



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"ROLES DE GÉNERO VINCULADOS A LA
COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD EN
PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD"**

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

TANIA ELIZALDE HIDROGO

Directora: Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Dictaminadores: Dra. Silvia Susana Robles Montijo

Mtro. Hugo Romano Torres



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradezco a mis padres Guadalupe y Jesús, por ser mi apoyo incondicional, por guiarme con su ejemplo de constancia y disciplina. Por nunca soltar mi mano a pesar de las diversas circunstancias, gracias por su tiempo, amor y esfuerzo cada día, por enseñarme a no rendirme en las metas que me propongo en la vida, los amo y admiro infinitamente.

A mi hermano Esteban, por inspirarme a que con gran compromiso se puede terminar una etapa tan importante y comenzar otra, gracias por ser ese pilar fundamental en esta familia, por cuidarme y aconsejarme siempre, te quiero y admiro demasiado.

A mi novio Alejandro, por convertirse en una persona importante en mi vida, por escucharme y motivarme en cada plan que me propongo, por su paciencia y apoyo absoluto. Gracias por alegrar mis días y ayudarme a ser mejor persona juntos.

Agradezco a aquellas personas que durante mi vida y etapa como estudiante, tuvieron una palabra de aliento o un consejo: mis abuelos, tías y tíos, además a mis amigas Elizabeth, Karen, Thalia y Andrea, quienes aún en la distancia, siempre están cuando las necesito.

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar agradeciendo a la Universidad Nacional Autónoma de México, por darme la oportunidad de integrarme en mundo universitario lleno de riquezas culturales e intelectuales, por hacerme crecer tanto como persona y profesional, por permitirme conocer personas que han dejado una huella importante en mi vida.

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

A la Dra. Susana Bárcena Gaona, por permitirme adentrarme al mundo de la investigación, que en un inicio parecía muy complejo, pero que después terminó siendo de gran interés, gracias por guiarme siempre con su ejemplo, tolerancia y entusiasmo en todas las etapas de este proyecto y por mostrarme que siempre hay preguntas por hacer.

A mis sinodales Susana Robles Montijo y Hugo Romano Torres por compartir su tiempo y conocimientos.

A las instituciones por permitirnos intentar hacer un cambio en la población con discapacidad, a los padres de familia por brindarnos su tiempo y confianza, permitiéndonos conocer que aún hay mucho trabajo por hacer.

CONTENIDO

	Pág.
Resumen.....	I
Abstract.....	II
Introducción.....	III

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Capítulo 1	Discapacidad.....	1
	Antecedentes históricos.....	1
	Definición actual.....	3
	Tipos de discapacidad.....	5
	Conclusiones.....	25
Capítulo 2	Sexualidad en personas con discapacidad.....	27
	Panorama general.....	27
	Derechos sexuales y reproductivos.....	31
	Servicios de salud y Educación sexual.....	36
	Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH.....	38
	Abuso sexual y Embarazos no deseados.....	41
	Esterilización forzada.....	43
	Conclusiones.....	45
Capítulo 3	Influencia de los roles de género en la comunicación sobre sexualidad.....	47
	Roles de género.....	47
	Importancia de los roles de género en la comunicación.....	53
	Comunicación sobre sexualidad.....	54
	Estudios de población con discapacidad en México.....	62
	Conclusiones.....	64

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

Capítulo 4	Planteamiento del problema.....	67
	Pregunta de Investigación.....	67
	Objetivo general.....	68
	Objetivos específicos.....	68

Método	69
Resultados.....	75
Discusión.....	80
Referencias	89
Anexos	

RESUMEN

El objetivo central de esta investigación fue identificar si existe una correlación entre los roles de género y la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. Se trabajó con una muestra no probabilística de 172 padres cuyos hijos tenían entre 12 y 29 años con algún tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual o motriz). Se les aplicó un instrumento de auto informe en el que se les preguntó a los participantes la manera en que se comunican con sus hijos y si habían hablado con ellos sobre 16 temas referentes a sexualidad (p.e. prevención del abuso sexual, necesidades afectivas, métodos anticonceptivos etc). Los resultados muestran que sin importar el sexo de los padres, no hay diferencias respecto a los temas que abordan con sus hijos sobre sexualidad, aunque comparando el sexo de los hijos, se obtuvo que una mayor cantidad de padres habló con sus hijos varones sobre cómo se contraen y previenen las ITS y el VIH/SIDA. Al realizar el análisis de correlación en el caso de los padres, se identificó que hablan sobre una menor cantidad de temas de sexualidad con sus hijos cuando expresan su acuerdo con las siguientes afirmaciones: “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” y “la mujer se realiza hasta que se convierte en madre”, en el caso de las madres, ninguno de los reactivos de la escala de roles de género se asoció de manera significativa con la comunicación sobre sexualidad. Finalmente al considerar sexo de los hijos, se obtuvo que cuando los padres tienen una hija, el que estén de acuerdo con las afirmaciones “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” y “la mujer se realiza hasta que se convierte en madre” se asocia de manera negativa con la comunicación sobre sexualidad. Los resultados se discuten en términos de las implicaciones para el desarrollo de programas de intervención, orientados a promover la comunicación sobre sexualidad en esta población.

Palabras clave: Discapacidad, sexualidad, padres, hijos, roles de género.

ABSTRACT

The central objective of this research was to identify if there is a correlation between gender roles and communication about sexuality in parents of children with disabilities. We worked with a non-probabilistic sample of 172 parents whose children were between 12 and 29 years old with some type of disability (intellectual, auditory, visual or motor). They were given a self-report instrument in which the participants were asked how they communicate with their children and whether they had spoken with them about 16 sexuality issues (eg prevention of sexual abuse, emotional needs, contraceptive methods, etc). The results show that regardless of the sex of the parents, there are no differences with regard to the issues that they address with their children about sexuality, although comparing the sex of the children, it was obtained that a greater number of parents talked with their sons about how they contract and prevent STI and HIV/AIDS. When performing the correlation analysis in the case of the parents, it was identified that they talk about a smaller number of sexuality issues with their children when they express their agreement with the following statements: "the woman has a greater capacity to care for people with disabilities" and "the woman is realized until she becomes a mother", in the case of the mothers, none of the reagents of the gender role scale was significantly associated with communication about sexuality. Finally, when considering the sex of the children, it was obtained that when the parents have a daughter, that they agree with the affirmations "the woman has greater ability to take care of people with disabilities" and "the woman is realized until she becomes mother" is associated in a negative way with communication about sexuality. The results are discussed in terms of the implications for the development of intervention programs, aimed at promoting communication about sexuality in this population.

Key words: Disability, sexuality, parents, children, gender roles.

INTRODUCCIÓN

El protocolo de investigación en el cual se inserta el presente reporte tiene por título: "Salud sexual en personas con discapacidad: el papel de sus padres", fue elaborado por la Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona (responsable) y el Mtro. Hugo Romano Torres (corresponsable) dentro del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, con clave 300416. Dicho proyecto 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 Hermosillo (2013) realizaron un estudio con 132 jóvenes sordos y encontraron que más de la mitad nunca habló de temas sexuales con sus padres. Asimismo, presentaron un patrón de conducta sexual riesgoso: el 56.1% tuvo su primera relación de manera forzada y 43.9% tuvo relaciones forzadas nuevamente. Además, un gran porcentaje (71.9%) no usó ningún método anticonceptivo, dando pie a embarazos (28.8%), abortos (13.8%) e ITS (19.3%). Aunque en este estudio no se presenta un análisis de correlación entre las variables de comunicación y conducta sexual, es posible esperar que exista una fuerte asociación a partir de los resultados reportados en población sin discapacidad, estos establecen una correlación positiva entre comunicación y conductas preventivas (Andrade, Betancour & Palacios, 2006; Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno & Robles, 2008; Dilorio, Pluhar & Belcher, 2003).

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

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 padres que tengan hijos con discapacidad y 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.

El reporte de investigación que se presenta a continuación forma parte del estudio uno, para su presentación se dividió en dos partes: La primera parte

está conformada de tres capítulos, que permitieron un sustento teórico a este trabajo. En el primer capítulo se describen los antecedentes históricos sobre el concepto de discapacidad y cómo las personas lo han ido modificando a través de los años, posteriormente se hace un análisis sobre el concepto actual, así como una descripción de los tipos de discapacidad (intelectual, motriz, auditiva y visual), enfatizando en su clasificación, etiología y el impacto que tiene en el desarrollo de la persona con dicha condición. En el segundo capítulo, se aborda de manera general la percepción de padres y profesionales acerca de la sexualidad en personas con discapacidad, las definiciones que han existido acerca de este concepto, así como los derechos sexuales y reproductivos de esta población, tomando en cuenta aspectos relevantes de cada tipo de discapacidad. Además se describe si existen servicios de salud enfocados en la educación sexual y de igual importancia se mencionan los problemas de salud en relación a la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), abuso sexual, embarazos no deseados y esterilización forzada en la población con discapacidad.

