serie de estímulos necesarios para poder adaptarse a la sociedad en la que se está inmerso.

❖ Incompatibilidad sanguínea en la pareja: la incompatibilidad sanguínea en la pareja es causa de problemas a nivel cromosómico que provoca en los hijos que tengan, alteraciones físicas.

❖ Alcoholismo y Drogadicción: Estas sustancias pueden ocasionar alteraciones en las células reproductoras del hombre y la mujer, dando lugar así a concebir niños con poca o nula salud.

❖ Numerosos embarazos en intervalos cortos: Por el desgaste físico que sufre la madre, es necesario que exista una recuperación entre un embarazo y otro ya que si no sucede así se corre el riesgo de dar a luz un niño con perturbaciones orgánicas que bien pueden ser la causa de discapacidad.

Factores que se presentan durante el embarazo:

❖ Infecciones (Toxoplasmosis, rubéola, sífilis, entre otros): la presencia de algunos virus en los periodos prenatales, perinatales y postnatales son los causantes de infecciones que propician la discapacidad.

❖ Desnutrición: debido a que el feto durante el embarazo está en plena etapa de desarrollo es imprescindible que la madre le aporte grandes cantidades de componentes vitamínicos a través de su alimentación y, si desafortunadamente esto no ocurre puede nacer un niño con discapacidad.

❖ Drogadicción, alcoholismo y tabaquismo: el alcohol y las drogas son dos agentes que alteran el sano desarrollo del niño que se está formando en el seno materno, haciéndose evidente la alteración al paso de los años.

❖ Madres muy jóvenes o mayores de edad: las madres muy jóvenes corren el riesgo de dar a luz un niño con una salud desfavorable que puede ser motivo de discapacidad a corto o largo plazo, esto es debido a que su aparato reproductor no está en su plena madurez; lo contrario puede suceder a las mujeres de edad muy avanzada que por tener un aparato reproductor en estado de envejecimiento pueden tener un hijo con discapacidad.

#### 1.4 Desarrollo de las personas con discapacidad en México

En el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, se describe brevemente el desarrollo de la Educación Especial en México, realizan un recorrido en la historia, recordando algunos hechos importantes que han dado lugar a estrategias para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad. Uno de los primeros hospitales en los que se brindó atención a los enfermos mentales fue el Hospital de San Hipólito, el cual se fundó en la ciudad de México en 1566 por iniciativa de fray Bernardino Álvarez. Además en 1572, se fundó el Hospital de San Lázaro, por iniciativa del Dr. Pedro López, en el que se proporcionó atención a personas amputadas.

Durante los siguientes años se sumaron otras iniciativas para la atención a personas con discapacidad, entre las que destaca la Escuela de Sordomudos, promovida por el presidente Benito Juárez en 1861. Siete años después, se fundó la Escuela Normal, en donde se llevaba a cabo la enseñanza a niños sordos; y en 1870 se fundó la escuela para ciegos en México.

En 1950 se puso en funcionamiento el Centro Nacional de Rehabilitación “Francisco de P. Miranda”, el cual se dedicó inicialmente a la atención de pacientes con poliomielitis en etapas de afectaciones crónicas. En 1951 el Hospital Infantil de México inicio la capacitación de terapistas físicos y médicos, dando lugar a los primeros trabajos de investigación en rehabilitación.

Posteriormente, entre 1952 y 1958 se fundaron centros de rehabilitación para la atención de ciegos, débiles visuales, sordomudos, personas con trastornos del sistema musculo-esquelético, débiles mentales y niños de secuelas de parálisis cerebral.

Fue así que el tema de rehabilitación fue cobrando mayor importancia, con el propósito de brindar atención a las personas con discapacidad. El primer esfuerzo nacional para la atención de personas con discapacidad se dio en 1977 con la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Estas acciones marcaron en nuestro país el inicio de las políticas públicas de tipo asistencialista dirigidas a la población con discapacidad, las cuales fueron respaldadas por la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social; esta ley planteó que el Sistema Nacional de Salud en su materia de asistencia social debería establecer y llevar a cabo programas institucionales para asegurar atención integral de los grupos sociales vulnerables.

Uno de los avances más importantes para el desarrollo de las personas con discapacidad en la historia de nuestro país, fue la incorporación de una política de Estado en el Plan Nacional de Desarrollo (1994-2000), con lo que se puso en marcha el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de

las Personas con Discapacidad (CONVIVE), como se menciona en el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012. En ese mismo periodo, se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y se definió a la Secretaría de Salud como instancias responsables de establecer y ejecutar, con la participación de otras dependencias asistenciales públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento de las personas con discapacidad.

Durante el 2000-2006, hubo un replanteamiento de la política de Estado, se creó la Oficina de Representación e Integración Social para personas con discapacidad (ORPIS).

### 1.5 ¿Cómo se vive la discapacidad?

Hasta el momento, se ha descrito la historia de la discapacidad, en la que se puede observar que estas personas han estado sujetas a una serie de actitudes y barreras sociales relacionadas con su condición. Según González (2005), dichas actitudes incluyen, desde el desprecio y el rechazo, hasta el abuso y la muerte. Esto porque, culturalmente, la concepción de la discapacidad ha estado influida por una serie de estereotipos, prejuicios y mitos que, de una u otra manera, refuerzan una actitud desigual hacia esta población.

Es difícil saber qué es lo que siente cada persona y qué es lo que quiere, sin embargo, Liello (2008) comenta que la niñez y la adolescencia son las etapas de la vida en las que resulta más difícil sobrellevar una discapacidad, pues el niño y el joven desean ser aceptados como personas, no como personas con discapacidad. La autoestima de los niños y los jóvenes es algo más que simplemente una sensación positiva o un sentimiento de orgullo; implica ser aceptados por los otros, ser reconocidos como buenas personas, respetados e, incluso, amados. La autoestima es importante a medida que los niños van dejando de esperar la aprobación de los padres, exclusivamente, y pasan a esperar la aprobación del

resto de los adultos y principalmente de sus pares. Cuando existe una discapacidad esta se convierte en el foco de atención e interacción, a expensas de la persona. Ser como los demás, es un comentario que se escucha repetidamente en los jóvenes.

La necesidad de ser como los demás parece contradecirse con la necesidad de adquirir una identidad, y los jóvenes se hallan frente a esta contradicción permanentemente. Es la comparación con los otros la que crea la necesidad de construir una identidad que no esté definida por la discapacidad, sino caracterizada en términos de “soy una persona competente”, “soy buen amigo”, etcétera.

Los niños y adolescentes que padecen una discapacidad suelen molestarse ante la conmiseración que constantemente reciben de los demás; la rechazan porque ella significa que no son considerados aptos y consideran que por eso los demás no deben sentir lástima por ellos. Por otra parte no se puede negar una discapacidad cuando esta es visible, y las reacciones de estigmatización son frecuentes en estos casos.

Los padres, sabiendo que sus hijos pueden enfrentar algún tipo de discriminación, toman actitudes de sobreprotección hacia su hijo, proporcionándole toda la ayuda, pero en ocasiones esta ayuda sobrepasa la autonomía del hijo, ya que es el padre quien elige cómo vestirá, qué comerá, con quién puede salir, etcétera. Sin embargo, la autonomía personal es uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de las personas; por ello, el aprendizaje (y por tanto la enseñanza) de habilidades de autonomía para la vida diaria como habilidades con el vestido, la alimentación, el aseo, las tareas de hogar, realizar trayectos cotidianos, tener responsabilidades y asumirlas; es una necesidad de todas las personas (Liesa & Vived, 2010). Este aprendizaje se inicia en los primeros meses y se va desarrollando a lo largo de las distintas etapas vitales. El fortalecimiento de las habilidades autónomas propias de las competencias

laborales y personales, son importantes para el desempeño tanto educativo como laboral de las personas con discapacidad.

## 1.6 Familia

Tomando a la discapacidad como una problemática social en la cual sus consecuencias van a provocar transformaciones en la persona, en la familia y en su entorno, es preciso poder definir de forma general qué se entiende por familia y describir cómo va a ser determinada por este acontecimiento.

A lo largo de la historia del hombre, la familia ha integrado y formado la sociedad respondiendo a las necesidades de las personas que integran a la familia misma, por eso, en casi todas las sociedades y épocas de la historia de la humanidad, ha existido la familia como un elemento indispensable en cualquier cultura, raza o doctrina; por lo cual el tema familia ha sido motivo de debate de numerosas disciplinas y ha sido estudiada a lo largo de la historia, desde diversas perspectivas, es por ello que al tratar de definir familia nos encontramos con una serie de conceptos que giran en torno a ésta.

Salinas, Casamadrid, Solís y Barriguete (2004) mencionan que desde el punto de vista biológico, la familia es la unidad de transmisión genética, la estructura que sostiene la continuidad de la especie humana; mientras que desde el punto de vista sociológico, es una manera de pertenecer a un grupo, el cual forma parte de una comunidad de un grupo social, de una población, de un país, en donde los intercambios son afectivos y existe la intimidad; y por último, desde un punto de vista psicológico, la familia es la matriz del desarrollo emocional y de las características de la estructura psíquica.

Por otra parte, Minuchin y Fichman (1984) definen familia como el contexto natural para crecer y para recibir auxilio; en algunas culturas se le considera como un grupo natural, que en el curso elabora pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, la cual a su vez rige el funcionamiento de cada uno de los miembros, siendo así que una familia no sólo tiene estructura, sino un conjunto de



esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Asimismo, Salles y Tuirán (1997) mencionan que la familia representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y generación, la familia enlaza tiempo pasado, tiempo presente y futuro. En su conformación, eslabona generaciones sucesivas, articula las líneas de parentesco por medio de un complejo tejido de funciones sociales y trasmite las señas de identidad de los miembros del grupo. De esta manera, la familia constituye una institución social de gran importancia en todas las sociedades. Es necesario acentuar que los mexicanos asocian el vocablo familia con significados altamente positivos (unión, hijos, amor, hogar, bienestar, padres, comprensión, casa, cariño, educación, felicidad y apoyo).

Hasta el momento, se ha realizado un recorrido por los diversos autores que definen familia desde su perspectiva, en este trabajo es importante definir familia retomando a cada uno de los autores mencionados y a su vez rescatar lo que señala Sarto (2000), quien define a la familia como un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad, que pueden conllevar parentesco o no, y que conforman el primer marco de referencia y socialización del individuo; es el núcleo donde se desarrolla la persona, tenga o no una discapacidad. Es preciso, entenderla no como una entidad cerrada en sí misma, sino desde una perspectiva ecológica, situándola en su entorno y situándonos en sus interacciones.

Como se observa, el concepto de familia es complejo y difícil de delimitar, ya que hay una multiplicidad de formas familiares en función de las épocas históricas, de las culturas e incluso de los diferentes grupos dentro de una misma cultura. No hay un único modelo de familia, sino que la vida familiar está caracterizada por la diversidad, un sistema abierto en continuo movimiento, cambio y reestructuración, en busca de una estabilidad y equilibrio entre todos los miembros que la componen. Es una unidad formada por distintas subunidades que pretenden conseguir un ajuste y una adaptación positiva. Los procesos que tienen lugar son interactivos de forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás.

Asimismo, Núñez (2005) señala que los cambios no sólo suceden a través de los siglos sino que toda familia sufre cambios a lo largo de su propio ciclo vital. La familia -como los organismos biopsicosociales- tiene también un ciclo vital, una secuencia básica: nace, crece, se reproduce y muere. Lo cual implica que el desarrollo de la familia transcurre en diferentes etapas principales que siguen una progresión de complejidad creciente, organizadas en torno al crecimiento de los hijos. Han sido descritas como momentos del ciclo vital: la constitución de la pareja, el nacimiento del primer hijo, la aparición del segundo, el inicio del jardín de infantes y de la escuela primaria, que implica la socialización del niño en el afuera de la familia; el advenimiento de la pubertad y la adolescencia, con la maduración sexual en los hijos y la salida exogámica de ellos; la adultez de los hijos; la aparición de los nietos; la vejez de la pareja parental, etcétera. En el transcurso de este ciclo vital hay momentos de crisis que ponen en prueba la salud y el equilibrio del sistema familiar (Suárez, 2006).

En el sistema familiar se distinguen tres subsistemas elementales: *el conyugal*, formado por los cónyuges (padres en su caso), se refiere a la relación entre ambos; *el paterno*, referente a la relación entre padres e hijo y por último *el fraterno*, referente a la relación entre hermanos. Cada subsistema goza de su propia fluidez intercomunicativa, de su propia intimidad y capacidad de sintonía que no se comparten con otros subsistemas, lo que no quiere decir que no exista una comunicación óptima entre ellos (Gallar, 2001).

El paso de una etapa a otra en el ciclo vital, sin duda alguna, es una transición que implica el enfrentamiento a desafíos y tareas que tienen que ser llevadas a cabo para el éxito en el desarrollo individual y familiar.

### 1.7 Importancia de la familia ante la discapacidad.

La reproducción en los humanos es mucho más que el simple acto biológico de perpetuar la especie en nuestra cultura. La llegada de un nuevo miembro a la familia, es sumamente significativo, ya que implica, entre otras cosas, la consolidación de la relación, la permanencia del afecto y, además es la evidencia

de la capacidad reproductiva de los padres, siendo así que la paternidad es un asunto complejo. Aun cuando no resulta fácil expresar el significado que tiene para cada una de las personas, sí se puede saber que durante nueve meses se suscitan cambios físicos y psicológicos en la madre, el padre y los demás familiares. Toda la familia va formándose una imagen mental de lo que será el bebé, esta imagen mental se basa en todo lo que los padres desearon ser (García y Jiménez, 2010).

Sarto (2000) considera que el nacimiento de un niño con discapacidad supone un shock dentro de la familia. El hecho se percibe como algo inesperado y extraño, que rompe las expectativas sobre el hijo deseado. Durante la etapa anterior al nacimiento, los futuros padres comienzan a crear fantasías sobre su hijo: imágenes físicas y características del nuevo ser que se incorporará al núcleo familiar. A lo largo de los nueve meses esas expectativas se han ido alimentando, esperando con ansias la llegada del bebé, sin embargo, ante la evidencia de la discapacidad, surge la pérdida de expectativas, este primer momento, será devastador.

Ahora bien, autores como Ortega, Torres, Garrido y Reyes (2012) hacen hincapié en que cuando los padres llegan a saber que su hijo tiene un problema en el desarrollo que limita el área cognitiva, social, emocional o de las habilidades para el aprendizaje, comienza una situación de emociones fuertes, interacciones con profesionales y diferentes especialistas; una necesidad continua de búsqueda de información y servicios. Es importante la respuesta y reacción de la familia cercana a los dos progenitores, abuelos y hermanos van a contribuir a acentuar o atenuar la vivencia de la amenaza que se cierne sobre su entorno.

Bajo la misma línea, Gallar (2001) menciona que toda familia atraviesa momentos de una gran repercusión entre sus miembros. Todos aquellos eventos que se le sucedan, para bien o para mal, se denominan crisis familiares, de las que distinguimos dos tipos:

❖ *Crisis evolutivas*: son momentos de cambio propios de la historia de una familia (el nacimiento de un hijo, la adolescencia, los problemas de empleo, la boda de un hijo, la jubilación de los padres, etcétera).

❖ *Crisis situacionales*: son cambios bruscos e imprevistos que irrumpen en la vida cotidiana de la familia y la someten a un desafío que deben superar todos sus integrantes (una enfermedad grave, una muerte por accidente, un embarazo no deseado, el nacimiento de un hijo con discapacidad, etcétera).

La resolución de la crisis de la familia está en función de las capacidades y recursos que posea, ciertamente una discapacidad congénita, desarrollada posteriormente o adquirida en algún momento de la vida, es algo que puede ser definido como una crisis situacional.

Núñez (2003) señala que la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis, iniciada a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. Asimismo, cuando la familia se enfrenta al cómo adaptarse tras la llegada del hijo con discapacidad, se ve afectada en diferentes ámbitos como el psicológico y afectivo, repercutiendo la manera de vivir y las relaciones entre sus miembros. No debemos olvidar que cada familia es única y singular, además, procesará esta crisis de diferente modo. Tanto su intensidad como la capacidad de superarla varían de una familia a otra. Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Un factor de gran influencia en este punto, es la existencia o no de conflictos previos a nivel pareja. Los conflictos previos pueden traer mayores dificultades en la adaptación a la situación.

Según Araya (2007), si en una familia hay conflictos provenientes de las características emocionales y personales de los progenitores, si existen conflictos previos al nacimiento o advenimiento de una discapacidad, si es una familia con aislamiento y con ausencia de redes familiares, si los lazos afectivos entre sus miembros son débiles y la comunicación no es asertiva; es muy probable que la

presencia de la persona con discapacidad, imponga nuevos o mayores retos a las ya existentes deficiencias familiares. En definitiva, las limitaciones u obstáculos del contexto, en interacción con la discapacidad y la etapa de vida de la persona con discapacidad pueden generar crisis en diferentes momentos y no sólo en el nacimiento o en el acontecimiento de la presencia de una discapacidad.

Las crisis familiares emergen a lo largo del ciclo de la familia con una persona con discapacidad o sin ella, pero las condiciones ambientales y el peso de lo simbólico, favorecen la exclusión social y la estigmatización de estas personas y sus familias. Una forma de derribar estos discursos es no centrar en la persona con discapacidad el origen y causa de las dinámicas que son comunes en muchas familias, o visualizar las crisis como estáticas sin situarlas en los movimientos propios de las transformaciones personales y familiares.

Inevitablemente, el nacimiento de un hijo con discapacidad es una situación fortuita que no se tiene contemplada en la vida de las parejas, las reacciones conductuales y emocionales que esto implica son diversas. Sin embargo hay cierta similitud en las reacciones que las familias muestran ante el nacimiento de un hijo con discapacidad. Primero la etapa de shock o proceso de duelo y es que a pesar de que no existe la muerte del hijo, sí se da una pérdida del niño que se esperaba y no llegó; esta etapa es caracterizada por cierta sensación de pérdida, así como dificultad para aceptar la realidad. En la segunda etapa se procede a la negación, pues no se quiere aceptar la realidad y surgen interrogantes como: ¿Por qué a mí?, ¿Cómo fue que pasó?, entre otras preguntas. Ya viviendo una tercera etapa se inicia la búsqueda de un culpable, hay posible ruptura en el matrimonio pues la carga de tensión no se asemeja a la carga de ningún otro conflicto que haya vivido la familia; hay coraje y decepción por la pérdida del niño perfecto que se esperaba, actitud de rechazo o sobreprotección, resentimiento hacia los médicos informadores de la noticia. La siguiente etapa es la de negociación, en la que existe la creencia de que se trata de algo pasajero, surge cierto equilibrio emocional. Finalmente, llega la etapa de aceptación en la familia, alcanza cierto nivel de adaptación respecto a la discapacidad de su hijo, adquiriendo nuevas

creencias y conductas dirigidas al cuidado y educación de su hijo con necesidades especiales (Martínez, 2010).

Por lo tanto, ante la existencia de una discapacidad adquirida y de consecuencias a largo plazo, tanto la persona como la familia afrontan cambios radicales que influyen y determinan en gran medida la calidad de vida de quien vive con discapacidad.

### 1.8 La familia en el proceso educativo

Como ya se ha mencionado, la llegada de un nuevo miembro a la familia es sumamente significativo, puesto que a ese nuevo ser se le espera con gran ilusión y anhelo; sin embargo, cuando el médico informa a los padres sobre alguna situación de discapacidad, se generan nuevas necesidades entorno al recién nacido. Autores como León, Menés, Puértolas, Trevijano y Zabalza (2003), aseguran que el mayor problema es cómo dar la primera información a los padres, puesto que la noticia tiene mucha influencia en el posterior desarrollo del niño y de la familia, porque ésta se puede aislar socialmente o bien integrarse.

Según Guillan y Rodaro (2006), después de que los padres elaboran sus propios duelos, dan cabida a la aceptación y la creación de un nuevo proyecto futuro, distinto y diferente, poniendo en juego las funciones de los padres y los hermanos, debido a que es necesario que más de uno de ellos se ocupe del cuidado y la rehabilitación de quien experimenta una discapacidad, asimismo, surge la necesidad de pedir ayuda externa, tanto para el niño como para los padres quienes deben elaborar la situación de tener un hijo con discapacidad. Las primeras personas externas que aparecen son: el médico, el obstetra, el neonatólogo, el pediatra, el neurólogo, etcétera; quienes a través de lo observado en sus estudios deben comenzar a derivar a otros profesionales, como los psicólogos, hasta llegar a la conformación de un equipo de trabajo para este niño.

Cuando comienzan a aceptar a este hijo, en algunos padres aparece la sobreprotección, cuidándolos como si fuesen siempre bebés, e impidiendo al niño desarrollarse y crecer desde sus posibilidades, por tal motivo es sumamente

importante el trabajo con la familia porque la estimulación y la evolución dependerán de lo que ellos puedan habilitar. Además, es necesario conocer que la educación no empieza con la escolarización en un centro sino que comienza con una estimulación, sobre todo a nivel familiar, para la cual la familia debe estar preparada; por lo que se considera que los especialistas deben proporcionarles charlas informativas con dos finalidades concretas: por un lado, evitar la angustia en la que se encuentran inmersos los padres cuando tienen un hijo con discapacidad; y por otro, procurar formar un grupo entre los padres para que ellos mismos se puedan comunicar sus experiencias y sentirse más unidos (López, 1983, como se cita en León et al., 2003).

Gil (2010) describe una serie de etapas por las que atraviesa una familia cuando uno de sus integrantes es diagnosticado con alguna discapacidad.

❖ La familia con niños en edad escolar:

Esta etapa genera una crisis en la familia, en el caso de los niños con discapacidad, la incorporación al mundo escolar puede ser una liberación. El contacto con profesionales, la incorporación de nuevos apoyos para el niño y su familia pueden ser un gran alivio.

A su vez se pueden producir conflictos con el sistema escolar, que por lo general, vendrán determinados por las diferentes expectativas con respecto al desarrollo y capacidades que las familias y el sistema escolar tienen del niño.

La integración del niño a la escuela genera dudas, incertidumbres y rechazos por parte de los padres quienes se encuentran en una disyuntiva al momento de evaluar la elección entre una escuela especial o una escuela común.

La propuesta de integración a la escolaridad común suele acompañarse de varios temores, entre ellos se pueden describir que el hijo no va a recibir toda la atención especializada que necesita, pueden rechazarlo y por consiguiente, se va a sentir desvalorizado al comprobar todos los recursos que tienen sus compañeros de los cuales quizá él carece.

Por el contrario, ante la propuesta de concurrencia a la escuela especial la familia teme que el medio no sea lo suficiente estimulante para las potencialidades del niño, que sus contactos queden reducidos a compañeros con iguales o peores limitaciones, que estos funcionen como modelos de imitación y que lo atrasen en su desarrollo.

Los padres ante esta encrucijada escolar, no cuentan con la experiencia que aporta a toda persona su propia historia escolar. Les resulta difícil imaginar cómo es la dinámica en una escuela especial o cómo es la adaptación curricular en una escuela común; el camino que desean emprender los padres deberán tomarlo acompañados por los profesionales.

Los padres requieren ser sostenidos a fin de que su función paterna quede limitada a cumplir solamente el rol de reeducadores, además pueden asumir otras funciones esenciales en este periodo para el crecimiento afectivo de su hijo.

Un punto importante para las familias es la posibilidad de internamiento del niño, ya que se trata de una decisión muy traumática que movilizará de nuevo ese torrente de emociones y sensaciones de diversa índole que vivió la familia cuando recibió la noticia de la discapacidad de su hijo.

❖ La familia con hijos adolescentes:

Es posible que el internamiento del hijo se haga en esta fase ya que es frecuente que la primera escolaridad se realice en el medio habitual y que la última fase de la escolarización requiera de algún centro especializado, en este caso la separación en estas familias no es fácil, pero la independencia que consigue la persona con discapacidad va a ser vivida por todos como un valor importante. Cabe rescatar que en todo momento, el objetivo del internamiento es temporal, tendiendo la reincorporación al medio siempre que sea posible.

Por otra parte, la adolescencia se caracteriza por un proceso de emancipación que se acompaña de una ambivalencia que abarca a padres y a hijos entre la necesidad de desprendimiento y la de seguir ligados. Este adolescente tiene que



dejar el medio sobreprotector que caracterizó su infancia, lo cual es frecuente que en la adolescencia aparezcan dificultades de interacción social y la autoestima.

La persona con discapacidad puede verse rechazada, lo cual no facilita la integración. Como consecuencia, es posible que la vida de la persona con alguna discapacidad se desarrolle en un círculo cerrado entre la familia y el centro de rehabilitación, poniendo barreras hacia el exterior.

A su vez los padres ante la adolescencia de su hijo, también tienen temores que hacen referencia al desprendimiento y a la incursión de un mundo vivido como amenazante. Por otra parte, la desorientación, inseguridad y dudas sobre cómo actuar ante las manifestaciones de conducta del hijo adolescente son otras formas de reacción de los padres.

