



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**"SUPERVISIÓN Y APOYO PARENTALES VINCULADOS A LA  
COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN PADRES DE HIJOS CON  
DICAPACIDAD INTELECTUAL"**

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

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

**Dictaminadores: Dr. Rolando Díaz Loving**

**Mtro. Hugo Romano Torres**



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



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*“-¿Por qué lo deseas tanto?*

*-Porque me dijeron que no lo lograría”*

## Agradecimientos

Sin sonar presuntuosa, ni ególatra a mí por tanta paciencia y esfuerzo dedicado a la realización de este sueño.

A mi familia: Mi mamá por sus regaños, enojos, chistes y su amor; a mi papá por sus consejos, su nobleza, su cariño; a mi Chus, por hacerme reír, por estar conmigo, por sus memes; a Miguel por sus tonterías y sus risas. Aunque no siempre estemos de acuerdo, tengamos fricciones y muchas veces el enojo nos haga pelear, ustedes son el amor más puro y sincero que puede existir, ¡Los amo!

A Daniel, por tanto amor, por alentarme a continuar y ser mejor cada día, por animarme a no darme por vencida, por las risas, las aventuras, los enojos, las complicidades, ¡Te amo!

A mis amigas: Amairani por tantas aventuras, complicidades y cursilerías; a Gaby Guzmán por sus consejos y su apoyo; a Fanny por las risas, las pláticas y el apoyo. A ellas por estar por todo este camino, por los 4 grandiosos años de universidad, por los años de la realización de este trabajo de investigación y por los años que vienen.

A la UNAM por darme un poco de todo lo grandiosa que es; “Por mi raza hablará el espíritu”.

Al programa de apoyo económico PAPIIT por financiamiento que me otorgó durante algunos meses como apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

A los profesores que me aportaron grandes conocimientos durante toda la carrera, especialmente a los que me motivaron a investigar en el área de educación especial; Claudia Pilar, Alejandro Villeda, René Alcaraz, Juan Pablo. Gracias por sembrar esa semillita en mí.

A los profesores relacionados en la realización de este trabajo de titulación: A la doctora Susana Bárcena Gaona, por motivarme y ayudarme a ser cada vez mejor en la realización de este trabajo, por su tiempo y su confianza en mí. Al maestro

Hugo Romano por su valioso conocimiento y disposición. Al doctor Rolando Díaz Loving por su confianza su tiempo y su conocimiento.

A todos ¡GRACIAS!

## CONTENIDO

Resumen.....	I
Abstract.....	II
Introducción.....	III
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO</b>	
<b>Capítulo 1 Discapacidad Intelectual</b>	
1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.2 Definición.....	4
1.3 Personas con discapacidad en el mundo.....	6
1.4 Etiología.....	7
1.5 Clasificación.....	8
1.6 Implicaciones en el desarrollo.....	10
Conclusiones.....	12
<b>Capítulo 2 Sexualidad en personas con discapacidad intelectual</b>	
2.1 Concepto de sexualidad.....	13
2.2 Mitos sobre sexualidad en personas con discapacidad intelectual.....	15
2.3 Sexualidad en personas con discapacidad intelectual.....	16
2.4 Acceso a servicios de salud y educación sexual en personas con discapacidad intelectual.....	19
2.5 Prevalencia de ITS, VIH SIDA, embarazos no deseados y abuso sexual.....	19
Conclusiones.....	21
<b>Capítulo 3 Supervisión y apoyo parental vinculados a la comunicación sobre sexualidad</b>	
3.1 Comunicación sobre sexualidad.....	22
3.2 Supervisión y apoyo parentales.....	26
Conclusiones.....	30

## **SEGUNDA PARTE: REPORTE DE INVESTIGACIÓN**

### **Capítulo 4 Planteamiento del problema**

4.1	Pregunta de investigación.....	31
4.2	Objetivo.....	32
4.3	Justificación.....	32

### **Capítulo 5 Método**

5.1	Participantes.....	33
5.2	Variables e instrumentos.....	35
5.3	Procedimiento.....	36

<b>Capítulo 6</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>37</b>
-------------------	------------------------	-----------

<b>Capítulo 7</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>38</b>
-------------------	-----------------------	-----------

Anexos

## RESUMEN

El objetivo del presente reporte de investigación fue conocer la relación entre la supervisión y el apoyo parental vinculados a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. La muestra estuvo conformada por 80 padres de hijos con discapacidad intelectual, elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional por cuotas, de los cuales la mayoría eran mujeres (69) con edad promedio 45 años. Por otra parte, 56.3% de los hijos de los participantes eran hombres, tenían en promedio 17 años de edad y su discapacidad era de origen congénito (84.4%), una gran proporción posee habilidades de autocuidado y académicas, sin embargo, en autonomía e independencia son casi nulas. En los reactivos correspondientes a supervisión y apoyo parentales, los padres algunas veces permitían y supervisaban las actividades de su hijo. Respecto a la comunicación sobre sexualidad, una mayor proporción de padres ha hablado con sus hijos sobre temas relacionados con el abuso sexual, y son menos quienes han abordado el uso de anticonceptivos. Finalmente el análisis de correlación indicó que únicamente el reactivo “busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo” correspondiente a la escala de apoyo parental se relacionó con la comunicación sobre sexualidad.

*Palabras clave: Sexualidad, comunicación, supervisión y apoyo, padres, discapacidad intelectual.*

## ABSTRACT

The objective of this research report was to know the relationship between the supervision and parental support linked to the communication on sexuality in parents of children with intellectual disability. The sample was formed by 80 parents of children with intellectual disabilities, chosen by a non-probabilistic intentional sampling by quotas, of which the majority were women (69) with average age 45 years. On the other hand, 56.3% of the children of the participants were males, had an average of 17 years of age and their disability was of congenital origin (84.4%), A large proportion possesses self-care and academic skills, however, in autonomy and independence are almost nil. In reactants for parental supervision and support, parents sometimes allowed and supervised their child's activities. With regard to communication on sexuality, a greater proportion of parents have talked with their children about issues related to sexual abuse, and fewer have addressed contraceptive use. Finally the correlation analysis indicated that only the reagent "looking for activities that help my child's development" corresponding to the parental support scale was related to communication on sexuality.

*Keywords: sexuality, communication, supervision and support, parents, intellectual disability.*

## INTRODUCCIÓN

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

### **Antecedentes y justificación**

En México los jóvenes inician su vida sexual en promedio a los 15 años y una gran proporción (63%) no emplea protección para prevenir un embarazo no deseado y/o una Infección de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009). Se estima que anualmente, el 20% de los embarazos corresponde a menores de 19 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2012). Asimismo, las ITS más frecuentes entre los jóvenes son: la gonorrea y el Virus del Papiloma Humano (VPH), y se calcula que el 41.5% de los casos de VIH/SIDA diagnosticados corresponden a jóvenes de entre 15 y 29 años de edad (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA, 2014).

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

En México no existen datos oficiales que den cuenta del número de embarazos, ITS y abuso sexual que viven los individuos con discapacidad. No obstante, en Estados

Unidos el índice de infección del VIH/SIDA entre individuos sordos es el doble que en las personas oyentes (Lisher, Richardson, Levine & Patrick, 1996) y en Uganda el 38% de las mujeres y el 35% de los hombres con discapacidad ha tenido una ITS alguna vez (Moore, 1998). De igual manera, los niños discapacitados, en comparación con niños sin discapacidad, tienen el doble de probabilidad de ser abusados sexualmente, y las mujeres con discapacidad son agredidas, violadas y abusadas en proporción dos veces mayor que las mujeres sin discapacidad (Couwenhoven, 2012).

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

Al encuestar directamente a los jóvenes se aprecia la misma tendencia de comunicación. Robles, Guevara, Pérez y Hermsillo (2013) realizaron un estudio con 132 jóvenes sordos y encontraron que más de la mitad nunca habló de temas sexuales con sus padres. Asimismo, presentaron un patrón de conducta sexual riesgoso: el 56.1% tuvo su primera relación de manera forzada y 43.9% tuvo relaciones forzadas nuevamente. Además, un gran porcentaje (71.9%) no usó ningún método anticonceptivo, dando pie a embarazos (28.8%), abortos (13.8%) e ITS (19.3%). Aunque en este estudio no se presenta un análisis de correlación entre

las variables de comunicación y conducta sexual, es posible esperar que exista una fuerte asociación a partir de los resultados reportados en población sin discapacidad, estos establecen una correlación positiva entre comunicación y conductas preventivas (Andrade, Betancour & Palacios, 2006; Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

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

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

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

Objetivo general: Identificar las variables que predicen la comunicación sexual de los padres con sus hijos discapacitados. A partir de ello, se propone diseñar y evaluar un programa de intervención orientado a promover dicha comunicación, con lo cual se espera contribuir a la prevención de

ITS, embarazo no deseado, maltrato y abuso sexual en sus hijos.

**Objetivos específicos:**

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

**Hipótesis del proyecto general:**

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

**Metodología del proyecto general:**

ETAPA 1. Estudio de evaluación.

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

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

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

## ETAPA 2. Estudio de intervención

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

cada, mismas que se programarán en las instalaciones de las instituciones participantes. El diseño del programa de intervención se fundamentará en investigaciones empíricas que hayan demostrado su efectividad en población sin discapacidad (Dilorio, McCarty, Resnicow, Lehr & Denzmore, 2007; Lederman, Chan & Roberts-Gray, 2008; Phetla, Busza, Hargreaves, Pronyck & Kim, 2008; Prado, Pantin, Briones, Schwartz, Feaster, Huang et al., 2007) y que sean compatibles con la población en cuestión. Se realizarán análisis descriptivos, comparativos y de correlación con los datos obtenidos durante esta fase del proyecto.

Para la exposición del presente reporte de investigación se tuvo como objetivo general:

Conocer relación entre la supervisión y apoyo parental con respecto a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Conocer el apoyo y supervisión parental que los padres ejercen con sus hijos.
2. Identificar de qué forma los padres se comunican con sus hijos (forma verbal, con frases cortas y gestos, LSM, gestos, otra).
3. Identificar el porcentaje de padres que habló con sus hijos sobre temas de sexualidad.
4. Conocer la relación entre la supervisión y apoyo parental con respecto a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad.

El presente reporte de investigación se inserta en el primer estudio del proyecto descrito. Es así, que el presente reporte de investigación se divide en dos partes. La primera corresponde al marco teórico y la segunda parte corresponde al reporte de investigación. De tal manera que, la primera parte está constituida por tres capítulos, en el primero de ellos se recuperó información sobre la discapacidad intelectual (DI), antecedentes históricos, así como la definición de la DI, su etiología y su clasificación. Además de presena información respecto de las implicaciones en el desarrollo. El segundo capítulo abarcó información sobre la sexualidad en las

personas con DI, es por ello que resultó importante recuperar el concepto de sexualidad, los mitos sobre sexualidad que están alrededor de las personas con DI. Además, se retomó específicamente la sexualidad en personas con DI, así como el acceso a servicios de salud y educación sexual que tienen las personas con DI. También se recopiló información respecto de la prevalencia de ITS, VIH SIDA, embarazos no deseados y abuso sexual. Finalmente, el tercer capítulo recuperó información sobre la supervisión y apoyo parentales vinculados a la comunicación sobre sexualidad, por lo cual resultó importante abarcar el papel de la comunicación sobre sexualidad de padres a hijos, así como la supervisión y apoyo parentales y su presencia e impacto en la comunicación sobre sexualidad.

Para la segunda parte, correspondiente al reporte de investigación, se incorporó el planteamiento del problema, así como el método. Además se analizaron los resultados obtenidos y en base a ellos se realizó la discusión.

**PRIMERA PARTE:**

**Marco Teórico**

# CAPITULO 1

## DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En el presente capítulo se describirá brevemente los antecedentes históricos de la discapacidad, analizando el concepto y trato que recibían las personas con discapacidad través de la historia. Posteriormente se presenta el concepto actual de la discapacidad y se aborda particularmente, el concepto de discapacidad intelectual, así como su etiología, clasificación y afectaciones en el desarrollo.

### 1.1 Antecedentes históricos de la discapacidad

A continuación se presentan algunos datos históricos de relevancia sobre la forma en que era entendida la discapacidad y el trato que recibían estas personas durante la antigüedad clásica, de acuerdo con Valencia (2014), Hernández (s/f), Velarde (2012) y Palacios (2007).

#### *Antigüedad clásica*

En la antigüedad clásica se pensaba que las personas con discapacidad no tenían nada que aportar a la sociedad. Platón realizó una afirmación en la que reiteraba que el hecho de tener hijos debía ser condicionado a los padres, él decía que “los mejores sólo podían tener sexo con los mejores y los que consideraba inferiores sólo podían unirse con los inferiores”. Por su parte Aristóteles afirmaba que no debía criarse a ninguna persona con discapacidad.

En consecuencia, los griegos consideraban que las personas con discapacidad no merecían vivir y eran arrojados por el monte Taigeto en Esparta o por la roca Tarpeia en Roma. Además del infanticidio, también desterraban a las personas con discapacidad por no cumplir con los estándares típicos de belleza en estas sociedades.

En contraste, en otras partes del mundo como China las personas con discapacidad recibían masajes y se les sometía a cinoterapia como tratamiento ante las

afectaciones físicas y mentales. En las comunidades mayas también se tiene registro de que eran tratadas con bondad.