Adicional a lo anterior, en el tercer capítulo se presenta un recorrido histórico para comprender la definición de roles género, se describen los estereotipos femeninos-masculinos y de qué manera influyen en la socialización sexual, en consecuencia de esto, además se desarrolla el tema de comunicación sobre sexualidad y cómo se lleva a cabo entre padres e hijos con discapacidad, cuáles son los temas principales de salud sexual de los que se hablan y finalmente se puntualizan algunos ejemplos de estudios en población con discapacidad.

La segunda parte del trabajo, corresponde a la investigación empírica, la cual consistió en la aplicación de los instrumentos de evaluación a un grupo de 172 padres con hijos adolescentes de entre 12-29 años con discapacidad: en este estudio se buscó identificar la correlación entre los roles de género y la

comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. Finalmente se discuten las implicaciones de estos hallazgos que enfatizan la importancia de promover programas de sexualidad orientados a promover la comunicación sobre sexualidad considerando la importancia de los roles de género a partir del sexo (hombre/mujer) de los participantes y sus hijos.

PRIMERA PARTE:

Marco Teórico

CAPÍTULO 1

DISCAPACIDAD

En este primer capítulo, se describirán los antecedentes históricos sobre el concepto de discapacidad, cómo se ha ido modificando a través de los años, dependiendo del lugar y la sociedad que se ve implicada, posteriormente se habla del concepto actual, así como de los tipos de discapacidad, comenzando por la intelectual, motriz, auditiva y terminando con la discapacidad visual. En cada una de ellas se dará una definición, se mencionará su clasificación, etiología y el impacto que tiene en el desarrollo de una persona con dicha condición, finalmente se hace breve conclusión.

Antecedentes históricos

Las personas con discapacidad han vivido de diferente manera a lo largo de la historia, al principio esta población era excluida y considerada muy vulnerable, sin embargo actualmente se han implementado leyes que protegen sus derechos. Por lo cual, es fundamental conocer cómo esta población ha ido insertándose en la sociedad y los diversos contextos con el transcurso del tiempo.

A través de los años, las tradiciones y creencias han tenido un papel importante en el desarrollo de la humanidad, como consecuencia, las ideas sobre las personas con discapacidad se han ido modificando con el transcurso del tiempo (Amate, 2006). A continuación se describirá a manera de línea del tiempo, el papel que han tenido las personas con discapacidad en la historia.

Desde la antigüedad esta población ha sufrido de opresión y discriminación, puesto que eran considerados como “diferentes” de acuerdo a un paradigma de “normalidad”. En un inicio durante la prehistoria, las personas con discapacidad eran abandonadas por ser valoradas como una carga, ya que las sociedades con problemas económicos, consideraban que esta población era totalmente deficiente

y tenía que ser eliminada, a pesar de esto en algunos lugares se llevaron a cabo medidas curativas como amputaciones o diversos tipos de tratamientos, por otra parte en algunas sociedades religiosas se consideraba a la discapacidad como un pecado, un castigo o incluso se creía que poseían alguna clase de don (Valencia, 2014).

La Edad Media tampoco favoreció a las personas con discapacidad, autores como Aparicio (2009) menciona que en ese tiempo eran confundidos con locos o brujas y en algunos países como Francia, se construyeron fortalezas para esconder a miles de personas con discapacidad, en algunos casos, eran exhibidos en espectáculos con fines de diversión, utilizando términos como “personas minusválidas”, es decir que tenían un valor menor a comparación de las demás personas.

Posterior a esta etapa, comenzaron a surgir procesos sociales que tienen su origen en Europa Occidental, este movimiento propone que de manera lógica y racional que las personas debían cumplir sus metas, negando prácticas autoritarias y dogmáticas, este periodo fue mejor conocido como la Modernidad.

En aquella época, surgió la idea en algunos estados europeos, que debía existir una responsabilidad social hacia las personas con discapacidad, esta ideología tomó impulso y fue así como en la Revolución Francesa, los principales pensadores de la ilustración retomaron el hecho de que las personas con discapacidad eran responsabilidad pública, con el objetivo de que llevaran una vida normal. Aunque debido a una industria capitalista, el número de personas con discapacidad aumentaba, fue a partir de este contexto, donde se comenzó a utilizar la palabra “discapacidad”, definida como aquella incapacidad para ser explotado, con la finalidad de generar ganancias para una clase capitalista (Aparicio, 2009).

La población en ese tiempo considerada como “discapacitada” junto con la clase baja, eran percibidas como un problema social y educativo, sin embargo en otros

países ocurría lo contrario, había avances en donde personajes como Louis Braille inventaban sistemas de lectura y escritura para personas ciegas. No obstante, fue hasta el término de la primera guerra mundial, donde debido a las grandes secuelas físicas y psíquicas de los soldados que participaron en la guerra, el número de población juvenil con alguna discapacidad aumento significativamente, en ese momento se tomó en cuenta, como principal medio “la rehabilitación”, con la finalidad de insertar a las personas nuevamente en la sociedad, debido a una crisis económica mundial (Valencia, 2014).

De la misma manera, en Latinoamérica el campo de la rehabilitación comenzó en el año de 1955, mediante servicios médicos, por lo cual se le denominó *Modelo Biomédico de la Discapacidad*, el cual adquiriría un carácter observable dentro de los parámetros biomédicos, para poner en marcha medidas terapéuticas compensatorias, es decir, ver a la discapacidad como una enfermedad que debía ser curada y a su vez institucionaliza para personas con cualquier tipo de discapacidad (Amate, 2006).

Finalmente esta idea fue cuestionada a partir de la mitad del siglo XX, gracias a los movimientos sociales de personas con discapacidad, de acuerdo con Palacios (2017) el *Modelo Social* surgió en el año de 1970 en Estados Unidos y el Reino Unido, con el propósito de mejorar la calidad de vida, asegurar un acceso al medio físico y social, además de tener derecho a una “vida independiente”, ya que este modelo enfocado en los derechos humanos y la elaboración de políticas de inclusión, se basa en que la discapacidad no es un atributo personal, puede ser de origen congénito (producto de una enfermedad) o adquirido (a causa de un accidente), concluyendo que el concepto de discapacidad es más una falta de adecuación del entorno debido a las diversas barreras sociales.

Definición actual

Discutir sobre el término de discapacidad, implica conocer el recorrido histórico que esta población ha tenido que enfrentar, desde aspectos de discriminación,

inserción y derechos humanos, actualmente este concepto implica considerar diversos aspectos que engloban a un ser humano.

Debido a esta nueva percepción de la discapacidad en los últimos años y con base en el modelo social mencionado anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece un nuevo marco de referencia para el concepto de discapacidad, y lo lleva a la práctica con la herramienta de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). A partir de esto la CIF modifico en la última década el concepto, hacia un enfoque biopsicosocial y ecológico, sobrepasando la perspectiva biomédica que domino durante muchos años (Hurtado, Aguilar, Mora, Sandoval, Peña y León, 2012).

La CIF define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de las actividades y restricciones en la participación, específicamente la menciona como: *“La interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad, por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión, y factores personales o ambientales por ejemplo, actitudes negativas, transporte, edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado”* (OMS, 2016, párr.1).

De esta forma las oportunidades de participación quedan bajo la influencia de los factores contextuales y no son parte de la persona que presenta alguna deficiencia en sus funciones o estructuras corporales, construyendo el término de discapacidad como un concepto general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones en la participación (Hurtado et al, 2012). Y de igual importancia en la actualidad existe un modelo de “la diversidad”, el cual tiene su origen en España, este modelo es una visión basada en los derechos y el trabajo de campo como la bioética para fungir como una herramienta y alcanzar la plenitud de las personas discriminadas, no como discapacitados, sino considerados por su diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2008).

Tipos de discapacidad

Es importante mencionar que a partir de las definiciones de discapacidad, también se reconoció la importancia de las características individuales que cada una presenta, así como sus implicaciones en el desarrollo de cada persona.

Es por ello, que la discapacidad es una situación heterogénea que conlleva la interacción de una persona en su dimensión física y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla, además incorpora un gran número de dificultades, desde problemas en la función o estructura del cuerpo, pasando por limitaciones en la actividad o en la realización de tareas, hasta la restricción de un individuo en la participación de situaciones en su vida cotidiana (Padilla-Muñoz, 2010). Por lo cual es importante describir cada tipo de discapacidad de manera específica.

Discapacidad intelectual

Definición

En la actualidad existen numerosas definiciones y explicaciones que conceptúan a las personas con Discapacidad Intelectual (DI), cada una de ellas basadas en diferentes modelos explicativos y resultado de los diferentes momentos históricos (García, 2005).