En esta etapa se reactualiza la crisis que se produjo durante el diagnóstico, ya que vuelve a la escena el problema de la discapacidad, pero en este caso movilizadora por las inquietudes del adolescente que hace una nueva toma de conciencia de su condición de su hijo con discapacidad, el cual se pregunta: ¿por qué no puedo ser como los demás? ¿Estoy enfermo?

❖ Familia con hijos en edad adulta:

En esta fase, las familias de las personas que poseen alguna discapacidad encuentran truncadas gran parte de las tareas que otras familias deben afrontar en este momento, debido a que el desarrollo de sus hijos tiende a que los mismos logren su independencia, un desprendimiento, para formar su propio hogar, pero en las familias con un hijo con discapacidad este proceso se congela, necesitando los hijos mayor dependencia y cuidados por parte de sus padres.

La integración social y laboral no es fácil para estas personas, la familia no suele estar preparada para la reorganización familiar que debe producirse en esta etapa, pues la carencia de servicios para adultos y de ofrecimientos laborales determina que muchos adultos con discapacidad, una vez terminada la concurrencia a los servicios a los que asistieron siendo niños y adolescentes,

permanezcan en casa en una situación de aislamiento, inactividad e improductividad.

Suele ser una época de gran crisis en la familia que a menudo se resuelve renunciando a que la persona con discapacidad se independice, quedando su grado de autonomía en un nivel inferior al que su discapacidad pudiera permitir.

Es por lo anterior que Núñez (2011) considera necesario comprender a estas familias en sus necesidades, demandas, dilemas, tensiones, limitaciones, aspectos problemáticos, capacidades y recursos; y a partir de allí, la institución necesita ofrecer diferentes estrategias, intervenciones y programas específicos para ella, a fin de apoyarla y sostenerla. Vale decir que se requiere, de parte de la institución, la puesta en acción de programas e intervenciones que no estén sólo dirigidos a la persona con discapacidad como el principal y exclusivo beneficiario sino también a la familia la cual requiere de acompañamiento, orientación y ayuda precisa y específica.

En algunas instituciones, al mismo tiempo que el niño recibe atención individualizada, los padres deben participar de manera cotidiana en un programa diseñado de modo exclusivo para ellos<sup>2</sup>. Algunos psicólogos se dedican a la organización, diseño, implementación y evaluación de un taller en el cual se programan diversas actividades que sirven de apoyo en la intervención en sus hijos. Los profesionales inician una evaluación diagnóstica, la cual implica un proceso de recuperación de información con propósito de fundamentar las decisiones educativas y tratamiento que se requiere para cada caso específico.

La discapacidad no es un problema de la persona ni de la familia sino que está relacionada con la propia idea de normalidad (en su historicidad) y con la forma en que se organizan los vínculos sociales en distintos planos (familiares, escolares, sociales, laborales, comunitarios); es por ello que la institución escolar

---

<sup>2</sup> Cabe mencionar que no en todas las instituciones se proporciona atención para padres de familia o cuidadores. Una de las clínicas en donde se ofrece esta atención a los padres de familia es la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México.

debe constituirse en una institución mediadora, con gran capacidad de lectura comunitaria y con profesionales que no sólo trabajen con las personas con discapacidad y sus familias, sino que además sean puentes entre lo que la comunidad ofrece y lo que la persona necesita, entre lo que realmente es la discapacidad y lo que la gente piensa que es (Festa, 2005). Esto sería su gran aporte tanto para su propia transformación como para la transformación inclusiva de la sociedad. Es preciso concientizar que la anterior afirmación es lo ideal, pero no siempre se puede cumplir, sea por la causa que sea, pero lo que sí se puede es llegar a un equilibrio en el que poco a poco podamos ir mejorando el trato y ofrecer una mejor sociedad con oportunidades realmente favorables y enriquecedoras a las personas con discapacidad.

Como se ha expuesto a lo largo del capítulo, hablar sobre el tema de discapacidad no resulta fácil, puesto que hasta la actualidad es un tema controversial, que se ha distinguido por marginación y discriminación. Pese a ello se han logrado avances a lo largo de los años, permitiendo forjar políticas sociales, modelos de atención médica, de rehabilitación y de educación.

Conocer la historia de la discapacidad fomenta concientizar y no dejar solos a los individuos que viven con alguna discapacidad y a sus familias. Pero los profesionales que deben proveerlos de servicios, deben estar capacitados, con una formación que permita abordar las problemáticas que se presenten.

La familia es una entidad importante para el desarrollo y rehabilitación de las personas con discapacidad, por lo que necesitan contar con orientación y recomendación de los profesionales. En el capítulo siguiente se abordan las características que debe tener un taller, que normarán la intervención del psicólogo al abordar con los padres los temas de sexualidad, u otros relacionados con el desarrollo de las personas con discapacidad.

## 2.

### TALLER PARA PADRES

#### 2.1 ¿Qué es un taller?

Delimitar y definir el taller como sistema de enseñanza- aprendizaje no es una tarea fácil, con la palabra taller se designan experiencias muy diversas, aplicadas a diferentes niveles educativos, es por ello que al definir el término se debe explicar desde un punto de vista pedagógico. Por ejemplo, Ander (1999) menciona que desde la pedagogía “taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se labora y se transforma algo para ser utilizado, de esta manera se trata de una forma de enseñar y, sobre todo, de aprender mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente, es un aprender haciendo en grupo...” (p.14).

Según expone Ander (1999), la idea del aprender haciendo viene desde tiempos muy remotos. Pone como ejemplo a Montaigne, quien en 1580 afirmaba que era necesario educar no tanto a través de los libros, sino más bien por la experiencia de la acción, y a Froebel, que en 1826 decía que aprender una cosa viéndola y haciéndola es algo mucho más formador, cultivador y vigorizante que aprender simplemente por comunicación de ideas. De acuerdo con esas características, un taller se apoya en el principio de aprendizaje formulado por este aprender haciendo, que implica una superación de la división entre formación teórica y formación práctica, mediante una adecuada integración y globalización de ambas a través de la realización de un proyecto de trabajo.

Candelo, Ortiz y Unger (2003) coinciden en que el taller es un espacio de construcción colectiva, que combina teoría y práctica alrededor de un tema, aprovechando la experiencia de los participantes y sus necesidades de capacitación.

En el taller participan un número limitado de personas que realizan en forma colectiva y participativa un trabajo activo, creativo, concreto, puntual y sistemático,

mediante el aporte e intercambio de experiencias, discusiones, consensos y demás actitudes creativas, que ayudan a generar puntos de vista y soluciones nuevas y alternativas a problemas dados.

La finalidad de un taller es que los participantes, de acuerdo con sus necesidades, logren apropiarse de los aprendizajes como fruto de las reflexiones y discusiones que se dan alrededor de los conceptos y las metodologías compartidas, una de las grandes ventajas del taller es que puede desarrollarse en un ambiente grupal y participativo. Esto hace posible los intercambios de experiencias y, con ello, la generación de múltiples y mutuos aprendizajes. Sin embargo, si no existe un compromiso claro frente a los resultados y el seguimiento, es posible que el taller se realice en vano. La duración de un taller y el número de participantes están sujetos a la conjugación de diferentes criterios, en especial a la necesidad de profundizar y extender el tema de la capacitación.

No obstante, el uso indiscriminado que se ha hecho del término en el ámbito educativo, ha causado gran confusión en la utilización de la palabra “taller” en diferentes modalidades pedagógicas. En unos casos se ha confundido al taller con el seminario y, en otros, con trabajo de laboratorio o trabajos prácticos. Hasta se ha llamado taller a reuniones de intercambio de experiencia contando con un supervisor, de igual manera a las jornadas de estudio, pero usualmente se confunde “taller” con los “cursos”, los cuales introducen formas activas de participación. Es preciso señalar que el taller cuenta con ciertas características de las modalidades pedagógicas mencionadas, pero no justifica el uso indiscriminado del término.

Para evitar el uso indiscriminado del término taller, Silva y Uribe (2010) hacen una distinción, definiendo *curso* como la unidad de trabajo relativa a un proceso completo de enseñanza/aprendizaje que no tiene una duración temporal fija. Es una unidad didáctica que puede abarcar varias clases o lecciones tradicionales. En un curso, a diferencia de un taller, los conocimientos son adquiridos de modo más teórico, dejando un poco de lado la práctica, por ejemplo, en un curso de cocina se enseñan fundamentos históricos de la gastronomía, el

origen de los platillos, tal vez sus creadores, y los chefs más famosos de la historia. Por otro lado, el *taller* se desarrolla de manera más vivencial, generando experiencias que reafirmen el conocimiento. Desde un punto de vista pedagógico, taller es una palabra que indica un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Puede ser aplicado como una forma de enseñar a aprender, mediante la realización de algo que se lleva a cabo conjuntamente o como una metodología de trabajo para tratar temas de interés del público asistente, de carácter preventivo.

De esta manera, el taller constituye un lugar de co-aprendizaje, donde todos sus participantes construyen socialmente conocimientos y valores, desarrollan habilidades y actitudes, a partir de sus propias experiencias. Es importante señalar que dentro de este espacio, se deben diferenciar los roles de aprendiz y de maestro/facilitador, en función de la mejoría de la calidad del producto colectivo de trabajo. Careaga, Sica, Cirillo y Da Luz (2006) mencionan que el papel del facilitador es promover y crear condiciones técnicas, emocionales, grupales y de comunicación, para que circule, se procese y se desarrolle el aprendizaje.

Para actuar como facilitador, se necesita la adquisición de las herramientas con base en las condiciones antes mencionadas y, fundamentalmente, saber escuchar lo que el otro necesita, con la posibilidad de anticiparse en las necesidades que demandan los aprendices y así ofrecer una respuesta que pueda ser escuchada.

Para poder cumplir esta función, el facilitador debe conocer el contexto en el cual va a actuar, si los aprendices están atravesando por elementos personales, institucionales, culturales y socio-económicos que determinarán su desempeño.

Es necesario tener en cuenta cómo aprenden los adultos en la participación de los talleres. La experiencia de vida del adulto, las configuraciones ideológicas, los prejuicios, así como las formas de acercarse y percibir la realidad, pueden ser facilitadoras u obstaculizadoras de los procesos de enseñanza. El facilitador debe estar atento a las ansiedades y defensas que se ponen en juego en toda situación

de aprendizaje, como la tolerancia del alumno de la “posición de ignorancia”, condición indispensable para adquirir nuevos saberes.

Ante la propuesta de teorías innovadoras, el adulto suele, en primera instancia, adscribir verbalmente a sus postulados; sin embargo, lleva más tiempo remover prácticas arraigadas en el transcurso de muchos años, para apropiarse de las nuevas. Entonces, el facilitador debe considerar: las características de los participantes del taller, el objetivo, el contenido temático, las características del taller y la dinámica del grupo; además debe contemplar la información que surja de la discusión en el grupo, comentar las soluciones elaboradas, estimular la reflexión, orientar, animar, y brindar asistencia.

Mientras que el papel del aprendiz es reflexionar a partir de su propia experiencia y de la experiencia de los otros, e interactuar con los demás. De esta forma el taller se convierte en un hacer productivo en el que se aprende haciendo, en el taller todos tienen que aportar para resolver problemas concretos y para realizar determinadas tareas; es esencial la participación activa de los integrantes del taller, tanto de los profesionales a cargo como de los participantes. Este es un aspecto central del sistema de enseñanza-aprendizaje a través de la experiencia realizada conjuntamente, en la que todos están involucrados como sujetos agentes.

Hasta el momento se ha hablado acerca de la definición del taller, su objetivo y los involucrados en la elaboración e impartición del mismo, pero cabe recalcar que el taller como método de enseñanza-aprendizaje es una forma particular de enseñar a los padres diversos temas de su interés, por lo que ha sido trabajado por profesionales como pedagogos y psicólogos principalmente, dado que su formación les permite contar con la gama de herramientas necesarias para otorgar a los padres el apoyo que necesitan.

Flores (2010) señala que un taller para padres es un método de aprendizaje que se utiliza para enseñarles una gran cantidad de tópicos relacionados con la educación de sus hijos, en muchos sentidos. Se trabajan tanto temas relacionados

directamente con la educación de los hijos, como los que tienen que ver con el crecimiento individual de los propios padres, por ejemplo, el uso de técnicas de autocontrol o el desarrollo de habilidades cognitivas para enfrentar problemas, entre muchas otras.

Núñez (1999) y Vallin (2011) afirman que este tipo de talleres pueden ser un espacio para construir sentidos individuales y colectivos acerca de la compleja labor que significa ser padres y madres, con una actitud de aprendizaje permanente, debido a que el taller es un espacio de comunicación, de reelaboración y creación de una nueva cultura de la infancia, de la adolescencia y de ejercer la paternidad, donde es importante la sintonía entre aprendices y facilitadores. Es un espacio creativo, porque en él pueden adoptarse distintas perspectivas: una manera de pensar, sentir, hablar y actuar con flexibilidad.

## 2.2 ¿Cómo planear un taller?

Una de las razones por las que han cobrado importancia los talleres, es porque se logra involucrar a los padres de familia en las actividades escolares. El taller es una de las actividades en donde el padre adquiere habilidades para poder participar en algún espacio ya sea social o educativo; estas habilidades son adquiridas a través de la participación en “algo” que se realiza conjuntamente. En donde el profesional tiene la oportunidad de un acercamiento a nivel personal con el padre de familia (Careaga, Sica, Cirrillo & Da Luz, 2006). Además, en el taller se promueve el desarrollo de varios saberes: cognitivo, operativo y relacional (saber escuchar, planificar con otros, tolerar las opiniones de los demás, aprender a coordinarse con otros, tomar decisiones de manera colectiva, sintetizar, diferenciar entre información relevante y no relevante, entre otros), por lo cual se transforma en un método de aprendizaje muy relevante para el desarrollo de competencias.

Sin embargo, organizar un taller para padres no es sencillo, pues implica conocer diversas características y aspectos para que el aprendizaje sea de calidad. La logística del taller implica pensar en numerosas situaciones. Candelo,



Ortiz y Unger (2003) describen cinco condiciones necesarias para diseñar un buen taller:

2.2.1 El análisis previo de las necesidades.

2.2.2 Las preguntas clave para la planificación.

2.2.3 La composición del grupo de participantes.

2.2.4 El diseño del programa.

2.2.5 El diseño del seguimiento.

2.2.1 Análisis previo de las necesidades: antes de planificar un taller, es conveniente analizar las causas de ese problema e identificar los posibles caminos que conducen a la solución. El taller inicia con la evaluación de las necesidades del grupo, en un primer momento se observa a la población, o bien se realiza un sondeo previo a través de un cuestionario que permite explorar el nivel de conocimiento del tema del taller, las necesidades, expectativas y posibles aportes para el mismo.

2.2.2 Las preguntas clave para la planificación: con el análisis previo se consigue la información básica para conceptualizar y planificar el taller. No obstante, es conveniente verificar y comprobar la necesidad del taller tomando como guía el resultado de las siguientes preguntas:

a) *¿Por qué se realiza el taller? y ¿Cuál es la situación actual y la deseada?* Es conveniente justificar el taller, analizar y valorar otras opciones para solucionar el problema y así llegar al cambio deseado.

b) *¿Para qué se realiza el taller? ¿Cuáles son los resultados deseados?* Se definen objetivos claros y realistas, además se distingue entre un objetivo superior (a qué procesos generales contribuye el taller) y los objetivos específicos de éste.

c) *¿A quién se dirige el taller? y ¿Quiénes son las personas que asistirán al taller?* En el primer caso se decide el perfil

ideal de los participantes. Posteriormente, se verifica el perfil real de los que se han inscrito.

d) *¿Cuál es el contenido del taller? ¿Qué conocimientos se desea transmitir?* Se distingue entre temas conocidos y desconocidos para los participantes. En el primer caso, el taller hará énfasis en el intercambio de experiencias y en la construcción común. En el segundo, habrá insumos de expertos para alimentar el aprendizaje.

e) *¿Cómo se realiza el taller? ¿Cuáles son las metodologías y las herramientas adecuadas?* El aprendizaje está garantizado por el diseño didáctico, por eso la elección de las herramientas requiere mucho cuidado.

f) *¿Con quién se realiza el taller? ¿Qué instituciones realizan o patrocinan el taller?* Por lo general existe una institución responsable de éste.

g) *¿Cuándo y por cuánto tiempo se realiza el taller? ¿En qué fechas?* Es importante tomar en cuenta que las fechas del taller no coincidan con días festivos u otros eventos de interés y que la duración se adecúe al tipo de los participantes.

h) *¿Cuántos recursos requiere el taller? ¿Con cuántos recursos cuenta? ¿Cuánto es necesario conseguir?* Al elaborar el presupuesto, se incluyen todas y cada una de las actividades y necesidades del taller.

i) *¿Cuánto tiempo de preparación requiere el taller?* Conviene calcular objetivamente el tiempo necesario para cada una de las tareas. También es recomendable empezar con suficiente tiempo de anticipación.

j) *¿Dónde se realizará el taller? ¿En qué lugar y sitios específicos?* Aspectos como el lugar y el ambiente del taller también favorecen o impiden el aprendizaje.

2.2.3 Composición del grupo de participantes: de acuerdo con el contexto del taller, se define un grupo de participantes previamente, o bien, un grupo que se compone de acuerdo con un perfil deseado. A continuación se exponen algunos puntos a tomar en cuenta respecto a los participantes:

a) *La experiencia y conocimientos previos del participante sobre el tema y los problemas a tratar*: cada participante llega al taller con sus propias ideas, expectativas y temores, que no necesariamente coinciden con la programación del taller. Conocer las expectativas y los temores es importante, pues existe la posibilidad de conciliarlos con los objetivos del taller, hasta donde sea posible.

b) *Número de participantes*: El número apropiado de participantes depende de la dinámica y de las herramientas que se aplicarán en el taller. Para un taller participativo el tamaño ideal oscila entre 15 y 20 personas.

2.2.4 Diseño del programa: se busca la mejor combinación posible entre los diferentes criterios del taller, de tal forma que motive y satisfaga las necesidades de los participantes, además con la posibilidad de aplicar lo aprendido.

El diseño puede desarrollarse mediante los siguientes pasos:

a) *Definición del enfoque temático del taller y la elaboración del primer borrador de la agenda de taller*: el tema general se divide en subtemas relevantes y se buscan las herramientas apropiadas para tratarlos, recordando las características de la composición del grupo, con esto se elabora el primer borrador de agenda.

b) *Elaboración del primer diseño del programa*: es preferible desarrollar una estructura modular que permita adaptarse a la profundidad del tema, a la duración y a las herramientas. Existen varias herramientas para tratar un mismo tema; se eligen las más adecuadas y viables para conseguir el objetivo.

c) *Diseño de la secuencia de los temas y la metodología:* la comprensión de un tema mejora si se aborda de lo conocido a lo desconocido y de lo simple a lo complejo; esto favorece además la participación activa.

d) *Definición del tipo de evaluación:* la evaluación es un proceso de análisis crítico de los diferentes componentes del taller y de su totalidad. Por esto es conveniente planificar las evaluaciones continuas y la evaluación final del taller. La frecuencia de las evaluaciones continuas se definen de acuerdo con la duración del taller. En lo posible, se realizan evaluaciones diarias al final de la jornada para detectar insuficiencias y errores previniendo situaciones difíciles, o para fortalecer los aspectos positivos del taller. Los resultados de la evaluación influyen en la continuidad del taller.

2.2.5 Diseño del seguimiento: es una parte clave del taller aunque muchas veces se le dedica poca atención. El proceso de aprendizaje no termina con el taller, por esto, si hay interés en un aprendizaje completo, es conveniente pensar en mecanismos y recursos para un seguimiento, es decir, para acompañar a los participantes en la aplicación de lo aprendido o compartido, o por lo menos mantener un contacto con ellos y saber de sus experiencias posteriores al taller. Desde la etapa de planificación se diseña el seguimiento, las siguientes opciones son propuestas para dar seguimiento al taller:

a) *Evaluación pos-taller por escrito:* las personas participantes evalúan qué ha sido para cada quien lo más importante o significativo en el taller. Núñez (1999) propone realizar una hoja de evaluación en el que permite recoger de cada participante lo que aprendió en el taller, la manera como se sintió y su parecer respecto al taller.

b) *Contacto esporádico:* el coordinador se pone en contacto con los participantes para averiguar cuánto les ha servido el taller y cuáles son las necesidades actuales.

c) *Contacto permanente programado*: puede darse entre los mismos participantes o con el coordinador, sirve para verificar y apoyar el cumplimiento de los compromisos.

d) *Asesoría*: es recomendable que haya una persona asignada para que asesore a los participantes en el cumplimiento de las tareas pos-taller.

e) *Asesoría por internet*: Si todos los participantes tienen acceso a este medio, es la forma más moderna de seguimiento. Requiere una buena programación, preparación y logística especial. Para llevarla a cabo, se construye un foro en el cual los participantes sigan discutiendo los temas pertinentes, asesorándose entre sí.

f) *Encuentro de seguimiento*: para reforzar el aprendizaje y conocer los avances y las dificultades se puede organizar un nuevo encuentro. Se pueden utilizar algunas preguntas clave que ayuden y orienten a los participantes a reflexionar sobre los beneficios, dificultades y vacíos que se tienen a partir del proceso de capacitación.

### 2.3 Estrategias y técnicas didácticas para realizar el taller.

El éxito de un taller depende de su buena preparación. La organización cuidadosa del taller garantiza en gran medida que transcurra tal como estaba previsto y sin mayores dificultades.

Una vez transcurrida la fase de concepción, en la cual se han definido los objetivos, los criterios para la selección de participantes, los temas, la metodología, las herramientas y el programa preliminar, se piensa en el lugar donde se realizará el taller. Gibb (1996, como se citó en Careaga et al., 2006), habla acerca de unas condiciones previas al inicio, entre las que menciona que es recomendable que el ambiente físico sea lo suficientemente grande como para permitir una máxima base de experiencias, y lo suficientemente reducido como para permitir una gran participación y un mínimo de intimidación. El ambiente ha de ser informal, pero conviene evitar cualquier motivo de distracción. Es necesario

también considerar aspectos tales como calefacción, iluminación y ventilación; es recomendable que la luz sea apropiada, así como la circulación del aire, y la temperatura se sugiere que sea de 22 grados centígrados; lo más recomendable es que el recinto tenga ventilación de aire fresco.

Por otra parte, es importante reconocer la relevancia que tienen la estrategia didáctica, las técnicas, la dinámica y las herramientas en el taller, puesto que cada una de ellas se pueden utilizar en la realización del mismo. La estrategia didáctica hace alusión a una planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo anterior lleva implícito una gama de decisiones que el profesor debe tomar, de manera consciente y reflexiva, con relación a las técnicas y actividades que puede utilizar para llegar a las metas de su curso.

El Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (2013) publicó un documento en donde explica de manera clara qué es una estrategia didáctica y qué es una técnica didáctica.

La *estrategia didáctica* es el conjunto de procedimientos, apoyados en técnicas de enseñanza, que tienen por objeto llevar a buen término la acción de enseñanza para alcanzar los objetivos de aprendizaje.

Por otra parte, la técnica es considerada como un procedimiento didáctico que se presta para ayudar a realizar una parte del aprendizaje que se persigue con la estrategia. La *técnica didáctica* es también un procedimiento lógico y con fundamento psicológico destinado a orientar el aprendizaje del alumno, lo puntual de la *técnica* es que actúa en un sector específico, o en una fase del curso o tema que se imparte, como la presentación al inicio del curso, el análisis de contenidos, la síntesis o la crítica del mismo. La técnica didáctica es el recurso particular de que se vale el docente para llevar a efecto los propósitos planeados desde la estrategia.

En su aplicación, la estrategia puede hacer uso de una serie de técnicas para conseguir los objetivos que persigue. La técnica se limita más bien a la orientación del aprendizaje en áreas delimitadas del curso, mientras que la

estrategia abarca aspectos más generales del curso o de un proceso de formación completo.

Las técnicas son procedimientos que buscan obtener eficazmente, a través de una secuencia determinada de pasos o comportamientos, uno o varios productos precisos. Determinan de manera ordenada la forma de llevar a cabo un proceso, sus pasos definen claramente cómo ha de ser guiado el curso de las acciones para conseguir los objetivos propuestos.

Las habilidades para utilizar adecuadamente estrategias y técnicas didácticas son un aspecto fundamental en el desarrollo del taller. Se requiere que los profesionales conozcan y dominen diversas estrategias y técnicas didácticas.

Además del conocimiento de los diferentes recursos didácticos para el trabajo, el profesional debe conocer y saber aplicar los criterios para seleccionar la estrategia o técnica más adecuada para su taller. Incluso tener la posibilidad de adaptar, crear y documentar sus propias estrategias y técnicas didácticas.

Aunque ya se sabe acerca de los pasos para organizar un taller, en ocasiones los profesionales que lo realizan no cumplen con sus objetivos planteados, fracasa, los integrantes del taller dejan de asistir, y en ocasiones hasta pierden el interés; los profesionales de la psicología parecen ser los más preparados para resolver casi cualquier tipo de situación que se vaya presentando en el transcurso del taller (Flores, 2010).