### *Edad media*

La entrada del Cristianismo y sus bases de amor, igualdad y reconocimiento de la inmortalidad del hombre, permitieron que las personas con discapacidad fueran reconocidas como seres humanos y el trato hacia ellos estuvo orientado a la caridad. No obstante, con el pensamiento religioso también se consideraba que las personas con discapacidad habían sido castigadas por Dios por ser pecadores, brujas, herejes, y en algunos casos se consideró que estaban poseídos por el demonio. Es por ello que los niños eran bautizados para evitar tener una discapacidad, siguiendo un protocolo meticuloso para el bienestar del niño.

Durante esta etapa, se buscaba ayudar a las personas con discapacidad mediante limosnas y no se les permitía ser parte igual de la sociedad, eran empleados como mendigos y en las cortes como bufones. Posteriormente se crearon nosocomios donde las personas con discapacidad eran atendidas, se alojaban y se les daba ayuda espiritual.

### *Edad moderna*

Con las ideas de Voltaire, Rosseau y Locke, las personas con discapacidad comenzaron a ser vistas como personas con una responsabilidad pública, se integró el concepto de igualdad y se creyó en la posibilidad de que tuvieran una vida normal siempre que se les otorgaran las condiciones y medios adecuados.

En el siglo XVI aparece un monje benedictino que establece la relación causal entre sordera y mutismo y con ello se dan los primeros intentos para educar a las personas sordas; mientras tanto en Paris, en el año 1784 se crea el primer instituto para jóvenes ciegos ahí recibían una educación específica mediante el sistema de lectoescritura en Braille. En el siglo XVIII surge el interés en el campo del retraso mental al considerar que las personas con esta condición podían recibir educación. Los deficientes mentales recibieron tratamiento médico y pedagógico durante el

siglo XIX, lo cual llevo a un avance en la comprensión del retraso mental y el surgimiento de clínicas especializadas, en este siglo surge lo que propiamente se considera educación especial, con la ayuda de médicos, educadores y psicólogos.

A principios del siglo XX, y a raíz de la segunda guerra mundial, se introdujo el modelo médico rehabilitador, en el cual se crean instituciones para el trato de las deficiencias y se buscaron tratamientos para dichas discapacidades. Durante este siglo, en el año 1905, Binet y Simon, crearon la primera escala para medir inteligencia, dicha escala fue modificada debido a las implicaciones teóricas y experimentales. A raíz de los datos obtenidos sobre el nivel mental, se establecieron tres grados de deficiencia, la idiotez (nivel mental de dos años), la imbecilidad (nivel mental de siete años y la debilidad mental (nivel mental de 10 años).

Es en 1970 cuando comienza un auge en los derechos de las personas con discapacidad, y surge el interés por realizar un protocolo de integración escolar. En 1971 con la aprobación de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en donde se afirma que las personas deben gozar de los mismos derechos que el resto de los seres humanos. En 1975 se crea la Declaración de los Derechos de los Impedidos, la cual afirma que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos políticos y derechos civiles, además se les otorga derechos económicos y sociales.

En 1982 las Naciones Unidas aprobaron el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, que en su artículo 21º establece asegurar el acceso a la vida familiar, el empleo, la educación, la vivienda, la seguridad social, la participación en grupos sociales y políticos, las actividades religiosas, las relaciones afectivas y sexuales, el acceso a las instalaciones públicas y la libertad de movimiento.

Para los años 90's se comenzó a buscar la inclusión, la atención, y el derecho a servicios médicos de calidad de las personas con discapacidad, fue por ello que la ONU en 1992 dio a conocer las normas uniformes de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, en este mismo año, tras el festejo del decenio

de las Naciones Unidas para los Impedidos se señala el 3 de Diciembre cómo día internacional para las personas con discapacidad y dos años más tarde, en 1993 se crearon las Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades de las personas con Discapacidad. En 1994, durante la conferencia mundial sobre Necesidades Educativas Especiales se aprueba la Ley de Salamanca, que promueve la inclusión como primer marco de acción.

El máximo logro obtenido y aprobado por las Naciones Unidas en 2006 es su Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y un protocolo facultativo, en donde proponen un cambio de paradigma en actitudes y enfoques de las personas con discapacidad, además se integró un modelo social en el marco de los derechos humanos, el cual trajo cambios en el concepto actual que se tiene sobre discapacidad.

## **1.2 Definición**

En 1977 el concepto de discapacidad era “todo individuo que, por razones físicas o psicológicas, encuentran dificultades considerables en su vida cotidiana” (McKenna, 1977, p.16). Desde este punto de vista, la discapacidad era un asunto que concierne exclusivamente al individuo, en el 2001 el término de discapacidad ponía énfasis en la comparación, ya que una persona con discapacidad era comparada con el grupo “normal”, es así que la definición de discapacidad en esa época era la siguiente: “...es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, genero)” (Egea y Sarabia, 2001, p.16). Dicho concepto reconoce la discapacidad en relación con la ejecución de actividades y la dificultad que presentan para realizarlas en comparación con otras personas.

A diferencia de los conceptos anteriormente mencionados, en años más recientes en el Glosario de Términos Sobre Discapacidad, ésta es entendida como un “concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su

participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (2008, p.26). En dicha definición se considera a la discapacidad como resultado de las condiciones que tienen las personas con discapacidad y los límites sociales a los que se enfrentan. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Esta definición se centra en las funciones internas (cognitivas), lo personal y lo social como factor de relación entre la discapacidad e interacciones sociales.

#### *Definición de la discapacidad Intelectual*

En congruencia con la definición de discapacidad expuesta anteriormente, actualmente la discapacidad intelectual se define en términos de su funcionamiento, es así que para la Clasificación Internacional del Funcionamiento (2008) esta tiene que ver con “las funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de formas constructivas las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital” (p. 74). Así mismo, Verdugo (2003) señala que la discapacidad intelectual “se refiere a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y está afectado positivamente por apoyos individualizados (capacidades intelectuales, conducta adaptativa)” (p. 18). Dichos conceptos están relacionados con la alteración de una o varias de las funciones mentales y cognitivas de un individuo y además involucra el nivel de apoyo familiar y social que reciben para alcanzar un mejor funcionamiento.

Por su parte, la Association American on Mental Retardation (2002) menciona que “el retardo mental no es descrito como un rasgo absoluto, pero es siempre cambiante. Es la interacción entre el intelecto del individuo y las habilidades adaptativas, la participación en actividades, la interacción con los otros, los roles sociales y la salud” (p. 327). A partir de esta definición, los factores relacionados con la discapacidad están en el contexto inmediato y cultural del individuo con discapacidad intelectual, además están relacionadas con la realización de

actividades, las dificultades que presentan para ejecutarlas y las destrezas desarrolladas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) la deficiencia mental es “un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: la funciones cognitivas del lenguaje, motrices y de socialización” (p. s/n). De acuerdo con la definición anterior las áreas del desarrollo que se pueden ver afectadas son lenguaje, aprendizaje, socialización, etc.

Estas definiciones más recientes coinciden en que la discapacidad involucra las características individuales de una persona, pero también a la sociedad, ya que esta favorece o limita el tipo de interacción social que tiene ese individuo en un contexto determinado, así como por las actitudes personales y sociales que percibe la persona con discapacidad.

### **1.3 Personas con discapacidad intelectual en el mundo**

A continuación se presentan algunos datos del número de las personas con discapacidad intelectual que viven en el mundo. La OMS (2010) afirma que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. De las personas con cualquier tipo de discapacidad que viven en México reportadas en el último censo del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2010) viven 5 millones 739 mil 270 personas. De las cuales, el 8.5% tienen algún tipo de discapacidad intelectual y el 4.4% dificultad para poner atención o aprender.

Durante el periodo 2013-2014 el Gobierno de la República a través de la Secretaría de Educación Pública (2014) afirmó que 105, 321 alumnos con discapacidad intelectual son atendidos en escuelas de educación especial. Aunque la cifra es elevada, sería importante saber cuántas personas con discapacidad no cuentan con acceso a servicios educativos.

## 1.4 Etiología

A continuación se describen algunas de las causas que pueden generar discapacidad intelectual, las cuales se dividen en tres, dependiendo el momento en el que se presentan: prenatales (antes del nacimiento), perinatales (durante el parto) y postnatales (después del parto).

1. Prenatales: Son aquellas que se presentan desde el momento de la gestación y hasta el parto. Algunas de estas están relacionadas con factores genéticos, por ejemplo, el feto no se desarrolla de la manera adecuada dentro de la madre, por errores de origen consanguíneo, por errores al combinarse los genes y por malformaciones congénitas, (Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidades; NYCHI, 2010). Entre los casos más conocidos de dicha discapacidad están el Síndrome de Down, la hidrocefalia o microcefalia (Consejo Nacional de Fomento Educativo, [CONAFE], 2010). También dentro de los factores prenatales se ubican los problemas de salud causados por alguna infección, ingesta inadecuada de alcohol, enfermedades crónicas, tumores, accidentes y deficiencias nutricionales de la madre durante el embarazo (Vázquez, 2006). Además se tiene evidencia de que la contaminación tiene una influencia en la aparición de dicha discapacidad, el uso de plaguicidas en cultivos, la exposición de sustancias o gases nocivos, y la exposición a materiales radioactivos pueden afectar la salud de las madres embarazadas (Arias, 2009).

2. Perinatales: Hacen referencia a los problemas que se presentan durante el momento del nacimiento y durante el parto. Entre las causas más comunes que pueden generar discapacidad intelectual se encuentran la hipoxia neonatal, es decir si el bebé al nacer no recibe suficiente oxígeno, cuando el bebé nace prematuro (menos de 37 semanas de gestación), así como el aumento de bilirrubina en la sangre de la madre, también se incluyen las dificultades en el parto y los accidentes como traumatismos en el bebé (Ruíz y Arteaga, s/f)

3. Postnatales: Se presentan después de los 28 días del nacimiento y antes de la madurez cerebral, entre los más comunes se encuentran las enfermedades como

varicela, meningitis y crisis convulsivas (Vázquez, 2006), así como encefalitis, hemorragia intracraneal, infarto o muerte de una parte del tejido cerebral (Ruíz y Arteaga, s/f). También participan las lesiones que afectan zonas cerebrales encargadas del procesamiento de información, a causa de infecciones virales, altas temperaturas y golpes. Además también se relaciona con la falta de atención médica, la malnutrición y la exposición del bebé a agentes contaminantes que contienen plomo o mercurio (NYCHI, 2010).

## **1.5 Clasificación**

Existen al menos dos maneras de clasificar la discapacidad intelectual, una de ellas toma en cuenta el coeficiente intelectual mediante una prueba que permite medir inteligencia, y la segunda, considera las capacidades del individuo, es decir las habilidades y resolución de problemas que tiene una persona para su desenvolvimiento en su contexto.

### *1. Clasificación por coeficiente intelectual (CI).*

El coeficiente intelectual es un número que resulta de la realización de una evaluación estandarizada que permite medir las habilidades cognitivas de una persona en relación con su grupo de edad. Desde esta perspectiva dependiendo el puntaje obtenido será el grado de discapacidad intelectual. Al respecto la American Psychiatric Association (APA, 1995), el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA, 2017), y Cegarra y García (s/f) proponen la siguiente clasificación:

a) Retaso mental leve: El individuo posee un CI de 50 a 75 puntos, esto implica que pueden llegar a tener una vida cotidiana de manera normalizada. Presentará déficits ligeros en cuestiones sensoriales y motrices, además podrá adquirir habilidades sociales y de comunicación. Así mismo podrán adquirir los aprendizajes básicos de la educación primaria con los estímulos adecuados. También podrá adquirir habilidades que le permitan laborar durante la vida adulta, con ello podrá obtener autonomía, sin embargo, va a requerir ayuda ante diversas situaciones.

b) Retraso mental moderado: El individuo posee un CI de 35 a 50 puntos, necesita guías de apoyo para el aprendizaje de ciertos conocimientos. Podrá desarrollar habilidades de comunicación, puede adquirir algunos conocimientos académicos básicos. Además podrá adquirir habilidades de autocuidado con la supervisión adecuada, sin embargo, le será complicado relacionarse con los demás por lo que será necesario un entrenamiento en habilidades sociales. Así mismo, podrá desplazarse por lugares que les sean conocidos.

c) Retraso mental grave: El individuo posee un CI de 25 a 35 puntos, requerirá más guías de apoyo que los casos de retraso mental moderado para el aprendizaje de ciertas habilidades básicas. Difícilmente podrá adquirir lenguaje, pero, por otra parte, podrá adquirir algunas habilidades de autocuidado. Su desarrollo motor será retardado, no podrá adquirir habilidades académicas.

d) Retraso mental profundo: El individuo posee un CI de 20 a 25 puntos, está bajo el cuidado de alguien que pueda hacerse cargo de él. Presentará alteraciones neurológicas, por lo que tendrá bajos niveles de conciencia y poco o nulo desarrollo emocional, no podrá comunicarse, y sus habilidades motrices serán casi nulas.

e) Retraso mental de gravedad: El individuo posee un CI no especificado cuando la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales. Tendrá grandes insuficiencias, por lo cual es difícil establecer su nivel intelectual.