El principal motivo para sugerir un cambio en la terminología, se debió al carácter negativo del significado “retraso mental”, lo que implicó una categoría diagnóstica, originaria de perspectivas psicopatológicas, sin embargo fue hasta el año de 1992, cuando la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM), propuso una definición que tuvo un impacto en el paradigma tradicional, quitando la concepción como un rasgo del individuo, para plantear una idea basada en la interacción de la persona con el contexto, y comprenderla como un estado del funcionamiento del individuo (Verdugo, 2003).

De manera actual la AARM plantea la discapacidad intelectual como: “*Un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional y está afectado positivamente por apoyos individualizados*” (Luckasson y cols, 2002, p.48 citado en Verdugo, 2003).

De acuerdo con lo anterior podemos esclarecer que la discapacidad intelectual afecta los procesos de aprendizaje así como las actividades conductuales que se realizan en la vida cotidiana, dependiendo del grado de severidad que presente el individuo para adaptarse al medio, cabe enfatizar que como lo mencionan algunos autores es un aspecto multidimensional y no se toma como un atributo de la persona, sino como una interacción entre el individuo y su medio, el cual puede verse beneficiado o impedido de muchas maneras.

Clasificación

Para todos los profesionales de la salud que intervienen en el campo de la Educación Especial, el diagnóstico de la discapacidad intelectual así como los sistemas de clasificación, han constituido un tema con un valor significativo.

El motivo principal de cualquier sistema de clasificación consiste en explorar las similitudes y diferencias entre individuos-grupos, con la finalidad de asegurar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad al momento de recibir o acceder a algún servicio. Para así reducir el empleo de categorías diagnósticas y colocar en primer plano a la persona, obtener beneficios para planificar intervenciones, facilitar la comunicación entre los profesionales, identificar variables a evaluar y favorecer un mayor conocimiento de la discapacidad (Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

Autoras como Andrés (2007) retoman la clasificación elaborada por la AAMD, en la cual existen cuatro grupos dependiendo del Coeficiente Intelectual (CI), aunque en aquella época sirvió como marco de referencia para la DI, por su carácter

despreciativo quedo anulada y actualmente solo es considerada como una de las clasificaciones tradicionales.

A continuación se presenta una tabla, en la cual se describe la clasificación de la discapacidad intelectual, con un porcentaje aproximado de la población afectada, las habilidades sociales y de comunicación que se ven comprometidas, posteriormente se mencionan las áreas sensorio-motrices, los rasgos físicos dependiendo de la clasificación leve, moderado, grave o profundo. También se describe como se ve involucrado el lenguaje, el desarrollo y como se manifiestan características específicas dependiendo del grado de la discapacidad.

Tabla 1.

Clasificación de las Deficiencias Intelectuales, según el nivel de afectación, Andrés (2007).

Deficiencias	Leves o ligeros (CI 50/55-70) Educables.	Moderados o medios (CI 35/40-50/55) Pueden ser instruidos.	Graves o severos (CI 20/25-35/40)	Profundos o severos (CI inferior 20/25)
Incidencia en la población afectada	85%	10%	3-4%	1-2%
Habilidades sociales y de comunicación	Desde la educación infantil se pueden seguir programas para su estimulación.	Al igual que ocurre en los leves puede ser desarrolladas.	Falta de contacto ocular con el interlocutor, modulación del ritmo y del volumen disonante, etc.	Existe capacidad para trabajar con ellos.
Áreas sensorio-motrices	Bajo deterioro.		Escaso desarrollo motor	Muy limitados. No tienen control de esfínteres.
Rasgos físicos	No presentes en el 80-90% de los casos.	Presentes	Variabilidad Síntomas somáticos y estigmas muy marcados.	
Lenguaje	Su desarrollo es tardío pero suelen alcanzar un nivel que les permite valerse	Mantienen diálogos simples: frases cortas, menor vocabulario, menor comprensión, etc.	Escaso o inexistentes habilidades verbales (lenguaje muy primitivo o ininteligible).	Incapacidad para comprender instrucciones o realizar tareas. En algunos casos se dan habilidades comunicativas no verbales y muy

				rudimentarias.
Desarrollo	Los adolescentes pueden aprender distintas habilidades hasta el nivel 6° de primaria (poco o más o menos) Edad adulta: pueden adquirir factiblemente habilidades sociales y profesionales.	Hasta un nivel segundo de lectura, escritura y cálculo. Pueden beneficiarse de: -Aprendizaje de HHSS. -Entrenamiento profesional y laboral. -Supervisión moderada. Pueden desarrollar trabajos protegidos.	En la etapa de educación secundaria pueden adquirir hábitos de conversación. Apenas pueden aprovechar aprendizajes de tipo pre-académicos.	Requieren de ambientes altamente estructurados, con ayuda y supervisión constante y una atención individualizada. Déficits somáticos y neurológicos. Predisposición a una muerte temprana.
Autonomía	Dependencia mínima tras seguir programas de entrenamiento.	No son totalmente independientes pero por lo general son individuos activos.	No llegan a ser semi-independientes. Pueden llevar a cabo tareas sencillas bajo una estrecha supervisión.	Pueden alcanzar cierto grado de autonomía tras seguir programas específicos.
Se manifiestan	Durante los años escolares dadas sus dificultades para seguir el ritmo de aprendizaje en clase.		Frecuentemente es en la adolescencia cuando se manifiestan de forma más evidente.	

Como se vio en la tabla anterior el nivel de severidad de la DI, dependía en un inicio del CI que se obtenía en una serie de pruebas, la población con mayor porcentaje se encontraban con una DI leve, mientras que la DI severa es la que compromete en un mayor grado las áreas sensorio-motrices, el lenguaje, el desarrollo, así como la autonomía, la cual en personas DI leve-moderada pueden alcanzar un grado de independencia, gracias a la ayuda de programas específicos.

Actualmente existen otras clasificaciones que acuerdo con Verdugo (2003) se identifican dentro de cinco dimensiones:

1. Capacidades intelectuales
2. Conducta adaptativa
3. Participación, interacción y roles sociales
4. Salud física, mental y etiología
5. Contexto ambiental y cultural

Y posteriormente se complementan con la descripción del perfil de necesidades de apoyo que se divide en nueve áreas respectivamente:

1. Desarrollo humano
2. Enseñanza y educación
3. Vida en el hogar
4. Vida en la comunidad
5. Empleo
6. Salud y seguridad
7. Conductual
8. Social
9. Protección y defensa

Etiología

A pesar de las diversas clasificaciones, respecto a la etiología se tienen identificados factores específicos, autores como Andrés (2007) hablan de cuatro factores causales:

1. Biomédicos
 - a. Factores prenatales: Existe un defecto genético o cromosómico que altere a uno o varios genes que influyen en diversas estructuras, o bien un único defecto metabólico que afecte a distintas estructuras en desarrollo a través de mecanismos diferentes (Carlson, 2009). Un ejemplo es la de la trisomía 21 o mejor conocida como Síndrome de Down que se ocasiona por la falta de disyunción en la

meiosis materna, sus signos clínicos son retraso mental moderado, microcefalia, macroftalmia, coloboma, cataratas, puente nasal deprimido, epicanto, lengua protuyente (Dudek, 2015).

- b. Factores perinatales: Durante el momento del nacimiento existen dos grandes causas de lesión cerebral: 1. El trauma obstétrico (agresión directa o indirecta al sistema nervioso) y 2. La anoxia perinatal o sufrimiento fetal (falta de oxígeno al cerebro).
- c. Factores postnatales: Debido a que el cerebro, en el momento de su nacimiento no está totalmente formado, se pueden dar distintas infecciones, por ejemplo meningoencefalitis o traumatismos craneoencefálicos.

2. Sociales

- a. Factores socioambientales: A nivel mundial se señala que la DI es muy frecuente, con un alto impacto en el funcionamiento individual y una prevalencia aproximada de 1–4 por ciento. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, falta de higiene y pobreza que han sido superados en países desarrollados (Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega y Galván, 2011).

3. Comportamentales y Educativos: Interfieren una multitud de factores como la capacidad de respuesta y estimulación por parte de los adultos.

Impacto en el desarrollo

Si bien se sabe que cada persona tiene características individuales y su aprendizaje se ve modificado a diferentes condiciones a lo largo de su vida, esto no es la excepción en la población con discapacidad.

Existen características principales y colaterales en la población con DI que de acuerdo con Andrés (2007) hacen referencia al concepto de pensamiento, ya que existe una dificultad para organizarlo, relacionar imágenes mentales y darles un

contenido, para generalizar aprendizajes o llegar a un periodo más elaborado de abstracción, debido a que tienen un ritmo más lento en las etapas del desarrollo evolutivo. En cuanto al grado de comprensión se dan conductas imitativas y de seguimiento de instrucciones, respecto al cuerpo y su sexualidad en el ambiente familiar se intenta no darle relevancia al cuerpo (ni reconocerlo como vehículo de comunicación), olvidarse completamente de los aspectos de índole sexual, ocasionando una dificultad en su identificación como problemas de cómo ser hombre o mujer.