Para finalizar este primer apartado, es importante resaltar el giro que se le ha dado a la educación, ya no sólo considerándola teórica sino también práctica, a través de talleres. Con esta nueva perspectiva que se ha ido construyendo a lo largo de los años, el aprendizaje ha resultado más eficaz, puesto que se comenzó a poner en acción el conocimiento que se adquiere en el mismo momento. A través de los talleres el aprendizaje comenzó a ser participativo, pues esta modalidad exige una actividad continua. Sin embargo, la logística de un taller no es sencilla, pues debe contener una cierta secuencia didáctica y adecuarse a los

temas que se quiere abordar, también es importante la preparación del personal que estará al frente del taller.

En el siguiente apartado, se desarrollará la función que tiene la psicología en los talleres de educación sexual, en donde se describirá detalladamente qué y cómo abordar determinadas situaciones.



### 3.

## EL ROL DEL PSICÓLOGO EN LOS TALLERES DE EDUCACIÓN SEXUAL

3.1 Importancia de la educación sexual como parte de la formación de un individuo.

La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida, por lo que es necesario recibir una educación sexual de calidad. Actualmente, existe una ambivalencia frente a la educación sexual, por una parte un gran interés por saber más, y, por otra, cierta resistencia para hablar directamente del tema. Esta actitud puede ser el resultado del desconocimiento de la importancia de la educación sexual para el desarrollo integral de las personas, aunque también puede influir cierto miedo de los seres humanos ante la posibilidad de caer en situaciones que no pueden manejar, o que se les ha inculcado que son inmorales o dañinas. Pocas son las personas que reciben una buena educación sexual y ejercen su sexualidad con conocimiento pleno de todos los aspectos que se relacionan con ella.

Franco (2013) menciona que la sexualidad tiene un papel muy importante en la formación de la personalidad del individuo y que ésta inicia desde la infancia. Aun cuando el término sexualidad generalmente se asocia con ideas que se concentran en la genitalidad del adulto con fines meramente reproductivos, la sexualidad abarca muchos aspectos de la vida del ser humano. Es parte esencial de la personalidad y va mucho más allá de la finalidad reproductiva, pues también comprende condiciones anatómicas, fisiológicas, fenómenos emocionales, afectivos y de conducta, la vida de pareja y de familia, así como los lazos afectivos, sociales e interpersonales. Todo ello determina la forma de actuar y pensar de una persona, de acuerdo a su sexo y según la educación y costumbres que haya recibido a lo largo de su vida.

Es por ello que la importancia de una adecuada comprensión de la sexualidad, mediante una educación sexual de calidad, puede ayudar a hombres y mujeres a tener una vida más plena, a ser libres y también más responsables debido a que una educación sexual de calidad no es sólo “hablar de relaciones sexuales”, es mucho más que eso. Tiene que ver con aprender a expresar emociones y sentimientos, a reconocer y respetar valores como la amistad, el amor, la solidaridad, la intimidad propia y ajena. También tiene que ver con los derechos de las personas; por ejemplo, a ser bien tratados, a no sufrir presiones para tener relaciones sexuales si es que no quieren, a que se trate de igual manera a varones y a mujeres, a ser respetados sin importar cuál sea la orientación sexual, a decir “no” a las relaciones de pareja violentas, entre muchas otras cosas.

De esta manera, Cortez y Gutiérrez (2009) mencionan que la educación sexual debe ser un proceso integral de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad. En ella, se deben incluir temas muy diversos, incluyendo ideas, sensaciones y sentimientos. Según los autores, al educar en lo relativo a la sexualidad, se forja la personalidad y se fomentan los valores con los que la persona se desarrollará; por ello, la ausencia de una educación sexual integral favorece mitos, falsedades, riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, baja autoestima, abuso sexual, relaciones sexuales precoces, entre otros problemas.

Ahora bien, la familia juega un rol muy importante ya que determina la manera de percibir al mundo. En la familia, los hijos van aprendiendo lo relativo a la sexualidad, a través de lo que enseñan los padres, muchas veces siguiendo sus ejemplos y viendo la forma de vivir la sexualidad y cómo se desarrolla al interior de la vida familiar. Todo este aprendizaje, a su vez, está determinado por los valores y normas de la cultura de cada país. La formación que se ha tenido desde la infancia en lo que se refiere al tema de sexualidad, en la mayoría de los casos se presenta con un vacío informativo (Morales, 2012).

Educar a los niños, niñas y adolescentes a través de silencios, prejuicios y temores no conduce a que sean inocentes sino ignorantes. Impedir que niños

niñas y adolescentes estén correctamente enterados del funcionamiento de su cuerpo, de las enfermedades que existen, de los riesgos que pueden correr, es propiciar su indefensión, ya que un niño seguro de sí mismo, con una buena comunicación con sus padres y una autoestima alta no sólo está menos expuesto, sino mejor preparado para tener en el futuro una vida sexual sana y satisfactoria. Es por ello que la educación sexual es asunto tanto de la familia como de la escuela, pues el desarrollo sexual se manifiesta en estos ámbitos y es deseable que, tanto en el contexto familiar como en el escolar se den las condiciones que promuevan que dicha educación sea sana y responsable.

### 3.2 Educación sexual en México

Según la Secretaría de Educación Pública (SEP) el desarrollo integral del ser humano ha sido el propósito que ha guiado la educación básica. En un primer momento, ha quedado establecida en el artículo tercero constitucional que la escuela y el trabajo del profesor, además de contribuir al desarrollo sistemático de las habilidades intelectuales y a la adquisición de conocimientos básicos de las ciencias naturales y sociales, deben contribuir a la formación de actitudes y valores fundamentales que permitan a los individuos desarrollar plenamente sus potencialidades, integrarse a la sociedad y participar en su mejoramiento (SEP, 2000).

Pero esta intención tuvo que pasar por diversos procesos políticos, mismos que describe Mexia (2005). Por ejemplo, en 1922 la SEP recibe una propuesta que plantea la importancia de la implementación de la educación e higiene sexual en las escuelas, debido a un gran porcentaje de enfermedades venéreas entre los estudiantes adolescentes, y en 1931, Esparza Peña Monterrubio nuevamente propone que se imparta educación sexual en las escuelas. Pero estas iniciativas no encontraron apoyo por parte de la institución. Para 1932 la Sociedad Eugénica Mexicana presentó a la SEP un informe basado en investigaciones realizadas por médicos sobre conducta sexual de los adolescentes; debido a que no existía una conciencia de la importancia de una instrucción gradual de la

educación sexual, el tema seguía siendo “tabú” y cuando alguien lo abordaba causaba reacciones de diferente índole. En ese contexto de luchas y conflictos en el campo de la educación, en 1932, el Secretario de Educación -Narciso Bassols- asume la responsabilidad de impartir educación sexual en las escuelas primarias y secundarias de todo el país.

En 1934, Bassols divulgó una declaración que hacía patente su intención última de establecer una instrucción sobre asuntos sexuales en las escuelas públicas, para ello pasó a discusión el proyecto de educación sexual de la Sociedad Eugénica Mexicana.

Sin embargo, desde el momento en que se conoció, el proyecto provocó la reacción inmediata de un sector importante de padres de familia y de algunos profesores, representados por la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF), de tendencia católica, y un poco más tarde, de la Federación de Asociaciones de Padres de Familia, que había sido creada por el propio gobierno (Castillo, 2000). A raíz de esos planteamientos, se desataron protestas contrarias a la educación sexual de los niños. Los medios de comunicación estaban interesados en desprestigiar al gobierno, por lo que hicieron eco de esas manifestaciones y valiéndose de la superstición de los padres de familia, se encargaron de despertarles un sentimiento de animadversión, apoyándose fundamentalmente en prejuicios de índole religioso y moral. Por lo que diversas autoridades políticas se vieron obligadas a renunciar (Mexia, 2005).

Con la firma del Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, se inician nuevos retos y nuevas esperanzas. Es así que a raíz de dicho Acuerdo, firmado en 1992, la conducción de la política educativa nacional se ha guiado por los principios que establecen el Artículo Tercero Constitucional y la Ley General de Educación (Informe Nacional, 2001).

En 1993, se inició un proceso de reforma para incorporar contenidos de educación sexual tanto en la educación primaria como en la secundaria. Según

Juárez y Gayet (2005), una de las razones argumentadas fue el conocimiento de los alcances que iban teniendo las Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs), por ejemplo el VIH/SIDA.

Como resultado de las transformaciones en la educación primaria, en 1993 comenzó la revisión de los contenidos de los libros de texto gratuitos del área de Ciencias Naturales, y en 1998 los nuevos libros fueron repartidos en todo el país. Estos libros los elabora el gobierno y son obligatorios para todas las escuelas del país. La educación pública es mixta y las clases de educación sexual y reproductiva también se imparten de manera conjunta. A los 10 años (quinto grado de primaria) los alumnos aprenden el proceso de maduración de los aparatos reproductores, enfatizando las diferencias entre hombres y mujeres. A partir del siguiente grado, los niños reciben información sobre las características sexuales propias del inicio de la adolescencia, y sobre la reproducción (Juárez y Gayet, 2005).

En el ciclo 1999-2000 se implementa una nueva materia -Formación Cívica y Ética-, que incluye los contenidos de sexualidad y reproducción en los tres grados de secundaria. A diferencia de los libros de texto de primaria, los de secundaria no los elabora el gobierno, sino distintas editoriales privadas. El gobierno dicta los contenidos mínimos que deben incluir, y recibe las propuestas de libros hechas por las editoriales.

Hace no muchos años, el Plan de Estudios de Educación Básica (SEP, 2011) mencionaba que en cada uno de los niveles y grados de educación básica se abordarían temas de relevancia social que forman parte de más de un espacio curricular, para contribuir a la formación crítica, responsable y participativa de los estudiantes en la sociedad. Se plantea favorecer aprendizajes relacionados con valores y actitudes sin dejar de lado conocimientos y habilidades, y se hace referencia a la atención a la diversidad, equidad de género, la educación para la salud, la educación sexual, la educación ambiental, la prevención de la violencia escolar, la educación para la paz y los derechos humanos, y la educación en

valores y ciudadanía. No obstante, es preciso señalar que, a la fecha, no se ha encontrado algún documento en donde se haga mención de alguna modificación en los libros de texto, tampoco de la manera en que el docente debe abordar cada uno de los temas y más aún si los docentes están capacitados. Sin embargo, los programas de educación sexual se han llevado a cabo. Estos programas abordan diversas problemáticas, aunque están muy enfocadas en el desarrollo biológico y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el embarazo.

### 3.3 Educación sexual para adolescentes.

Hasta ahora, se han descrito algunas de las acciones propuestas, sin embargo muchas acciones no sólo se llevaron a cabo en las escuelas, también fueron impulsadas como programas de desarrollo social. Estos programas, que se describen a continuación, son iniciativas gubernamentales, pero también son iniciativas de personas que tiene interés en desarrollar programas de educación sexual.

#### Escuela:

Como se mencionó, uno de los primeros acercamientos, fueron los libros de texto. Otros materiales que se utilizan para enseñar los temas de educación sexual y reproductiva dentro de la escuela son los videos. Para el tema de prevención del VIH/SIDA, por ejemplo, existe un video que muestra cómo se coloca el condón. En algunos casos, las escuelas utilizan materiales audiovisuales elaborados por organizaciones no gubernamentales o por dependencias del gobierno.

Juárez y Gayet (2005) describen que las instituciones gubernamentales – aunque no mencionan qué instituciones- obtuvieron información indirecta a partir de entrevistas a padres, donde se clarifica que hay reacciones de los padres en contra de los contenidos de sexualidad en las escuelas, y temor por parte de los maestros que tienen asignada la enseñanza de estos temas, sobre las posibles

acciones de oposición de los padres. En algunos casos, el temor a represalias ha hecho que los maestros pasen estos temas velozmente, sin profundizar en los contenidos.

En el 2010 el Instituto Nacional de Salud Pública de México realiza un estudio en América Latina, donde concluye que sólo tres países tienen legislados los contenidos obligatorios de acuerdo con el nivel escolar y la edad en que se debe iniciar la educación sobre sexualidad y prevención del VIH. Los resultados obtenidos se basan en una encuesta llevada a cabo por 27 países de la región, que midió el entorno legislativo y político, el diseño y la evaluación de programas, la capacitación de docentes, los textos utilizados y los componentes del currículo. Sólo Argentina, Brasil y Costa Rica tienen un nivel avanzado, en tanto que Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela califican en un nivel medio. En un nivel bajo se encuentran Haití, México y Panamá, mientras que Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Guyana, Jamaica, Paraguay, Santa Lucía, Surinam, y Trinidad y Tobago no tienen legislación. En cuanto a medidas de prevención, Argentina, Brasil y México ofrecen distribución o acceso a condones para adolescentes de 15 a 17 años de edad.

Aunque ya se ha descrito acerca de los progresos que se han tenido en las escuelas, acerca de la educación sexual, es importante mencionar que los cambios en materia curricular para tratar aspectos de salud sexual y reproductiva son recientes, por lo que las autoridades aún no cuentan con evaluaciones sistemáticas del resultado de los mismos. Sin embargo, la estadísticas nacionales hablan por sí solas; Fuentes (2013) menciona que en 2011 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó que el 18.4% de los niños nacidos en México son hijos de mujeres adolescentes. Siguiendo esta línea, existe una incongruencia entre las estadísticas sobre las mujeres que conocen los métodos anticonceptivos con las mujeres que los usan, pues mientras que las mujeres que conocen los métodos anticonceptivos son un 97.9% de la población fértil, sólo el 72.3% de mujeres reportan hacer uso de tales métodos (INEGI,

2009). De acuerdo a lo anterior, cabe hacer diversas preguntas: ¿Realmente están funcionando los programas impulsados en las escuelas? ¿Si un buen porcentaje conoce sobre los métodos anticonceptivos, por qué no los usan?

#### Sociedad:

Además de las acciones específicas de salud y educación, otro programa que describen Juárez y Gayet (2005), y que además se ha destacado en esta área, ha sido la creación de una línea telefónica denominada De Joven a Joven, creada en 1993 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Por medio de las llamadas a los teléfonos de este programa se intenta apoyar a los jóvenes en la resolución de problemas propios de la edad. El servicio es gratuito y confidencial, pues no se requiere identificación de la persona que llama. Las razones por las que se comunican los jóvenes son problemas en las relaciones interpersonales, principalmente sexualidad, embarazo y suicidio. Las personas contratadas por el programa para atender las llamadas son jóvenes también, con algún perfil relacionado a psicología y pedagogía. Además, según el CONAPO, hasta 1998 este programa recibía más de 4 000 llamadas diarias. En ese año, la línea de teléfono pasó a depender del Gobierno del Distrito Federal, saliendo del ámbito federal. Otras entidades federativas, como Oaxaca, Morelos, Guanajuato y Jalisco, han reproducido ese modelo.

Otra de las estrategias del CONAPO, especialmente dirigida a los jóvenes, ha sido la creación de un programa de radio llamado Zona Libre, que se transmite los domingos en una estación de rock, donde se tratan diversos temas relacionados con educación en población. Hay invitados especiales de acuerdo con el tema semanal elegido, testimonios de los jóvenes, y se reciben llamadas por teléfono.

Aunado a estos avances, existe una gran variedad de instituciones no gubernamentales, con la facilidad de encontrarlas vía online, que se dedican a todo lo relacionado con el desarrollo sexual; por ejemplo, una primera división puede establecerse entre aquellas organizaciones dedicadas exclusivamente a la



población adolescente, como el Centro de Orientación para adolescentes CORA, de aquéllas que tienen programas de planificación familiar o prevención del SIDA para la población en general, pero que incorporaron dentro de la organización algunos programas específicos para adolescentes (como la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, Mexfam).

En cuanto al tipo de acciones que desarrollan, algunas brindan servicios médicos y educativos (Mexfam, CORA), y otras se han especializado en información, educación y capacitación (PLANIFICATEL, Instituto Mexicano de Investigación y Población IMIFAP, Ave de México, SexUnam). Algunas organizaciones no tienen programas específicos para adolescentes, pero el tipo de acciones que desarrollan incluyen a los jóvenes (Colectivo Sol, Católicas por el derecho a decidir, Centro de Información en Sexualidad –CISEX-, que organiza el CONDONTOUR, cuya versión más reciente fue realizada el pasado 15 de marzo en Cuautitlán, Izcalli, Estado de México). Otras organizaciones se han especializado en la defensa de derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque no específicamente de los adolescentes (GIRE, y varias organizaciones vinculadas a prevención de VIH/SIDA).

A pesar que en las escuelas, desde la educación primaria hasta la educación superior, se mantienen programas y planes educativos sobre la educación sexual, y de que los medios de comunicación -como televisión, radio, internet, entre otros- proporcionan información explícita acerca de los métodos anticonceptivos, el índice de embarazos en adolescentes ha incrementado en los últimos años.

El índice de embarazos es un tema que muchas personas abordan, por ejemplo, Luis Fuentes (2013) -escritor del periódico Excelsior-, escribe sobre este tema tan discutido; en su artículo llamado “Embarazo adolescente: fenómeno expansivo” muestra las principales cifras que permiten dar cuenta de la urgencia de diseñar nuevas políticas y estrategias de prevención de uno de los fenómenos sociodemográficos de mayor complejidad en nuestra sociedad. Reporta que de acuerdo con las estadísticas de natalidad del INEGI, en el año 2011 nacieron en el

país 2.58 millones de niñas y niños, de ellos, 473 mil tuvieron como madre a una mujer que al momento del parto tenía menos de 19 años de edad. Esta cifra es equivalente a 18.4%, es decir, prácticamente uno de cada 5 niñas y niños que nacieron en 2011 son hijos e hijas de madres adolescentes.

Los datos del INEGI para 2013 indicaron que en México ocurrieron 2.2 millones de nacimientos, de los cuales, 72.9% son de madres de 15 a 29 años. Un aspecto que resulta importante destacar es que uno de cada seis nacimientos (16.4%) son de madres adolescentes de 15 a 19 años de edad. Según Fuentes (2013), el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para la joven y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género.

Las estadísticas hacen notar la relevancia que tiene que toda persona reciba una educación sexual integral, en donde las instituciones educativas den prioridad, no sólo a aspectos fisiológicos y reproductivos sino atendiendo temas que actualmente se dejan de lado, y que son los relacionados con el respeto, la toma de decisiones responsables, las emociones, el placer y la aceptación de la diversidad. Es decir, los programas sobre salud sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes deben centrarse en la salud reproductiva integral, lo que puede llevar a lograr prevenir y reducir los índices de embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual, pero sobre todo a prevenir el VIH.

A pesar de las claras necesidades antes mencionadas, Campero, Atienzo, Suarez, Hernández y Villalobos (2013) señalan que, en México, a excepción de esporádicos e instruidos esfuerzos, la educación sexual ha carecido de una visión integral. Se ha privilegiado la transmisión de conocimientos sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual, sin una cultura de prevención desde la perspectiva de la salud sexual, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos; también, se ha mostrado que

existe una carencia de información basada en evidencia científica relevante y actualizada. Es por todo ello que los autores proponen programas de educación sexual para adolescentes con un enfoque incluyente, considerando aspectos biológicos, éticos, sociales, culturales y de género, muy similar al programa desarrollado en Estados Unidos (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010).

Además, Campero et al. (2013) afirman que no existen evaluaciones formales, a nivel institucional, sobre los programas de educación sexual ni sobre la calidad de impartición de sus contenidos. Argumentan la necesidad de tales evaluaciones porque aportarán elementos sustantivos para la modificación del currículo de acuerdo con necesidades pertinentes y actuales para los adolescentes. Además proponen hacer uso de tecnologías y medios de comunicación para el diseño de estrategias de prevención novedosas.

#### 3.4 Importancia de la educación sexual para personas con discapacidad

Reconocer la importancia que tiene la educación sexual ha sido difícil, pero implementar programas de educación sexual ha sido aún más complicado, pues hasta hoy existen padres de familia que se oponen a la educación sexual.

Ahora que ya se sabe cómo ha sido el recorrido de la educación sexual en la población general, es válido cuestionar acerca de las personas con discapacidad: ¿reciben educación sexual?, ¿cómo es su proceso de desarrollo de la sexualidad, ¿qué hacen sus padres al respecto?, ¿cómo viven los padres la sexualidad de sus hijos?, ¿la aceptan o la reprimen?, las propias personas con discapacidad, ¿cómo viven la sexualidad?

Seguramente esas preguntas se han pensado en algún momento, sin embargo, es complicado que se expresen pues si la sexualidad en personas normales es muy castigada y callada, con mayor razón deberá ser la sexualidad de las personas que tienen alguna discapacidad. Lo anterior se comprueba con los pensamientos y creencias que grandes sectores de la sociedad tienen acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad. Silverberg (2006) describe

algunos mitos que se tienen hoy en día respecto a la sexualidad de las personas que viven una discapacidad; se asegura que las personas con discapacidad no son sexuadas, no son deseadas, la gente con discapacidad tiene cosas más importantes que hacer que tener sexo, la gente que se encuentra institucionalizada no debería tener sexo, las personas con discapacidad no serán agredidos sexualmente, no necesitan educación sexual.

Sin embargo, la educación sexual es necesaria para todos y también para los niños y niñas con discapacidad, pues incluye una parte importante de los conocimientos y habilidades que necesitan para desarrollarse saludables y desempeñarse adecuadamente en el mundo. Además, contribuye a fomentar en ellos la madurez y los sentimientos positivos acerca de sí mismos, ayudándoles a rechazar ideas equivocadas como que no son dignos de ser amados o que nunca podrán mantener una relación afectiva satisfactoria. Después de todo, la salud sexual es una parte importante de la salud física y mental (UNICEF, 2013).

Y sobre todas las cosas la educación sexual es un derecho de los niños y niñas, que los adultos deben respetar, promover y compartir con ellos.

### 3.5 Educación sexual en México para las personas con discapacidad

Para comprender los pocos avances que existen en México, en materia de educación sexual para la población con discapacidad, es necesario revisar su desarrollo histórico: cómo es que ha ido evolucionando, por qué existe poca orientación sexual para esa población, entre otros temas.

Para ello, Torres y Beltrán (2002) describen la historia de la educación sexual en México, resaltando que los esfuerzos más importantes para la promoción de la educación sexual en la educación especial fue impulsado por Margarita Gómez Palacios desde la Dirección General de Educación Especial (DGEE) en el año de 1985. El programa que propuso era concebido para impartirse dentro del aula, proponiendo diversas sugerencias que orientaban la labor del docente dentro del salón de clases; estaba dirigido a la población educativa que integraba el Centro

de Capacitación de Educación Especial (CECADEE), hoy Centro de Atención Múltiple (CAM). El objetivo general perseguido era el de propiciar en el alumno la autodeterminación consciente y responsable de su sexualidad en función de sus posibilidades, esperando lograr esto mediante un proceso educativo cuyos contenidos principales eran determinados mediante un diagnóstico de las problemáticas o manifestaciones de la sexualidad de los alumnos, con el fin último de promover la autonomía y adecuada socialización de los educandos. Este programa incluía la capacitación de los docentes con respecto al desarrollo psicosexual de los adolescentes discapacitados mentales. Pese a los esfuerzos por llevar a cabo este programa, solamente pudo concretarse en sus primeras etapas.

El segundo intento para establecer la educación sexual para esta población es descrito por Monereo (1985, como se citó en Garza, 2010), quien señala que también fue promovido por la Dra. Gómez Palacios, al considerar que era muy importante formar a los docentes de nivel preescolar y de primaria especial, con el objetivo de modificar los comportamientos sexuales inadecuados y expresados en los salones de clases. El proyecto consistió en ofrecer a los educadores un marco referencial sobre el desarrollo sexual. Este esfuerzo tuvo el propósito de lograr un cambio de actitudes en los educadores frente a la diversidad sexual, para lograr una relación pedagógica armoniosa entre el profesor y sus alumnos. Sin embargo, no tuvo éxito el esfuerzo educativo entre los docentes, debido a que el programa no quedó claro, motivo por el cual no fue llevado a cabo. La explicación oficial que se proporcionó fue que, como se trataba de un programa diseñado desde la Dirección General de Educación Especial, no fue asumido como propio por todos los docentes y sólo se involucraron en él algunas regiones del país, con la participación de contadas escuelas.

Asimismo, Garza (2010) describe que en la década de los noventa los servicios extracurriculares -como la educación sexual dentro de la educación especial en las zonas urbanas- no eran obligatorios, únicamente se les facilitaba la orientación profesional a los docentes que lo solicitaban. Se contaba con maestros

especialistas (psicólogo), a quienes se les confiaba la corrección de las conductas y comportamientos sexuales de los alumnos con discapacidad, y el médico era el encargado de dar las pláticas de formación con contenido sexual.

Para 2011, la SEP emitió un documento donde se expresa que la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad dispone, en el Artículo 7, que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del nivel más alto de salud, rehabilitación y habitación, puntualizando la necesidad de crear programas de orientación, educación y rehabilitación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias.