## *2. Clasificación por habilidades y destrezas desarrolladas.*

Aunque la clasificación por medio de estándares numéricos fue una opción viable durante muchos años, la OMS rechaza dicha clasificación debido a que considera que existen habilidades que pueden realizar a pesar de que un estándar numérico indique lo contrario. Actualmente se ha propuesto una forma de clasificación mediante la observación de las destrezas y habilidades que presenta el individuo, estas contemplan la capacidad para aprender, pensar, resolver problemas y vivir independientemente (NICHY, 2010). Además se considera la capacidad de

comunicarse, las habilidades de autocuidado, la habilidad de socialización y las habilidades académicas (APA, 1995).

También el Instituto Nacional de Pediatría en su manual titulado “Discapacidad mental” (S/A) propone la evaluación de la discapacidad intelectual mediante la ejecución de actividades y habilidades desarrolladas; el individuo con discapacidad leve podrá realizar actividades de manera normal, sin embargo presentará dificultades de aprendizaje generalizado; en la discapacidad moderada existe un desfase en el desarrollo y tendrán complicaciones en el uso del lenguaje, será complicado realizar actividades simples y usar la motricidad; en la discapacidad severa el desarrollo psicomotor será muy limitado, puede adquirir alguna habilidad específica pero no generalizarla; y en la discapacidad profunda presentará movilidad limitada o inexistente, no podrá controlar esfínter y difícilmente podrá adquirir habilidades (OMS, 2016).

Aunque se ha propuesto la clasificación anteriormente expuesta de la OMS como forma de identificar la gravedad de la discapacidad intelectual en los individuos, en México siguen usándose estándares numéricos de identificación, es importante considerar las actividades que desarrollan como medio de clasificación, que permitan obtener evaluaciones funcionales, para así poder realizar una adecuada intervención e incrementar sus habilidades de acuerdo a sus necesidades.

## **1.6 Implicaciones en el desarrollo**

Como ya se mencionó anteriormente, existen diversos ámbitos del desarrollo en los que las personas con discapacidad intelectual se ven afectadas, para Vásquez (2006), Pérez (s/f) y Ruiz & Arteaga (s/f) las personas con discapacidad se enfrentan a múltiples afectaciones en el desarrollo. A continuación se presentan algunas de ellas:

a) *Desarrollo cognitivo*: Presenta afectaciones en el procesamiento de la información, la memoria, autorregulación y metacognición. Además de la percepción, resolución de problemas y atención.

*b) Desarrollo del lenguaje:* Debido a que se ven involucradas algunas características cognitivas, estas afectaciones tendrán dificultades según la gravedad de la discapacidad, dicho desarrollo será mayor cuando la discapacidad sea leve, sin embargo, si la gravedad de la discapacidad es profunda, será menor la capacidad del lenguaje. Es así que, aquellos individuos que puedan desarrollar un lenguaje presentarán lentitud en el procesamiento de la información y en la emisión de su respuesta, además, presentarán dificultades en el aprendizaje de reglas gramaticales y del uso del vocabulario, es así que, su repertorio verbal puede llegar a ser limitado.

*c) Desarrollo motor:* El desarrollo de las personas con discapacidad intelectual, en algunos casos, es más lento, es por ello que aprenden a sentarse, gatear o caminar más tarde que otros niños, lo cual representa un obstáculo en la integración social del niño. En algunos casos la discapacidad intelectual es causada por un síndrome, enfermedad o accidente es por ello que están limitados en la movilidad de algunas extremidades u órganos, además de las enfermedades vinculadas a la discapacidad en sí.

*d) Desarrollo social:* En estas afectaciones está presente la falta de conductas adaptativas de las cuales presentan falta de control de sus acciones, dificultades al comprender y ejecutar las reglas sociales. Además de la existencia de las restricciones en el repertorio conductual del individuo.

Dichos factores pueden estar relacionados entre sí, por ejemplo, muchas veces se piensa que las personas con discapacidad no pueden realizar actividades básicas de manera cotidiana, debido a las complicaciones físicas, sin embargo, hay que considerar que la ausencia de alguna conducta puede ser generada por algún factor cognitivo.

## Conclusiones

Desde tiempos antiguos existen las personas con discapacidad, las cuales han adoptado diversos papeles a lo largo de la historia. La población con discapacidad ha sido marginada desde la fundación de las primeras ciudades, tales como Grecia y Roma, en donde fueron víctimas de constantes abusos. Posteriormente, en la edad media, con ayuda de la religión se buscó dar un trato más humano a las personas con discapacidad, no obstante se les trataba como seres inferiores necesitados de caridad. Finalmente, para años más recientes se han impulsado políticas en pro de los derechos de las personas con discapacidad, a pesar ello aún queda mucho por hacer para garantizar sus derechos.

Otro aspecto importante, atañe a la definición de discapacidad, anteriormente se pensaba que la discapacidad era únicamente un asunto del individuo con alguna limitación física, sin embargo, actualmente la OMS (2015) reconoce la participación del entorno social al favorecer o limitar las oportunidades de interacción social. Desde este punto de vista, la discapacidad involucra no solo al individuo sino también el contexto en el que se desenvuelve.

Asimismo, anteriormente se tenían explicaciones demonológicas acerca del origen de la discapacidad intelectual, hoy día se sabe que influyen factores de tipo prenatal, perinatal y posnatal. También se cuenta con al menos un par de clasificaciones de dicha discapacidad, la primera está en función del grado de discapacidad; mientras que la segunda obedece a las destrezas y habilidades que posee un individuo para adaptarse a su entorno.

Muchas de las afectaciones que puedan presentarse en los individuos con discapacidad intelectual estarán en función de la profundidad de la discapacidad, es así que se verán afectados en áreas del desarrollo; cognitivo (procesos psicológicos superiores: aprendizaje, memoria, atención); lenguaje (dificultades en el aprendizaje y uso del lenguaje, en muchos casos no se desarrollará); motor (la discapacidad intelectual está vinculada a la ausencia de movimientos en algunas extremidades) y social (ausencia de conductas adaptativas). Sin embargo, es

importante destacar que el grado de afectación, dependerá en gran medida del tipo de apoyos que el individuo con esta condición reciba de su entorno.

## **CAPÍTULO 2.**

# **SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

En este capítulo se analizará el concepto de sexualidad, así como de los derechos sexuales y reproductivos que tienen las personas con discapacidad, incluyendo a quienes tienen una discapacidad de tipo intelectual. Así mismo se expondrán algunos de los mitos que giran en torno a su sexualidad, y como estos interfieren en que reciban educación sexual y ejerzan su sexualidad de manera libre y responsable. También se presentarán datos sobre la vulnerabilidad de esta población para situaciones de abuso sexual, embarazos no deseados e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

### **2.1 Concepto de sexualidad**

La Organización Mundial de la Salud (2006) establece que la sexualidad es:

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente durante toda la vida. Engloba el sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todos estos aspectos, no todos ellos son siempre experimentados o expresados. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (p. 5).

A partir de esta definición queda claro que la sexualidad es algo que no concierne únicamente con las relaciones coitales. De esta manera la sexualidad está presente durante toda la vida, se nace con sexualidad y puede expresarse mediante todas aquellas cosas que generan placer, mediante los vínculos afectivos que se

establecen a lo largo de la vida. En consecuencia, la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano, que incluye a las personas con discapacidad intelectual.

### *Derechos sexuales y reproductivos*

La World Association for Sexual Health (WAS, por sus siglas en inglés, 1997) señala que existen 11 derechos sexuales y reproductivos para ejercer la sexualidad de manera libre y responsable. Dichos derechos son:

- 1) El derecho a la libertad sexual: Hace referencia a la libre expresión de la sexualidad, excepto actos en donde esté involucrado abusar sexualmente de otra persona.
- 2) El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo: Refiere la capacidad de decidir sobre su sexualidad.
- 3) El derecho a la privacidad sexual: Es el libre ejercicio de la sexualidad de manera íntima.
- 4) El derecho a la equidad sexual: Es la oposición a la discriminación de cualquier condición sexual, de género, de orientación sexual, edad, raza, religión o limitación física.
- 5) El derecho al placer sexual: La libertad de obtener placer sexual.
- 6) El derecho a la expresión sexual emocional: Refiere la capacidad de poder expresar su sexualidad mediante la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- 7) El derecho a la libre asociación sexual: Es la posibilidad de elegir tener pareja, matrimonio, divorciarse, entre otros.
- 8) El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables: La decisión propia de tener hijos o no tenerlos, cuántos hijos, y la libertad de decidir sobre los métodos de anticoncepción.
- 9) El derecho a la información basada en el conocimiento científico: la información que se brinde sobre sexualidad debe ser generada por investigaciones científicas. Además, dicha información, debe ser difundida en todos los niveles sociales.

- 10) El derecho a la educación sexual integral: Refiere recibir información sobre la sexualidad a lo largo de la vida.
- 11) El derecho a la atención de la salud sexual: Este derecho hace referencia a recibir información sobre la prevención y tratamiento, de aspectos sexuales, así como recibir información y apoyo sobre los problemas y trastornos sexuales.

Estos derechos sexuales y reproductivos son universales y fundamentales para el pleno ejercicio de la sexualidad, así como para el desarrollo de la vida de las personas. Sin embargo, en el caso de las personas con discapacidad carecen del reconocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales, ya que, hace apenas poco tiempo, se ha intentado que tengan participación y con ello que conozcan y ejerzan dichos derechos (López, 2008; Cruz, 2015) .

Aunado a lo anterior prevalecen una serie de mitos que giran en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad, mismos que entorpecen el ejercicio de sus derechos. A continuación se mencionarán algunos de estos mitos, y se analizará la veracidad de cada uno.

## **2.2 Mitos sobre sexualidad en personas con discapacidad Intelectual**

Clavijo, Rodríguez, Desongles, González, Trigueros, Mondragón, Garciano, Rosa, Muñoz (2005) mencionan que se cree que las adolescentes con discapacidad no se interesan en la sexualidad. Sin embargo, Cruz (2004), en una serie de entrevistas realizadas a mujeres con discapacidad, muestra que ellas tienen interés por su sexualidad, buscaban tener educación sexual e incluso ser madres. Algunas de ellas expresan ser sexualmente activas, aunque al comunicar esta situación de su sexualidad, ellas sentían que las veían con lástima o como pervertidas.

Caricote (2012) menciona que algunas personas consideran que cuando una persona nace con una discapacidad automáticamente no tiene sexualidad. Al poseer una discapacidad se le atribuyen características infantiles, como la inocencia y la debilidad sexual. Al contrario de esta idea, como ya se comentó, la OMS (2006) afirma que las personas con discapacidad son seres sexuados desde el nacimiento

hasta la muerte, sin importar su condición. Además el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) señala que las personas con discapacidad son personas sexuadas y además tienen necesidades de amor, ternura y placer, y su expresión promueve su bienestar.

Por otra parte Clavijo et al. (2005) mencionan que existe la creencia de que las personas consideradas “normales” no sienten atracción por las personas con discapacidad. En una investigación se encontró que los estudiantes universitarios reportan atracción por las personas con discapacidad, sin embargo, prefieren a las personas sin ningún tipo de discapacidad (Rojahn, Komelasky & Man, 2008 como se citó en Globber y Graf, 2012).

Además se cree que las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente y no necesitan educación sexual (Rivera, 2008). Por el contrario a esto las personas con discapacidad son las más vulnerables a ser víctimas de un abuso, debido a la carencia de información, y a la falta de educación sobre las conductas adecuadas e inadecuadas con su cuerpo, con los otros y prácticas públicas y privadas.

Igualmente se tiene la idea de que la actividad sexual se reduce a la reproducción y que la herencia de la discapacidad es posible si las personas con discapacidad tienen hijos, en consecuencia se considera que las personas con discapacidad no deben mantener relaciones sexuales y menos aún tener hijos (Clavijo et al., 2005). Existen casos en los que las personas con discapacidad no heredan su condición y también sumen la responsabilidad de los hijos que tienen [Asociación de Síndrome de Down de la República de Argentina ASDRA], 2017).

### **2.3 Sexualidad en personas con Discapacidad Intelectual**

Al llegar a la adolescencia la familia de los jóvenes con discapacidad entra en preocupación por los cambios característicos de esta etapa. Cabe resaltar que las personas con discapacidad intelectual comienzan la pubertad a la misma edad que el resto de la población y experimentan los mismos cambios físicos y hormonales

(UNICEF, 2012). Para los padres la mayor preocupación está centrada en la posibilidad de que sus hijos tengan relaciones sexuales, puedan tener un embarazo y que el bebé herede la discapacidad. Los padres temen asumir la responsabilidad de que sus hijos se involucren en un embarazo y sean ellos quienes tengan que encargarse del cuidado de su nieto (Varas, 2010). Así mismo, durante la infancia y adolescencia, los jóvenes con discapacidad presentan conductas como la masturbación, las cuales generan repulsión y negación a los padres, debido a que son ellos quienes condenan estas conductas como impropias, sucias o malas (Caricote, 2012).

La discapacidad intelectual afecta la sexualidad de las personas con discapacidad de diversas maneras. En primer lugar, debido a que muchas de las personas con discapacidad son aislados por sus padres, difícilmente interactúan con otras personas, dicha interacción ocurre únicamente en los lugares escolares y en los sitios en que reciben servicios de salud o de rehabilitación, y dado que están acompañados de sus padres todo el tiempo es difícil lograr establecer relaciones sociales y afectivas con los otros. Algunos padres se alarman cuando sus hijos establecen relaciones con otras personas, y suelen aislarlos e inculcarles miedo hacia los otros. Por el contrario, si los padres lo permiten, estos jóvenes logran tener relaciones afectivas, e incluso establecer una relación de noviazgo (Sánchez, 2011).