En cuanto al lenguaje, engloba tanto lo verbal como lo gestual y este va en relación al déficit cognitivo del individuo, aunque suele presentar las siguientes características; ser limitado, con poca fluidez, sin precisión, dificultad con la polisemia, fonología y errores semánticos, debido a esto existe una dificultad para relacionarse con el entorno. Finalmente se observa que las personas con discapacidad, tienen una mayor fragilidad, menor peso, tamaño y carencia de destrezas en motricidad gruesa o fina (Andrés, 2007).

Para concluir es importante rescatar que la afectación más notoria que ocasiona la discapacidad intelectual se localiza en el desarrollo cognitivo, lo que implica daños subsecuentes en diferentes capacidades de aprendizaje. Por otro lado, es importante clasificar si la discapacidad es leve, moderada, grave o profunda ya que de ello dependerá los apoyos que necesite cada persona, además la estimulación que reciba desde el nacimiento y durante todo su desarrollo en su ambiente familiar y escolar, ayudarán a la adquisición de dichas habilidades para lograr su funcionamiento así como su participación en las actividades sociales, sin ningún tipo de exclusión.

Discapacidad motriz

Definición

La discapacidad motriz de acuerdo con el Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010) constituye una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, en distinto nivel las funciones de desplazamiento, manipulación o respiración, las cuales limitan a la persona en su desarrollo personal y social. Esto ocurre cuando hay alteración en músculos, huesos, articulaciones, o bien cuando hay un daño en el cerebro que afecta el área motriz y que le impide a la persona moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión (CONAFE, 2010, p.18).

Entre sus características principales, la discapacidad motriz puede incluir espasmos o rigidez en los músculos, movimientos involuntarios, o trastornos en la postura y movilidad del cuerpo. Las personas que presentan una lesión cerebral no progresiva se caracterizan por presentar parálisis, debilidad, descoordinación u otras alteraciones de la función motora. Con base en lo anterior, se define la discapacidad motriz como un grupo de síndromes ocasionados por una lesión cerebral de tipo irreversible, no progresivo, que se produce durante la gestación, en el momento del parto o en el periodo postnatal (Rodríguez y Guerrero, 2012).

Clasificación

De acuerdo con la Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010) se clasifica en los siguientes trastornos:

1. Trastornos físicos periféricos: Es decir hay una afectación en los huesos, articulaciones, extremidades y músculos, se pueden presentar desde el nacimiento como malformaciones o a consecuencia de enfermedades en la infancia como la tuberculosis ósea articular. También algunos accidentes o lesiones en la espalda suelen dañar la médula espinal e interrumpen la

comunicación de las extremidades superiores e inferiores hacia el cerebro y viceversa.

2. Trastornos neurológicos: El daño es originado en el área del cerebro (corteza motora cerebral) encargada de procesar y enviar la información de movimiento al resto del cuerpo. Provoca dificultades en el movimiento y control de ciertas partes del cuerpo.

Autoras como Soro-Camats, Basil, y Rosell (2012) realizaron una clasificación de la discapacidad motriz de acuerdo a su origen:

1. Encefálica

a. Parálisis Cerebral: El término parálisis cerebral (PC) abarca un gran número de síndromes neurológicos clínicos y etiología diversa, estos síndromes se caracterizan por tener una sintomatología común: los trastornos motores. Se define como un trastorno aberrante en el control del movimiento y la postura, aparece tempranamente en la vida debido a una lesión, disfunción o malformación del Sistema Nervioso Central (SNC) y no es resultado de una enfermedad progresiva o degenerativa, puede ocurrir en etapas pre, peri o postnatales (Malagon, 2007).

También consta de una subclasificación, la cual toma en cuenta cuatro características principales:

- Motora: Espásticas, Discinética, Atáxicas y Mixtas.
- Topográfica: Hemiplejía, Paraplejía, Tetraplejía, Diplejía y Triplejía.
- Grado de dependencia: Leve, Moderada, Severa y Grave.
- Tono muscular: Hipertónica, Hipotónica o Mixta.
 - b. Traumatismos cráneo encefálicos
 - c. Tumores
 - d. Ataxia

2. Espinal

- a. Espina bífida
- b. Lesiones medulares degenerativas
- c. Traumatismo medular
- d. Atrofia espinal

3. Muscular

- a. Miopatías

4. Osteoarticular

- a. Malformaciones congénitas
- b. Malformaciones distróficas
- c. Reumatismos infantiles
- d. Lesiones osteoarticulares por desviación del raquis

Debido a la variabilidad dentro de la clasificación de personas con discapacidad motriz, podemos decir que no afecta a todas de la misma manera, ya que tener un problema motriz puede afectar tanto dificultades en la postura, como en el movimiento o incluso la fuerza que deben ejercer los músculos para un movimiento puede estar alterada.

Etiología

Respecto a la etiología de la discapacidad motriz, es fundamental conocer como el movimiento se produce por la percepción de un estímulo interno o externo, el estímulo se recibe, codifica y procesa por el SNC, luego se elabora una respuesta. La discapacidad motriz se presenta cuando alguno de los pasos mencionados anteriormente sufre alguna alteración o está ausente. Es decir, si existe una alteración orgánica del aparato motor que puede afectar el sistema óseo, articulario, nervioso o muscular, además al presentar esta condición, existe una desventaja locomotora e incluso otras alteraciones vinculadas como sensoriales, perceptivas o de lenguaje (Rodríguez y Guerrero, 2012).

Por otra parte, la adquisición de la discapacidad se puede dividir en tres momentos según el Consejo Nacional de Fomento Educativo (2010):

- a) Prenatales: Incluyen malformaciones con las que nacen los bebés (por convulsiones maternas), por la exposición a la radiación o a sustancias tóxicas, restricción del crecimiento en la etapa de formación del bebé, infecciones o presión alta durante el embarazo o embarazo múltiple (gemelos, triates, etcétera).
- b) Perinatales: Nacimiento prematuro (antes de las 32 semanas de embarazo), falta de oxígeno (asfixia o hipoxia neonatal), mala posición del bebé, infecciones en el SNC o alguna hemorragia cerebral.
- c) Posnatales: Se debe principalmente a golpes en la cabeza, convulsiones, toxinas e infecciones virales o bacterianas que afectan el sistema nervioso central, accidentes.

Impacto en el desarrollo

En cuanto a sus implicaciones en el desarrollo García, Tacoronte, Sarduy, Abdo, Galvizú, Torres y Leal (2000) mencionan que el desarrollo del niño está íntimamente ligado a los procesos de maduración del sistema nervioso, sobre todo en lo que respecta a las funciones psicomotoras. Cualquier tipo de alteración en este sistema se traducirá en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta integración funcional.

Por su parte, autores como Pérez y Garaigordobil (2007) describen acerca de la afectación que la discapacidad puede tener en diferentes áreas de la vida para esta población, específicamente en el desarrollo lingüístico se presentan dificultades para la expresión oral que dependerá del tipo de parálisis o el grado de afectación, por ejemplo problemas auditivos, incoordinación de los músculos fono articulatorios y variaciones en la frecuencia cardiaca. Además se puede

observar un retraso en las siguientes conductas: beber, tragar, masticar y balbucear.

En resumen cualquier alteración en el tono muscular repercutirá en la postura, ejecución del movimiento y en la forma en que la persona percibirá el mundo, esto también dependerá del grado de la discapacidad o de independencia que en ocasiones se relaciona con el aislamiento respecto a sus pares y la comunidad en la que vive. Finalmente esto puede deberse también, a la forma en que los padres sobreprotegen o llegan a privar de la interacción espontánea con el entorno físico y social de la persona con discapacidad.

Discapacidad auditiva

Definición

Al hablar de discapacidad auditiva es importante resaltar, que no debe tomarse como sinónimo de sordera, ya que parte de una clasificación que de acuerdo a la lesión presentada por la persona, se determinara el grado de audición que tiene. De igual importancia, se dice que la discapacidad auditiva no presenta características físicas evidentes, haciéndose notoria por el uso de algún dispositivo, el tono de voz que en ocasiones es diferente al de los demás, o por el uso de lengua de señas (Jiménez & López, 2009).