El Programa Nacional de Desarrollo para las Personas con Discapacidad (PRONADIS) menciona algunas estrategias y líneas de acción de carácter intersectorial e interinstitucional, a ser llevadas a cabo durante el periodo 2009-2012 para contribuir a la inclusión social y a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad; entre tales estrategias se encontraban: mejorar la calidad y calidez de los servicios de atención integral, habilitación y rehabilitación que se proporcionan a las personas con discapacidad. Las bases de dichos planteamientos siguen vigentes, y se enuncian a continuación:

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir servicios de salud integrales apropiados a sus características y necesidades particulares con los mayores estándares posibles de calidad, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, para contribuir a su pronta rehabilitación y habilitación social. Por lo cual, es necesario: 1. Formar recursos humanos interdisciplinarios para la atención especializada de las personas con discapacidad. 2. Promover la participación activa de las personas con discapacidad y de sus familias en los programas de rehabilitación. 3. Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a personas con discapacidad, incluyendo información y educación sobre el ejercicio de la sexualidad y la prevención del VIH/SIDA, con absoluto respeto a sus derechos y a su libre decisión. 4. Incentivar la atención médica de las personas con discapacidad mediante el Seguro Popular, para asegurar el acceso a servicios de salud para este grupo de la población.

La OMS (2013) menciona que algunos aspectos vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria. Señala que todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, requieren tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria. En el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se reconoce que estas personas tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivo de discapacidad; se señala que los Estados miembros de dicha organización: proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud, gratuitos, de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como programas de salud pública dirigidos a la población.

Pese a lo mencionado en la convención, según la OMS (2013), en una encuesta reciente acerca de los servicios de salud proporcionados a personas con trastornos mentales graves, se encontró que una gran de ellos (entre un 35% y un 50% de estas personas en países desarrollados, y entre un 76% y un 85% en países en vías de desarrollo), no recibieron tratamiento en el año anterior al estudio. Dejando claro que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sólo raras veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad. Un ejemplo de ello es la detección del cáncer mamario y cervicouterino, el cual se practica con menos frecuencia en las mujeres con discapacidad. Los adolescentes y adultos con discapacidades quedan excluidos más a menudo de los programas de educación sexual.

Las estadísticas lo confirman, pues el INEGI presenta en 2013 información sociodemográfica acerca de la población joven de 15 a 29 años que reside en el país, mencionando que durante la juventud, el individuo se incorpora al mercado laboral, inicia su vida en pareja y forma su propia familia, entre otros aspectos que son propios del curso de vida y que en términos de política pública resultan ser todo un reto, ya que todos los jóvenes tienen el derecho a tener las oportunidades que garanticen su pleno desarrollo y mejoren su calidad de vida. La información

sociodemográfica citada se analiza con base en los siguientes ejes: educación, ocupación, seguridad ciudadana, salud, consumo de alcohol, accidentes relacionados con el alcohol, salud reproductiva, mortalidad, defunciones violentas, defunciones maternas, entre otras.

Pero para el caso de los jóvenes con discapacidad, los datos aportados se limitan a mencionar que ellos afrontan otros retos para su incorporación a la sociedad, diferentes de aquellos que no presentan dicha condición. Por ello, en las estadísticas se pueden ver sólo algunos aspectos, tales como el porcentaje de las limitaciones de la población joven, y su distribución porcentual por tipo de discapacidad, según la causa de ésta; además de mencionar que los jóvenes con discapacidad, comparados con su contraparte sin discapacidad, presentan porcentajes más bajos de personas casadas o unidas; de forma similar, se señala que existen diferencias notables entre ambos grupos de la población en cuanto a la participación en actividades económicas y en sus fuentes de ingresos, porque sólo 33.5% de los jóvenes con discapacidad realizan una actividad económica. Por su parte, las fuentes de ingresos vía apoyo gubernamental o de otras personas son ligeramente más altas en los jóvenes con discapacidad.

Por lo anterior queda claro que no se realizan las estadísticas de salud reproductiva en esta población, ni estudios sistemáticos en los cuales se analice a qué edad inician su vida sexual, si conocen algún tipo de anticonceptivo, si hacen uso de alguno de ellos, y tampoco se cuenta con estadísticas sobre sus embarazos. En suma, como no se realiza un censo de estos aspectos, no se habla de la importancia que tiene la educación sexual en esta población.

En el 2012, el Instituto de Educación de Aguascalientes, en su libro Saberes y Quehaceres de los Maestros de Apoyo, lleva a cabo algunas reflexiones en torno a la discapacidad intelectual y la escuela inclusiva. Hace mención de que las habilidades sociales de las personas con discapacidad se deben desarrollar de manera adecuada a las necesidades personales de aceptación, placer y amor, a partir de la información y la educación sexual, según la edad y contexto de las



personas con discapacidad. En dicho documento se propone abordar los siguientes aspectos y lograr como objetivos:

- Participar espontáneamente y con naturalidad en conversaciones sobre la sexualidad.
- Identificar y nombrar los órganos sexuales masculinos y femeninos, utilizando los nombres correctos.
- Identificar los cambios corporales que se producen en hombres y mujeres desde la infancia a la pubertad y la edad adulta.
- Mantener la higiene adecuada de los órganos sexuales.
- Guardar intimidad en sus funciones sexuales evitando la práctica en público.

En México, hay propuestas de la inclusión de las personas con discapacidad en el sistema educativo, proponiendo una educación igual para todos, donde sólo se adapte el sistema curricular de acuerdo a las necesidades de cada niño. En suma, se propone que reciban educación, incluyendo en el currículum la educación sexual. Sin embargo, en la búsqueda bibliográfica realizada, no se logró el acceso a algún documento que reporte cómo se lleva a cabo dicha integración educativa, qué programas se aplican para la educación sexual de las personas con discapacidad y, mucho menos se obtuvo algún dato que muestre evidencias de los resultados que se han tenido en torno a dicha formación, si es que se lleva a cabo en las escuelas regulares o especiales. Lo que se encuentra en la literatura son lineamientos oficiales y el reconocimiento de la importancia de la educación sexual, pero hay poca claridad en qué hacer y cómo hacerlo.

En el siguiente capítulo se exponen algunos de los programas que se reportan en la literatura, encaminados a la educación sexual de jóvenes con discapacidad, realizados dentro del contexto mexicano y otros países de habla hispana. Lo que permitirá analizar sus estrategias de intervención y los resultados obtenidos.

## PROGRAMAS Y TALLERES DIRIGIDOS A LA EDUCACIÓN SEXUAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Es importante señalar que son pocos los reportes disponibles en la literatura sobre programas que han sido aplicados en el contexto de países de habla hispana, para atender la educación sexual de personas con discapacidad y sus familiares. El objetivo del presente capítulo es exponer algunos de ellos.

### 4.1 Talleres de educación sexual en México, dirigidos a padres de personas con discapacidad.

A continuación se exponen y analizan dos reportes relacionados con talleres que abordan el tema, con poblaciones mexicanas. El primero está contenido en una tesis del Centro de Estudios Agustiniانو “Fray Andrés de Urdaneta”, que desarrolló un taller dirigido a padres de familia; el segundo se llevó a cabo por egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La primera propuesta que será analizada la desarrollaron Silva y Suárez en el 2011, quienes pretendían dar a conocer a los padres de adolescentes con retraso mental leve los procedimientos básicos de la educación sexual y su importancia para una mejor calidad de vida de éstos. Por lo que se dieron a la tarea de investigar, primeramente, sobre la etiología de la discapacidad mental (Gollnitz, 1973, como se cita en Silva y Suárez, 2011) y en un segundo momento, el desarrollo tanto biológico como psicológico de las personas con retraso mental (Molina, 1999, como se cita en Silva y Suárez, 2011). Asimismo, llevaron a cabo una revisión de literatura, en donde se describe el proceso de la educación sexual en México (Escuela para padres y madres de familia A.C., como se cita en Silva y Suarez, 2011), encontrando que la educación sexual ha sido muy escasa y se han abordado únicamente temas dirigido al desarrollo físico.

Silva y Suárez (2011) llevaron a cabo su estudio en la Asociación de Motivación Pro-Parálisis Cerebral (AMPAC), lugar donde los padres familia y profesores manifestaron que sus hijos o alumnos se auto estimulaban

frecuentemente, con o sin objetos, en lugares públicos y, al presentarse dichas situaciones se manejaban con regaños, llamadas de atención, asignación de actividades, etcétera; pero no ahondaban sobre la problemática. Tomando en cuenta dicha situación, las autoras elaboraron una guía para padres, como instrumento para impartir un taller dirigido a los mismos, con objetivos como: a) dar a conocer a los padres los procedimientos básicos de la educación sexual y su importancia, y b) proporcionar algunas estrategias a los padres de adolescentes con retraso mental leve, para el ejercicio responsable de la sexualidad por parte de los jóvenes.

En dicho taller participaron 13 padres de familia, a quienes se les aplicó un cuestionario para explorar su conocimiento acerca de la sexualidad, además, el cuestionario fue útil para conocer sobre los temas que los padres estaban interesados en abordar. Se organizaron 9 sesiones de 60 minutos cada una, se impartieron temas como sexualidad, diferencia entre hombre y mujer, implicaciones emocionales de la sexualidad, mitos y tabúes relacionados con la sexualidad, necesidades sexuales de los adolescentes e implementación de reforzadores en conductas sexuales apropiadas.

Las autoras utilizaron técnicas como juego de roles, lluvia de ideas y acrósticos. La dinámica general de las sesiones se desarrollaba realizando una recapitulación acerca de lo abordado en la sesión anterior y después se tenía que discutir el tema que las coordinadoras ya había organizado; en forma posterior a la discusión del tema se realizaba un juego de roles en donde los padres de familia participaban en situaciones particulares y después comentaban, proponían puntos de vista y formas de abordar dicha situación presentada. Al final de cada sesión se hacía una evaluación, en donde las coordinadoras cuestionaban el curso de la sesión y pedían comentarios sobre lo aprendido durante la misma.

El trabajo de Silva y Suárez llevó a cabo de manera adecuada el análisis previo de las necesidades de los usuarios, pues evaluaron los conocimientos de los padres de familia acerca de la sexualidad, evaluaron la información con la que contaban y también cuestionaron sus intereses. Las autoras también realizaron

una investigación previa sobre la población a la que se enfrentarían, y con el cuestionario que aplicaron pudieron analizar la situación de los padres. El número de participantes fue adecuado, pues fue un grupo relativamente pequeño (13 participantes). Respecto al diseño del programa, organizaron el taller utilizando cartas descriptivas en donde mencionaban las dinámicas, técnicas, materiales, temas y objetivos por sesión. Sin embargo los objetivos específicos de las sesiones no muestran coincidencia con el objetivo general, por ejemplo, en dos sesiones abordan los mitos y tabúes, y en su objetivo general del taller pretenden proporcionar estrategias a los padres para que a su vez las proporcionen a sus hijos y puedan ejercer su sexualidad responsablemente. Por otra parte, las autoras preguntaron sobre las demandas de los padres de familia, sin embargo no mencionaron cuáles fueron éstas y tampoco reportan si fueron abordadas en el taller. Respecto al seguimiento, evaluaron conocimientos y expectativas de los padres de familia, pero no evaluaron los mismos aspectos al finalizar el taller. Aun cuando las autoras afirman que su diseño es pretest-posttest, únicamente realizaron preguntas al finalizar cada sesión, en donde los padres de familia expresaron qué les pareció el taller. Esta característica impide evaluar los resultados del taller de una manera objetiva.

Una de las aportaciones de Silva y Suárez (2011) es que concluyen sobre la importancia de recopilar datos acerca de la población a la que se le pretende aplicar un programa de intervención, ya que así se conocen cuáles son los puntos más vulnerables, importantes y difíciles de abordar, además de cuáles son las necesidades reales y no sólo las que pudieran parecer convenientes para dicha educación. Otra aportación es el uso de un programa con la inclusión del juego de roles y algunas técnicas conductuales como el reforzamiento de conductas adecuadas para que los padres aprendan y ejerzan la enseñanza con sus hijos, aspectos que permitieron a los padres de la AMPAC avanzar en el manejo de la sexualidad de sus hijos.

Morales (2012) desarrolló una propuesta pedagógica de un taller para padres de hijos adolescentes con discapacidad visual, después de haber realizado su

servicio social dentro del Organismo Mexicano Promotor del Desarrollo Integral de los Discapacitados Visuales (IAP), en el cual detectó que existía la necesidad de transmitir a los padres información clara y oportuna acerca de la sexualidad de sus hijos, de hacer visible el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, de eliminar el tabú de que las personas con discapacidad son seres asexuados, así como de que supieran los riesgos a los que pueden estar expuestos los adolescentes cuando no cuentan con información veraz sobre salud sexual.

Este autor señala que, al trabajar dichos temas con los padres en formato taller, se puede hacer conciencia de que ellos son los indicados para abordarlos con sus hijos, ya que se ha detectado que no saben de qué manera hacerlo. Para la elaboración de la propuesta, el autor considera la historia y la logística de la institución donde se llevaría a cabo, identificó las características de la discapacidad visual, sus tipos y causas, el concepto de adolescencia, las características de los adolescentes con discapacidad visual y el reconocimiento de la importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual, enfatizando la orientación y el rol de los diferentes actores que intervienen en su formación.

Entre los temas centrales, Morales propone abordar los derechos sexuales y la salud reproductiva de las personas con discapacidad, los métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual más comunes, la comunicación asertiva y algunas estrategias de vinculación entre padres e hijos, las consecuencias en los adolescentes de la falta de una educación sexual oportuna y veraz, algunas medidas para prevenir problemas relacionados con la sexualidad, y las dependencias u organismos donde se pueden presentar denuncias, pedir informes u orientación.

Morales también menciona que el instructor que puede impartir la propuesta del taller podría ser un pedagogo, psicólogo, trabajador social o con carrera afín. Propone que la duración ideal del taller sería de 9 horas, divididas en 6 sesiones con una duración por sesión de 1 hora 30 minutos.

El objetivo general que plantea el autor es que los padres de hijos adolescentes con discapacidad visual obtengan las bases conceptuales y las herramientas necesarias para orientar a sus hijos y brindarles información clara, adecuada y confiable acerca de temas relacionados a la sexualidad. Proporciona una carta descriptiva para cada sesión en la que se demarcan los temas a trabajar, objetivos por sesión, tiempo para cada actividad, contenidos, técnicas y material didáctico para la actividad y su evaluación. Las técnicas que propone utilizar en cada una de las sesiones son: participativa, explicativa, expositiva y visual reflexiva. La evaluación que plantea es de tipo formativa, es decir, tomar en cuenta las sugerencias y comentarios de los padres a través de un formato de evaluación del taller.

Los resultados que el autor espera obtener al aplicar la propuesta del taller se relacionan con que los padres adquieran conceptos básicos de la sexualidad y favorecer el desarrollo de una sexualidad sana, tanto en los aspectos cognitivos, como emocionales y sociales, a través de una orientación y educación sexual por parte de los padres a los hijos. El autor concluye reiterando la urgencia que tiene atender las necesidades educativas y afectivas de las personas con discapacidad, trabajando más allá de la técnica y parte conceptual y anatómica de la sexualidad; para ello se tiene que trabajar también con la autoestima, afectividad, respeto, comunicación, amor, confianza, coincidencia, asertividad, paciencia y comprensión hacia esta etapa de crecimiento.

Revisando la propuesta de Morales, puede decirse que:

1. Realiza la propuesta de taller a partir de la detección de necesidades que detecta en una institución particular, pero no propone una evaluación inicial para detectar los conocimientos con los que cuenta la población.
2. Justifica la propuesta del taller, determina la población a quien va dirigido, plantea un objetivo general y objetivos específicos, menciona la finalidad de la propuesta del taller y qué resultados desea, deja claros los contenidos y los conocimientos que desea transmitir. Sin embargo, el tiempo que estipula para que se aborden los contenidos es muy corto (6

- sesiones de 1 hora 30 minutos), además de programar demasiada información en cada una de las sesiones, dejando de lado las herramientas o estrategias que propone brindar a los padres para abordar de manera adecuada el tema con sus hijos; mientras que las técnicas que plantea que se utilicen en cada uno de las sesiones, en su mayoría se concentran en la expositiva y explicativa por parte del instructor.
3. Plantea una educación sexual para las personas con discapacidad visual más allá de los conceptos biológicos, considerando esencial la comunicación y la asertividad, así como la toma de decisiones y autoestima. Sin embargo, ello no se ve reflejado en su propuesta de taller, dado que no hay ninguna sesión donde se proponga abordar estos aspectos. Por otra parte sería esencial realizar una sesión de sensibilización en lo que respecta a la sexualidad de los propios padres para así eliminar sus propios prejuicios y tabúes, creando un ambiente de confianza al hablar del tema con sus propios hijos.
  4. No propone ninguna forma de evaluar los conocimientos adquiridos dentro de la sesión del taller, aunque propone entregar al término de cada sesión un formato donde los padres evalúen la logística del taller en un formato dicotómico y Likert. Tampoco propone una evaluación del impacto del taller sobre la comunicación de los padres con sus hijos sobre temas sexuales, o sobre el comportamiento de los propios hijos con discapacidad.

#### 4.2 Talleres de educación sexual en países de habla hispana, dirigidos a personas con discapacidad, sus padres y profesores.

A continuación se exponen algunos de los programas disponibles, que se han diseñado y puesto en práctica, en países como España (Alcedo, Aguado y Arias, 2006; Rodríguez, López, Morentin y Arias, 2006), México (Olivier, 2006), y Cuba (Pineda y Gutiérrez, 2009).

Rodríguez et al. (2006) afirman que la mayoría de las propuestas para abordar el tema de la sexualidad con personas que viven algún tipo de discapacidad han sido informativas, y se han enfocado únicamente en intentar evitar peligros, pero no se ha procurado educar para vivir la sexualidad. De acuerdo a lo anterior, llevaron a cabo un programa de intervención, que parte del convencimiento de que la afectividad y la sexualidad son parte de la persona con discapacidad intelectual. Se intentó detectar las necesidades afectivo-sexuales, las dificultades para satisfacerlas y ofrecer respuestas satisfactorias que ayudaran a estas personas a vivir adecuadamente la afectividad y sexualidad.

Los autores partieron de un modelo de intervención llamado “modelo biográfico-profesional”, el cual intenta respetar y partir de la biografía de la persona con discapacidad, en donde incluían la realidad familiar y características del entorno donde se encontraba para ofrecerles posibilidades y así resolver sus necesidades interpersonales. Parten de que, para la intervención en ese ámbito, es necesario, además del trabajo con las personas con discapacidad, el trabajo con los profesionales y con las familias. El trabajo con profesionales, es necesario para saber cuál es el rol a seguir en el tema, establecer una serie de objetivos a conseguir y preparar un programa formal de educación afectiva y sexual. Con las familias, creen importante crear conciencia de la necesidad de su familiar para satisfacer necesidades interpersonales afectivas y sexuales de una manera adecuada.

Los objetivos generales que plantearon fueron: aprender e interiorizar conductas necesarias para iniciar, establecer y mantener una relación interpersonal y conseguir un desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y afecto, a partir de la información y educación sexual. Como objetivos específicos: tener actitudes positivas, respetuosas y tolerantes hacia las manifestaciones sexuales propias y de los demás; aprender habilidades interpersonales y afectivas, y prácticas higiénicas; comunicarse de manera asertiva y tomar decisiones adecuadas.



Los autores, proponen una metodología de trabajo con los tres grupos: profesionales, padres de familia y personas con discapacidad.

El trabajo con los profesionales estuvo conformado por dos fases. La primera fase consiste en crear conciencia de que la educación sexual es un derecho y una necesidad que toda persona tiene, para ello el profesional necesita contar con una formación adecuada, los autores proponen un curso intensivo de 20 horas en donde se trabajen los siguientes contenidos: la importancia de la sexualidad, necesidades interpersonales, mitos y creencias, derechos con respecto a la sexualidad y afectividad, importancia de la impartición de una adecuada educación sexual, dificultades en la satisfacción de necesidades afectivas y sexuales, vulnerabilidad al abuso sexual, prácticas de riesgo en cuanto a la sexualidad y criterios de salud sexual. Posteriormente, en la segunda fase proponen un trabajo en grupo, de 6 a 8 sesiones (de hora y media cada sesión), en donde reflexionen y comenten el contenido del curso de formación, establezcan el rol del cual van a partir (basándose en el modelo biográfico-profesional), consensuar opiniones, establecer una serie de objetivos y por último, preparar un programa de intervención.

En lo que respecta al trabajo con las familias, lo dividen en etapas, llamadas encuentros. El primer encuentro tiene como objetivo hacer hincapié en la importancia de que sus familiares satisfagan necesidades interpersonales afectivas y sexuales de una manera adecuada. Para ello, proponen realizar tres sesiones, en la primera sesión, se explica la importancia que la sexualidad y afectividad; segunda sesión, explicar las líneas generales de intervención, haciendo hincapié en que las personas con discapacidad intelectual tienen derechos afectivos y sexuales, y que pueden llevar a cabo conductas sexuales apropiadas con la oportunidad de interactuar con los iguales, por último, proponen trabajar en pequeños grupos de 6 personas. Los grupos se deben formar dependiendo de los intereses de los padres de familia, éstos se formarán al responder un cuestionario, que a la vez sería la evaluación inicial, donde se les pide información sobre la situación, intereses y necesidades que ellos perciben en

su familiar. En la tercera sesión se realiza la formación de los grupos de acuerdo a la información proporcionada y se abordan cuestiones como temores más habituales que tienen, falsas creencias sobre la sexualidad y afectos de las personas con discapacidad intelectual, así como cuál es el grado de comunicación que mantienen sobre estos temas con su familiar, qué manifestaciones sexuales han observado y cómo las han afrontado.

Una vez formados los grupos, se dividen en 10 sesiones de hora y media cada una, donde a lo largo de las sesiones se pueden abordar temas como: heterosexualidad y homosexualidad, dificultades en la satisfacción de necesidades afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual, vulnerabilidad al abuso sexual, prácticas de riesgo y criterios de salud sexual enfatizando en brindarles a sus familiares con discapacidad la mayor autonomía posible. En el caso de que algún familiar tuviera algún problema individual sobre el tema y quisiera recibir asesoramiento para poder ponerle solución, siempre tendría que tener a su disposición a un profesional para poder tratar dicho tema, ofreciéndose así una intervención individualizada cuando fuera necesario.

En relación al trabajo con las personas con discapacidad intelectual, proponen un intervención en donde se formen grupos de trabajo, en la cual se deberán tomar en cuenta las necesidades e intereses de los distintos usuarios a través de un cuestionario que servirá como evaluación inicial, se realizarán dos registros más, uno donde se indague acerca de la demostración de conductas necesarias para iniciar, establecer y mantener una relación interpersonal y otro, donde se indague sobre el desarrollo de las necesidades personales de aceptación, placer y afecto.

Los grupos de trabajo han de estar formados por un grupo de 10 personas y se plantea como objetivo general que las personas con discapacidad intelectual adquieran habilidades de interacción social, necesarias para llegar a establecer y mantener relaciones interpersonales, que aprendan e interioricen conductas necesarias para iniciar, establecer y mantener una relación interpersonal,

asimismo que consigan un desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y afecto a partir de la información y educación sexual.

El trabajo con los grupos de personas con discapacidad intelectual se propone para realizarse en 35 sesiones (de hora y media cada sesión), 20 sesiones encaminadas en abordar temas que inciten a los usuarios a aprender e interiorizar conductas necesarias para iniciar, establecer y mantener una relación interpersonal, comunicando de forma adecuada sus sentimientos y afectos, siempre respetando los derechos de las demás personas y los propios, utilizando un tono de voz y gesticulación adecuadas.

Por último, 15 sesiones en donde proponen abordar temas referentes a conocimiento de los órganos sexuales, su desarrollo y funcionamiento, cuestiones de higiene y cuidado, conductas públicas y privadas, masturbación, menstruación, proceso de la fecundación, embarazo, aborto y parto, métodos de planificación familiar más utilizados en su entorno social, identificación de las enfermedades venéreas, sus causas, síntomas, tratamientos y consecuencias, así como conocimiento de los servicios con los que cuenta su comunidad, centros de salud, centros de orientación familiar entre otros donde pueden recibir información, ayuda y orientación sobre aspectos relacionados con la sexualidad. Todo esto con el objetivo de que se consiga un desarrollo adecuado de las necesidades personales de aceptación, placer y afecto, a partir de la información y la educación sexual. La manera en la que se desarrollan las sesiones, es haciendo uso de las técnicas de exposición, modelación, role playing, estudios de caso y debate.

La evaluación que plantean los autores es a través de la realización de cuestionarios aplicados a los profesionales, familiares y personas con discapacidad intelectual, antes y después de la aplicación del programa, con información referente a lo expuesto a lo largo del programa. Con los profesionales, se propone evaluar al iniciar y terminar la intervención; al iniciar, con un cuestionario en donde se indague acerca de la importancia y formas de enseñar la educación sexual en personas con discapacidad, y al finalizar, aplicando un cuestionario que recoja aspectos como satisfacción de la intervención, rol que

cumplió, entre otros. Respecto a las familias, en la evaluación inicial se propone aplicar un cuestionario en donde se exponen diferentes dificultades que han tenido al enfrentarse al tema de educación sexual respecto a sus hijos; en la evaluación final, se propone aplicar un cuestionario en donde se aborde la satisfacción general de la intervención (temas, organización, profesionales, cambios observados, etcétera). Por último, con las personas con discapacidad, la evaluación inicial estaría orientada a recopilar información, a través de una entrevista, acerca de sus intereses en cuanto al tema sexualidad y afectividad; en la evaluación final, proponen una entrevista encaminada a recopilar información acerca del grado de satisfacción de la intervención y dificultades por la que atravesaron.