La expresión de la sexualidad también se vivencia de manera diferente para hombres y mujeres con discapacidad. En las mujeres se restringe aún más las manifestaciones de la sexualidad, debido a que son ellas quienes en caso de un embarazo tienen mayor responsabilidad, cómo ya se mencionó esta situación conlleva una doble responsabilidad para los cuidadores (Cruz, 2004). Cabe señalar que las conductas como masturbare, tocarse, frotarse son propias de un desarrollo sexual saludable y pueden ser educadas, así mismo es importante enseñarles cuáles son las conductas públicas y privadas, así como las maneras de prevenir un embarazo.

En otro orden de ideas, la imagen corporal tiene una función importante en la sexualidad. En las personas con discapacidad, sobre todo en las mujeres, al no

cumplir con los estereotipos de belleza dictados por la sociedad, se ven afectadas debido a que son las más vulnerables a estas opiniones (González y Gonzalo, 2014). Así mismo se les niega la posibilidad de enamorarse de alguien “normal” (Cruz, 2004). Esto sin duda impacta de manera en su autoimagen y su autoestima.

Las personas con discapacidad intelectual son más propensas a sufrir abusos, generados por la ausencia de educación sexual, la sobreprotección parental y principalmente porque a las personas con discapacidad, desde niños se les enseña a obedecer a los adultos. De hecho es más probable que dicho abuso sea por parte de personas cercanas a la familia (Gutiérrez, 2010). Además el riesgo de que una persona con discapacidad sea víctima de abuso sexual se elevan primordialmente por la falta de protección legal, ya que en algunos casos los abusadores se escudan en que las personas con discapacidad no pueden interponer una denuncia, debido su déficit de comunicación y/o comprensión. Las investigaciones señalan que las personas con discapacidad tienen tres veces más posibilidades de sufrir un abuso sexual en comparación con las personas que no tienen discapacidad (Groce, 2004).

Dependiendo el grado de la discapacidad es que se tendrán implicaciones distintas en la sexualidad. Las personas con afectaciones leves, pueden desarrollar una sexualidad dentro de los parámetros considerados normales, incluso tener familia e hijos, debido a que la discapacidad no tiene repercusiones de gravedad para la vida de la persona, incluso dicha discapacidad puede pasar desapercibida. Así mismo pueden comprender y aprender los contenidos de sexualidad y ejercer su derecho de manera libre. En cambio, cuando se trata de un déficit moderado, la persona posee conocimientos básicos de su cuerpo, por lo que su sexualidad será más rudimentaria, lo que conlleva a prácticas de riesgo más elevadas y son más propensos a los abusos sexuales (Caricote, 2012). A parte, los adolescentes con discapacidad intelectual grave y profunda están bajo el cuidado sus padres, quienes otorgan el papel de la sexualidad que a ellos más les convenga, siendo, en la mayoría de las veces la asexualidad, la inocencia y la restricción de placer para poder controlarlos. A pesar de la gravedad de la discapacidad, se olvidan que las

personas tienen necesidades afectivas y sexuales y que en algún momento de su vida se han de presentar (Flores y García, 1982 como se citó en Caricote, 2012).

En suma, el tema de la sexualidad en las personas con discapacidad es un asunto que compete de manera importante a la familia y sobre todo a los padres. Los jóvenes independientemente de su discapacidad intelectual tendrán un desarrollo sexual y es importante que sus padres estén preparados para afrontar este inevitable suceso, ya que en el caso de las personas con discapacidad ellas están privadas de recibir educación sexual y, servicios de salud sexual y reproductiva, a diferencia de sus homólogos sin discapacidad.

#### **2.4 Acceso a servicios de salud y educación sexual en personas con discapacidad Intelectual**

Según la OMS (2017) existen diversos factores que limitan el acceso a servicios de salud de las personas con discapacidad intelectual, entre dichos factores están los costos prohibitivos, ya que un 32% o 33% de las personas con discapacidad no pueden costearse la asistencia sanitaria. Así mismo, existe una oferta limitada de servicios apropiados para estas personas. También interfieren las aptitudes y conocimientos inadecuados del personal sanitario, es así que las personas con discapacidad notifican con frecuencia que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

#### **2.5 Prevalencia de ITS, VIH SIDA, embarazos no deseados y abuso sexual.**

La OMS (2017) reporta que el 95.2% de las mujeres con discapacidad, en edad reproductiva (de 15 a 49 años) conocen algún método anticonceptivo, pero, el 33.9% nunca ha sido usuaria de algún método anticonceptivo. Conocer sobre anticoncepción, de las ventajas y desventajas de cada uno de estos métodos, permite a muchas personas con discapacidad liberarse de sus temores al embarazo (Posse y Verdeguer, 1991). La información abundante y precisa sobre los métodos anticonceptivos, hace que las personas con discapacidad elijan mejor el método más adecuado para ellas (Leal, 1999).

De la misma forma, se ha documentado que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa, y que su exposición a los factores de riesgo asociados con ITS es igual o superior a la de la población en general (Berman, Meresman, Galván y Rodríguez, 2011). En una investigación Kijak (2013) mostró que los bajos niveles de conciencia sexual de las personas con discapacidad intelectual son la principal razón para las conductas sexuales de riesgo, así mismo mostró que el interés sexual de las personas con discapacidad es elevado, sin embargo, sus conocimientos respecto a temas de sexualidad son muy bajos. Esta deficiencia en la información sobre sexualidad da lugar a comportamientos patológicos de masturbación y de su sexualidad, poniendo en riesgo su salud y su vida.

Durante el periodo de 2010-2014, de los crímenes cometidos, en Estados Unidos, a las personas con discapacidad están; violación, abuso sexual, robo agravado y asalto. En este periodo de las personas con discapacidad que reportaron ser víctimas de un crimen, el 1.7% de ellos fueron víctimas de abuso sexual o violación, en comparación de las personas sin discapacidad quienes reportaron 0.5% del mismo crimen. Entre las personas con discapacidad que reportaron ser víctimas de abuso sexual 13.8% fue por parte de un pariente cercano, 10.8% otros parientes y 40.3% por parte de conocidos (Harrell, 2015).

## Conclusiones

La sexualidad es un aspecto central de todo ser humano que se manifiesta de diversas maneras, desde el nacimiento y hasta la muerte, sin importar las condiciones sociales, socioeconómicas o de salud, de tal manera que para garantizar el ejercicio libre y pleno de la sexualidad, se crearon los derechos sexuales y reproductivos, mismos que son vulnerados para las personas con discapacidad, es así que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual está envuelta en una serie de mitos que entorpecen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, además de la ausencia en información sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, se debe considerar que la sexualidad para el individuo con discapacidad intelectual tendrá implicaciones distintas a partir del grado de afectación: Para los casos de discapacidad intelectual leve será comprensible y se brindará la educación sexual de manera normalizada; para casos moderados la sexualidad será más primitiva y puede no existir la educación sexual (Pereira, 2007 como se citó en Caricote, 2012); y para casos profundos la familia cuidará a la persona con discapacidad en su totalidad (Flores y García, 1982 como se citó en Caricote, 2012), por lo que se considera innecesaria la educación sexual. No obstante, esto no involucra que la persona con discapacidad no presenten conductas sexuales, como autoestimularse. Además de que están en constante peligro de ser abusadas sexualmente debido a que no comprenden dichos actos. En consecuencia existe un alto riesgo de que los jóvenes con discapacidad sean abusados sexualmente, además están expuestos a las infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados, es por ello que la educación sexual resulta importante.

## **CAPÍTULO 3.**

### **SUPERVISIÓN Y APOYO PARENTAL VINCULADOS A LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD**

En el presente capítulo se analizará el concepto de comunicación, así como las barreras de comunicación a las que se enfrentan los padres de hijos con discapacidad. Así mismo se recuperan algunos estudios que demuestran la importancia sobre la comunicación sobre sexualidad en la prevención de problemas de salud sexual de sus hijos, posteriormente se analizan algunos de los temas que deben ser abordados cuando los padres hablan de sexualidad a sus hijos sin importar si éstos tienen o no discapacidad. Finalmente y como punto central de esta investigación se analiza el papel que desempeña la supervisión y apoyo parentales en la comunicación sobre sexualidad.

#### **3.1 Comunicación sobre sexualidad**

La comunicación es la transmisión de señales mediante un código común al emisor u al receptor y la petición del parecer por parte de la persona que habla a aquella o aquellas a quienes se dirige (Real Academia Española, 2016). Para, Skinner (1957; como se citó en González, Mendoza, Arzate y Cabrera, 2007) la comunicación es “lo que ocurre cuando un hombre habla o responde al lenguaje, es un asunto de comportamiento humano” (p. 105). A partir de estas definiciones, queda claro que para que exista comunicación es necesario que haya un lenguaje compartido por el emisor y receptor.

Cuando nace un niño con discapacidad intelectual, la familia tiene dificultades para establecer una adecuada comunicación. Por una parte, es posible que los padres experimenten angustia, depresión, culpa y aislamiento social, generados por la discapacidad de su hijo. Estos sentimientos, comienzan a generar ideas, que pueden ser dañinas para el establecimiento de la comunicación, debido a que no saben cómo explicarles, sienten o piensan que no les entienden (Caricote, 2012). Es así que, la comunicación supone un reto importante, ya que no todas las

personas con discapacidad intelectual desarrollan un lenguaje verbal, no obstante tienen otras formas de comunicación.

Al respecto, en una investigación realizada por Guzmán (2017) se encontró que los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual se comunican principalmente de manera verbal (62.3%), 32.1% se comunica mediante frases cortas y gestos, dos de ellos (3.8%) se comunican sólo con gestos y finalmente 1.9% por medio del Lenguaje de Señas Mexicano (LSM). Estos datos sugieren que son pocos los casos de padres e hijos con discapacidad intelectual que no desarrollan una forma de comunicación.

Es importante recalcar que la familia, principalmente los padres, son el primer contacto que tendrá la persona con discapacidad, son ellos quienes le enseñaran las conductas, reglas, valores y responsabilidades. En el caso de la comunicación sobre sexualidad, sus padres desempeñan un papel fundamental en la educación sobre sexualidad a través de la comunicación que establecen con sus hijos. A diferencia de los jóvenes sin discapacidad no asisten a la escuela y están privados de experiencias que les ayuden a comprender su propia sexualidad (Navarro, 2012).

Sin embargo, los padres de hijos con discapacidad intelectual evitan hablar sobre temas de sexualidad con ellos, principalmente por la falta de conocimientos sobre el tema, y al miedo que les genera que sus hijos puedan ser abusados sexualmente (Oliver, 2006). Además los padres mantienen ocultos estos temas por los mitos y creencias erróneas que, como ya se mencionó, existen en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, por ejemplo: se piensa que son ángeles eternos, que son asexuales, que son incapaces de sentir y despertar deseo (Torres, 2002). Sin embargo, se ha demostrado que son capaces de expresar su sexualidad de manera responsable, con comportamientos acordes al entorno donde se encuentran y dentro de las normas establecidas, es por ello que es necesario darles educación sexual (Katz y Lazcano-Ponce, 2008).

En jóvenes sin discapacidad se ha encontrado que la comunicación sobre sexualidad que establecen con sus padres se relaciona con la reducción de conductas sexuales de riesgo (Salazar-Granara, Santa María-Álvarez, Solano-

Romero, Lázaro-Vivas, Arrollo-Solís, Araujo-Tocas, Luna-Rengifo, Echazu-Irala, 2007; Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, González, 2010). Además el comportamiento sexual de los jóvenes dependerá de la forma en que se muestre la enseñanza de sexualidad en la familia, habrá una diferencia si se presenta de manera abierta o de manera oculta la información (Mier y Terán & Rabell, 2005). En el mismo sentido las actitudes abiertas, directas, veraces que los padres poseen hacia la sexualidad promueven un mejor aprendizaje en sus hijos (Melo y Zicavo, 2012). Es por ello que los hijos a quienes se otorga una educación sexual abierta, tendrán mayor responsabilidad ante las conductas sexuales (Pereira, 2004).

Por otra parte, los temas que los padres suelen hablar regularmente con sus hijos sin discapacidad están orientados a evitar que tengan relaciones sexuales; en cambio hablan menos sobre enfermedades de transmisión sexual y el embarazo (Schouten, Putte, Pasmans, Meeuwesen, 2006), cómo usar métodos anticonceptivos y cómo usar condón (Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013). Lo cual sugiere que los padres están más preocupados por evitar que sus hijos inicien su vida sexual, y no en prepararlos para prevenir las consecuencias de las relaciones sexuales. En el caso de la comunicación que establecen los padres que tienen hijos con discapacidad es limitado. Los temas que más conversan son sobre el abuso sexual, el cual tiene singular importancia debido a que los padres consideran que sus hijos son sumamente vulnerables, de hecho, les gustaría poder explicarles de este tema con lógica, pero se ven impedidos por las limitaciones de sus hijos (Bárcena y Romano, 2016). Además los padres desean tener más conocimientos sobre la prevención del abuso, para detectar alguna situación en la que sus hijos se vean vulnerados sexualmente.