Esta discapacidad en muchas ocasiones es la deficiencia menos visible, pero cuyas secuelas son las que más comprometen en el desarrollo de las personas, así como su manifestación más distintiva (el lenguaje). Sordera y mudez son dos palabras asociadas desde la antigüedad y con las cuales se introdujo el vocablo “sordomudo” (Torres, Rodríguez, Santana y González, 1995). Sin embargo el uso de este término es incorrecto, ya que las personas con discapacidad auditiva han adquirido un sistema de comunicación el Lenguaje de Señas Mexicano (LSM), que les permite expresarse entre sí, ya que no se encuentra restringido al uso del medio oral, sino que además las personas pueden utilizar la vista, sus manos, su

cuerpo, sus gestos faciales y el espacio a su alrededor para interactuar con el otro (Cruz, 2008).

Clasificación

La manera en que percibimos los sonidos es a través del órgano llamado oído, que se encuentra ubicado en la porción petrosa del hueso temporal, este se integra de tres partes: 1. Oído externo (pabellón y meato auditivo externo), 2. Oído medio (cadena ósea: martillo, yunque, estribo, además la membrana timpánica-ventana oval, caja del tímpano, mastoides y trompa de Eustaquio), finalmente 3. Oído interno (aparato vestibular, conductos semicirculares y la cóclea). Cuando una de las partes del oído se ve afectada, es cuando se modifican los niveles de discapacidad auditiva (Carlson, 2009).

Esta breve explicación permitirá abordar la clasificación de la discapacidad auditiva, que se describe a continuación:

A causa de sus diversos orígenes, la sordera constituye un ejemplo de gran heterogeneidad etiológica, además de que su clasificación es variada y los diversos aspectos determinan características diferentes entre sordos e hipoacúsicos (Álvarez, Morales, Rodríguez, Pérez y González, 2009).

La clasificación de las deficiencias auditivas de acuerdo con Torres et al. (1995) se puede dividir en tres categorías:

1. Clasificación cuantitativa:
 - a. Hipoacusia leve: 20 y 40 dB.
 - b. Hipoacusia moderada: 40-60 dB.
 - c. Hipoacusia severa: 60-90 dB.
 - d. Hipoacusia profunda: por encima de 90 dB.
 - e. Cofosis (Pérdida total de la audición).

2. Clasificación cualitativa:

- a. Hipoacusias de transmisión: Este tipo de pérdida auditiva se debe a una alteración en la función de conducción por vía del sonido, está localizada en el oído externo o medio. Las causas son variadas, pueden ser por aumentos de masas tumorales, edema (inflamación) o cuerpos extraños, pérdida de elasticidad en la perforación timpánica u otosclerosis y aumentos de fricción, es decir una mala articulación en la cadena de huesecillos.
- b. Hipoacusias de percepción: Estas alteraciones también son denominadas hipoacusias cocleares, debido a las alteraciones en la función de transducción del sonido en las células ciliadas, localizadas en este aparato, pueden darse alteraciones a nivel del SNC.
- c. Hipoacusias mixtas: Se encuentran afectados simultáneamente el oído externo, medio e interno. Puede existir una sub clasificación de acuerdo al momento de adquisición.
 - i. Prelocutiva: Antes de adquirir el lenguaje (3 años de edad).
 - ii. Postlocutiva: Después de la adquisición del lenguaje (3-4 años).

Etiología

En cuanto a la etiología, la sordera congénita, puede estar causada por un desarrollo anómalo de los laberintos membranoso u óseo, y por malformaciones de los huesecillos del oído y del tímpano. En algunos casos extremos, la cavidad timpánica y el conducto externo están ausentes. Sin embargo la mayoría de los tipos de sordera congénita están causados por factores genéticos, aunque los factores ambientales pueden interferir con el desarrollo normal del oído interno y medio. Las alteraciones del oído externo son frecuentes, destacan anomalías menores y graves (Sadler, 2010).

De manera cronológica de acuerdo con el Ministerio de Educación (2013) las deficiencias auditivas o hipoacusias pueden originarse a partir de:

1. Causas prenatales:
 - a. Origen hereditario o genético: Pueden estar causadas por genes recesivos (heredados por ambos padres), dominantes (herencia de uno de los padres) o ligados al cromosoma sexual.
 - b. Adquiridas: Son infecciones adquiridas por la madre y afectan al feto a través de la placenta, pueden ser de tipo viral (rubiola o citomegalovirus), bacteriano (sífilis o tuberculosis) o bien parasitarias (toxoplasmosis). Además de la ingesta de antibióticos ototóxicos.
2. Causas perinatales: Se deben a deficiencias en los sistemas de atención de salud, la primera es hipoxia neonatal, la cual se debe a diferentes causas que complican el proceso de parto, trauma obstétrico, prematuridad complicada o bajo peso al nacer.
3. Causas postnatales: La meningitis, el sarampión, otitis media recurrente, exposición a ruidos fuertes y uso de antibióticos ototóxicos.

Impacto en el desarrollo

Por último, las implicaciones en el desarrollo, de la discapacidad auditiva se asocian con un progreso lento y deficiente en el lenguaje oral, tiene gran repercusión a nivel cognitivo, disminuye intercambios comunicativos, se observan desajustes en el aprendizaje escolar (Ministerio de Educación, 2013). La sordera, discapacidad auditiva o hipoacusia, se asocia de forma directa y primaria con las dificultades para adquirir el lenguaje, el déficit más evidente y dramático, tiene lugar en la primera infancia: mediante la dificultad para adquirir de modo espontáneo o natural el lenguaje oral, dejando a muchas personas en un aislamiento comunicativo y con repercusiones psicológicas (Monsalve y Núñez, 2006).

Es importante resaltar que afectara de manera distinta a cada persona y que su desarrollo se verá involucrado de diferentes formas, dependiendo del grado de afectación, el momento en que apareció la discapacidad, es decir si existe alguna lesión en la parte interna del oído que afecte el equilibrio, en un niño que comienza aprender a caminar, afectara su desarrollo motor, por lo cual esa discapacidad puede volverse múltiple al dañar otros procesos cognitivos.

Por otra parte, no hay duda que para una persona con discapacidad auditiva existen diferentes barreras sociales que pueden afectar su desarrollo, la principal es la forma en que se comunican con su medio, es decir las personas sordas o con discapacidad auditiva tienen un medio específico de comunicación que es la Lengua de Señas Mexicana (LSM), sin embargo no todas tienen el acceso o posibilidad de aprenderla desde edades tempranas, de la misma forma, si la persona nace con padres oyentes la forma de comunicación se verá alterada debido a que los padres desconocen la lengua y suelen forzar a la persona a emitir algún sonido.

Discapacidad visual

Definición

La discapacidad visual es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes de forma total o parcial, la vista es un sentido global que nos permite identificar a distancia, al mismo tiempo objetos ya conocidos o que se nos presentan por primera vez. Por lo cual, el término de agudeza visual ha sido una guía muy utilizada, para determinar la visión útil de una persona (Bueno y Ruiz, 1994).

De acuerdo con Ortiz (2011) los términos para definir la pérdida visual han ido evolucionando paralelamente al modelo social de discapacidad, organizaciones y profesionales, en el ámbito internacional han podido brindar un marco conceptual

que describe las diversas circunstancias por lo que el Consejo Internacional de Oftalmología propone la siguiente terminología:

1. Ceguera: Pérdida total de visión (se utilizan habilidades para sustituirla).
2. Baja visión: Grado menor de pérdida (se utilizan productos de apoyo).
3. Deficiencia visual: Pérdida de funciones visuales como, agudeza y campo visual (pueden medirse cuantitativamente).
4. Pérdida de visión: Término que incluye la pérdida total (ceguera), consecuencia de una deficiencia visual o disminución de visión funcional.
5. Discapacidad visual: En la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIDDM), se utilizó para describir una pérdida de capacidades visuales, aunque su empleo en algunas asociaciones no es el adecuado.

La ceguera es la pérdida total o parcial del sentido de la vista, existen varios tipos de ceguera parcial dependiendo del grado y tipo de pérdida de visión, como la visión reducida, el escotoma, la ceguera parcial (de un ojo) o el daltonismo. De acuerdo con la estimación de la OMS en el año 2002, las causas más comunes de ceguera alrededor del mundo son: cataratas, glaucoma, uveítis, degeneración macular, opacidad corneal, tracoma y retinopatía diabética. Entre las causas genéticas de ceguera más frecuentes se encuentran: el albinismo, la amaurosis congénita de Leber, la aniridia, retinosis pigmentaria y neuropatía óptica hereditaria de Leber (Rodríguez, Lardoeyt, Reyes, Jijón, Lardoeyt y Gámez, 2011).

Clasificación

Autores como Coco (2015) retoman la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para hablar de una clasificación de la discapacidad visual mencionan cuatro niveles:

1. Discapacidad visual leve ($AV > 0,3$).
2. Discapacidad visual moderada ($AV < 0,3$ y $AV > 0,1$).
3. Discapacidad visual severa ($AV < 0,1$ y $AV > 0,1$).
4. Ceguera ($AV < 0,05$).