Por su parte, Alcedo et al. (2006) diseñaron y aplicaron un programa de intervención psicológica destinado a proporcionar información sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad a un grupo de jóvenes con Discapacidad Intelectual (DI). Dicho programa de educación sexual surgió como respuesta a las necesidades planteadas por los profesionales y padres de un grupo de jóvenes con DI, pertenecientes a una asociación del Principado de Asturias, en España.

La intervención se sustenta sobre las bases de que los conocimientos acerca de la vida sexual y afectiva producen importantes beneficios en las personas con DI y sus padres. Por ejemplo: favorece una concepción positiva de la sexualidad de forma que se entienda como un elemento básico del desarrollo personal y social, fomenta una actitud positiva y de aceptación hacia el propio cuerpo, posibilita el incremento de la autoestima y de la aceptación personal, facilita un diálogo abierto permitiendo la expresión de sentimientos y el intercambio de experiencias e ideas acerca de la sexualidad, favorece vivencias de relaciones interpersonales equilibradas, saludables y preventivas, y además educa para la correcta toma de decisiones y para asumir la responsabilidad de los propios actos. Se partió también de diversos supuestos, entre los que se encuentran: las personas con DI tienen necesidades emocionales de amar y de ser amados, de mostrar afectos, de establecer relaciones y de expresar su sexualidad, además el nivel intelectual no es determinante de la capacidad para demostrar todas esas

necesidades. La conducta sexual de esta población varía en función de variables tales como edad, grado de deficiencia, conducta adaptativa, habilidades psicosexuales, factores socioambientales, entre otras.

Los autores presentan un modelo denominado “Modelo con concepto positivo”, sobre el cual fundamentan la elaboración de su programa. Dicho modelo, aboga por el derecho a vivir la sexualidad como una fuente de bienestar y una dimensión más de su calidad de vida. El objetivo del programa se centró, en mejorar el escaso o nulo conocimiento de las cuestiones relacionadas con la sexualidad que poseían la mayoría de los jóvenes con DI. Asimismo, pretendían presentar datos acerca de la eficacia de dicho programa y, por otro, comprobar si se producía mantenimiento temporal de esa supuesta mejora de conocimientos sobre cuestiones sexuales. Se planteó como hipótesis que los jóvenes presentarían un mayor nivel de conocimiento acerca de cuestiones básicas relacionadas con la sexualidad y por otro lado, esa mejora se mantendría a lo largo del tiempo (seis meses después de finalizado el programa).

El diseño utilizado fue cuasi-experimental con medidas pre y post tratamiento, con un muestreo no probabilístico, o no aleatorio, de carácter incidental. En el programa participaron 28 jóvenes con DI (13 hombres y 15 mujeres), con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años, que asistían a distintos talleres que se imparten en el centro. Tuvo una duración de 12 sesiones, una por semana, de dos horas cada una. Su impartición fue dirigida por una psicóloga clínica, una psicóloga general y tres educadores especialistas en el trabajo con personas con DI.

La aplicación del programa tuvo varias fases. En la primera se desarrolló una intervención con los padres de familia y los educadores. Se llevaron a cabo varias entrevistas y sesiones didácticas con ellos, tanto de forma conjunta como por separado; en ellas que se plantearon los objetivos siguientes: consensuar intereses, determinar la información y contenidos a impartir, establecer prioridades de intervención, fijar criterios educativos a seguir, así como concretar la duración del programa y la periodicidad de las sesiones. Posteriormente, con el propósito

de sensibilizarlos, los autores aportaron información acerca de la sexualidad, evolución y desarrollo de la misma, beneficios de la educación sexual, mitos y creencias falsas. Y, sólo hasta que consiguieron un buen nivel de sensibilización se pasó a la siguiente fase que fue de pre test, y que consistió en la aplicación individualizada de una entrevista a los jóvenes participantes.

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación del programa de intervención. Esta fase inició con una sesión de presentación de los contenidos y objetivos que el programa pretendía alcanzar. Las sesiones se llevaron a cabo presentando los contenidos de forma estructurada y graduada, siempre respetando no ir más allá de lo que estas personas pudieran comprender y asimilar. La estrategia didáctica que utilizaron fue a través de descripción oral, escrita y gráfica (textos, fotografías, videos, encuestas, etc.), ensayos de conducta, habilidades de autoconocimiento y reflexión personal, planteamiento de preguntas y problemas; todos estos combinados a lo largo de las diferentes sesiones. Durante el desarrollo de las sesiones se abordaron temas como: qué es sexualidad y sus manifestaciones, mitos de belleza, desarrollo de lenguaje básico y correcto, anatomía masculina y femenina, cambios corporales durante la adolescencia, necesidades sexuales, fecundación, embarazo, parto, métodos anticonceptivos, higiene corporal e infecciones de transmisión sexual. Cada sesión finalizaba con una discusión guiada en la que solicitaba a los jóvenes que plantearan preguntas acerca de aquellas cuestiones que más les habían interesado.

Una semana después de haber finalizado el programa, se pasó a la fase denominada Post test, valorando la eficacia del programa, aplicando de nuevo la entrevista utilizada en el pre test. Transcurridos seis meses de la finalización del programa, se realizó nuevamente la aplicación de la entrevista para conocer los efectos a largo plazo.

Los resultados se analizaron a partir de las respuestas sobre cuestiones sexuales aportadas por los jóvenes. El principal objetivo fue comprobar si existían diferencias en las respuestas a los ítems, en los distintos momentos de la evaluación. Los resultados del pre test arrojaron que los jóvenes contaban con una

escasa y/o errónea información acerca de la sexualidad, incluso los temas eran totalmente desconocidos. En el post test se observó un cambio, más de la mitad de los participantes ya disponían de información adecuada sobre dichos temas, pues proporcionaban información con más certeza, precisión y profundidad, lo cual dejó ver un cambio en el nivel de información adquirido. En el seguimiento, los participantes lograron expresar lo que sentían sobre su vida sexual y afectiva mostrando una facilidad y naturalidad.

Alcedo et al. (2006) mencionan que, a medida que avanzó el programa, los participantes manifestaron y expresaron sin tapujos sus sentimientos, intercambiando experiencias e ideas; así como el hecho de que en el programa se promovía el respeto a opiniones diferentes y comportamientos no discriminatorios entre sexos, además de la reflexión acerca de las consecuencias de los actos y decisiones personales.

Los autores concluyen que las diferencias entre el pre test y el post test indicaron que la participación de los jóvenes en el programa mejoró significativamente el nivel de sus conocimientos. Y que tales resultados ponen de manifiesto que la conducta sexual de estas personas puede ser educada, al igual que cualquier otro tipo de conducta.

Olivier (2006) propuso una nueva forma de trabajo basada y enfocada en el trabajo con los padres, madres y tutores de hijos con Discapacidad Intelectual (DI), en donde afirma que trabajar paralelamente tanto con los padres como con los hijos permite la continuidad de los programas y coloca a los padres, madres y tutores como co-responsables de los mismos, llamándolo trabajo desde una perspectiva comunitaria.

Esta autora trabajó durante cuatro meses, llevando a cabo dos talleres de sexualidad, uno para 15 jóvenes adolescentes, de entre 16 y 25 años, y el otro para 20 padres y madres. Los requisitos para que pudieran participar en los talleres fueron: que la discapacidad del joven permitiera un nivel aceptable de participación y que requiriera pocos elementos de apoyo, otro criterio fue que los padres y docentes los hubieran considerado con problemas sexuales.

Para ambos casos, se aplicaron cuestionarios antes de iniciar la intervención. Con los jóvenes, se aplicaron dos cuestionarios, uno con información general de la familia y otro sobre conocimientos de la sexualidad; con los padres, se aplicó una escala de actitudes ante la sexualidad de sus hijos con discapacidad, además, se realizó una entrevista para evaluar aspectos psicológicos, emocionales y sexuales.

Los objetivos para el taller se centraron en que los padres se sintieran corresponsables de la educación sexual de sus hijos e hijas, generar en ellos mismos una disposición al cambio, reducir el nivel de ansiedad, ayudar a aceptar la sexualidad de sus hijos y ayudarles a construir metas realistas para ellos en el terreno sexual.

Previamente a la aplicación del taller, se propusieron diferentes espacios de comunicación. Uno de ellos fue de padre a padre, en el cual se compartieron problemáticas y soluciones. Según Olivier, este intercambio permitió que los participantes se hicieran conscientes de las posibles alternativas y que disminuyera su sensación de soledad al constatar que otros padres habían pasado por situaciones similares y que encontraron una alternativa. Otro espacio de comunicación fue entre hijos y padres, y también se abrió un espacio en donde parejas con discapacidad intelectual se casaron o vivían juntas, compartieron su experiencia, comentando los obstáculos a los que se habían enfrentado y cómo los habían solucionado.

Una vez que proporcionaron esta información y que los padres tomaron conciencia de su corresponsabilidad, se procedió a solicitar la firma del consentimiento informado. Posteriormente, se llevó a cabo la fase de entrevista y evaluación de la sexualidad. Para la evaluación, aplicaron escalas verbales y no verbales para valorar debidamente los casos en los que existían problemas de comunicación verbal.

Por último, tuvo lugar la realización del taller, el cual fue dirigido por dos personas, aunque no se especifica qué tipo de profesionales lo realizaron. Una



vez terminada la aplicación del taller, se llevó a cabo un seguimiento, en donde cada semana a lo largo del taller realizaron una reunión con los padres para comentar cambios que habían observado en sus hijos, explicando por qué estaban sucediendo. Además, formaron dos grupos, un grupo de autoayuda para padres y madres, en donde fomentaron la consolidación de lazos entre los mismos padres para apoyarse en el futuro, y el otro grupo fue especialmente para chicos con discapacidad llamado “grupo de autogestores”, en donde realizaban actividades pertenecientes a su rango de edad.

Los resultados, se analizaron a partir de las escalas y entrevistas realizadas a los padres de familia, con el fin de constatar algún cambio en las actitudes, se observó que los padres asumían las actitudes y deseos de sus hijos con mayor apertura. Las escalas y las entrevistas les permitieron explorar acerca de la aceptación de la discapacidad en sus hijos, en algunos casos la autora se encontró que aún no la habían logrado aceptar y asimilar, por lo que canalizó a psicólogos.

Por otra parte, Olivier afirma que los contactos de padre a padre fueron sumamente valiosos para disminuir angustias, abatir el sentimiento de soledad y de desesperanza y visualizar alternativas prácticas. Asimismo, los contactos de hijos y padres con los testimonios de otros jóvenes con discapacidad permitieron romper el estereotipo de que sus hijos no pueden ser responsables de sí mismos, así como reflexionar, sin sentirse atacados, sobre las formas sobreprotectoras que emplean, cómo afectan a sus hijos y qué pueden hacer para disminuirlas.

Olivier puntualiza una serie de recomendaciones para todo aquel profesional que le interesa trabajar con la población que atendió. Entre tales recomendaciones se encuentran tener a los padres de familia y tutores como elementos fundamentales en el trabajo, también recomienda al profesional crear un espacio catártico para los padres, en donde puedan expresar sus sentimientos respecto a la sexualidad de sus hijos. Aunque esta última recomendación no la fundamenta ni explica que sería conveniente que este tipo de actividades se lleven a cabo con la participación de un psicólogo que pueda prevenir o manejar alguna

crisis en uno o varios padres. Otra recomendación que es importante destacar, es que los profesionales deben estar claros acerca de sus propias actitudes respecto a la sexualidad en general y respecto a la de las personas con discapacidad, ya que ello determinará la manera en que orientarán el trabajo. También, recomienda trabajar con grupos no mayores de 15 personas y procurar que el tipo y nivel de discapacidad sea lo más homogéneo posible entre los participantes.

Olivier (2006) concluye su reporte señalando que la preparación en los profesionales de la salud y la educación es muy importante, porque en ocasiones, más que orientación, se proporciona desorientación, si se desconocen los temas que los padres indagan acerca de la sexualidad de sus hijos. Por último, los temas que recomienda abordar en los talleres son: autodeterminación, autoestima, calidad de vida, dignidad, aspectos afectivos, comportamientos sociales adaptativos y derechos humanos.

Pineda y Gutiérrez (2009) realizaron una intervención con un diseño antes-después con grupo de control no equivalente, acerca de los conocimientos de la sexualidad que tienen los familiares de los niños con Síndrome de Down (SD), en el círculo infantil “Zunzún” de la Habana, Cuba. Los participantes fueron 32 niños con SD y sus respectivos padres.

La investigación se constituyó por tres fases. En la fase inicial los autores aplicaron un cuestionario a los padres para constatar el conocimiento de algunos elementos importantes de la sexualidad en ellos mismos, y cómo la manejaban con sus hijos. En la segunda fase, denominada experimental, realizaron tres talleres: 1) ¿Qué es la sexualidad? En donde abordaron la importancia e influencia de la sexualidad; 2) Esquema corporal, abordando identidad de género, características de la sexualidad en edad preescolar, escolar, adolescencia y adultez; por último 3) Sexualidad en niños con el síndrome de Down, en el que proporcionaban consejos y recomendaciones a los padres, se abordaron mitos y prejuicios, y la necesidad de contar con información acerca de la sexualidad en el caso de personas con SD.

En la última fase, aplicaron una prueba de salida para conocer el nivel de preparación que adquirió el padre o la madre asimismo, y con ello, conocer la efectividad de los talleres.

Antes de iniciar la intervención se entregó el consentimiento informado a los padres de la institución y a la dirección del centro, posteriormente se formaron dos grupos, uno control y el otro fue el grupo al que se le aplicaron los talleres, los cuales tuvieron una frecuencia semanal con una duración de tres horas al mes. En ambos grupos se realizaron encuestas como forma de evaluación inicial y al finalizar la aplicación de los talleres se realizó nuevamente otra encuesta.

Los resultados obtenidos revelaron que, después de la intervención, los padres vinculaban más situaciones y conductas de sus hijos con la sexualidad, lo que no ocurría antes de la aplicación de los talleres. Los padres reportaron que, en sus hijos, disminuyeron las acciones públicas como frotarse los genitales, ya que los padres podían proporcionar la orientación adecuada ante este tipo de situaciones. En los padres disminuyeron en gran medida las actitudes negativas ante la demostración de la sexualidad de sus hijos (antes de los talleres regañaban a sus hijos y después de la aplicación disminuyó el regaño, aunque no se menciona si el regaño desapareció).

Como puede observarse, los autores de los programas expuestos, en general, comparten formas de trabajo para abordar temas de sexualidad, y coinciden en diversos puntos. En todas las propuestas y programas aplicados, recomiendan el trabajo en conjunto o -como muchos de ellos la nombran- intervención multifocal, que se refiere al trabajo con la familia y los profesionales, es decir, sesiones únicamente para padres de familia en donde se sensibilicen respecto a la necesidad que tienen sus hijos de ser educados en materia de sexualidad. Por otro lado, sesiones con los profesionales en donde se capacitan y se instruyen para poder abordar las problemáticas que se suscitan. Además, en algunos trabajos de intervención se ha realizado la sensibilización para los profesionales, así como sesiones directamente con las personas que padecen discapacidad, en donde los diversos autores revisados han recomendado

y abordado como temas principales: abuso sexual, autoestima, comportamientos sociales, anatomía masculina y femenina, cambios corporales durante la adolescencia, necesidades sexuales, fecundación, embarazo, parto, métodos anticonceptivos, higiene corporal e infecciones de transmisión sexual.

#### 4.3 Lineamientos para la educación sexual de personas con discapacidad, incorporando a padres y profesores.

Para concluir este capítulo, se exponen diversos lineamientos que pueden servir como guías para la elaboración y aplicación de programas sobre el tema.

Morentin, Arias, Rodríguez y Aguado (2006) exponen una serie de lineamientos para llevar a cabo programas de intervención sobre temas de sexualidad y educación afectivo-sexual con personas con discapacidad. A continuación se exponen las principales pautas que señalan:

- Ser coherentes con la perspectiva actual de discapacidad y asumir un enfoque positivo de la sexualidad.

El desarrollo de programas eficaces de educación afectiva y sexual tienen que estar diseñados desde una perspectiva donde se engloben constructos como el de bienestar, calidad de vida y autonomía, en vez de estar enfocados solamente a evitar y prevenir embarazos; para ello proponen indagar directamente a las propias personas con discapacidad en lo que respecta a cómo viven y sienten ellos su sexualidad, para así potenciar una visión más uniforme.

- La intervención es recomendable que sea multifocal: trabajar con profesionales y familiares.

Según los autores, la eficacia de las intervenciones depende del trabajo dirigido al entorno en donde se desenvuelve la persona con discapacidad. Proponen trabajar principalmente con la familia, en donde realmente sea ésta la que proporcione y propicie las interacciones y encuentros de las personas con discapacidad que tienen a su cargo. Para ello es necesario que todo programa de educación afectiva y sexual contemple varias sesiones para la sensibilización y

formación de los tutores, donde se les brinde información y formación sobre el programa (objetivos, contenidos y metodología), además de sensibilizar y promover actitudes abiertas y positivas hacia la afectividad y la sexualidad.

En lo que respecta a los profesionales como mediadores, transmisores, formadores y facilitadores, es esencial realizar un trabajo previo con los mismos, donde se incluyan actuaciones de sensibilización y de formación, incentivando y motivando a los profesionales a desarrollar programas donde se fomente el desarrollo positivo de la dimensión afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual.

Es indispensable que el profesional cuente con una formación correcta con lo que respecta al tema de afectividad sexualidad en personas con discapacidad, esto ayudará a disminuir las falsas creencias en torno al binomio discapacidad y sexualidad, a transmitir información adecuada a las personas que se les imparte el programa, además de seguir apoyando el desarrollo sexual positivo de las personas con discapacidad. Asimismo deben conocer y manejar las prácticas pedagógicas que deberán dar pauta a una evaluación constante, a fin de valorar su eficacia y contribuir a una mejora continua. Finalmente, previo al comienzo del programa, se recomienda llegar a un consenso entre padres y profesionales en cuanto a la información que se pretende brindar a lo largo del programa, qué criterios educativos seguir, qué actitudes y prácticas sexuales son las más adecuadas, qué lugares y momentos son los adecuados.

- Planificación estructurada y sistemática.

Para que los programas de intervención sean eficaces, es fundamental que estén estructurados y sean sistemáticos, los autores proponen que la información se debe presentar de manera que facilite su comprensión, contemplando que el programa va destinado a una población concreta, por lo cual los objetivos y contenidos deben estar adaptados a sus capacidades, intereses, motivaciones, experiencias, expectativas, necesidades de apoyo y actitudes, además de seguir en la medida de lo posible una secuencia progresiva de dificultad y flexibilidad. Los

contenidos, por su parte, además de ser necesariamente coherentes con los objetivos, deberán referirse no sólo a conocimientos, sino también a actitudes, acorde al el colectivo con el que se pretende trabajar.

Respecto a la metodología, debe ser activa y participativa, adaptada y flexible, que facilite la creación de grupos homogéneos, las actividades de relación y participación grupal, los espacios abiertos y flexibles a la discusión, la comunicación abierta, el debate, el entrenamiento en habilidades interpersonales, la búsqueda autónoma de información o la lectura grupal. Todo ello, apoyado con una serie de técnicas cognitivo-conductuales, tales como: instrucción verbal y gestual, modelado, role-playing, feedback, reforzamiento y generalización, es conveniente recurrir a tareas para casa para que el programa se concrete de manera real y práctica en sus vidas.

En la programación de la metodología, es oportuno considerar que los profesionales deben estar familiarizados con las técnicas y estrategias metodológicas a utilizar, las propuestas pueden ser planificadas individualmente o en grupo- Es necesario que se cuente con evidencia de los conocimientos adquiridos, asimismo que se proporcione material accesible para las personas con discapacidad, para que ellos lo puedan ir guardando en su propio cuaderno sobre afectividad y sexualidad, y recurran a éste si es necesario, además de tomar en cuenta trabajar objetivos mediante la elaboración de tareas en casa involucrando la participación de los tutores, lo cual favorece la generalización y transferencia de los aprendizajes. De esta manera Moretin et al. (2006) recomiendan que el programa incluya un amplio repertorio de posibles actividades, la aplicación de las mismas dependerá del nivel de consecución de las personas con las que se trabaje.

Por ejemplo, en la planificación deben especificarse una serie de características como el establecimiento de los grupos, los cuales no deben ser ni excesivamente heterogéneos ni numerosos; debe haber planificación de los recursos disponibles, material diverso y flexible, establecimiento de número de sesiones y de los horarios, determinación de los profesionales que lo van a llevar a

cabo, consideración de un lugar de reunión para comentar el desarrollo del programa entre los profesionales. Es recomendable que el contenido de estas reuniones sea registrado y sistematizado, asimismo, debe acudir un técnico responsable del programa, a fin de orientar a los profesionales, ayudarles y coordinar las actuaciones.

- Evaluación de las intervenciones.

Por último, Moretin et al. (2006) mencionan que una cuestión fundamental para el desarrollo de programas eficaces es la evaluación y auto-evaluación, las cuales deben ser continuas ya que son la garantía de que la organización, el servicio y el profesional se ajustan permanentemente a las necesidades de la persona y a las del entorno. Además, permite valorar el cumplimiento de los objetivos, las desviaciones que se han producido, así como las medidas a adoptar para mejorar los procesos de trabajo; asimismo, es la base para conocer y comprobar el grado de satisfacción de los participantes, y las necesidades y dificultades manifestadas por los profesionales. No debe dejarse de lado que el propio programa debe someterse a evaluación, valorando la adecuación de las actividades con los objetivos y contenidos propuestos.

Para lograr lo anterior, se debe realizar una evaluación inicial (previa a la intervención educativa), que incluya el diseño y utilización de un cuestionario que pueden aplicar y registrar los profesionales. También se requiere una evaluación de proceso y una final, donde se observe el grado de consecución real de los objetivos que se van a trabajar. Para poder llevar a cabo la evaluación (inicial, procesual y final), los autores recomiendan el diseño de registros sistemáticos (individuales y grupales), adaptados a las posibilidades y la realidad de cada centro.

También UNICEF (2011) elaboró un documento denominado “Enseña Sexualidad”, donde marca una serie de pautas y propuestas educativas para personas con discapacidad, en este caso, de tipo auditivo.

La propuesta se basó en un modelo llamado holónico de la sexualidad, el cual considera elementos para definir la sexualidad y organizarla de forma esquemática para diseñar programas educativos. Estos elementos o subsistemas de la sexualidad (holones) pueden aplicarse a diversas metodologías de estudio: antropológica, sociológica, psicológica y biológica.

En esta propuesta, los contenidos de los talleres se planean respetando las etapas del desarrollo psicosexual de niñas, niños y jóvenes, aunque recomiendan contemplar la flexibilización del programa de intervención. Los temas que proponen trabajar en este documento revisado son: cuerpo (reproductividad), placer (erotismo), amor (vinculación afectiva) e identidad (género). Cada uno de estos temas, lleva impreso cada uno de los holones, lo que según este documento, permite abordar la sexualidad de una manera integral y no sólo como un hecho biológico. La propuesta señala que cuando se consideran sólo los aspectos biológicos se cae en el error de centrar los esfuerzos únicamente en la prevención de los embarazos, de ITS y de abuso sexual, olvidando aspectos psicológicos y sociológicos importantes.

Esta propuesta expone un abordaje de la sexualidad de forma integral, en el cual no sólo se preocupe por la adquisición de conceptos y técnicas sino también trabajar la parte emocional, social y educativa. Asimismo, expresa que educar en sexualidad es la oportunidad de incorporar la dimensión sexual a cada vida, de forma placentera y saludable, enriquecedora, libre, elegida y sin violencia.

La propuesta incluye realizar talleres que se lleven a cabo por grupos de edades: de 6 a 10 años y de 11 a 18 años; para cada uno de los talleres se asignaron temas, para ser abordados de acuerdo a la etapa del desarrollo sexual de los participantes, por ejemplo:

- Taller para niños de 6 a 10 años: derechos de los niños, estructura corporal, aceptación y valoración del cuerpo, lazos afectivos, ¿qué es el amor?, ¿Qué es la fecundación?, género, prevención del abuso sexual, entre otros temas.



- Taller para jóvenes de 11 a 18 años: cambios físicos en la adolescencia, función de los órganos sexuales, rol, identidad de género, métodos anticonceptivos, ITS, entre otros temas.

La organización y aplicación de los talleres fue compleja y de años de trabajo para la UNICEF (CTAC, 2013), y a pesar de estar basado en llamado modelo holónico de la sexualidad, para la aplicación de los talleres también se valen de otros modelos educativos para abordar temas muy específicos (como la violencia, en el cual aplican el modelo “ecológico”). Como metodología, utilizan la nombrada socio-afectiva y vivencial, que consiste en facilitar el acceso a los conocimientos (considerando que las personas con discapacidad auditiva son una población con dificultades en el lenguaje oral y escrito), la cual, según los autores del programa, fue una forma para promover cambios, dado que la intención fue informar y formar.