En una investigación realizada por Bárcena y Jenkins (2018) se compararon los temas de los que hablan padres de hijos con y sin discapacidad, se encontró que sin importar la condición de los hijos, los padres carecen de los conocimientos sobre la transmisión de las ITS y del VIH/SIDA, así mismo tienen poca información sobre los embarazos no deseados y el uso correcto del condón. Sin embargo, se encontró que los padres de hijos sin discapacidad hablan sobre temas relacionados con la

protección en las relaciones sexuales, prevención de las ITS y el VIH/SIDA y las consecuencias del embarazo. Por otra parte los padres de hijos con discapacidad, hablan sobre temas orientados a evitar que tengan relaciones sexuales, las consecuencias de un embarazo y sobre la presión de amigos o la pareja de tener relaciones sexuales. Estos resultados indican que los padres de hijos con discapacidad mantienen la preocupación de que sus hijos no tengan relaciones sexuales, y se preocupan menos en cuestiones de cuidado sexual.

Bain (s.f: como se citó en Rivera, 2008) realizó un listado sobre los temas que los padres deben hablar con sus hijos sobre sexualidad de acuerdo a su edad (Tabla 1). En personas con discapacidad intelectual, los temas abordados podrían ser los mismos, sin embargo, necesitarán más estímulos y una explicación más detenida y repetitiva de la información para que el aprendizaje sea más factible (Caricote, 2012). Si se les explica de manera adecuada los temas y contenidos pueden llegar a protegerse de las prácticas de riesgo e incluso pueden formar una familia y tener hijos (Pereira, 2007).

Tabla1

*Temas para hablar de sexualidad*

Rango de edades	Tópicos por desarrollar
De 2 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencias entre niños y niñas.</li> <li>• Las partes del cuerpo.</li> <li>• Lugares y conductas públicas y privadas.</li> <li>• Decir no ante contactos incorrectos.</li> <li>• Como nacen los niños.</li> <li>• El erotismo (masturbación).</li> </ul>
De 10 a 15 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios que se observan en la pubertad.</li> <li>• Sentimientos sexuales.</li> <li>• Orientación sexual.</li> <li>• Elaborar y mantener las relaciones.</li> </ul>
De 16 años en adelante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferencias entre sexo y amor.</li> <li>• Responsabilidades de las relaciones sexuales.</li> <li>• Responsabilidades de la paternidad.</li> <li>• Leyes y consecuencias de los contactos incorrectos con otros.</li> </ul>

Adicionalmente, Torres (2002) propone otros temas que deben ser abordados por los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual: el autoconocimiento; la socialización; el abuso sexual; las diferencias entre amigos, pareja y familia; la paternidad; la importancia de la educación sexual; el autoestima y emociones relacionadas con la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual; las implicaciones de la educación sobre sexualidad en personas con discapacidad intelectual; el desarrollo psicosexual; los comportamientos sobre sexualidad y; la anticoncepción y esterilización.

### **3.2 Supervisión y apoyo parental**

La comunicación sobre sexualidad está vinculada con diversos factores que pueden promoverla o restringirla, entre éstos destacan la supervisión y el apoyo parental. Stattin y Kerr (2000) definen la supervisión parental como “el conjunto de conductas que comprenden el cuidado de los hijos, el conocimiento verdadero de su paradero, sus actividades y la adaptación de las actividades fuera de casa, y tiene que ver con los esfuerzos de los padres para averiguar qué están haciendo sus hijos por medio de la solicitud y el control” (p.1072). El apoyo parental, por su parte, es definido como “los recursos que destinan los padres a sus hijos para desarrollar un dominio particular” (Grolnick & Slowiaczek, 1994; p.237).

Las variables de supervisión y apoyo están relacionadas en su definición por ser un conjunto de conductas, actitudes, hechos y estímulos, que hacen los padres a favor de la crianza de sus hijos. A su vez, la investigación demuestra que estas variables están vinculadas con la prevención de conductas sexuales de riesgo en los jóvenes sin discapacidad.

#### *Supervisión parental*

Con respecto a la supervisión parental, en un estudio realizado por Andrade, Betancourt y Palacios (2006) con 1942 estudiantes sin discapacidad con edades de 14 a 24 años, se encontró que los puntajes más bajos sobre supervisión por parte de los padres, se asocia con una actividad sexual prematura. De igual forma, Longmore, Manning y Giordano (2001) encontraron que la supervisión parental es

el principal factor de retardo del inicio sexual. Los hallazgos sugieren que la supervisión de los padres antes del inicio de la adolescencia es importante como una base para los jóvenes que luego deben tomar decisiones conductuales fuera del alcance de los padres. Además los altos niveles de percepción sobre supervisión parental se asocian con la disminución sobre la incidencia de *gonorrea* y *clamidia*. A diferencia de los altos niveles de comunicación parental, los cuales no pueden predecir la incidencia de otras ITS, la supervisión parental resulta ser un factor protector asociado con aspectos de comportamiento sexual de adolescentes (Bettinger, Celentano, Curriero, Adler, Millstein, Ellen, 2004).

En la misma dirección, diversas investigaciones comprueban que la supervisión parental resulta ser un factor que ayuda a retardar el debut sexual de los jóvenes, además resulta ser un factor protector de las conductas de riesgo (Salazar-Granara, Santa María-Álvarez, Solano-Romero, Lázaro-Vivas, Arrollo-Solís, Araujo-Tocas, Luna-Rengifo, Echazu-Irala, 2007; Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, González, 2010). Justamente para motivar la supervisión parental y a partir de los resultados obtenidos en otras investigaciones anteriores cómo es el caso de Bettinger, et.al (2004), quienes han propuesto un diseño de intervención orientado a la promoción positiva de la supervisión, el cual puede resultar positivo debido a la reducción en la incidencia de las ITS. Así mismo, en un programa realizado por Prado, Briones, Schwartz, Feaster, Huang (2007) dirigido a padres e hijos (sin discapacidad) para modificar su conducta sexual, realizado en familias hispanas cuyos hijos tuvieran entre 12 y 13 años, en donde se promovió el apoyo familiar, supervisión positiva, así como promover la comunicación de padres e hijos, demostró tener efectos positivos, al final de la intervención, respecto a la reducción de conductas sexuales de riesgo y a incremento de las conductas protectoras de su salud sexual. Lo cual indica que la supervisión positiva resulta tener efectos importantes en la conducta sexual de los adolescentes.

#### *Apoyo parental*

El apoyo parental resulta ser un indicador de la relación padre-hijo, mismo que tiene una función importante en el desempeño escolar, autoestima, y la competencia

social de los adolescentes (Helsen, Vollebergh y Meeus, 2000). Además la evidencia científica indica que cuando los padres expresan su apoyo mediante la comunicación sobre sexualidad, los comportamientos sexuales son de mayor cuidado.

Miller, Benson y Galbraith (2001) realizaron una revisión a diversos trabajos en los que se analizan el apoyo parental y su relación con la conducta sexual en adolescentes, en todos ellos se demuestra que el apoyo parental resulta ser un factor para el retardo del debut sexual, mayor uso de anticonceptivos, así como la elección de un menor número de parejas sexuales. Es así que, el apoyo se traduce en el hecho de que los padres hablen con sus hijos sobre el uso de métodos anticonceptivos, y esto a su vez, tiene un impacto positivo en el uso adecuado del condón en los adolescentes sin discapacidad (Estrada, Campero, Suarez-López, Vara-Salazar, González-Chavez, 2017). Además el apoyo parental promueve la abstinencia sexual de los adolescentes, la intención de usar métodos anticonceptivos en relaciones sexuales futuras, y la reducción de ITS (Atienzo, Campero, Estrada, Rouse y Walker, 2011).

Así mismo, resulta que el apoyo parental, la interacción familiar y la crianza son variables predictoras en el comportamiento sexual de los adolescentes, ya que los hijos que perciben más dichas variables tienen menos parejas sexuales (Feldman y Brown, 1993). Además, la calidad de apoyo parental, específicamente de las madres a sus hijos, tiene relación directa con el uso sistemático de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activos (Jaccard, Dittus y Gordon, 1996). La calidez, la cercanía y relación entre padres e hijos, reducen el riesgo de embarazo en la adolescencia, así mismo, influye en las conductas sexuales y anticonceptivas (Miller, Benson y Galbraith 2001).

Sin embargo, en el caso de los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual a menudo confunden la forma de expresar su amor y quieren facilitar las tareas que realizan sus hijos, evitan que éstos se enfrenten a conflictos que los pongan en situaciones desagradables o incluso evitan que sus hijos resuelvan sus problemas, dando pie a la sobreprotección. González (s/f) señala que la mejor estrategia para

favorecer la autonomía e independencia de los hijos consiste en explicar la situación a la que se está enfrentando y otorgar estímulos para resolverla. Es así que, una limitante de la autonomía e independencia para los jóvenes con discapacidad intelectual es la versión negativa de la supervisión: la sobreprotección (Reyes-Pérez, 2014).

La sobreprotección de los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual se exagera cuando se trata de su sexualidad (Oliver, 2006), a menudo los padres experimentan una gran angustia, temor y culpa ante la posibilidad de que sus hijos expresen su sexualidad. En un estudio de tipo cualitativo realizado por Navarro (2012) la madre de un joven con discapacidad intelectual evitaba que su hijo viera programas con escenas románticas por su temor a que estas imágenes despertaran su curiosidad, este tipo de conductas refleja que los padres prefieren alejar a sus hijos de todo lo que tenga que ver con sexualidad, pensando que así evitarán que aparezca.

En concordancia, la UNICEF (2011) señala que “La sobreprotección impide que los niños y niñas vivan experiencias habituales e ineludibles para su socialización y para adecuarse al entorno y los años de vida que tienen. La sobreprotección solamente protege a los niños de una cosa: De experimentar la vida. A vivir se aprende viviendo” (p.11). En el caso de las personas con discapacidad esto es más grave debido a que tienen un acceso limitado a diferentes ambientes de socialización.

## **Conclusiones**

La comunicación muchas veces se ve impedida por la ausencia de lenguaje en los jóvenes con discapacidad, ello supone una dificultad a la que muchas familias se enfrentan. Sin embargo, los padres y sus hijos con discapacidad intelectual, han desarrollado una forma de comunicarse (Guzmán, 2017), lo cual puede ser la base para favorecer la comunicación sobre sexualidad. Asunto por demás necesario, ya que se ha demostrado en jóvenes sin discapacidad, que dicha comunicación resulta

ser un factor protector ante las conductas sexuales de riesgo. Las personas con discapacidad se enfrentan a una serie de peligros (infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y abuso) que pueden prevenirse si se habla con ellos sobre la prevención y los riesgos.

La comunicación sobre sexualidad que establezcan los padres de hijos con discapacidad, cobra especial relevancia debido a que hay jóvenes con discapacidad que no acuden a las escuelas. Es así que, la tarea de los padres consiste en hablar con sus hijos desde la infancia, abordar temas sobre el cuidado de su salud sexual, de la prevención de abusos, las diferencias entre hombres y mujeres, las sensaciones físicas cuando alguien le gusta. Sin embargo, difícilmente los padres de hijos con discapacidad abordan estos temas con ellos.

Así mismo, se ha demostrado que la percepción del apoyo parental positivo, se refleja en la autoeficacia sobre el uso del condón en jóvenes sin discapacidad, además de que resulta ser un factor de retardo en el inicio sexual y un factor promotor en el uso de métodos anticonceptivos. Por su parte, también la supervisión parental resulta ser un factor protector ante las conductas sexuales de riesgo, cuando los hijos perciben altos niveles de supervisión éste tiene efectos positivos sobre su sexualidad. Aunque la supervisión y el apoyo parentales han demostrado ser variables que promueven la comunicación y el comportamiento sexual preventivo en jóvenes sin discapacidad. Los padres de hijos con discapacidad despliegan estrategias de supervisión y apoyo que restringen su desarrollo y autonomía, y se convierten en sobreprotección, misma que podrá generar que los padres eviten hablar de temas sobre sexualidad a sus hijos con la finalidad de que no despierte curiosidad o deseo.

**SEGUNDA PARTE:**

**Investigación empírica**

## **CAPÍTULO 4**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las personas con discapacidad intelectual presentan diversas dificultades según la profundidad de su discapacidad. Es así que, pueden presentar dificultades en el procesamiento de la información y en la adquisición de aprendizajes, además tienen dificultades en la atención, la memoria, la comprensión y dificultades en el desarrollo lingüístico, lo cual dificulta su aprendizaje, interacción y su desarrollo sexual. En México los estudios que abordan la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual son escasos. Dentro del desarrollo sexual de las personas con discapacidad intelectual, presentan menos oportunidades de relaciones sociales, menor autonomía, mayor cantidad de mitos respecto de su sexualidad y menor cantidad de información adaptada a sus necesidades. No obstante la sexualidad es inherente al ser humano, se presenta durante toda la vida, siendo más visible durante la adolescencia, con los cambios físicos y emocionales, esto incluye también a las personas con discapacidad intelectual, por ello atender los temas vinculados a su sexualidad es fundamental.