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (2014) con arreglo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) clasifica la función visual en cuatro niveles principales, aunque la discapacidad visual moderada y grave se agrupan bajo un mismo término (baja visión):

1. Visión normal.
2. Discapacidad visual moderada.
3. Discapacidad visual grave.
4. Ceguera.

Etiología

La discapacidad visual, no tiene una génesis única, aspectos como el aumento en la esperanza de vida, evolución de los servicios de salud (medidas de saneamiento ambiental-nutricionales) tienen un impacto dinámico en el proceso salud-enfermedad, así como en la discapacidad en un contexto mundial, lo cual provocó una modificación en la etiología. Aunque las principales causas de discapacidad visual o ceguera afectan los medios de refracción ocular y la dinámica vascular de la retina, hay que tener presente que el globo ocular contiene prolongaciones directas del sistema nervioso, y la patología neuro oftálmica también explica la discapacidad visual en alguna etapa del desarrollo (Suárez, 2011).

Autores como Cañon (2011) mencionan que puede generarse por:

1. Factores perinatales: Como enfermedades virales de la madre, entre las cuales destacan el sarampión, varicela, rubeola, sífilis, infecciones intrauterinas; toxoplasma, citomegalovirus y traumatismos a la madre durante el embarazo (Consejo Nacional de Fomento Educativo, 2010).
2. Traumatismos: Traumatismo al momento del parto, traumatismo ocular severo, desprendimiento de la retina.
3. Causas congénitas o heredadas: Entre las cuales se encuentran, las enfermedades autosómicas como el albinismo, es decir existe una carencia de pigmento, la aniridia referente a la ausencia o atrofia del iris, la atrofia del nervio óptico o mejor conocida como degeneración nerviosa, el coloboma o deformaciones del ojo, glaucoma congénito, miopía degenerativa, retinitis pigmentaria, cataratas congénitas y desprendimiento de retina (Dirección General de Educación Indígena, 2012).
4. Lesiones neurológicas: La baja visión puede ocasionarse a consecuencia de una alteración anatómica o funcional grave, en cualquier localización del órgano receptor (globo ocular), la conexión con el cerebro (vía visual) o el centro de procesamiento (corteza cerebral occipital). Mientras que una disminución notable de la visión puede deberse a un error de refracción no corregido o debido a una alteración anatómica-funcional en cualquiera de los niveles del sistema visual (Maldonado, 2015)
5. Enfermedades oculares, sistémicas o nutricionales: La Organización Mundial de la Salud (2014), reporta que las principales enfermedades por las que se adquiere discapacidad visual son las siguientes: cataratas, glaucoma, leucoma corneal, retinopatía diabética, atrofia óptica, distrofia retinal y retinosis pigmentaria, diabetes, hipertensión, meningitis.
6. Procesos relacionados con la edad: Degeneración muscular

Impacto en el desarrollo

En cuanto a las implicaciones en el desarrollo de una persona, la Asociación Americana de Optometría da una definición de la discapacidad visual, como una deficiencia en el funcionamiento de los ojos que limita la independencia personal y económica, ya que la enfermedad interfiere de manera significativa en las habilidades que posibilitan la independencia de una persona, entre las cuales se encuentran las actividades de la vida diaria, como desplazarse o actividades más específicas como la capacidad de lectura y conducir (Coco, 2015).

Además la pérdida de visión, ya sea total o parcial, supone un cambio que determina las relaciones familiares y sociales. Es decir la imposibilidad de seguir realizando una actividad laboral habitual tiene efectos negativos, tanto por la percepción de “inutilidad” como por las consecuencias económicas que pueda tener. Pero estas repercusiones no son similares en todas las personas y dependen de muchos factores como: el momento de aparición, la edad, características personales, experiencias anteriores, actitudes ante las diferentes situaciones cotidianas, la capacidad para resolver problemas y el ajuste personal a la pérdida visual, tienen una relación directa en el mantenimiento o consecución de la autonomía (Ortiz, 2011).

Por tanto se considera que la discapacidad visual, repercutirá de manera distinta dependiendo de la persona y las interacciones que tengan en su ambiente, así como el uso de herramientas (sonidos, texturas, olores) que les permita desarrollar un aprendizaje y ya que la adquisición de esta discapacidad, puede deberse a múltiples causas, también puede relacionarse con otras enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes la cual afectara el desarrollo psicosocial de la persona.

CONCLUSIONES

A partir de la bibliografía analizada, se puede dar cuenta que el concepto de discapacidad ha ido modificándose a través los años, abandonando la perspectiva del modelo biomédico y adquiriendo un modelo social, éste último deja de lado la opresión y discriminación hacia las personas con discapacidad y pone énfasis en la responsabilidad social que con lleva a vencer barreras sociales y que permita la inclusión, así como la vida independiente de esta población. Por tanto el concepto actual de discapacidad dado por la OMS, mediante la clasificación de la CIF, propone una definición más general que incluye las restricciones de participación y no solo las características propias del individuo, esto último beneficia el hecho de quitar etiquetas que excluyan a las personas con discapacidad y fomenten su participación social como cualquier otro ciudadano con derechos.

Respecto a esta nueva definición los conceptos de discapacidad intelectual, motriz, auditiva y visual también han tenido modificaciones específicas, comenzando por quitar conceptos peyorativos, dando clasificaciones que puedan favorecer la descripción e inclusión de cada persona. Además existen aspectos importantes en el cual coinciden los cuatro tipos de discapacidad:

1. El momento de aparición: Es decir que la persona no tendrá el mismo desarrollo si la discapacidad comenzó desde su nacimiento o la adquirió posteriormente debido a un accidente.
2. El grado de afectación: El impacto de la discapacidad afectara en la persona dependiendo del grado de severidad, ya que por ejemplo en las personas con DI leve, pueden tener mayor oportunidades e interacción con su medio, en comparación con alguien que presente DI severa, puesto que pierde un grado de autonomía y quedara en la mayoría de los casos al cuidado de un tercero.
3. Impacto en el desarrollo: En todas las discapacidades existe un impacto de manera significativa en el desarrollo de un individuo, ya sea en su

aprendizaje, interacción con su medio (relaciones familiares y sociales), independencia personal, económica y aspectos afectivos.

Finalmente es importante mencionar que este impacto depende de cómo el medio puede posibilitar o dificultar una inclusión total de la persona, pues existen padres-madres o instituciones educativas y de salud que favorecen totalmente la inclusión o quienes al contrario la limitan o imposibilitan.

CAPÍTULO 2

SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el segundo capítulo se describirá de manera general como perciben los padres y profesionales, la sexualidad de las personas con discapacidad, se mencionarán diferentes definiciones del concepto de sexualidad, esto implica a su vez hablar de los mitos relacionados, así como los derechos sexuales y reproductivos de esta población, especificando aspectos relevantes de cada tipo de discapacidad (intelectual, motriz, auditiva y visual). También se describirá si existen servicios de salud y educación sexual, cuál es la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Finalmente se puntualizan los temas de abuso sexual, embarazos no deseados y esterilización forzada en la población con discapacidad.

Panorama general

La sexualidad de las personas con discapacidad, como la de los demás no comienza en la adolescencia, tiene su origen desde el nacimiento como característica principal de la relación con el otro. Sin embargo, para los familiares y profesionales parece hacerse más notoria, hasta la pubertad, cuando perciben diversas manifestaciones sexuales (Núñez, 2007).

Debido al impacto social que este tema ha producido en las nuevas generaciones y como se ve reflejado en la población principalmente, en el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, embarazos no deseados y el incremento de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS). El tema de la sexualidad ha provocado un mayor interés entre los profesionales de la salud (Andrade, Betancourt y Palacios, 2006).

Sin embargo a pesar de que este tema actualmente se trata de manera más amplia, las personas con discapacidad quedan totalmente excluidas, por las

distintas creencias y mitos que existen entorno a ellas, el acceso restringido a información sobre todo por el desconocimiento de lo que es la sexualidad en sí, ocasiona que la población con discapacidad quede vulnerable y expuesta a diversos factores de riesgo.

Definición de sexualidad

Es fundamental conocer el concepto de sexualidad que ha prevalecido en nuestra cultura, para comprender como ha impactado en la población con discapacidad, autores como Navarro (2012) mencionan que la sexualidad ha sido considerada de manera reduccionista en gran parte del mundo, en donde el derecho a la misma ha estado relacionado principalmente con características específicas como: la juventud, la capacidad física, un mayor deseo por parte del género masculino, etc. Además la sexualidad siempre ha estado vinculada a la procreación dentro del matrimonio, a parejas heterosexuales y en ausencia de algún tipo de discapacidad.