La metodología que utilizaron consiste en jugar mientras se aprende, esto a través de juegos vivenciales, dramatizaciones, juegos de rol y simulaciones; y esta metodología, según los autores, es muy enriquecedora porque el que juega respeta a las personas dentro del otro grupo y busca llevar una convivencia más justa, solidaria y respetuosa en la sociedad. Los autores reportan que fue un trabajo complicado, pues sólo el hecho de protagonizar y tomar decisiones, era un gran reto para la comunidad, pues en esta comunidad con discapacidad auditiva siempre hay un adulto que decide, y que no siempre comprende lo que se le dice en señas.

A pesar de las dificultades, este reporte indica que los juegos ofrecieron un espacio protegido para experimentar y para que los participantes pudieran adquirir todo tipo de habilidades sociales, como la comunicación efectiva y la toma colectiva y consensuada de decisiones. Lograron influir positivamente en las conductas, actitudes, habilidades y conocimientos, congruentes con la promoción y defensa activa de los derechos humanos. Esto se logró a través de diversas adecuaciones que realizaron, tanto en material como en contenido; por ejemplo se

elaboró un conjunto de DVDs, en los que el personal encargado de dirigir el taller se apoyaba para explicar ITS y métodos anticonceptivos, y otros temas.

Los autores recabaron evidencia de lo realizado durante el uso formativo de diversos DVDs; se dieron a la tarea de grabar algunas preguntas y explicaciones que los mismo participantes emitían, así como las actividades de resolución de problemas en juegos de roles, lo que sirvió como forma de evaluar la información que ya se había impartido y adquirido en el taller.

Por último, cabe mencionar que el diseño de diversos materiales que respondieran a las propias necesidades de sus participantes, tuvo efectos positivos en su desarrollo; asimismo, las madres reportaron que sus hijos recurrían a dichos materiales para repasarlos, comentarlos y compartirlos.

De esta propuesta aplicada por UNICEF, es importante destacar las adecuaciones que se realizaron para cubrir las necesidades de la población con discapacidad auditiva a la cual dirigieron su taller. Si no se hubieran realizado dichos ajustes quizá el taller hubiera carecido de atracción para los niños y jóvenes, ya que el principal elemento que incorporaron a sus materiales fueron imágenes, por lo que fue un recurso atractivo e innovador, que incluso puede ser utilizado y entendible para personas con o sin discapacidad, formado así una sociedad incluyente.

Para finalizar este capítulo, es preciso subrayar que la mayoría de los autores coinciden en la aplicación de talleres, tanto para padres de familia como para los jóvenes con discapacidad y a los profesionales que trabajan con esta población. Sin embargo, sólo UNICEF hace explícito el aspecto de la adecuación de material didáctico. Esto es un punto importante porque, la mayor parte del material de que se dispone para la educación sexual de niños y jóvenes está diseñado para personas sin discapacidad, por lo que no es adecuado, en el sentido educativo, presentarlo a las personas con discapacidad, lo cual implica mayores limitaciones para su educación sexual.

También debe recalcarse la importancia de la evaluación porque, como se observa en las exposiciones de los diferentes programas, no siempre se presentan evidencias claras que permitan comprobar qué tipo de cambio hubo después de la aplicación de un programa de educación sexual en los padres, los profesionales y/o los propios individuos con discapacidad.

Por otro lado, aunque los autores no lo mencionan directamente, lo dejan ver sutilmente en sus recomendaciones, la preparación de personal para exponer estos temas, de la misma forma es importante no sólo dirigir el programa de intervención en lo que se refiere únicamente al desarrollo físico y la adquisición de conceptos, la sexualidad va más allá de eso, como comprenderla a nivel afectivo, social y también orgánico.

Las propuestas de UNICEF y de Moretin y colaboradores parecen ser las más completas, porque abordan: aspectos integrales de la sexualidad, participación de los principales actores, la evaluación sistemática (antes, durante y después de la intervención), la programación por objetivos y actividades graduadas en dificultad, así como la adecuación de materiales a las necesidades de las personas con discapacidad.

Teniendo en cuenta los lineamientos que los diversos autores proponen, en el siguiente y último capítulo se realizarán algunas recomendaciones para abordar la sexualidad con padres de personas con discapacidad, en donde se compilarán técnicas, estrategias y metodología que en las propuestas ya revisadas han funcionado, y así exponer las características que deben adoptarse en un taller para que éste sea eficaz.

## CRITERIOS A CONSIDERAR PARA PLANEAR E IMPARTIR UN TALLER SOBRE SEXUALIDAD DIRIGIDO A TUTORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

En este quinto y último capítulo se trabaja exclusivamente con los elementos básicos que se deben considerar para planear e impartir un taller de sexualidad dirigido a tutores de personas con discapacidad, con el objetivo de que el profesional sea capaz de desarrollar habilidades didácticas, para combinar diferentes elementos de manera que sus sesiones cumplan satisfactoriamente los objetivos.

Asimismo, en este capítulo se resumen los pasos importantes para realizar de forma ágil, eficaz y completa la organización del taller, con la intención de ayudar a los profesionales –en este caso el psicólogo-, brindándoles técnicas y algunas características para la realización de un buen taller, contemplando lo que los padres de familia demandan y requieren. Las técnicas y características de la propuesta que se desarrollan en este capítulo son fruto de la información revisada en capítulos anteriores, en donde ya se ha descrito cómo algunos profesionales no han concluido los talleres de forma satisfactoria, debido a que los padres dejan de asistir o simplemente los objetivos no se cubren durante el desarrollo del mismo, y también es en base a la experiencia, ya sea académica o profesional.

La propuesta surge, además de observar repetidamente la inconsistencia en los talleres, de la necesidad de la educación sexual. Si bien actualmente es la “era de la información”, debido al fácil acceso a internet y a los navegadores, aún sigue habiendo personas que desconocen la importancia de la educación sexual en el desarrollo integral de una persona con o sin discapacidad, además de no verla en su totalidad. Aunado a esto, la educación sexual en México ha sido deficiente, en el sentido de que la información que se ha proporcionado únicamente ha sido dirigida para personas sin discapacidad, excluyendo a quienes tienen una necesidad muy grande de información. De acuerdo a lo revisado en

capítulos anteriores, las personas con discapacidad no están exentas de desarrollar su sexualidad, sin embargo, cuando reciben información –en el mejor de los casos- ésta ha sido encaminada únicamente hacia el desarrollo orgánico. Como se ha señalado, la sexualidad no sólo tiene que ver con el desarrollo físico y los procesos orgánicos por los que pasan todos los seres humanos, también tiene que ver con la forma de relacionarse con los iguales, con la amistad, y con la salud tanto psíquica como física (Cortéz y Gutiérrez, 2009).

La importancia de la educación sexual radica en la salud integral del ser humano, en la información precisa para evitar mitos y problemas sanitarios como los embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), y otros problemas de índole social y psicológica.

Por todo lo anterior, es importante enfatizar que una propuesta para un taller de sexualidad debe ser flexible, en el sentido de que se pueda ajustar a las necesidades y enfoques de cada profesional, por ejemplo, cada profesional podrá disponer o adjuntar características a su propio taller, también va a depender de los temas que se desarrollen en el mismo. Es una propuesta y no un criterio a cumplir, la intención es que los talleres que se ofrezcan sean de calidad, lo cual permitirá el progreso continuo.

Los pasos a seguir para la realización de un taller pueden ser conocidos por diversos profesionales, sin embargo, muchos de ellos (Olivier, 2006; Vallin, 2011; Ordoñez 2006 y Morales, 2012) no han cubierto sus objetivos debido a diversas situaciones, se han desviado del objetivo principal, se han enfrentado con dificultades en el desarrollo del mismo: como inasistencia, poca participación, entre otras. En esta propuesta no se pretende cambiar la teoría, únicamente se pretende brindar aquellas características que no deben olvidarse en la organización de un taller, se enfatizará en lo que se recomienda tomar en cuenta para el desarrollo del mismo; del profesional depende qué observaciones puede retomar y en qué orden realizarlas.

## 5.1 Recopilación de información y valoración inicial

Este apartado es uno de los más importantes, pues aquí se conocen los datos familiares y la historia clínica de las personas con discapacidad. La importancia de recopilar información reside en la posibilidad de valoración y en la organización del taller, puesto que aportará al profesional las características, las necesidades y las expectativas de la población a trabajar, dicha información es básica para que el profesional pueda conceptualizar y planificar el taller.

La información puede ser recopilada a través de una entrevista a profundidad, la cual consiste en un encuentro entre el profesional y los informantes, y está dirigido a la comprensión de las perspectivas que tienen los futuros participantes, al conocimiento que poseen respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. Las entrevistas a profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Las preguntas que el investigador realiza, van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de los detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio (Taylor y Bogdan, 1987).

Aspectos a considerar para la valoración inicial.

Es relevante que el profesional contemple algunos aspectos a indagar en relación a los padres o tutores en la entrevista a profundidad, aspectos sobre el estado psicológico y afectivo del padre, historia clínica del hijo, conocimientos previos del tema a tratar en el taller, expectativas del mismo, entre otros; es preciso señalar que algunos de los aspectos mencionados no fueron abordados por los autores de los estudios analizados en el capítulo anterior, porque no indagaron, o no lo mencionaron. Al recopilar este tipo de información, el profesional está en mejores condiciones de elaborar un taller de calidad ya que retomará cierta información al momento de planificar el taller.

### 5.1.1 Historia clínica del hijo con discapacidad

En este apartado se recomienda hacer énfasis en la historia clínica del hijo con discapacidad, en primera instancia, porque si se pretende trabajar con una población en específico, podría ser un primer filtro para seleccionar a los participantes, o viceversa podría darse cuenta de la discapacidad predominante dentro del taller, lo cual ayudará a planear de manera estratégica y dinámica las sesiones. Por otra parte, al indagar acerca de las instituciones a las que ha recurrido y los servicios que le han ofrecido para su desarrollo integral, el profesional puede encontrar datos interesantes como el hecho de que los padres – o la persona con discapacidad- hayan asistido a algún otro taller, en relación al tema o no, y así indagar acerca de las características, desempeño y eficacia del mismo.

Algunas preguntas que se pueden realizar para recopilar información, pueden ser:

- ¿Qué diagnóstico le han dado respecto a la discapacidad que padece su hijo? ¿Qué edad tiene actualmente su hijo?
- ¿A qué instituciones ha asistido para la atención de su hijo? ¿Qué servicios le han ofrecido?
- ¿Está incorporado su hijo a alguna institución escolar?
- ¿Su hijo ha participado en algún taller? ¿Cuál?
- ¿Alguna vez ha participado en actividades escolares de su hijo? ¿De qué tipo?
- ¿Ha asistido a algún taller? ¿De qué trató el taller? ¿Hubo algo que no le agradó del taller?

### 5.1.2 Relevancia del estado psicológico y afectivo del padre o tutor

Es fundamental que el profesional trabaje en primera instancia con la familia de la persona con discapacidad, debido a que es la responsable de la formación del hijo con discapacidad. De acuerdo con Sarto (2000), la familia es un sistema de personas unidas y relacionadas por vínculos de afecto y proximidad, además conforman el primer marco de referencia y socialización del individuo, es el núcleo donde se desarrolla una persona con o sin discapacidad.

El profesional, al planear e impartir un taller de sexualidad con padres o tutores de personas con discapacidad, debe tomar en cuenta el estado psicológico y afectivo de los mismos, debido a que puede ser un factor importante dentro del desempeño del taller. Es importante recordar que la llegada de un hijo con discapacidad a la familia causa una serie de reacciones dentro de la misma, Núñez (2003) menciona que la familia que tiene un hijo con discapacidad afronta una crisis, iniciada a partir del momento de la sospecha y posterior confirmación del diagnóstico. Esta autora señala que muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino, por lo que es importante saber si la familia se reacomodó ante dicha situación y cómo lo afrontan actualmente, ya que si no lo ha hecho es importante orientar a la familia hacia el afrontamiento de la situación incitándola a buscar medios, como terapia familiar o terapia individual, o la misma posibilidad de bordar la temática dentro del taller que el profesional está planeando.

En esta misma línea Martínez (2010) señala que hay cierta similitud en las reacciones que las familias muestran ante el nacimiento de un hijo con discapacidad, las familias pasan por las siguientes etapas. En una primera etapa se encuentra en shock o proceso de duelo, en la segunda etapa se procede a la negación, en la tercera se inicia la búsqueda de un culpable, la siguiente etapa es la de negociación y finalmente, llega la etapa de aceptación en la familia. Alcanza cierto nivel de adaptación respecto a la discapacidad de su hijo, adquiriendo nuevas creencias y conductas dirigidas al cuidado y educación de su hijo con discapacidad.



Tomando en cuenta lo mencionado, se propone al profesional averiguar si los padres han llegado al proceso de aceptación del hijo con discapacidad, ya que si no es así, es muy difícil que los tutores tengan expectativas en un futuro respecto a sus hijos. Más difícil aún que los padres pudiesen pensar en la importancia que tiene la educación sexual para sus hijos.

Por otra parte, hay padres que han asimilado la discapacidad de sus hijos, alcanzando cierto nivel de aceptación, adquiriendo nuevas creencias y conductas dirigidas al cuidado y educación de su hijo con discapacidad, pero las actitudes están encaminadas a la sobreprotección, cuidándolos como si fuesen siempre bebés, e impidiendo al niño desarrollarse y crecer desde sus posibilidades (López, 1983, como se citó en León et al., 2003). De esta manera, al ver a sus hijos como bebés, los padres no contemplan que independientemente de la discapacidad que se tenga, la sexualidad acompaña al ser humano a lo largo de toda su vida. Es así como los padres no pueden dejar de lado la importancia de la educación sexual.

Algunas preguntas que se pueden realizar para conocer su estado psicológico de los tutores son:

- ¿Me podría contar cómo fue el desarrollo de su embarazo?
- ¿Cuándo se enteró de la discapacidad de su hijo?
- ¿Me podría describir acerca de los sentimientos y pensamientos que experimentó en aquel momento?
- ¿Ahora podría describir la situación en una sola frase o palabra?
- ¿Buscó ayuda para usted o alguna vez la ha buscado? ¿Cuál fue la razón?
- Ahora que su hijo ha crecido, ¿cómo se lo imagina en 5 o 10 años? ¿Qué cree que su hijo esté haciendo?

### 5.1.3 Temas de interés de los padres

Es importante que el profesional indague sobre los temas que los padres están interesados en abordar. Muchas ocasiones los padres tienen dudas, sin embargo, no las expresan debido a diversas circunstancias como vergüenza, miedo o rechazo. Por lo que una entrevista a profundidad es una buena oportunidad para interrogar sobre diversos temas y dudas de los padres.

Interrogar acerca de las inquietudes que los padres tienen permite idear la manera de incorporar estos temas en el taller y abordarlos. Es importante tomar en cuenta las opiniones y demandas de los padres o tutores, seguramente esto hará que tengan confianza y se expresen con mayor seguridad en el taller, provocando así una dinámica de confianza, respeto y empatía dentro del mismo.

Algunas preguntas recomendadas pueden ser:

- ¿Qué tipo de inquietudes tiene actualmente respecto a la sexualidad de su hijo?
- ¿Qué le gustaría que se aborde en el taller?
- ¿Por qué le interesa ese tema?

### 5.1.4 Expectativas en relación a la impartición del taller

Este último punto es primordial, la información que proporcionen los padres es relevante para la conceptualización del taller, debido a que indicarán algunas de las inquietudes y demandas que los padres esperan satisfacer. Muchos profesionales realizan este tipo de preguntas al término de su taller, tal como lo hizo Careaga (2010), pero es importante realizarlas antes. En algunos casos, los profesionales ya tendrán planeado el taller, pero aún así es recomendable que se tomen en cuenta las opiniones e inquietudes de los padres de familia, esto proyectará el interés del profesional hacia el padre de familia, además facilitará el cambio de actitudes de los padres de familia. Según Candelo et al. (2003), las

personas superan la resistencia frente al cambio cuando sienten la posibilidad de usar lo aprendido de inmediato en la vida cotidiana.

Es importante reiterar que los talleres para padres de hijos con discapacidad tienen características particulares, como ya se ha mencionado, los padres de hijos con discapacidad enfrentan una situación que rompe con sus expectativas respecto al hijo que esperaban, generando en ellos una serie de reacciones emocionales, además de que a lo largo del ciclo vital del hijo con discapacidad hay momentos críticos que acentúan la ansiedad de las familias: al darse el diagnóstico, al entrar el niño en el colegio, en la crisis adolescente, al terminar la escolaridad y afrontar la transición a la vida adulta (Gil, 2010). Es así que los padres de hijos con discapacidad atraviesan por etapas o estados de reacción caracterizados por la ansiedad y el rechazo hacia la situación de sus hijos, y por ello el profesional que trabaje temas de sexualidad con padres de hijos con discapacidad tiene una tarea ardua y esencial, que debe afrontar con responsabilidad y compromiso, para así impartir un taller de calidad.

## 5.2 Planificación del taller.

Una característica clave e inicial para la realización de un taller es la planificación del mismo, puesto que la organización y sistematización ayudará y simplificará el proceso de una evaluación posterior.

En este momento, el profesional ya tiene la información necesaria para iniciar la planeación pues ya vislumbra algunas características de su población, esto debido a la recopilación de información, por lo tanto, el paso siguiente es la planeación de objetivos.

### 5.2.1 Selección de información.

La selección de información es un apartado importante, pues el profesional debe decidir qué tipo de información abordará dentro del taller. Existen dos fuentes principales para detectar necesidades en la población, una es la revisión de la literatura (que ha probado la necesidad de impartir información sobre temas

de sexualidad en personas con discapacidad, y el hecho de que han sido poco abordados), y la segunda vía es la detección de necesidades directamente en la institución (observando y preguntado al grupo de tutores que asisten a la institución). Ambas son útiles y permiten al profesional tomar mejores decisiones.

Es importante señalar que, con frecuencia, los temas de un taller de esta naturaleza se derivan de manera “natural” por las características de la problemática. Es decir, casi siempre las inquietudes que los padres de familia expresaron en la valoración inicial, se relacionan estrechamente con los grandes problemas que se reportan en la literatura. Entre los temas recurrentes suelen estar, por ejemplo, el abuso sexual y cómo evitar conductas sexuales públicas, aunque los temas de aborto y salud sexual no deben soslayarse. Los temas pueden ser muy diferentes, sin embargo se puede tomar una sesión explicando lo más importante acerca del abuso sexual, y en otra sesión se puede abordar sobre otras inquietudes, o bien el profesional puede decidir dejar la última sesión para ahondar en todas aquellas dudas que el tutor posea para así aclararlas y compartirlas con los demás tutores.

También es importante no olvidar el enfoque integral de la educación sexual. No es que sea menos importante el desarrollo y procesos orgánicos, sin embargo, dar una educación sexual integral en donde se contemple la forma de relacionarse con el otro, la amistad, la autoestima y los roles sociales, permitirá contribuir en una cultura de respeto y comunicación.

Independientemente del tema que el profesional aborde en su taller, es importante que la información esté actualizada. Por ética profesional, la información debe ser veraz, confiable, de fuentes seguras, claras y apropiadas para los tutores. Una buena recomendación, es que el profesional complemente muy bien su taller con opiniones diferentes, quizá podría invitar a un médico para que exprese su punto de vista desde su profesión, este tipo de complementos en el taller hace que el trabajo no sea rutinario y aburrido.

### 5.2.2 Planeación de objetivos

Ahondando en lo señalado, autores como Silva y Suárez (2011) y Morales (2012) han propuesto trabajar la sexualidad de las personas con discapacidad más allá de aspectos relacionados con los órganos sexuales. Mencionando que la sexualidad tiene que ver con la forma de relacionarse, con la amistad, la comunicación, y muchos temas de convivencia social. Sin embargo, al revisar las propuestas y contenidos reportados, los estudios dirigidos a padres de familia terminan abordando temas como: identificación de conductas sexuales inadecuadas en sus hijos (haciendo referencia a evitar conductas inapropiadas públicas), prevención del abuso sexual, importancia de los derechos sexuales y la salud reproductiva de las personas con discapacidad (incluyendo métodos anticonceptivos), entre los principales temas.

Es decir, en los reportes se justifica una visión de sexualidad holística, pero cuando se organiza el taller se pierde de vista lo descrito y se enfatiza únicamente en un desarrollo orgánico. Por ejemplo, Morales (2012) se plantea como objetivo que los padres obtengan las bases conceptuales y las herramientas necesarias para orientar a sus hijos y brindarles información clara, adecuada y confiable acerca de temas relacionados a la sexualidad, sin embargo, sólo se proporciona información teórica acerca de métodos anticonceptivos, características de la sexualidad, entre otras cosas. Asimismo, se observa que no se hace referencia a cómo es que los padres de familia pueden obtener herramientas para orientar a sus hijos en el tema de sexualidad, y que la aplicación de los talleres suele ser muy corta, sólo se trabaja con los padres de familia durante algunas sesiones.

Considerando este tipo de inconsistencias, se sugiere tomar en cuenta las siguientes recomendaciones para la realización de talleres:

- Objetivos claros:

Claridad hace referencia a que la idea que se intenta expresar o que se pretende abordar se entienda perfectamente. La claridad en los objetivos es la

base de todas las demás actividades que se desarrollan a lo largo de las sesiones. Estos objetivos deben plantearse a corto y a largo plazo.

- **Objetivos realistas:**

Realista hace referencia a que los objetivos deben ser totalmente alcanzables. Los objetivos pueden ser determinados gradualmente para poder alcanzar un objetivo general. Una vez descritas las características principales de los objetivos, es hora de centrarse en los mismos, pero de una forma más concreta, dividiéndolos en objetivos particulares y generales.

Los objetivos generales son aquellos que se pretenden conseguir a largo plazo y los objetivos particulares, son aquellos se pretenden alcanzar a corto plazo, es decir, al término de cada una de las sesiones (Flores, 2010). Es importante establecer un periodo de tiempo para cubrir y lograr cada objetivo deseado. Tomando en cuenta el tema que se sugiere como base para cualquier taller (importancia de la educación sexual), a continuación se ejemplifican objetivos generales y particulares.

**Objetivo general**

- Los tutores de personas con discapacidad, al término del taller, identificarán los elementos que conforman una educación sexual integral (no sólo aspectos biológicos, sino la importancia que tienen las relaciones sociales, la salud sexual, la prevención de problemas sexuales y la autoestima).

**Objetivo particular a modo de ejemplo:**

- Los tutores de personas con discapacidad identificarán la relación de la autoestima con diversos aspectos de la sexualidad.

### 5.2.3 Primer borrador del taller:

Una vez planteados los objetivos del taller, es importante que el profesional elabore su primer borrador del taller (Candelo et al., 2003), mediante una carta descriptiva donde establezca los contenidos que se trabajarán, las técnicas que se utilizarán, el orden de los contenidos, el tiempo dedicado a cada uno de ellos, el material a ocupar y la manera en que se evaluará el aprendizaje de cada uno de los contenidos. Es así que el primer borrador del taller consiste en un esbozo ordenado de la estructura y la articulación de sus momentos y contenidos, que será de utilidad a la hora de coordinar el taller, llevar adelante la planificación, y asimismo para tomar decisiones en cuanto a cambios o ajustes dentro de la planificación.

#### 5.2.3.1 Estrategia didáctica

Hay elementos estratégicos que el profesional debe considerar para el buen funcionamiento del taller, para que este aporte los elementos necesarios y así crear un ambiente en donde los participantes se sientan motivados a continuar asistiendo, entre los que se encuentran:

- *Duración de las sesiones*

Se recomienda que el profesional tome en cuenta los siguientes aspectos al momento de delimitar el número de las sesiones y la duración de las mismas:

- Los objetivos a cumplir
- Las características de los participantes
- La institución que presta las instalaciones
- Las fechas festivas que pudiesen atravesarse

Es recomendable que la duración por sesión no sea más de una hora y media, debido a que es difícil que los participantes del taller mantengan la

concentración y la atención durante más de ese tiempo, si fuese el caso se recomienda un pequeño receso.

Si el profesional tiene los objetivos claros con respecto a saber en cuantas sesiones concluirá todos los temas, es factible que pueda organizar de forma eficiente cada una de las sesiones y no deje temas sin concluir y que esto poco a poco lo vaya retrasando y así deba modificar obligatoriamente la estructura que en un principio creyó tener establecida.

- *Ambiente físico*

Es necesario que se conozca previamente el lugar donde se realizará el taller, el espacio, las condiciones de iluminación y acústica, si existen o no instalaciones eléctricas y su distribución, el horario de disponibilidad del salón a utilizar, así como los materiales y el equipo técnico.

Es importante la organización y disposición del espacio donde se trabajará debido a que este determinará de algún modo el desempeño e interacción del profesional y los participantes. Al organizar el espacio se recomienda realizar la distribución de las personas en un círculo o media luna, debido a que permite una disposición, los participantes del taller pueden observarse mutuamente, y las participaciones pueden ser atendidas por todos. Aunque el profesional es libre de acomodar y reacomodar su espacio de trabajo.