Los padres tienen un papel importante en el desarrollo sexual de sus hijos. La supervisión parental vinculada a la comunicación sobre sexualidad, ha demostrado ser un factor protector de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes sin discapacidad, tales como: retardo en el inicio sexual, disminución en las ITS. En el mismo sentido, el apoyo parental tiene efectos similares en la comunicación sobre sexualidad en jóvenes sin discapacidad que la supervisión parental. También demostró ser un factor protector ante situaciones sexuales de riesgo, además de que mantienen comportamientos sexuales de mayor cuidado.

Sin embargo los estudios sobre supervisión y apoyo vinculados a la comunicación sobre sexualidad, están realizados en adolescentes sin discapacidad y sus padres. Por ello, la presente investigación propone identificar la relación entre supervisión y apoyo parentales vinculados a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual.

#### **4.1 Pregunta de Investigación**

La pregunta de investigación estuvo orientada a identificar ¿Qué influencia tienen la supervisión y el apoyo parentales en la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres de hijos con discapacidad intelectual?

#### **4.2 Objetivo general**

Conocer relación entre la supervisión y apoyo parental con respecto a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual.

#### **4.3 Objetivos específicos.**

1. Conocer el apoyo y supervisión parental que los padres ejercen con sus hijos.
2. Identificar de qué forma los padres se comunican con sus hijos (forma verbal, con frases cortas y gestos, LSM, gestos, otra).
3. Identificar el porcentaje de padres que habló con sus hijos sobre temas de sexualidad.
4. Conocer la relación entre la supervisión y apoyo parental con respecto a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad.

# CAPÍTULO 5

## MÉTODO

### 5.1 Participantes

Se utilizó un procedimiento de un muestreo no probabilístico, intencional por cuotas (Hernández-Fernández y Baptista, 2006). El criterio de inclusión de los participantes consistió en ser padres de hijos adolescentes y/o jóvenes (12-29 años de edad) con discapacidad intelectual y vivir con ellos. Se tomó como *criterio de exclusión* a los padres con alguna discapacidad que les impida contestar los instrumentos de evaluación. De tal manera que la muestra estuvo constituida por 80 padres que cumplieron con los criterios referidos. En cuanto a las características de los participantes en la Tabla 2 se muestran las características de dicha muestra. La gran mayoría fueron mujeres, su edad promedio fue 45 años (DE=8.27), el último grado escolar de la mayoría fue secundaria, la mayoría eran casados y/o vivían en unión libre, un gran porcentaje manifestó ser católico. Respecto a su ocupación, más de la mitad mencionó dedicarse al hogar. El ingreso familiar mensual promedio de los participantes es de 5, 764.65 pesos, (DE=9,110.91) y la moda 4,000; mismo que debe compartirse en promedio entre cuatro personas, (DE=2.67). Los participantes tienen en promedio 2 hijos (DE=1).

Tabla 2

*Características sociodemográficas*

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Femenino	69	86.3
Masculino	10	12.5
Escolaridad		
Sin estudios	6	7.7
Primaria	18	23.1
Secundaria	23	29.5
Carrera técnica	10	12.8
Preparatoria	9	11.5
Universidad	9	11.5
Posgrado	3	3.8
Estado civil		
Soltero	16	20.3
Casado	40	50.6

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Unión libre	14	17.7
Divorciado	8	10.1
Viudo	1	1.3
Ocupación		
Empleado	32	40.0
Hogar	47	58.8
Otros	1	1.3
Religión		
Católica	67	85.9
Cristiano	7	9.0
Mormón	1	1.3
Otras	3	3.8

Respecto a las características que tienen los hijos de los padres encuestados. En la Tabla 3 se aprecia que más de la mitad de los hijos de los participantes eran varones, cuya edad promedio fue de 17 años (DE=4.01), la mayoría se encuentra cursando la secundaria. Asimismo, el origen del 84.4% de la discapacidad es congénita. En el caso de las personas que adquirieron la discapacidad después del nacimiento, ésta se presentó en promedio a los tres años (DE=2.75).

Tabla 3

*Características sociodemográficas de los hijos*

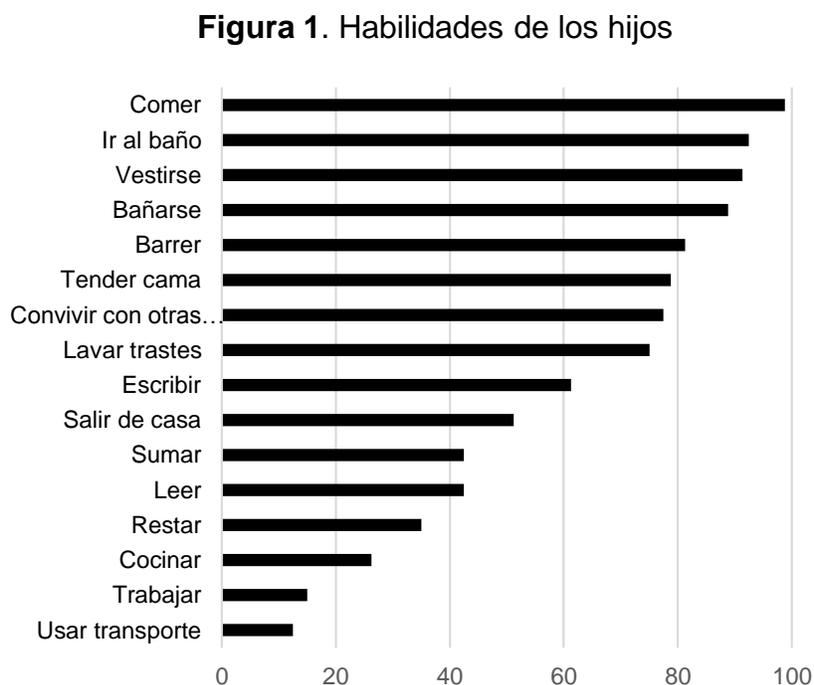
<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Femenino	35	43.8
Masculino	45	56.3
Escolaridad		
Sin estudios	12	16.4
Primaria	18	24.7
Secundaria	39	53.4
Carrera técnica	1	1.4
Preparatoria	2	2.7
Otro	1	1.4
Origen de la discapacidad		
Congénita	65	84.4
Adquirida	12	15.6

En la figura 1 se presentan las habilidades de auto cuidado, académicas y sociales que los hijos de los padres encuestados poseen. En dicha figura se observa que los

jóvenes poseen un buen número de habilidades que les permite tener autocuidado, está disminuyen en el área académica y son casi nulas en cuando a la independencia y autonomía, como son usar transporte y trabajar.

Figura 1

*Habilidades de los hijos*



## 5.2 Variables e instrumentos

Los instrumentos empleados en esta investigación se diseñaron y validaron mediante el siguiente procedimiento: en primer lugar se hizo una revisión de la literatura y se elaboraron categorías, con las cuáles se generó una entrevista semi estructurada a padres de hijos con discapacidad, con base en ello se diseñaron una serie de reactivos que conformaron cada uno de los instrumentos que se describen a continuación:

- a) *Características de los padres:* características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión)

- b) *Características de los hijos:* características sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad, origen de la discapacidad). Habilidades de los hijos.
- c) *Indicadores de supervisión parental:* Se diseñó una escala con cinco reactivos medidos, con un formato de respuesta en escala Likert con valores de 1 (Nunca) a 4 (Siempre), un ejemplo de reactivo es: (Permito que mi hijo salga de casa solo).
- d) *Indicadores de apoyo parental:* La escala se conformó por cinco reactivos, empleado los mismo valores de la escala anterior, (ej. Apoyo a mi hijo con sus tareas),
- e) *Formas de comunicación:* Verbal con frases cortas y gestos, sólo con gestos no habla y Lengua de Señas Mexicano.
- f) *Comunicación sobre sexualidad.* Se les preguntó si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre los siguientes temas: ej. Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, únicamente debían contestar sí o no ( $\alpha=0.86$ ).

### **5.3 Procedimiento**

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

### **Análisis de resultados**

Los datos recabados se capturaron en una base de datos del programa SPSS para Mac, versión 20, para llevar a cabo los análisis estadísticos de los resultados. Se realizó un análisis de frecuencias para obtener las características, tanto de los padres como de sus hijos.

## CAPÍTULO 6

### RESULTADOS

En seguida se presentan los resultados de esta investigación, en primer lugar se presentan los estadísticos descriptivos para las variables de supervisión y apoyo parental. Posteriormente, se presenta una gráfica con los porcentajes de padres que han abordado con sus hijos cada uno de los 16 temas de sexualidad. Por último, se presentan los resultados del análisis de correlación de las variables referidas anteriormente.

#### *Supervisión parental*

La siguiente tabla (tabla 5) muestra los resultados obtenidos para el análisis de los indicadores de supervisión parental, dichos datos indican que, los padres la mayor parte del tiempo supervisan las actividades que realiza su hijo ( $m=3.23$ ) y pocas veces permiten que sus hijos tengan amigos ( $m=2.22$ ).

Tabla 5

#### *Supervisión parental*

Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	DE
Permito que mi hijo (a) salga de casa solo.	1	4	3.21	0.71
Permito que mi hijo (a) tenga amigos.	1	4	2.22	0.92
Superviso todas las actividades que hace mi hijo (a).	1	4	3.23	0.68
Protejo a mi hijo (a) porque es más débil que los demás	1	4	2.70	0.92
Evito que mi hijo conviva con otras personas por temor a que lo lastimen.	1	4	2.29	0.86

*Apoyo parental*

Se muestran los datos obtenidos en la Tabla 6, para los indicadores de apoyo parental, los datos señalan que los padres la mayor parte del tiempo ( $m=3.48$ ) le explican a su hijo, cuando esté no sabe cómo hacer algo ( $DE=0.74$ ) y pocas veces ( $m=2.90$ ) permiten que sus hijos hagan cosas solos ( $DE=0.72$ ).

Tabla 6

*Apoyo parental*

Reactivo	Mínimo	Máximo	Media	DE
Permito que mi hijo (a) haga cosas él solo	1	4	2.90	0.72
Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas	1	4	3.15	0.91
Cuando mi hijo no sabe cómo hacer algo, le explico cómo hacerlo.	1	4	3.48	0.74
Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo (a).	1	4	2.98	0.94
Asisto a cursos que me permitan ayudar a mi hijo (a)	1	4	2.57	0.93

*Comunicación*

La tabla 7 muestra los datos sobre la forma en que los padres se comunican con sus hijos, se observa que en la mayoría de los casos los padres han desarrollado una forma de comunicarse con ellos, sólo el 3.8% no habla y su comunicación se establece mediante gestos.

Tabla 7

*Cómo se comunica con su hijo*

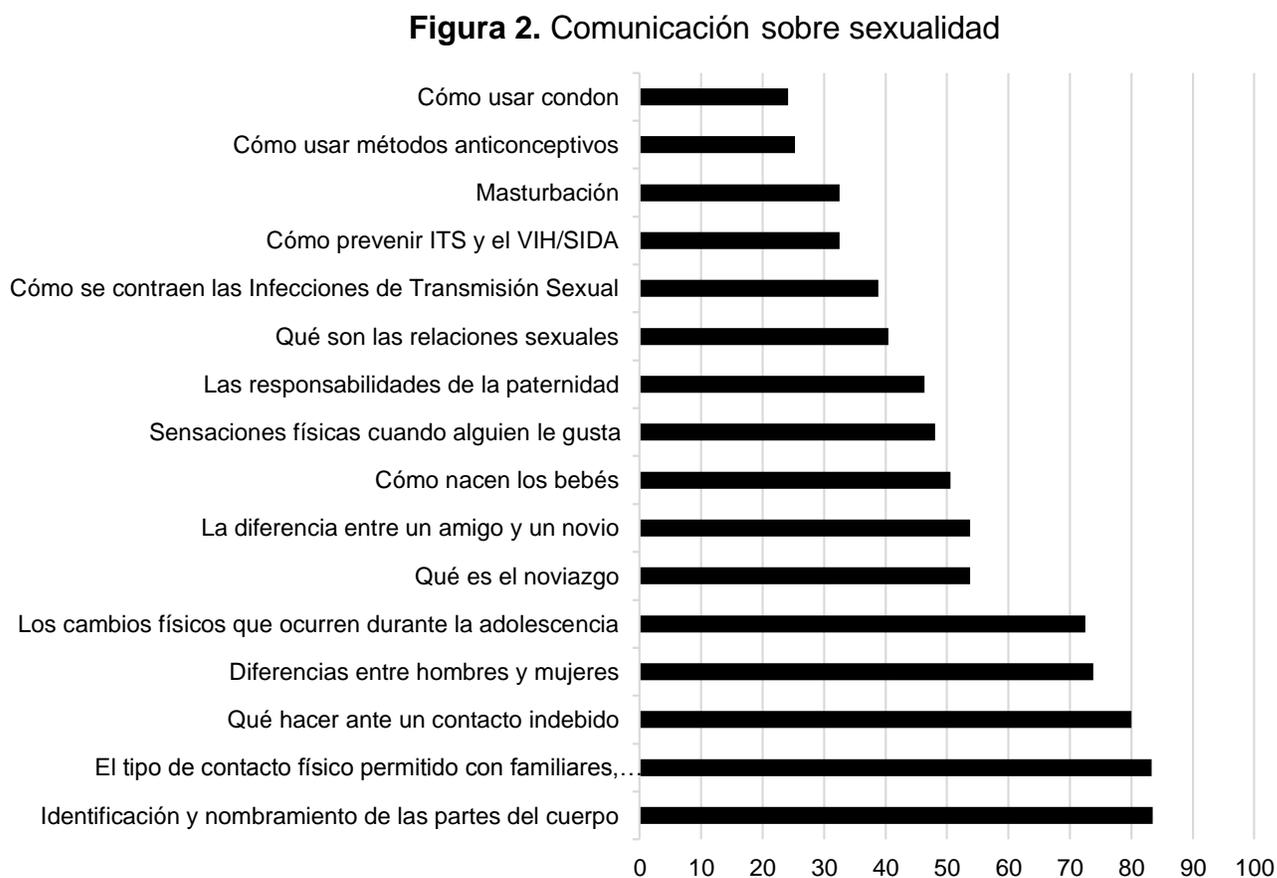
Variable	n	%
De manera verbal, podemos mantener una conversación	47	59.5
Principalmente con frases cortas y gestos, tiene un lenguaje limitado	27	34.2
Con gestos, no habla	3	3.8
Lengua de señas mexicana	2	2.5

### Comunicación sobre sexualidad

La figura 2 se muestra el porcentaje de padres que ha hablado con sus hijos sobre cada tema referente a sexualidad. Se observa que los padres hablan menos sobre el uso del condón, uso de métodos anticonceptivos, la masturbación y cómo prevenir ITS y VIH/SIDA. En contraste, hablan más sobre la identificación de las partes del cuerpo, el tipo de contacto físico permitido y qué hacer ante un contacto indebido.