Existe una gran variedad de definiciones de la sexualidad, las cuales se han ido modificando con el paso de los años, por consiguiente algunas definiciones pueden referirse a ella con fines exclusivos de reproducción-genitalidad, ser consideradas un tanto tradicionales o concebir el término de una manera integral, a continuación se mencionaran algunas:

Barragán en el año de 1991 define a la sexualidad como: *“Una función de relación con los demás caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer. Complementariamente puede implicar reproducción, es una constante del ser humano desde el nacimiento hasta la muerte, su estructuración es fundamentalmente social y cultural más que biológica”* (Barragán, 1991, p. 166)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definen como: *“Una dimensión fundamental del hecho de ser un*

ser humano: basada en el sexo, incluye las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales” (OPS/OMS, 2000, p.6).

Autores como Duacastella (2010) mencionan que la sexualidad en todo ser humano es una construcción que parte de la relación de lo biológico con lo cultural, ya que aquello que lo biológico atribuye como sexo, no es suficiente para la constitución de la sexualidad humana. Esta se construye entre otras cosas por la identificación, siendo en la crianza donde se modela la identidad sexual, sus comportamientos desde la infancia temprana y a partir de criterios o mitos familiares en relación a los roles sexuales.

Aunque en las definiciones anteriores los autores consideran a la sexualidad de una manera integral entre lo biológico-social, sin importar condiciones físicas específicas, culturalmente las personas con discapacidad no tienen un conocimiento acerca de la sexualidad y las personas más cercanas a ellos como padres, cuidadores y profesionales tienden a negarla, ellos priorizan actividades relacionadas al aprendizaje o futura inserción laboral, dejando de lado que la sexualidad es una constante del ser humano y que se expresa de diversas maneras cada día.

Mitos entorno a la sexualidad

Con base en las definiciones mencionadas anteriormente, los mitos y creencias relacionados con el ámbito de la sexualidad han sido motivo de múltiples debates y estudios aportados en la literatura científica. Estas falsas creencias, que quedan

introducidas en la cultura, determinan en muchas ocasiones, los estilos de vida de las personas (Navarro, 2012). En relación a esto autores como Bárcena y Romano (2016) mencionan que la falta de información veraz sobre la sexualidad de las personas con discapacidad favorece la generación de creencias irracionales, entre las cuales destaca el no hablar sobre sexualidad, porque se piensa que no es necesario.

Es decir históricamente las personas con discapacidad eran consideradas como individuos condenados biológica y socialmente, de modo que la sexualidad era un tema rotundamente negado para esta población y debido a que era un factor asociado a la reproducción se les excluía totalmente, pensaban que eran carentes de deseo sexual, así como de habilidades o un juicio que favoreciera relaciones románticas o íntimas. También se creía que las personas con discapacidad eran totalmente ingenuos a este tema, en el caso de las mujeres, se pensaba que no podían menstruar, embarazarse o tener orgasmos (Glover-Graf, 2012).

Específicamente en la adolescencia los mitos en torno a la sexualidad, se concentran en una percepción de impulsividad incontrolable que se sustenta bajo el principio del placer y la búsqueda de la satisfacción inmediata de sus impulsos, además de que su agresión física y sexual puede darse en contra de cualquier persona con la que este en contacto (Núñez, 2007).

A causa de todo estos mitos, la sexualidad de las personas con discapacidad ha sido vista más como un problema, que como una característica de un ser humano, el tratarlos como “niños eternos” ocasiona una sobreprotección por parte de los padres o cuidadores, que les impide interactuar con los demás y desarrollar su sexualidad de una manera saludable, el hecho de que piensen y hagan creer a las demás personas que no tienen sexualidad o bien que una educación sexual evocaría ese “deseo oculto”, imposibilita que puedan formar relaciones afectivas o ser atractivos para alguien más. Es indudable que las personas con discapacidad por el simple hecho de ser seres humanos, sientan deseos, emociones hacia las

demás personas, por lo tanto estos mitos que la sociedad impone, restringe que puedan vivir de una manera más independiente y con la plena libertad de sus derechos.

Derechos sexuales y reproductivos

Como se mencionó en el primer capítulo acerca de la historia de las personas con discapacidad, el modelo social de discapacidad tuvo un gran impacto, este ocasionó también un interés en temas de sexualidad de las personas con discapacidad de acuerdo con Parchomiuk (2013) principalmente en el contexto de los derechos civiles relacionados con el matrimonio, la procreación y la protección contra la esterilización incondicional.

Específicamente los adolescentes con discapacidad aspiran a una sexualidad igual que los jóvenes de su edad, tienen las mismas necesidades, pero para satisfacerlas necesitan ayuda, ya que carecen de intimidad, pues sus cuerpos están desde edades muy tempranas en manos de otros: sus padres, médicos o fisiatras. Generalmente no se habla con ellos sobre sexualidad, tanto por falta de información o entrenamiento, como por inhibiciones de la persona con discapacidad o de los mismos profesionales (García y Nastri, 2011).

Antes de describir los derechos sexuales y reproductivos es importante especificar que los derechos, son principios que tienen todos los seres humanos por el solo hecho de serlo, incluyendo a las personas con discapacidad.

Esta población debe gozar de sus derechos sin discriminación, exclusión o restricción de ningún tipo, tienen derecho a una igualdad de oportunidades y protección ante la ley, además tienen la oportunidad de recibir un tratamiento médico, psicológico, así como una rehabilitación para trabajar de acuerdo a sus capacidades, recibir salarios igualitarios y por tanto ser tratados con dignidad y respeto (Hernández, 2007).

De manera específica los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos internacionalmente, incluyen el derecho a la salud, a recibir información, educación, a una vida libre de discriminación y violencia, a una autonomía reproductiva, así como poder decidir el número de hijos (Sandoval y Guzmán, 2010).

Sin embargo fue en la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad en el año 2006, que se mencionó el derecho al hogar y la familia, el cual se centra en prohibir la discriminación de las personas con discapacidad, en lo relacionado a contraer matrimonio, fundar una familia, mantener la fertilidad para asegurar la paternidad y decidir libremente las relaciones personales de los individuos, además el estado proporcionara asistencia apropiada a las personas con discapacidad, para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de sus hijos (García, 2010).

A continuación se describirá los derechos que son tomados en cuenta, en cada una de las discapacidades:

Discapacidad Intelectual

Autores como Hernández (2007) mencionan que las personas con DI tienen derecho a la educación (ya sea con formación especial o en el sistema regular), a recibir una atención médica, así como una capacitación y orientación que les permitan desarrollar sus habilidades. Tienen derecho a vivir en familia o tener un tutor certificado para la protección de su persona (explotación, abuso o trato denigrante).

Sin embargo autores como Gómez, Verdugo, Arias y Irurtia (2011) en un estudio exploratorio que realizaron, encontraron que existe abuso y negligencia en cuanto al cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad intelectual,

destacando la vulneración de la intimidad tanto por sus pares o profesionales. Además esta población, no cuentan con información suficiente acerca de sus derechos, no puede tomar decisiones propias como manejar su dinero, un alto porcentaje de la población de este estudio considero sentirse excluido de la sociedad.

Por consiguiente, ¿qué tan respetados son los derechos de las personas con DI? y ¿cómo influye el grado de discapacidad en la toma de sus decisiones?, es cierto que hay personas que no tienen capacidades lingüísticas o un razonamiento abstracto, pero eso no implica que se dé por hecho, que no tienen necesidades afectivas y si bien son reconocidas por organismos legales, ¿qué tanto la sociedad permite que se lleven a cabo? Esta es una pregunta que sigue aún sin respuesta.

Discapacidad Motriz

La población con discapacidad motriz, sustenta sus derechos en la igualdad y libre desplazamiento (eliminación y adecuación de barreras físicas), acceso a información-comunicación, oportunidad de trabajo, derecho a la educación, actividades recreativas, deportivas, que permitan el desarrollo de la persona con discapacidad. También tienen el derecho a la salud en materia de prevención, atención y rehabilitación con la finalidad de alcanzar un nivel óptimo de autonomía (Hernández, 2007).

Sin embargo, culturalmente tener un nivel de autonomía, requiere que existan condiciones que la favorezcan y en México el entorno en muchas ocasiones imposibilita que las personas con discapacidad motriz, puedan realizar las mismas tareas que las personas sin discapacidad y no porque no cuenten con las habilidades para realizarlas, si no por el hecho de que tienen complicaciones para acceder a ellas.

En el caso particular de las mujeres, a pesar de que socialmente se asignan normas y valores diferenciados, en función de su condición física, existe desigualdad en el acceso a información, a servicios de salud sexual y reproductiva. Con frecuencia la violación de sus derechos humanos se genera desde el interior de su familia, desde su grupo de amigos y por supuesto, desde las instituciones de asistencia social, que al extender su discurso “paternalista de seguridad social y bienestar”, ubican a estas mujeres en el mismo nivel que las niñas o adolescentes, no son tomadas en cuenta como sujetos de derechos, se les considera incapaces y se les niega el acceso a las mismas oportunidades y obligaciones que al resto de la población (Cruz, 2004).