- *Actitud del terapeuta*

Retomando a Morentin et al. (2006), se requiere considerar que los profesionales pueden ser mediadores, transmisores, formadores y facilitadores; por ello, es esencial que cuenten con la formación adecuada para abordar temas de sexualidad en personas con discapacidad. Se recomienda que el profesional se capacite y esté a la vanguardia, contando con información actual en lo que respecta a sexualidad y discapacidad, ya que ayudará a disminuir las falsas creencias que existen en torno a la sexualidad y de esta forma transmitir información adecuada a las personas a quienes se les imparta el programa.



Es así que las actitudes del profesional son tan importantes como los contenidos o temas que se trabajarán, son un factor crucial para crear un ambiente dinámico y enriquecedor dentro del taller, es por ello que el profesional debe escuchar lo que los participantes demandan, a su vez debe ser respetuoso y tolerante, comunicándose siempre con un lenguaje claro y sencillo, para que sea entendido por todos los participantes, con un tono de voz adecuado. Además debe propiciar relaciones horizontales entre todos los participantes, así como una participación activa de la mayoría de las personas. De esta manera el profesional debe contar con los conocimientos y habilidades para dirigir, organizar, orientar y capacitar a los padres, a las personas con discapacidad y a los profesionales, acerca del tema de la sexualidad, llevando a cabo un papel activo que le permita promover y crear las condiciones técnicas, didácticas, grupales, emocionales y comunicativas para que se logre un aprendizaje significativo.

Se recomienda que el profesional realice una revisión de información y estructure su propia definición de sexualidad, con el objetivo de que tenga su propia postura acerca del tema. El profesional debe tener conocimiento amplio acerca del tema que se abordará, es válido que si se desconoce sobre algo en específico se comprometa con el tutor e investigar, con este tipo de actitudes se le brindará al tutor confianza y apoyo.

También, es importante que el profesional logre obtener la mayor confianza de los participantes, pues esto permitirá tener un panorama más amplio para conocer la situación en específico y determinar si requiere orientación psicológica individual. La confianza la puede obtener siendo empático con el padre de familia, comprendiendo al padre de familia y siendo flexible.

Debido al tipo de conocimientos que el psicólogo adquiere a lo largo de su proceso de formación, es uno de los profesionales más capacitados para impartir un taller para padres de hijos con discapacidad en lo que respecta al tema de sexualidad, por lo que su trabajo es ilimitado dentro de esta labor, ya que las actividades que el psicólogo debe realizar van desde los puntos más sensibles de

la organización y la planeación, hasta la capacidad de manejar correctamente aspectos inesperados a lo largo del taller.

Es por ello que el profesional debe llevar a cabo una correcta planificación, con el fin de tener las herramientas necesarias para ser competitivo en aptitudes y habilidades contra otros profesionales, y saber qué acciones emprender si existe algún imprevisto que afecte potencialmente el taller y ponga en riesgo el cumplimiento de los objetivos que se desean alcanzar, ya que si no se cuenta con recursos para estos imprevistos el taller se puede ir en declive.

#### *El uso de técnicas y dinámicas*

Para que el trabajo dentro de los talleres sea más efectivo, es necesario que el profesional organice los recursos, para realizar las actividades de aprendizaje, para ello se utilizan determinadas técnicas de enseñanza y aprendizaje, las cuales hacen alusión al recurso didáctico para concretar la metodología del taller en la realización del aprendizaje.

De acuerdo con Fernández (2005), las técnicas didácticas son el apoyo organizado por el profesional, a través de las cuales pretende cumplir sus objetivos, también son mediaciones y como tales, tienen detrás una gran carga simbólica relativa a la historia personal del profesional: su propia formación social, sus valores familiares, su lenguaje y su formación académica; también forma al profesional su propia experiencia de aprendizaje en el aula.

Las técnicas didácticas se conciben como el conjunto de actividades que el profesional estructura para que el alumno construya el conocimiento, lo transforme, lo problematice y lo evalúe. De este modo, las técnicas didácticas ocupan un lugar medular en el proceso de enseñanza aprendizaje, son las actividades que el profesional planea y realiza para facilitar la construcción del conocimiento, es así que el profesional debe tener en cuenta que las técnicas que elija serán la clave para crear un ambiente agradable para la adquisición del aprendizaje que propicie la motivación de los participantes a seguir asistiendo al taller.

Asimismo, es importante evitar errores que otros profesionales han cometido, como limitarse a técnicas expositivas, explicativas y de participación, lo cual puede ser un factor de riesgo para que los participantes se vean motivados al caer en la monotonía. Fernández (2005) menciona una serie de técnicas a utilizar, en donde es importante conocer acerca de la gama de posibilidades a escoger en el taller:

- Exposición: consiste principalmente en la presentación oral de un tema; su propósito es transmitir información propiciando la comprensión del mismo. Para ello el profesional se debe auxiliar en algunas ocasiones de encuadres fonéticos, ejemplos, analogías, dictado, preguntas o algún tipo de apoyo visual; el profesional puede usar esta técnica partiendo de una exposición con preguntas, en donde se favorecen principalmente aquellas preguntas de comprensión y que tienen un papel más enfocado a promover la participación grupal. Es la técnica que más se usa en la comunicación verbal para exponer temas de contenido teórico o informativo, proporcionar información amplia en poco tiempo, aplicable a grupos grandes y pequeños.
- Debate dirigido: esta técnica se utiliza para presentar un contenido y poner en relación los elementos técnicos presentados en la sesión con la experiencia de los participantes. El profesional debe hacer preguntas a los participantes para poner en evidencia la experiencia de ellos y relacionarla con los contenidos técnicos. Debe guiar a los participantes en sus discusiones hacia el descubrimiento del contenido técnico, objeto de estudio. Durante el desarrollo de la discusión, es recomendable que el profesional sintetice los resultados del debate en palabras clave, para llevar a los participantes a sacar las conclusiones previstas en el esquema de discusión.
- Dramatización: también conocida como socio-drama o simulación. Las técnicas didácticas de actuación son muy empleadas en los grupos, porque permiten desarrollar la creatividad en el tratamiento de un tema. Para la ejecución de la técnica se requiere que dos o más personas que

representen una situación de la vida real con la intención de que sea comprendida y ofrezca elementos para una discusión de grupo. Entre las técnicas de dramatización se encuentran la obra de teatro, el sociodrama y el juego de roles. Las ventajas que tienen al hacer uso de estas técnicas es que favorece la creatividad, los grupos adecuan el tema a su propio lenguaje y espontaneidad, la representación permite una vivencia común a todos los participantes, tratan un tema difícil de abordar, de manera indirecta.

- Estudio de caso: este debe partir de una situación o problema que hay que solucionar. En esta técnica el grupo debe analizar un caso hipotético o real que muestre elementos importantes de un tema y del que pueden surgir conclusiones para ser llevadas a la práctica. En el estudio de caso no se da una solución. Las ventajas que tiene al hacer uso de esta técnica es que se desarrolla un ambiente creativo en el que se pueden dar múltiples soluciones al problema analizado, agrega realismo y se pueden tocar puntos sensibles en el grupo, de manera directa, puede usarse como complemento de otras ayudas didácticas, estimula la comunicación y la manera civilizada de resolver problemas.
- Lluvia de ideas: es una técnica en la que un grupo de personas, en conjunto, crean ideas. Sus principales usos son cuando se desea o necesita obtener una conclusión grupal en relación a un problema que involucra a todo un grupo, cuando es importante motivar al grupo, tomando en cuenta las participaciones de todos, bajo reglas determinadas. Se recomienda usar esta técnica al inicio del planteamiento de alguna sesión de trabajo, se puede integrar a otras técnicas como la expositiva, discusión en pequeños grupos, la persona que coordine la actividad, debe de tener un amplio control del grupo y de alguna manera familiarizado con el problema, aunque no necesariamente.

Es una técnica educativa en la que un grupo de personas expone con completa libertad su opinión sobre un tema o problema, con la intención de

producir la mayor cantidad de ideas originales o nuevas soluciones para el tema o problema planteado.

- Mesa redonda: en esta técnica un grupo de especialistas expone puntos divergentes o contradictorios sobre un mismo tema. Las ventajas de esta técnica incluyen promover el intercambio de ideas y la actitud crítica ante un problema, facilitar la comprensión de diferentes formas de entender un problema o situación, promover el interés del grupo para profundizar sobre un tema, dar a conocer diferentes posiciones sobre un tema, y favorecer el razonamiento. Se puede apoyar con otras ayudas didácticas.
- Lectura comentada: consiste en la lectura de un documento de manera total, párrafo por párrafo, por parte de los participantes, bajo la conducción del instructor. Cada cierto tiempo, se realizan pausas con el objeto de profundizar en las partes relevantes del documento en las que el instructor hace comentarios al respecto. Se recomienda seleccionar cuidadosamente la lectura de acuerdo al tema, calcular el tiempo y preparar el material didáctico según el número de participantes, procurar que lean diferentes miembros del grupo y que el material sea claro, hacer preguntas para verificar el aprendizaje y hacer que participe la mayoría.
- Philips 66: en esta técnica los participantes se dividen en subgrupos de seis personas. Cada persona tiene la oportunidad de exponer su opinión sobre un tema en un minuto. Luego de los seis minutos, se pasa a una discusión plenaria para conocer las conclusiones a las cuales se llegó en cada uno de los subgrupos. Es muy participativa y se logra que todas las personas participantes den su opinión en un lapso corto de tiempo. Las ventajas que tiene esta técnica es que promueve la participación activa y la sistematización, es útil para obtener rápidamente opiniones elaboradas por equipos, acuerdos parciales, decisiones de procedimiento, sugerencias de actividades, tareas de repaso y de comprobación inicial de información antes de tratar un tema nuevo. Se puede usar para indagar el nivel de información que poseen los alumnos sobre un tema. Después de una clase

observada colectivamente (video, conferencia, entrevista, experimento) la misma puede ser evaluada o apreciada en pocos minutos por medio de esta técnica.

Por la naturaleza misma de los talleres, teórico-prácticos, el profesional debe contemplar realizar sus sesiones menos rígidas, rutinarias y tediosas. Para esta situación, las dinámicas de trabajo grupal son imprescindibles para que los alumnos se incentiven y motiven en el aula. Sin embargo, las dinámicas grupales son mucho más que una forma de entretención. Son un importante medio que permite incentivar procesos de participación, expresión e integración. Es un elemento de quiebre con la educación tradicional de corte vertical y solamente expositiva. Implica una forma de aprendizaje más existencial y más en comunión con otras personas y por tanto con otras realidades.

De acuerdo con el Manual para Jóvenes Facilitadores (2011), las dinámicas de grupo son un instrumento de liberación que posibilita un intercambio de experiencias y sentimientos. Conlleva un acercamiento entre personas lo que permite conocer mejor al resto, superar trabas emocionales y sociales, e integrarse a las realidades de otros. Implica también un desarrollo de habilidades de expresión y transmisión de ideas y opiniones, lo que repercute en las capacidades comunicativas de los alumnos. El encuentro que se da en las dinámicas grupales, favorece el diálogo y la generación de climas de confianza y aceptación, lo que hace que sea una buena instancia para tratar temas difíciles, como problemas sociales, éticos, morales, ideológicos o valóricos. Finalmente, ayuda a la formación de una escucha crítica, de sentimientos de empatía, de argumentación, de aceptación de otras realidades y de respeto a la diversidad en los alumnos. Existen varios tipos de dinámicas grupales, dependiendo de los objetivos que se pretendan conseguir. También hay que considerar diversas variables antes de organizarlas, por ejemplo, edad de los participantes, número, espacio, conocimiento entre ellos, etcétera.

Según Fernández (2005), entre los tipos de dinámicas de grupo que se pueden realizar se encuentran:

- Dinámicas de presentación: sirven para romper barreras entre las personas. Buscan crear un acercamiento basado en la confianza de los participantes. No sólo sirven cuando son grupos en los que la gente no se conoce, sino que también pueden ser útiles para romper prejuicios.
- Dinámicas de conocimiento de sí mismo: permiten a los participantes conocer sus propias características ya sean emocionales, psicológicas, o cognitivas. En algunas ocasiones sirven para darlas a conocer al resto del grupo.
- Dinámicas de formación de grupos: permite formar grupos de acuerdo a criterios previamente definidos o al azar lo cual hace más lúdica la tarea a trabajar.
- Dinámicas de estudio y trabajo: facilitan un intercambio de ideas y el análisis de ciertos contenidos, fomentando la argumentación, la síntesis, las conclusiones y la toma de decisiones
- Dinámicas de animación: tienen por objetivo crear ambientes lúdicos y de buen ánimo con el fin de alejar a los participantes del estrés, del cansancio y de la rutina. Pueden adaptarse con el fin de incentivar desafíos que requieran cooperación o adaptación a situaciones diversas.

Es importante que el profesional cuente con todas las herramientas posibles al aplicar cualquiera de las técnicas y dinámicas, siendo estas la vía para crear un impacto en el participante, es por ello la importancia de que contemple todos los recursos posibles como lo son las ayudas audiovisuales.

De acuerdo con el Manual citado, las ayudas audiovisuales son, precisamente, ayudas, recursos o medios como apoyos en presentaciones, exposiciones, clases, etcétera, para comunicar de manera más eficaz el contenido o mensaje de forma diferente.

Así, las personas participantes tienen menos oportunidad de distraerse al poner su atención no sólo a la voz (audición), dado que ponen en juego otros

sentidos, los medios audiovisuales son hasta cuatro veces más poderosos que las palabras solas, y que el uso apropiado de dichos medios puede dar como resultado hasta un 95% de retención de la información a continuación se presentan algunas ayudas audiovisuales a utilizar:

- Rotafolio: este recurso, por su bajo costo, es un medio dinámico para presentar mensajes, se presta para ilustrar y visualizar un tema, explicarlo y resumirlo.
- Audio: los apoyos sonoros son recursos que se han empleado con éxito en los procesos de enseñanza y aprendizaje, sobre todo, como estrategia de entrada y salida en las clases expositivas. Grabaciones, música y hasta sonidos de la naturaleza, son elementos novedosos que sirven de gancho para captar la atención de los participantes.
- Presentación mediante PowerPoint: en la actualidad este es uno de los recursos más empleados, el programa PowerPoint, de Microsoft, permite crear diapositivas y proyectarlas mediante un “cañón multimedia”. Permite que la presentación, además de la riqueza de colores, tenga animación y, si se quiere, sonido.
- Video: el video es un apoyo audiovisual que cada día se hace más accesible y fácil de usar en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se presta para enseñar habilidades manuales y para demostraciones, entre otros usos, con el empleo de las nuevas tecnologías de la comunicación y la información (TIC). Por ejemplo, existen muchas películas, videos y animaciones educativas en sitios como YouTube y en las redes sociales, que son de gran ayuda para iniciar una exposición, una demostración, hacer ver una realidad o para lograr un momento lúdico en el taller.

Hasta el momento se han mencionado algunas de las técnicas, dinámicas y ayudas audiovisuales que el profesional puede utilizar para el desarrollo de su metodología, es por ello que debe ser capaz de saber en qué momento puede



hacer uso de cada una de ellas para ayudarse a cumplir los objetivos de su sesión.

En conclusión, el profesional debe considerar ciertos aspectos para el aprendizaje de los participantes debe crear un ambiente agradable y de confianza, una forma para lograrlo es presentando la información de forma atractiva a través de diferentes formas de comunicación oral, visual, involucrando a los participantes a utilizar el mayor número de los sentidos, para ello debe combinar técnicas, dinámicas y ayudas audiovisuales, es un abanico muy amplio para que en algún momento llegue a ser repetitivo en sus sesiones, siendo así que el profesional tiene los elementos necesarios para no recaer en sesiones rutinarias o tediosas que propician en los participantes distracciones y aburrimiento debido a que las sesiones cuentan todo el tiempo con la misma estructura.

Por otra parte, el profesional puede enriquecer su taller brindando una atención personalizada a los participantes que lo requieran.

#### 5.2.4 Momento individual

El momento individual es otra de las propuestas que se realizan en esta investigación, ya que a través de la revisión se ha encontrado con situaciones que involucran a los padres o tutores en una forma que llama la atención seguir investigando y darle seguimiento. Tales situaciones se describirán a lo largo de este apartado.

Como ya ha sido mencionado en el presente trabajo, el padre de familia suele vivir momentos muy difíciles al enterarse de la discapacidad de su hijo. No obstante, cada una de las familias pasa por procesos diferentes y acepta la discapacidad de diversas formas. Y es importante que el padre de familia trabaje sobre este tema en particular. Invariablemente, el padre de familia o tutor está dedicado al hijo con discapacidad, lo lleva a la escuela (si es que asiste), lo lleva a terapias de rehabilitación, actividades extraescolares, reuniones familiares, visitas al médico y, por si fuera poco, en casa, el padre de familia se encarga de los cuidados especiales que requiere la persona con discapacidad. La total atención,

la absorbe la persona con discapacidad, y el padre de familia descuida hasta su propia persona.

Como parte de la experiencia profesional adquirida en la casa de Asistencia Social “El sol de la casa del pan”, madres de familia han expresado que requieren tiempo para ellas, tiempo para relajarse y para sí mismas, expresan: “... oiga, pues llega un momento en el que usted dice, pues sí hijita, pero yo también quiero respirar y estar un momento sola...” (Madre de una mujer de 35 años que padece epilepsia). Otra madre ha expresado: “...mi hijo me cuestiona acerca de a dónde salgo, incluso me amenaza, que si escucha la puerta y me salgo me va a pegar, y pues la verdad es que ni a la tienda quiere que salga, yo necesito salir un poco porque esta situación me tiene mal, aunque sea a caminar, no sé...” (Madre de una persona con 20 años de edad que padece epilepsia).

Dado lo anterior, el trabajo con padres de hijos con discapacidad no debe tomarse para nada a la ligera y se debe contemplar que requieren apoyo en muchos sentidos, por lo que las recomendaciones serían las siguientes:

- Contemplar en el taller momentos individuales sistemáticos, ya que son padres que desean ser escuchados y atendidos. Su particular carga emocional suele ser bastante fuerte y fundamentada en muchos aspectos que no se podrían abarcar de manera grupal, por lo que se recomienda que los padres que necesiten atención individual se les brinde, o bien se les canalice con algún experto.

Ahora bien, para que el profesional encargado del taller se percate de la necesidad de los momentos individuales u orientaciones psicológicas, es importante que contemple algunos signos de alerta en la valoración inicial, también muchos padres de familia solicitan directamente al profesional la necesidad de la orientación psicológica, o bien el profesional se puede percatar de la necesidad ya dentro del taller ya que mediante la observación del desempeño de los participantes dentro de las sesiones del taller. A continuación se exponen

algunos aspectos a observar, que pueden orientar al profesional para tomar la decisión de asignar momentos individuales u orientación psicológica:

- Algún participante del taller con poca atención y participación
- Un participante desanimado y con conductas emocionales como el llanto
- Identificar claramente a algún participante que manifestó mucha resistencia para interiorizar la nueva información
- Inasistencias e impuntualidad en el taller

Las actitudes antes mencionadas podrían dejar ver un posible factor de riesgo que amerita atención psicológica pues podría desarrollarse algún problema grave como depresión, obsesiones, problemas de pareja, cuestiones legales o médicas; en donde el profesional en la medida de lo posible puede atender o canalizar con algún otro profesional, reforzando así la interacción entre los padres y el profesional, lo que aumenta la confianza y la credibilidad en el trabajo que hace el profesional, los momentos individuales hablan también de un mayor compromiso por parte del profesional hacía los problemas que enfrentan los padres que asisten al taller.

#### 5.2.5 Evaluación y seguimiento

La evaluación dentro del taller es crucial para poder decir que hubo cambios, por tan pequeños que sean los cambios son importantes. De la misma forma es sustancial que se registre y reporten resultados pues a partir de ellos se podrán identificar errores, inconsistencias y puntos fuertes dentro del mismo; la evaluación permitirá verificar si los objetivos de aprendizaje se cumplieron, y se podrá verificar que los conocimientos adquiridos se llevan a la práctica, es por ello que el profesional debe evaluar en los participantes, la adquisición de los conocimientos, las habilidades, los cambios de actitudes y comportamientos.

Para ello, el profesional debe realizar un pretest, que implica evaluar los conocimientos previos de los padres o tutores en relación al tema que se eligió a

trabajar en el taller (en este caso de sexualidad) de acuerdo a los objetivos ya delimitados, con la información ya recabada en el pretest el profesional puede tomarla como punto estratégico al momento de desarrollar los temas, realizando más énfasis al abordar los temas que los padres mencionaron tener mayor desconocimiento, o en su dado caso los temas que les causa mayor interés trabajar, como lo realizaron Silva y Suárez (2011).

Independientemente del enfoque que le pretenda dar el profesional (ya sea en relación aspectos biológicos, conductas públicas o privadas, aspectos sociales en relación a la sexualidad, u otros) dentro del pretest pueden realizar las siguientes preguntas como punto de partida:

- ¿Qué entienden por sexualidad?
- ¿Cuál es su propio concepto de sexualidad?
- ¿Qué piensan en relación a la sexualidad de sus hijos?
- ¿Cómo educan a sus hijos en cuanto al tema de educación sexual?

Ya realizado el pretest, es indispensable que el profesional realice una evaluación continua dentro del taller siendo este un factor importante, ya que con ella se verifica si los objetivos particulares de cada una de las sesiones se están llevando a cabo para lograr así el objetivo general, dentro de esta evaluación continua están involucradas ciertas instancias a evaluar:

- El aprendizaje de los participantes
- La planificación del taller
- El desempeño del profesional a cargo del taller

En lo que respecta a la evaluación de los participantes, en un taller se pueden evaluar las siguientes categorías:

- La adquisición de conocimientos

- La adquisición de habilidades
- Los cambios de actitudes y comportamientos

El profesional puede hacer uso de un registro anecdótico en donde anote todo lo observado en cada una de las sesiones, siendo así un instrumento importante tanto para el proceso de calidad del taller, en donde podrá visualizar los logros obtenidos y las deficiencias del mismo.

También, la evaluación de los conocimientos se puede realizar mediante cuestionarios al término de la sesión o dentro de la sesión utilizando técnicas como: exposición, debate dirigido, lluvia de ideas, mesa redonda, lectura comentada, entre otras.

De la misma forma, las habilidades, los cambios de actitudes y comportamientos se pueden evaluar a través del uso de técnicas como dramatización, estudio de caso o incluso dejar una tarea a realizar en casa.

La evaluación también depende de las necesidades y objetivos que el profesional tenga, no es una regla a seguir, pues el mismo profesional es el que tiene que decidir la forma de evaluar.

#### 5.2.5.1 Importancia de la tarea

La tarea es una forma de evaluar y cerciorar si el participante está adquiriendo los aprendizajes, más allá de los simples conceptos o técnicas. Al dejar tarea para realizarla en casa, estarían reafirmando la teoría y practicando en una situación de la vida cotidiana, es así como el participante puede observar diversos errores al llevarlo a la práctica y así exponer en la siguiente sesión sus dudas al profesional y a los demás participantes.

Sin embargo, es importante pensar en alternativas para afrontar el momento cuando los participantes no realizan tarea, Beck 1979 (como se cita en Ruiz y Cano 1992) describe diversas alternativas para combatir la inconsistencia en la tarea, en donde se tienen que realizar argumentos y cuestionar al

participante acerca de la tarea no realizada. También es importante cerciorar si ha quedado clara la tarea o tuvo alguna complicación al realizarla. Lo importante es que se motive al participante a realizar el trabajo en casa.

#### 5.2.5.2 Post test

El profesional debe aplicar el cuestionario que realizó al inicio del taller, para evaluar los posibles cambios en relación a los conocimientos adquiridos por parte de los participantes, misma evaluación tiene que ser cotejada con el registro anecdótico que realizó el profesional a lo largo del taller.

También sería pertinente que el profesional realice un cuestionario en relación a la planificación del taller y la actitud del profesional a cargo del taller; lo cual permitirá realizar una mejora continua, trabajando sus fortalezas y debilidades tanto de la planificación y la actitud del mismo.

#### 5.2.5.3 Seguimiento del taller

Después de que el profesional realizó las evaluaciones correspondientes en lo que respecta al aprendizaje de los participantes, la planificación del taller y el desempeño del profesional a cargo, tiene elementos necesarios para realizar cambios o modificaciones al mismo, así como percatarse de temas a trabajar en futuros talleres.

De acuerdo con Candelo et al. (2003), el taller no debería concluir con la última sesión, al contrario debería ser el inicio de una red de padres dispuestos a enriquecer sus conocimientos mutuamente, con el fin de ayudarse en la ardua tarea de ser padres de hijos con discapacidad. Es por ello la gran importancia de que el profesional cree un ambiente agradable dentro del grupo del taller, en donde todos los participantes se sientan identificados y establezcan un vínculo de integración.

Una recomendación sería que el profesional elabore un directorio en donde escriban cada uno de los participantes sus nombres, teléfonos y correos electrónicos, para así poder mantener contacto cuando sea necesario, en donde el

profesional quede a cargo manteniendo contacto a través de vía telefónica o correo electrónico con los participantes; enriqueciendo sus conocimientos al enviarles información en lo que respecta al tema de sexualidad o resolviendo otras dudas o bien, recibir dudas y comentarios por parte de los participantes y en la medida de lo posible atender sus demandas o canalizarlos con algún profesional o instancia a la cual pueda acudir. Por otra parte, si el profesional pretende seguir impartiendo el mismo taller puede invitar a los participantes que ya lo cursaron a describir su experiencia o incluso a ser parte del equipo del taller, así el conocimiento será fructífero y trascendental.