Figura 2

### Comunicación sobre sexualidad



### Análisis de correlación

Posteriormente, para cumplir con el objetivo central de esta investigación, se efectuó un análisis de correlación mediante el estadístico *r* de *Pearson*. El resultado de dicho análisis indicó que únicamente el reactivo: “Busco actividades que ayuden al

desarrollo de mi hijo” se asoció de manera positiva con una mayor cantidad de temas sobre sexualidad que los padres abordan con sus hijos ( $r=.301, p<.01$ ).

## CAPÍTULO 6

### DISCUSIÓN

El objetivo del presente reporte de investigación fue: conocer relación entre la supervisión y apoyo parental con respecto a la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. A continuación se discuten los resultados más importantes de esta investigación.

En primer lugar, con respecto a la conformación de la muestra esta estuvo constituida en su mayoría por mujeres, dedicadas al hogar, con un nivel económico medio bajo. Estos resultados sugieren que las madres son quienes están más involucradas en la educación de sus hijos, y posiblemente sean ellas quienes otorguen educación sexual.

En cuanto a las características de los hijos de los participantes en ésta investigación 84.4% tienen discapacidad intelectual de origen congénito, además, los que reportan que la discapacidad fue adquirida (24.6%) está se presentó en promedio a los tres años de edad, sin embargo, no se indagaron las causas por las cuales dicha discapacidad se presentó. Lo anterior concuerda con lo dicho por el Centro Nacional de Diseminación de Información para Niños con Discapacidades; NYCHI (2010) quién afirma que los factores prenatales, aquellos que están relacionadas con factores genéticos, son la principal causa de discapacidad intelectual. Además, Vázquez (2006), Ruiz y Arteaga (f/f) y NYCHI (2010) mencionan que algunas de las causas posnatales de la discapacidad intelectual son las enfermedades virales infarto, hemorragia intracraneal, temperaturas altas, golpes, malnutrición y la exposición a agentes contaminantes.

Así mismo, se encontró que más del 88% de los jóvenes poseen habilidades de autocuidado, cómo vestirse, bañarse, comer, ir al baño, sin embargo, sólo en cocinar obtuvieron 27%. Además se reportó que los jóvenes poseen menor porcentaje en habilidades en el área académica. Con respecto a las habilidades de

independencia y autonomía, los padres de los jóvenes con discapacidad intelectual reportan menos del 80% siendo los niveles más bajos en usar transporte (12.5%) y trabajar (15%). Al respecto Reyes-Pérez (2014) menciona que las actividades de autocuidado pueden ser las que promuevan la autonomía en las personas con discapacidad, lo cual le permitirá desenvolverse en su contexto, y le ayudará a su calidad de vida. Sin embargo, las habilidades que tenga la persona con discapacidad, serán generadas por la profundidad de la misma (Instituto Nacional de Pediatría (s/f), es así que, los jóvenes con discapacidad pueden tener afectaciones cognitivas, en donde el procesamiento de la información, la memoria, la resolución de problemas se vea afectada (Vásquez, 2006; Pérez, s/f; Ruiz & Arteaga, s/f). Sin embargo, también es de suma importancia, tomar en cuenta el contexto social en el que se desenvuelve la persona con discapacidad, ya que, muchas veces éste ayudara a potencializar las habilidades y destrezas. Es así que, estas resultan ser importantes para incrementar la capacidad para aprender, resolver problemas y vivir independientemente (NICHY, 2010).

Al analizar los datos específicos de la supervisión parental de esta investigación, ésta se caracteriza porque los padres realizan actividades relacionadas con la supervisión positiva en mayor frecuencia, es así que los padres supervisan las actividades que realiza su hijo. Sin embargo, los padres casi nunca les permiten tener amigos, esto a causa de que los padres sienten que sus hijos son más débiles y que si su hijo convive con otras personas pueden lastimarlo. Estos reactivos indican que los padres se muestran interesados en promover actividades que les permitan a sus hijos ser más independientes, sin embargo, se encuentran preocupados porque sus hijos puedan sufrir discriminación y en consecuencia los aíslan. Lo cual es grave si se considera que gran parte del aprendizaje tiene lugar en la interacción con otras personas en un medio social, la UNICEF (2011) establece que la sobreprotección evita que los jóvenes con discapacidad experimenten partes esenciales de la vida, cómo tener amigos haciendo de la discapacidad algo más grande.

De igual forma se analizaron los resultados del apoyo parental, los padres de hijos con discapacidad explican a sus hijos la manera de realizar las cosas con regularidad, sin embargo, no permiten que ellos realicen algunas actividades solos. El apoyo parental se caracteriza casi siempre por apoyar a sus hijos con las tareas. Además de que los padres expresan que intentan explicarles cuando su hijo no sabe realizar algo. Sin embargo, también de muestra que los padres casi nunca les permiten a sus hijos que hagan cosas solos, igualmente se encontró que los padres casi nunca asisten a cursos que les permitan apoyar a sus hijos. Lo anterior tiene implicaciones directas en la adquisición de habilidades de resolución de tareas e independencia, es así que, las personas con discapacidad pueden aprender a solucionar sus problemas si se les explica la situación y se otorgan estímulos que apoye su resolución (González, s/f). Sin embargo, los padres de hijos con discapacidad intelectual quieren facilitar las tareas que realizan sus hijos, evitan que sus hijos resuelvan sus problemas (Reyes-Pérez, 2014). Respecto a los cursos para ayudar a su hijos, aunque éstos muestren preocupación por ayudarlos, difícilmente buscan algún taller, curso o programa, posiblemente porque como indican los datos de este estudio, en donde la muestra estuvo conformada principalmente por las madres de los jóvenes, ellas están dedicadas al hogar, al resto de sus hijos y al cuidado de su hijo con discapacidad, o porque no encuentra un momento adecuado, así como la limitada oferta de cursos y los horarios que resultan ser muy complicados para sus tareas cotidianas.

Respecto de la manera en cómo se comunican los padres con sus hijos, la mayoría de ellos lo hace de manera verbal o con frases cortas y gestos, sin embargo, los datos señalan que dos de ellos lo hacen mediante el LSM. Estos datos concuerdan con lo reportado por Guzmán (2017) quién afirma que la mayoría de los padres que tienen hijos con discapacidad intelectual se comunican principalmente de manera verbal, sin embargo, existen algunos casos en el que la comunicación es mediante frases cortas y gestos, por medio de LSM o sólo de manera gestual. Estos resultados sugieren que en la mayoría de los casos los padres pueden comunicarse con sus hijos.

En la presente investigación se demuestra que más del 80% de los padres hablan sobre la identificación y nombramiento de las partes del cuerpo, el tipo de contacto físico permitido con familiares, amigos y profesores, qué hacer ante un contacto indebido, temas todos vinculados al abuso sexual. Sin embargo, los padres de este estudio abordan temas, en porcentajes menores al 33%, sobre cómo usar métodos anticonceptivos, cómo usar condón, y cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA. Al respecto Ballan (2012) menciona que el tema de abuso sexual tiene singular importancia, debido a que los padres consideran que sus hijos son sumamente vulnerables, además en una investigación realizada en padres de jóvenes sin discapacidad, se reportó que los padres hablan en menor medida sobre temas relacionados con el uso del condón (Bárcena y Jenkins, 2018). Estos resultados sugieren que los padres se muestran preocupados por la posibilidad de que sus hijos sean abusados sexualmente, además de que los padres consideran que sus hijos no llegarán a tener relaciones por su inocencia (Rivera, 2008). Independientemente de la discapacidad los padres consideran que sus hijos no pueden tener una sexualidad de manera deliberada, los padres no hablan sobre el uso del condón aunque sus hijos no tengan discapacidad, consideran que al hablar con ellos sobre sexualidad es otorgarles permiso para hacerlo (Bárcena & Jenkins, 2018).

Finalmente el análisis de correlación entre la supervisión y apoyo parentales vinculados a la comunicación sobre sexualidad, entre los reactivos dirigidos a de la escala de supervisión y apoyo parental, únicamente el reactivo: "Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo" se asoció de manera positiva con la comunicación sobre sexualidad. Sin embargo, se esperaba que más de estos reactivos tuvieran relación con la comunicación, ya que en una investigación llevada a cabo por Navarro (2012) se mostró que, la madre de un joven con discapacidad intelectual, no permite que su hijo vea televisión, para así evitar que él vea escenas eróticas y que esto no despierte su inquietud sexual. Estos comportamientos pueden ser generados debido a que la sobre protección de las madres, ante el temor y la desinformación de hacer frente a estos temas. En este estudio, únicamente que los padres busquen actividades que promuevan el desarrollo resultó estar asociado

con dicha comunicación, es decir, sólo cuando los padres buscan actividades que ayuden al desarrollo de sus hijos hablan sobre una mayor cantidad de temas referentes a la sexualidad. En concordancia, Torres (2002) menciona que es importante establecer talleres a padres y maestros con la finalidad de explicar temáticas sobre sexualidad en personas con discapacidad, debido a que se desconocen muchos asuntos relacionados.

Algunas de las limitaciones que estuvieron presentes en la realización de la presente investigación fueron que: no se indagó en la profundidad de la discapacidad esto ayudaría a conocer qué temas abordan los padres respecto a la sexualidad dadas las limitaciones de su hijo. También hizo falta indagar respecto al origen de la discapacidad intelectual adquirida. Motivo por el cual se sugiere integrar en el instrumento un espacio específico dirigido a conocer el grado de la discapacidad y que de esta manera pueda conocerse la relación entre grado de la discapacidad y número de temas sobre sexualidad. Además se recomienda incluir más reactivos dirigidos a medir supervisión y apoyo parental.

## REFERENCIAS

- American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation. Definition, classification, and system of supports*. Washington: AAMR.
- American Psychiatric Association: APA (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Barcelona Editorial.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, (15), 91-101.
- Asociación Síndrome de Down de la República de Argentina; ASDRA (2017). *La sexualidad en personas con discapacidad*. Disponible en: <http://www.asdra.org.ar/destacados/la-sexualidad-en-las-personas-con-discapacidad/>
- Atienzo, E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud pública de México*, 53(2), 160-171.
- Bárcena, S. y Jenkins, B. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Revista de Psicología y Salud*, 28(1), 5-13.
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 956-968
- Bárcena, S. y Romano, H. (2016). Conocimientos y creencias vinculadas a la comunicación sexual en padres de hijos con discapacidad. *Revista de Psicología Social y personalidad*, 32(2), 18-30.
- Berman, R., Meresman, S., Galván, J.G. y Rodríguez, E. (2011). Desarrollo inclusivo: la experiencia de VIH-SIDA y discapacidad en Centroamérica. En Breve (Boletín del Banco Mundial), 167, 1-5.
- Bettinger, J., Celentano, D., Curriero, F., Adler, N., Millstein, S. & Ellen, J. (2004). Does parental involvement predict new sexually transmitted diseases in

female adolescents? *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 158, 666-670.

Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. Ensayo. *Educere*, 16 (55), 395-402.

Cegarra, A. y García, G. (s/f) *Necesidades educativas especiales del alumnado con discapacidad intelectual*. Orientación educativa y psicopedagógica de Murcia, 1-38.

Centro Nacional de Disseminación de Información para niños con Discapacidades: NICHY (2010). *Discapacidades Intelectuales*. Disponible en: [http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo\\_items/spanish/fs8sp.pdf](http://www.parentcenterhub.org/wp-content/uploads/repo_items/spanish/fs8sp.pdf)

Clavijo, R., Rodríguez, E., Desongles, J., González, J., Trigueros, I., Mondragón, J., Garciano, J., Rosa, C. y Muñoz, L. (2005). Mitos frecuentes en relación con la sexualidad en personas con discapacidad, (pp. 104-106). *Educador/a de minusválías y monitor/a de centro ocupacional y residencia del instituto foral de bienestar social*. Editorial MAD, España.

Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). *Discapacidad intelectual. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. México: Gobierno Federal SEP. Disponible en: [http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion\\_educativa/Intelectual/2discapacidad\\_intelectual.pdf](http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documentos/Atencion_educativa/Intelectual/2discapacidad_intelectual.pdf)

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Tipos de discapacidad*. México. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/Discapacidad\\_Tipos](http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos)

Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y cultura*, 22, 147-160.

Cruz, M. (2015). Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios. *Revista de estudios de género*, V(42). 7-45

Diccionario de la Real Academia Española (2016) *Definición de comunicación*. Disponible en <http://www.rae.es/comunicacion>.

Egea, C., & Sarabia, A. (2001). *Clasificación de la OMS sobre discapacidad*. Disponible en: [http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia\\_clasificaciones.pdf](http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf)

Estrada, F., Campero, L., Suarez-López, L., Vara-Salazar, E., González-Chávez, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud pública de México*, 59(5), 556-565.

Feldman, S., & Brown, N. (1993). Family influences on adolescent male sexuality: The mediational role of self-restraint. *Social Development*, 2(1), 15–35

Fondo de las naciones unidas para la infancia; UNICEF (2012). *Es parte de la vida*. Editorial UNICEF.

Glober y Graff, N. (2012). Sexuality and disability. En: *Psychosocial aspects of disability: insider perspectives and strategies for counselor*. Springer publishing company, 195-233.

Gobierno Federal. (2010). *Glosario de Términos sobre discapacidad*. Recuperado de [http://www.semar.gob.mx/derechos\\_humanos/glosario\\_terminos\\_discapacidad.pdf](http://www.semar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf)

González, J. (2012). *Sobreprotección*. En Fundación UNAM. Disponible en: <http://www.fundacionunam.org.mx/educacion/sobreproteccion/>

González, E., Caba, F., Molina, T., Sandoval, J., Montero, A., Oyarzún, P., Molina, R., & Meneses, R. (2005). Factores familiares asociados al uso de anticonceptivos en adolescentes solteras sexualmente activas. *Rev. Sogja*, 12(1), 9-16.

González, R., Mendoza, H., Arzate, R., y Cabrera, L. (2007). El lenguaje en la escuela conductual. En *Lenguaje*. Universidad Nacional Autónoma de México, 101-132.

- Grolnick, W. & Slowiaczek, M. (1994). Parents' involvement in children's schooling: A multidimensional conceptualization and motivational model. *Child Development*, 65(1), 237- 252. <http://dx.doi.org/10.2307/1131378>
- Groce, N. (2004). Encuesta global sobre VIH/SIDA y discapacidad. Yale University. Consultado el 29 de julio del 2016.en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/vih\\_discapacidad.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/vih_discapacidad.pdf)
- Gutiérrez, B. (2010). Capítulo 2. Las relaciones de pareja y la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. En *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*, 16-26. España: Ediciones Pirámide.
- Guzmán, G. (2017; Agosto, México) *Comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual vs discapacidad auditiva*. XXXVI Coloquio de investigación FES Iztacala. Tlalnepantla, México.
- Harrell, E. (2015). Crime againts persons with disabilities, 2009-2013-Statical Tables. *Bureau of Justice Statics*, 1-22.
- Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (2000). Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 319-336.
- Hernández, E. (s/f). *Desarrollo histórico de la discapacidad: diagnóstico y tratamiento*: Disponible en: [http://www.iin.oea.org/Cursos\\_a\\_distancia/cad\\_guia\\_disc\\_UT1.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/cad_guia_disc_UT1.pdf)
- Hernández, R. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. MacGraw-Hill, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2010). *Clasificación de tipo de discapacidad-Histórica*. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2010). *Discapacidad en México*. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (2014). *Clasificación de tipo de discapacidad*. México. Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_de\\_tipo\\_de\\_discapacidad.pdf](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)

Instituto Nacional de Pediatría. (S/A). *Discapacidad mental*. Disponible en: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/PSIQUICA/Discapacidad%20mental%20-%20INP%20-%20folleto.pdf>

Jaccard, J., Dittus, P. J., & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28, 159–165, 185

Katz, G. y Lazcano, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México*, 50 (2) pp. 239-254.

Kijak, R. (2013). The sexuality of adults with intellectual Disability in Poland. *Sex disabil* (31), 109-123

Lardoeyt, R., Rodríguez, H., Pérez, O., Jijón, M., Rodríguez, R., Hernández, H., Best, S., Gámez, M. (2011). Etiología genética en el origen de la discapacidad intelectual en la republica del ecuador. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 5(2-3). 44-49.

Longmore, M., Manning, W., & Giordano, P. (2001). Preadolescent parenting strategies and teens dating and sexual initiation: a longitudinal Analysis. *Journal of marriage and family*, 63(2), 322-335.

McKenna, J. (1977). *Introducción; definición, organización, situación*. España: Sígueme. Recuperado el 06 de Junio de 2016, de La educación especial

situación actual y tendencias en la investigación. Disponible en:  
<http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Mier, M. & Rabel, C. (2005). *Jóvenes y niños: un enfoque sociodemográfico*. México, Porrúa. 56-78.

Miller, B., Benson, B., & Galbraith, K. (2001). Family relationship and adolescent A research síntesis. *Development Review*, (21), 1-38

Navarro, Y. (2012): "Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad". *Información psicológica*. 103, 15-30.

Oliver, S. (2006). Educación sexual para personas con discapacidad intelectual. En *Decisio*, 54-59.

Organización Mundial de la Salud; OMS (2006). *Definición de sexualidad*. WHO.

Organización Mundial de la Salud; OMS (2002). *Deficiencia mental*. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud; OMS. (2008). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Editor: Autor.

Organización Mundial de la Salud; OMS. (2008). *Discapacidades*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la salud; OMS. (2015). *Discapacidad y Salud*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Palacios A. (2007). *La discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos*. España: Ediciones Cinca.

Pérez, M. (s/f). *Trastorno del Desarrollo Intelectual*. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33196/1/TDI.%20Trastornos%20del%20Desarrollo%20Intelectual%20%28apuntes%29.pdf>

- Posse, F. & Verdaguer, S. (1991). *La sexualidad de las personas discapacitadas*. Fundación creando espacios.
- Prado, G., Pantin, H., Briones, E., Schwartz, S.J., Feaster, D., & Huang, S. (2007) A randomized controlled trial of a parent-centered intervention in preventing substance use and HIV risk behaviors in Hispanic adolescents, *J Consult Clin Psychol*, 75. 914-926.
- Reyes-Pérez, M. (2014). *Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad*. México: Editorial Tutor Fundación.
- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32 (1), 157-170.
- Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y. y Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23 (2), 227-239.
- Salazar-Granara, A., Santa María-Álvarez, A., Solano-Romero, I., Lazaro-Vlvas, K., Arrollo-Solís, S., Araujo-Tocas, V., Luna-Regifo, D., & Echazú-Irala, C. (2007). Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescents de instituciones educativas nacionales del Distrito Agustino. *Horizonte Medico*, 7(2).79-85.
- Secretaria de Educación Pública. (2014). *Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos ; principales cifras*. México: SEP.
- Sendra, J. (2010). Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje. En *Atención y apoyo psicosocial domiciliario: técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno*. ideaspropias Editorial, 408.
- Stattin, H. & Kerr, M. (2000) Parental monitoring: A reinterpretation. *Child development*, 71(4), 1072-1085
- Schouten, B., Putte, B., Pasmans, M., & Mesolaum, L. (2006). Parent- adolescent communication about sexuality: The role of adolescents' beliefs, subjective

norme and perceived behavioral control. *Patient education and counseling*, 66, 75-83.

Torres, F. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. En: *Educación XX*, Instituto de investigaciones psicológicas, México, 35-76.

Valencia, L. (2014). Breve Historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos.

Vasquez, A. (2006). *La discapacidad en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud

Velarde, V. (2012). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista empresa y humanismo*, 15(1).115-136.

World Association for Sexual Health; WAS. (1997). Derechos sexuales.

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO

### DATOS PERSONALES

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

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

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

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

DP5. Ocupación: \_\_\_\_\_

DP6. Religión: \_\_\_\_\_

DP7. ¿A cuánto ascienden los ingresos familiares mensuales? \_\_\_\_\_

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

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

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

### DATOS SOBRE SU HIJO

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

DH2. Edad de su hijo: \_\_\_\_\_

DH3. Escolaridad de su hijo: \_\_\_\_\_

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

DH5. ¿Su hijo(a) adquirió la discapacidad desde el nacimiento? \_\_\_\_\_

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

DH7. Tache las cosas que su hijo puede realizar

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

### INSTRUCCIONES

Lea cada frase y marque con una "X" la opción que indique lo que usted hace en cada situación. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo nos interesa conocer lo que hace.

S1. Permiso que mi hijo (a) salga de casa solo

Nunca ( )      Pocas veces ( )      La mayor parte del tiempo ( )      Siempre ( )

S2. Permiso que mi hijo (a) tenga amigos

Nunca ( )      Pocas veces ( )      La mayor parte del tiempo ( )      Siempre ( )

S3. Superviso las actividades que hace mi hijo (a)

Nunca ( )      Pocas veces ( )      La mayor parte del tiempo ( )      Siempre ( )

S4. Protejo a mi hijo (a) porque es más débil que los demás

Nunca ( )      Pocas veces ( )      La mayor parte del tiempo ( )      Siempre ( )

S5. Evito que mi hijo conviva con otras personas por temor a que lo lastimen

Nunca ( )      Pocas veces ( )      La mayor parte del tiempo ( )      Siempre ( )

- A6.** Permito que mi hijo (a) haga cosas él solo  
 Nunca ( ) Pocas veces ( ) La mayor parte del tiempo ( ) Siempre ( )
- A7.** Apoyo a mi hijo (a) con sus tareas  
 Nunca ( ) Pocas veces ( ) La mayor parte del tiempo ( ) Siempre ( )
- A8.** Explico a mi hijo la manera de hacer las cosas  
 Nunca ( ) Pocas veces ( ) La mayor parte del tiempo ( ) Siempre ( )
- A9.** Busco actividades que ayuden al desarrollo de mi hijo (a)  
 Nunca ( ) Pocas veces ( ) La mayor parte del tiempo ( ) Siempre ( )
- A10.** Asisto a cursos que me permitan ayudar a mi hijo (a)  
 Nunca ( ) Pocas veces ( ) La mayor parte del tiempo ( ) Siempre ( )

### INSTRUCCIONES

Por favor señale con una "X" aquella respuesta que mejor describa su punto de vista, es decir, si está o no de acuerdo con cada una de las frases que se le presentan a continuación, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa conocer su opinión.

- A.1** Es preferible no hablarle de sexualidad a mi hijo (a)  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A2.** Mi hijo (a) tienen menos interés sobre sexualidad que las personas sin discapacidad  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A3.** Es preferible que mi hijo (a) no tenga novio (a)  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A4.** La masturbación es una conducta que puede perjudicar a mi hijo (a)  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A5.** Mi hijo (a) al tener discapacidad tiene incapacidad sexual  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A6.** Las personas con discapacidad NO son deseadas sexualmente  
 Muy de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) En desacuerdo ( ) Muy en desacuerdo ( )
- A7.** Es preferible que mi hijo (a) no tenga hijos porque pueden heredar su discapacidad.

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**A8.** Mi hijo (a) tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo.

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**A9.** Mi hijo (a) no necesita educación sexual

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**A10.** Una persona "normal" no se fijara en mi hijo (a) con discapacidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX11.** Pienso que si hablo con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad me escuchará

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX12.** Si hablo con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad sería menos probable tuviera un embarazo

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX13.** Si hablo con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad sería menos probable que tuviera relaciones sexuales

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX14.** Si hablo con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad sería menos probable que se contagie de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX15.** Pienso que si hablo con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad le haría algún bien

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX16.** Me sentiría aliviado si hablo con él sobre temas de sexualidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX17.** Aunque hable con mí hijo (a) sobre temas de sexualidad, hará lo que quiera, no importa lo que diga

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX18.** Mi hijo no me respetará, si hablo con él sobre temas de sexualidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX19.** Podría sentirme cómodo si hablo con él sobre temas de sexualidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX20.** Podría sentirme un padre responsable si hablo con él sobre temas de sexualidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

**EX21.** Podría sentir pena si hablo con él sobre temas de sexualidad

Muy de acuerdo ( )      De acuerdo ( )      En desacuerdo ( )      Muy en desacuerdo ( )

### COMUNICACIÓN

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

<b>CM1.</b> Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM2.</b> Cómo nacen los bebés	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM3.</b> Qué es el noviazgo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM4.</b> La diferencia entre un amigo y un novio	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM5.</b> Las cosas que NO se deben permitir en una relación de noviazgo (por ejemplo: gritos, insultos y golpes)	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM6.</b> Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM7.</b> Cómo manejar la presión de sus amigos y su pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM8.</b> Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM9.</b> Cómo usar métodos anticonceptivos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM10.</b> Dónde adquirir condones	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM11.</b> Las posibles consecuencias de un embarazo	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM12.</b> Cuándo es el momento indicado para tener relaciones sexuales	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM13.</b> Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM14.</b> Cómo usar un condón masculino	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM15.</b> Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM16.</b> Qué es el abuso sexual	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>CM17.</b> Qué hacer en caso de sufrir abuso sexual	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**FIN DEL CUESTIONARIO**

**¡GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN!**