#### 5.2.6 Difusión del taller

Ya estructurado el taller es importante que el profesional tome en cuenta un elemento crucial para la incorporación de participantes, ésta es la difusión del taller; la asistencia de población depende de una buena promoción. Mucho se ha escuchado acerca del éxito de un negocio comercial, el cual surge a partir de una buena promoción, es por esta razón que en la televisión se observan comerciales promocionando productos, lo que comúnmente se conoce como mercadotecnia.

La mercadotecnia, estudia los procesos de intercambio voluntario de bienes o servicios, por dinero o por otros elementos de valor que realizan las organizaciones con otros miembros de la sociedad y con otras organizaciones (Saldaña, 1999). Una de las funciones principales de la mercadotecnia es crear métodos eficaces para distribuir productos y presentar servicios en la forma, cantidad, calidad y oportunidad convenientes al usuario, también, esta disciplina dirige la actividad humana hacia la satisfacción de las necesidades y deseos de los individuos. Asimismo, los conceptos de la mercadotecnia se pueden aplicar a los servicios de la educación, investigación y difusión de la cultura.

Los autores que han reportado la realización de talleres (Morales, 2012; Olivier, 2006; Ordoñez, 2006; Silva y Suárez, 2011; Vallin, 2011), no reportan haber realizado promoción de los mismos; en realidad, poco se ha mencionado sobre esto.

La difusión y promoción de un taller es de suma importancia, debido a que es el momento en que se puede invitar cordialmente a los padres de familia, es el momento de persuadir y convencer. Careaga (2010) realizó un taller de asertividad dirigido a padres de hijos con discapacidad y, al concluir su taller realizó una evaluación final en lo que respecta al taller para así realizar algunas recomendaciones para los próximos talleres, preguntándoles a los padres cómo podrían mejorar el taller, y la respuesta de ellos padres fue que era conveniente realizar una buena difusión acerca del taller que se va a impartir. Además, autoras como Candelo et al., (2003), quienes son expertas en la realización de talleres, mencionan que una de las ventajas de la realización de la difusión es que prontamente se llegará a formar el grupo de participantes con el perfil deseado.

Seguramente existen muchas preguntas acerca de cómo realizar la difusión, dónde, qué tipo de información utilizar y cuándo hacerlo. Por lo que a continuación se describen algunos aspectos relevantes acerca de ello:

#### ¿Qué información?

Como ya ha sido descrito por Núñez (2003), los padres constantemente tienen dudas, incertidumbres y cambios a nivel familiar y personal, por lo que es importante que el profesional maneje el tema de sexualidad con bastante discreción y respeto. Es necesario que el profesional esté consciente de que, para muchos, el tema de la sexualidad es un tabú y que en otros no causa ningún problema, sino por el contrario, se tienen diversas dudas. Cualquiera que sea el caso, es recomendable que la publicidad maneje información que no sea dirigida directamente a la sexualidad, puesto que puede ser información que haga que el padre tome la decisión de no asistir al taller por vergüenza o inseguridad sobre el tema.

Lo importante es poder vender la idea del taller sin incomodar a la audiencia, por ejemplo,

- Si se impartirá un taller sobre la importancia de la Educación Sexual, puede resultar más atractivo poner *“la amistad es parte del desarrollo de nuestros*



*hijos, ¿quieres saber cómo puedes mejorar la socialización en tu hijo?”, en lugar de anunciar “taller de Educación sexual para padres de personas con discapacidad”.*

Si damos a conocer el tema a los padres de familia de una forma que intrigue y al mismo tiempo llame la atención, es probable que los participantes se animen y asistan.

Además, es importante no olvidar proporcionar información como:

- Objetivos del taller
- Lugar dónde se impartirá
- Horario
- Costos
- Contexto general del taller

Se debe procurar enfatizar en una promoción creativa, adjuntando a la publicidad imágenes que ilustren lo que se quiere transmitir, además la información debe ser clara y precisa.

¿Cuándo?

Candelo et al. (2003) recomiendan enviar una invitación personal para cada padre de familia, sin embargo para enviar invitaciones se requieren diversos datos personales del padre de familia, que comúnmente no se tiene acceso hasta que se acercan a pedir información acerca del taller. Dado lo anterior es recomendable hacer difusión del taller realizando cartulinas o trípticos, pancartas o algún material donde se pueda visualizar la información, lo anterior debe realizarse dos o tres semana antes del taller pues así dará tiempo de que el padre de familia visualice la publicidad y el profesional tendrá tiempo de entrevistar al padre de familia y recabar información.

¿Dónde?

La difusión puede ser en la misma institución dónde se impartirá el taller o en donde asisten a tomar terapia de rehabilitación los niños y jóvenes con discapacidad, con el objetivo de que el tutor tenga la posibilidad de admirar la publicidad y a través de ello generar interés y asistir al taller.

El mejor lugar para colocar la publicidad es aquel donde los padres de familia concurren con mayor frecuencia, por ejemplo:

- Sala de espera
- En donde se realizan pagos escolares
- Aulas
- En cafetería
- Entradas principales, etcétera.

La finalidad, es que la publicidad quede al alcance y visible para el padre de familia o tutor.

Es importante recordar que el profesional puede diseñar un taller después de detectar las necesidades de la población mediante información teórica, como lo realizaron Silva y Suárez (2011), o puede diseñar el taller a partir de recabar ciertas demandas de una población en específico, como Morales (2012). Lo mejor es tomar en cuenta ambos aspectos, lo que permitirá elaborar y llevar a cabo un programa que cumpla fines correctivos y preventivos.

## CONCLUSIONES

La educación especial es un área que debe estar dedicada a atender de forma integral a todas aquellas personas con discapacidades físicas, sensoriales y psicológicas. En los últimos años ha surgido el interés en dar atención a la sexualidad de estas personas, debido a las dificultades que se han presentado como son el abuso sexual, los embarazos no planeados, las conductas públicas inadecuadas, masturbación, acoso, entre muchas otras.

Profesionales en psicología se han dado a la tarea de dar solución a estas dificultades ofreciendo espacios en donde los padres de familia se reúnen en días específicos, y junto con el profesional, abordan estas problemáticas. Se realizan ejercicios didácticos, se exponen casos, entre muchas otras cosas, con el fin de buscar alternativas a lo que se enfrentan los padres de familia día a día con sus hijos.

En los talleres que se pueden dar fallas en el cumplimiento de los objetivos, cuando los padres de familia no asisten, llegan tarde, no participan, se muestran apáticos, no realizan tareas o dejan de asistir. En ocasiones se presente, incluso, que el profesional continúe con el mismo programa, sin preguntar o sugerir qué se debe hacer para que el padre de familia se vea motivado a continuar en el taller, o bien qué fue aquello que causó que no se cumplieran los objetivos.

Por esta razón, el presente trabajo se enfocó en proponer al profesional algunos elementos a considerar para planear e impartir un taller acerca de la sexualidad, dirigido a tutores de personas con discapacidad. Se han expuesto programas con resultados exitosos, que se han diseñado y puesto en práctica, en países como España (Alcedo, Aguado y Arias, 2006; Rodríguez, López, Morentin y Arias, 2006), México (Olivier, 2006) y Cuba (Pineda y Gutiérrez, 2009). Además de las importantes sugerencias de Moretin et al. (2006) y UNICEF (2011, 2013).

En suma, se han expuesto recomendaciones, propuestas, sugerencias y consejos que como profesionales en psicología se deben tomar para mejorar el trabajo con padres de familia, contemplando también aspectos que deben considerarse para la puesta en práctica de un taller, como una adecuada difusión e información a padres, ya que en diversas ocasiones los profesionales no llenan la sala de personas, pues con tan sólo escuchar “sexualidad”, los padres se muestran indispuestos e incluso se niegan a escuchar de este tema o, por el contrario, hay padres que quieren hablar con sus hijos sobre sexualidad, pero no saben cómo hacerlo, y ante la situación se muestran nerviosos, temerosos e inseguros, por lo que deciden no hacerlo y esto conlleva a que la comunicación, al menos en ese tema, sea de menos calidad.

También se exponen sugerencias de tipo conceptual, es decir, si la sexualidad implica una amplia gama de esferas de la vida del ser humano, ¿por qué enfocarse únicamente en el desarrollo físico, en el desarrollo del cuerpo humano, o en el dilema ético de que tengan o no descendencia? La sexualidad va más allá del desarrollo físico, no se niega que esté implicado, pero no lo es todo, tiene que ver con la manera de relacionarse con iguales, el respeto, la autoestima, y otros temas de igual importancia. Este tipo de situaciones son las que se retomaron en el presente trabajo para que el profesional tome en cuenta y pueda hacerlo llegar a los padres de familia, y así poder calmar su angustia de pensar en sexualidad.

El profesional, al impartir un taller de sexualidad debe ser capaz de desarrollar habilidades didácticas, para combinar diferentes elementos de manera que sus sesiones cumplan satisfactoriamente los objetivos. Es pertinente hacer énfasis en que la propuesta que se menciona, con los pasos a seguir para organizar la metodología y logística del taller, incluye que el profesional sea flexible, en el sentido de que se pueda ajustar a las necesidades y enfoques de cada participante.

También es claro que el campo debe enriquecerse a través de la investigación que haga nuevas aportaciones, ya que una de los inconvenientes en

el campo es que los programas aplicados no siempre son sistemáticos. Este campo de investigación queda abierto para que, en primer lugar, se utilicen los lineamientos aquí propuestos, como herramientas para este tipo de talleres y, posteriormente, se realicen nuevas propuestas de mejora continua, con base en los datos empíricos derivados de la investigación aplicada. De cualquier modo, a partir de la investigación bibliográfica aquí expuesta se avanza en el conocimiento acerca de lo que debe conocer el psicólogo para poder realizar estos talleres con información puntualizada.

Con todo esto se pretende lograr un taller de calidad en beneficio para el profesional y el tutor, que en última instancia, redundará en el mejor abordaje de este tema tan poco atendido en la población con discapacidad: la sexualidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcedo, M., Aguado, A & Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 142(32), 217-239.
- Ander, E. (1999). *El taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: El Río de la Plata.
- Aparicio, M. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. Documento presentado en el XV Coloquio de Historia de la Educación. Pamplona, Iruñea. Recuperado el 1 de marzo del 2013, de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962512>
- Araya, S. (2007). De lo invisible y lo cotidiano. Familia y discapacidad. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-21.
- Bartolomé, J., Matesanz, J. & Mateo, J. (s/f). Bases psicopedagógicas de la educación especial: detección, evaluación y estimulación. *Educación Infantil*, 1-40.
- Bravo, L. (2009). Psicología educacional, psicopedagogía y educación especial. *Revista IIPSI*, 2(12), 217-225.
- Campero, L., Atienzo, E., Suarez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307
- Candelo, C., Ortiz, A., & Unger, B. (2003). *Hacer talleres: Una guía práctica para capacitadores*. Colombia: Grafiq Editores.
- Careaga, A., Sica, R., Cirillo, A. & Da Luz, S. (2006). Aportes para diseñar e implementar un taller. Documento presentado en el 8vo. Seminario-taller en Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). Recuperado el 20 de abril del 2013, de:  
[http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix\\_dpmc/fundamentaciontalleres.pdf](http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmc/fundamentaciontalleres.pdf)

- Careaga, G. (2010). Taller de asertividad de asertividad dirigido hacia padres con necesidades educativas especiales. Tesis inédita de licenciatura en Psicología Educativa. Unidad Ajusco. México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Castillo, A. (2000). La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta: conceptos y representaciones de la infancia. *Estudios Sociológicos*, 18(52), 203-226.
- Cortés, L. & Gutiérrez, E. (2009). La educación sexual en el medio social del individuo de 13-15 años en la actualidad. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Aragón. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- El desarrollo de la Educación. Informe Nacional de México. SEP Dirección General de Relaciones Internacionales (2001). El sistema educativo mexicano a partir del siglo XX: una visión de conjunto, p. 4-11. Recuperado el 2 de Diciembre del 2013, de: <http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/documentos/desarrolloeducativo.pdf>
- Festa, M. (2005). Algunas consideraciones sobre pobreza, discapacidad y comunidad. Encuentro Nacional de las familias de Personas con Discapacidad. Argentina. Recuperado el 3 de marzo del 2013, de: <http://www.uccor.edu.ar/imagenes/novedades/reduc/ponencias/festa.pdf>
- Fernández, J. (2005). *Dinámicas de grupos y técnicas participativas*. Lima- Perú: Escuela para el desarrollo. 1-158. Posible 76-82.
- Flores, R. (2010). Conocimientos básicos para impartir un taller exitoso para padres. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Franco, H. (2013). Implementación de un taller de prevención de abuso sexual infantil dirigido a padres de familia. Tesis inédita de licenciatura en

Psicología. Facultad de Psicología. México: Universidad Autónoma de México.

Fuentes, M. (2013). Embarazo adolescente: fenómeno expansivo. *Ceidos, Revista electrónica de Excelsior*. Recuperado el día 11 de Noviembre del 2013, de: <http://mexicosocial.org/index.php/mexico-social-en-excelsior/item/260-embarazo-adolescente-fen%C3%B3meno-expansivo.html>

Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid España: Thomson.

García, L. & Jiménez, E. (2010). Enseñanza de la sexualidad: adaptación y aplicación de un taller de educación sexual para adolescentes con Síndrome de Down. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Garza, G. (2010). Las concepciones de los maestros acerca de la educación sexual de los adolescentes con retardo mental. Tesis elaborada para obtener el Grado de Maestro en Educación Superior. México: Universidad de Yucatán.

Garzo, Y. (2005). Importancia del fortalecimiento de la autoestima en niños con discapacidad del área urbana, estudio realizado en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación. Tesis inédita de licenciatura. Escuela de Ciencias Psicológicas. Guatemala: Universidad de San Carlos.

Guillan, N. & Rodaro, V. (2006). Una mirada desde lo psicosocial sobre el sujeto con discapacidad. *Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia*, 1-17. Recuperado el 3 de marzo del 2013, de: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final018.pdf>

Gil, M. (2010). Reconstrucción de la familia ante el reto de la discapacidad. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.



González, N. (2005). La sexualidad del adolescente con discapacidad y su abordaje en el ámbito familiar. *Revista Pensamiento Actual*, 5(6), 55-60.

Instituto de Educación de Aguascalientes (2012). Saberes y quehaceres de los maestros de apoyo. Reflexiones en torno a la discapacidad intelectual y la escuela inclusiva. Recuperado el 10 de Noviembre del 2013, de: [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2Academicos/3libro\\_saberes\\_modif.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2Academicos/3libro_saberes_modif.pdf)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), (2009). Encuesta nacional de la dinámica demográfica. Recuperado el 1 de diciembre del 2013, de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo32&s=est&c=17544>.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), 2013. Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Datos nacionales. México. Recuperado el 30 de octubre del 2013, de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/juventud0.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2013). Clasificación de Tipo de Discapacidad, 1-63. Recuperado el 28 de Febrero del 2013, de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

Instituto Nacional de Salud Pública de México (2010). Sobre programas de educación sexual en escuelas: INSP. Recuperado el 30 de octubre del 2013, de: <http://www.insp.mx/noticias/insp-general/174-sobre-programas-de-educacion-sexual-en-escuelas-insp.html>

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, (s/f). *Técnicas y estrategias didácticas*. Recuperado el 2 de Mayo de 2013 de: <http://sitios.itesm.mx/va/dide2/documentos/casos.PDF>

- Juárez, F. y Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de Población*, 45, 177-219.
- León, R., Menés, M., Puértolas, N., Trevijano, I. & Zabalza, S. (2003). El impacto en la familia del deficiente mental. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 17(2), 195-212. Recuperado el 28 de Abril del 2013, de: [www.redalyc.org/pdf/274/27417211.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/274/27417211.pdf)
- Liesa, M. & Vived, E. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Un estudio de caso. *Educación y Diversidad*, 4(1), 111-124.
- Liello, F. (2008). El concepto de resiliencia aplicado en niños con algún tipo de discapacidad. Curso virtual interdisciplinario a distancia salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Recuperado el 30 de Abril del 2013, de: <http://www.psicoadolescencia.com.ar/finales3.php>
- Manual para Jóvenes Facilitadores (2011), Recuperado el 1 de Marzo del 2014, de: <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=fbwjJWFL2QM%3D&tabid=1227>
- Martínez, M. (2010). Implicaciones familiares en un entorno al nacimiento de hijos con discapacidad. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateos, G. (2008). Educación Especial. *Psicología y Educación*, 10(1), 5-12.
- Mexía, M. (2005). Actitudes y conocimientos y grado de masculinidad-feminidad de los docentes de primaria. Tesis de Maestría en Psicología. División de Ciencias Sociales. México: Universidad de Sonora.
- Minuchin, S., & Fichman, V. (1984). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Mora, J. & Martín, M. (2007). La escala de inteligencia de Binet y Simon (1905) su recepción por la psicología posterior. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(2), 307-313.
- 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 inédita de licenciatura en filosofía y Letras. Facultad de Filosofía y Letras. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. & Aguado, A. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo- sexual en personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37 (217), 41-58.
- Núñez, P. (1999). ¿Cómo organizar las escuelas de madres y padres? *Manual para facilitadoras y facilitadores*. Lima: Sepec.
- Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. *Revista Argentina de Pediatría*, 101(2), 133-142.
- Núñez, B. (2005). La familia con un miembro con discapacidad. Conferencia presentada y publicada en las actas del 1 Congreso Iberoamericano sobre discapacidad, familia y comunidad. Buenos Aires. Recuperado el 3 de marzo del 2013, de: <http://www.discapacidadyfamilia.com/pdf/articulo3.pdf>
- Núñez, B. (2011). La relación familia institución. Trabajo presentado en el II Congreso Ibero-americano de Deficiencia Intelectual, VII Congresso Estadual das Apaes e VI Frum Estadual de Autodefensores. Brasil. Recuperado el 3 de marzo del 2013, de: [http://www.discapacidadyfamilia.com/pdf/Relacion\\_familia\\_y\\_profesionales.pdf](http://www.discapacidadyfamilia.com/pdf/Relacion_familia_y_profesionales.pdf)
- Olivier, S. (2006). Educación sexual para personas con discapacidad intelectual. *Desicio*, 19(1), 54-59.

- Ordoñez, A. (2006). Actitud de los padres ante la educación sexual de sus hijos(as) con síndrome de Down del Instituto del niño Down de colima IAP. Tesis de Maestría. México: Universidad de Colima.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Estándares de Educación Sexual en Europa. Recuperado el 20 de Junio del 2013, de: [http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars\\_de\\_calidad\\_de\\_la\\_educacion\\_sexual\\_en\\_europa\\_traducido\\_12nov.pdf](http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars_de_calidad_de_la_educacion_sexual_en_europa_traducido_12nov.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2013). Discapacidad y Salud. Recuperado el 10 de Octubre del 2013, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Ortega, P., Torres, L., Garrido, A. & Reyes, A. (2012). La paternidad en un entorno diferente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 722-740.
- Ortiz, G. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución histórica del concepto. En: Verdugo, M. (Ed.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitatorias* (pp. 37-78). España: Siglo XXI.
- Parra, Y. & Suarez, I. (2009). Vivencias de la sexualidad en un grupo de adolescentes en situación de discapacidad pertenecientes a cuatro localidades de Bogotá. Tesis inédita de licenciatura. Facultad de Enfermería. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Pineda, E. & Gutiérrez, E. (2009). Estrategia de intervención educativa sobre la sexualidad en niños con Síndrome de Down. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3), 95-104.
- Plancarte, P. & Ortega, P. (2010). La participación de diferentes disciplinas en el servicio de Educación Especial. En: P. Plancarte & P. Ortega (Eds.) *Educación especial formación multidisciplinaria e interdisciplinaria* (pp. 41-57). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Pinto, J. (s/f). Educación especial: necesidades educativas especiales. *Observatorio de la Discapacidad*, 1-86. Recuperado el 26 de marzo del 2013, de: [http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/EducacionEspecial\\_NEE.pdf](http://www.paidopsiquiatria.com/TDAH/EducacionEspecial_NEE.pdf)

Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADIS). (2009-2012). Por un México incluyente: Construyendo alianzas para el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado el 29 de Noviembre del 2013, de: [http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/sintesis\\_pronaddis-lr.pdf](http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/sintesis_pronaddis-lr.pdf)

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

Rodriguez, J., López, F., Morentin, R. & Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37 (217), 23-40.

Romano, H. (2010). Educación Especial formación multidisciplinaria e interdisciplinaria. En: P. Plancarte & P. Ortega (Eds.) *Educación especial formación multidisciplinaria e interdisciplinaria* (p. 1-19). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Ruiz, J. & Cano, J. (1992). Manual de psicoterapia cognitiva. Recuperado el 3 de marzo del 2014, de: <http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual7.htm>

Saldaña, (1999). Mercadotecnia para instituciones educativas. Recuperado el 10 de Marzo del 2014, de: <http://contaduriayadministracionunam.mx/articulo-14-493-79.html>

- Salinas, J., Casamadrid, J., Solís, L. & Barriguete, A. (2004). La parentabilidad desafío del tercer milenio. En: L. Solís (Ed.) *La vida y la etapa media de la vida* (pp. 45-61). México: Manual Moderno.
- Salles, V. & Tuirán, R. (1997). Mitos y creencias sobre la vida familiar. En: L. Solís (Ed.) *La familia en la Ciudad de México* (p. 61-97). México: ACPEINAC.
- Sarto, M. (2000). Familia y Discapacidad. Documento presentado en el 3º Congreso de Familia y discapacidad. Salamanca, España. Recuperado el 3 de marzo del 2013, de: <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Secretaría de Educación Pública (SEP), (2000). Sexualidad infantil y juvenil. Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica. México. Recuperado el 1 de Diciembre del 2013 de: <https://www.dropbox.com/s/spp5ysoyyq9qrv5/SEXUALIDADINFANTILYJUVENIL1.pdf>
- Secretaría de Educación Pública (SEP), (2011). Educación de la sexualidad y prevención del abuso sexual infantil. Recuperado el 30 de Octubre del 2013 en: [http://www2.sep.gob.mx/info\\_dgsei/archivos/DGSEI\\_Educacion\\_de\\_la\\_sexualidad\\_y-prevencion\\_del\\_abuso\\_sexual\\_infantil.pdf](http://www2.sep.gob.mx/info_dgsei/archivos/DGSEI_Educacion_de_la_sexualidad_y-prevencion_del_abuso_sexual_infantil.pdf)
- Secretaría de Educación Pública (SEP), (2011). Plan de estudios 2011 en educación básica. Recuperado el 10 de Noviembre del 2013 de: <http://basica.sep.gob.mx/reformaintegral/sitio/pdf/secundaria/plan/PlanEstudios11.pdf>
- Secretaria de Salud/ Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, *Plan Nacional para el Desarrollo de las personas con Discapacidad*, México, 2009-2012. Recuperado el 18 de marzo del 2013, de: <http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PRONADDIS.pdf>

- Silva, A. & Uribe, J. (2010). Propuesta para un curso-taller para lograr sensibilización en los padres con hijos con discapacidad auditiva. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. México: Universidad Insurgentes, con incorporación a la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Silva, E., y Suárez, H. (2011). La educación sexual en adolescentes con retraso mental leve: Guía para padres. Tesis inédita de licenciatura en Psicología. México: Centro de Estudios Agustiniano Fray Andrés de Urdaneta.
- Silverberg, C. (2006). Sexuality and disability myths and facts. Recuperado el 10 de noviembre del 2013 de: [http://sexuality.about.com/od/disability/p/disability\\_sex1.htm](http://sexuality.about.com/od/disability/p/disability_sex1.htm)
- Suárez, M. (2006). El médico familiar y la atención a la familia. *Revista Papeña de Medicina Familiar*, 3(4), 95-100.
- Torres, I. y Beltrán, F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. *Revista de la Facultad de Educación*, 5, 35-76. Recuperado el 30 de Octubre del 2013 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957841>
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos*. México: Paídos.
- UNICEF (2011). *EnSeña sexualidad*. Recuperado el 29 de Julio del 2014, de: [http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_enSENA\\_SexualidadMH2.pdf](http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_enSENA_SexualidadMH2.pdf)
- UNICEF (2013). Es parte de la vida. Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia. Recuperado el 1 de Diciembre del 2013 en: [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es\\_parte\\_de\\_la\\_vida\\_tagged.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf)

Vallin, M. (2011). Taller de la educación de la sexualidad dirigido a padres de niños hipoacúsicos de 7 a 12 años, utilizando el cuento como recurso didáctico. Tesis inédita de licenciatura de Psicología. Facultad de Estudios superiores Aragón. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Vergara, J. (2002). Marco histórico de la educación especial. *ESE*, 2, 1-15. Recuperado el 20 de Mayo del 2013, de: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/8053/1/Estudios%209.pdf>

Verdugo, M. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.