Discapacidad Auditiva

Las personas con discapacidad auditiva, tienen derecho a recibir una orientación adecuada en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. A que un médico, psicólogo o neurólogo les dé a conocer todas las opciones de rehabilitación, tienen derecho a recibir la orientación indispensable para seleccionar los métodos de enseñanza más adecuados (LSM), a ser respetadas como personas sordas, a utilizar todos los avances tecnológicos tales como, los programas subtítulos de televisión o los avisos luminosos, el teléfono, internet y el correo electrónico, entre otros (Hernández, 2007).

Es evidente como en diversos artículos se hablan de los derechos de las personas con discapacidad auditiva, centrándose en aspectos médicos, de rehabilitación e incluso de educación, sin embargo en el tema de sexualidad no hay especificaciones. A pesar de que este incluido como un derecho, no se lleva a cabo, esto se ve reflejado en las situaciones de la vida cotidiana, por ejemplo el acceso a propaganda de métodos anticonceptivos o campañas de salud sexual, están completamente dirigidas a personas sin discapacidad y son pocos los programas donde se presenta una persona que traduzca en lengua de señas o material adaptado a esta población.

Discapacidad Visual

En cuanto a los derechos de las personas con discapacidad visual, se encuentra la inclusión educativa en centros regulares o especializados, el tener acceso al aprendizaje del método Braille. También tienen derecho a una atención médica especializada, a recibir rehabilitación, contar con los servicios de apoyo (recursos auxiliares), para reforzar su nivel de autonomía en la vida cotidiana y hacer posible que ejerzan sus derechos. Deben de tener la oportunidad de recibir una capacitación para conseguir un trabajo, tienen derecho a vivir en familia, contraer matrimonio y tener hijos, vivir sin violencia en su entorno familiar, participar en actividades culturales, recreativas y deportivas. Finalmente deben ser incluidos en un censo con el fin de que este dato pueda considerarse en la adopción de normas políticas específicas (Hernández, 2007).

Cabe señalar, que en los derechos de las personas con discapacidad visual mencionados anteriormente, si se incluyen especificaciones en cuanto a la sexualidad y reproducción, fue la única discapacidad en la cual se toma en cuenta aspectos relacionados con la familia, el matrimonio e incluso el tener hijos, el cual es un tema que en la población con discapacidad es muy cuestionable, por una serie de mitos. Además de que la sociedad también limita de cierta manera que las personas con discapacidad visual expresen su sexualidad, puesto que los medios por los cuales ellos pudieran interactuar con otra persona y crear relaciones personales, no son muy aptos del todo.

Finalmente como ya se mencionó, la sexualidad forma parte del ser humano, sin importar su condición física, social, género o religión, no se desvincula de la población con algún tipo de discapacidad. La vivencia de una sexualidad sana, permite a las personas conocerse y aceptarse a sí mismos y poder expresarla a los demás sin violentar sus derechos humanos. Para ello, es necesario que los padres, madres y docentes conozcan acerca de la importancia de la educación de la sexualidad para las personas con discapacidad (Rivera, 2008).

Servicios de salud y Educación sexual

La salud de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2013) es uno de los principales derechos de los seres humanos, constituye el soporte para disfrutar de otros derechos como la vivienda, educación, el área laboral. En México, este derecho tiene un rango constitucional, por lo cual la meta primordial del sistema de salud, es alcanzar la cobertura universal. Para las personas con discapacidad, el acceso a servicios de salud es igual o más importante que para la población sin discapacidad, el artículo 25 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, en el año del 2007 señala que los Estados reconocen que esta población tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud, sin ningún tipo de discriminación, teniendo en cuenta cuestiones de género para programas de salud gratuitos a precios accesibles, incluyendo el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con la edad y sexo, 68.8% de población con discapacidad es derechohabiente a algún servicio de salud. De ellos, 46.7% están afiliados al Seguro Social (IMSS), 37.2% al Seguro Popular, 10.9% al ISSSTE, 2.7% a una Institución Privada, 2.4% a otra Institución no Definida y 1.5% a Pemex, Defensa o Marina. En particular, las mujeres con discapacidad tienen un porcentaje de derechohabientes un poco más alto que los hombres con la misma condición (70.2% vs 67.4). La mayor parte de la población con discapacidad derechohabientes están afiliados al IMSS, Seguro Popular e ISSSTE, sin embargo, las mujeres tienen mayor presencia en instituciones como el IMSS, ISSSTE y Pemex, Defensa o Marina, mientras que los hombres, en el Seguro Popular, lo cual puede deberse a que los hombres están inmersos en un trabajo, mientras que las mujeres pueden recibir la atención, a través de su esposo e hijos (INEGI, 2013).

Aunque los servicios de salud quieran establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, es evidente que no toda la población es

derechohabiente, en primer lugar, gran parte de la población con discapacidad no está inmersa en un ambiente laboral (lo que complica que se les ofrezca un servicio de salud gratuito). En segundo lugar si se encuentran en una institución de seguro social, las campañas de prevención y planificación familiar, están enfocadas a personas sin discapacidad, esto se debe a que los médicos, enfermeras o trabajadoras sociales aun siendo profesionales de la salud, su concepto sobre sexualidad se ve permeado por diversos mitos culturales.

Por lo cual, los derechos a la información y a decidir sobre su cuerpo se ven violentados en esta población, la educación que reciben es reducida a un aprendizaje escolar y como consecuencia desconocen que sus derechos no están siendo respetados ni siquiera por instituciones de salud. Respecto a lo anterior, es importante que las personas con discapacidad reciban una educación sexual, esto implica conocer una serie de elementos que se van integrando, para llevar a cabo un proceso guiado tanto en aspectos sociales, biológicos y psicológicos.

La información y la educación en afectividad-sexualidad es un instrumento eficaz que permitirá desarrollar una responsabilidad individual frente a la actividad sexual y sus implicaciones. Si no se lleva a cabo los jóvenes con discapacidad tendrán menos información que sus pares, además de no ser precisa y verídica (García y Nastri, 2011).

De acuerdo con Gutiérrez (2010) la educación sexual debería cubrir los siguientes aspectos, siempre y cuando se adecue a las diferencias individuales, el grado de discapacidad y la influencia del ambiente en el que este inmersa la persona:

1. Información de cómo nacen los bebés.
2. Información sobre la estructura corporal de niños y niñas, así como los cambios que se producen en la pubertad.
3. Primera menstruación-eyaculación.

4. Información de aspectos físicos: besarse, mostrar cariño, satisfacción sexual, realizar el acto sexual.
5. Información acerca de las ITS y su prevención (uso del condón).
6. Información acerca del significado del sexo (no solamente como acto reproductivo, sino como una forma de dar placer y mostrar sentimientos).
7. Información acerca de la homosexualidad.
8. Información acerca de la pornografía.
9. Información acerca de los límites propios y de los demás.

El conocer el concepto de sexualidad de una manera global con lleva a que se respeten los derechos de las personas con discapacidad, que se posibilite el hecho de recibir una educación integral, tanto para mujeres y hombres con discapacidad, esta educación debe incluir información veraz de los distintos temas que abarca la sexualidad, proporcionando herramientas para que esta población pueda ejercer su sexualidad de manera responsable y aceptarla como parte de su vida. Aunque existen argumentos favorables para que se lleve a cabo una educación sobre sexualidad, hay padres o madres que niegan este derecho a sus hijos, por miedo a no saber cómo hablar del tema, si sus hijos lo comprenderán, incluso creencias religiosas que influyen al respecto, sin embargo este aprendizaje debe dejar de lado los mitos en primer lugar de la discapacidad por sí misma y después de la sexualidad, pues lo único que hacen es aumentar los factores de riesgo a los cuales se enfrentan las personas con discapacidad, como son ITS, VIH, abusos sexuales y embarazos no deseados.

Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual y Virus de Inmunodeficiencia Humana

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS (2016) existen más de 30 virus o bacterias que se transmiten por contacto sexual, ocho de ellos se han relacionado a una máxima incidencia de enfermedades de transmisión sexual. De

esas ocho infecciones, cuatro son actualmente tratables: la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Sin embargo las otras cuatro: hepatitis B, virus del herpes simple (HSV), virus de inmunodeficiencia humana VIH y virus del papiloma humano (VPH), se consideran como infecciones virales incurables, aunque existen tratamientos capaces de atenuar los síntomas.

Se estima que anualmente, unas 357 millones de personas contraen alguna de las cuatro infecciones de transmisión sexual (ITS), que se transmiten predominantemente por contacto sexual, puede ser vaginal, anal y oral. También se pueden propagar por medios no sexuales como: las transfusiones de sangre o productos sanguíneos. Muchas ITS pueden transmitirse también de madre a hijo durante el embarazo o al momento del parto. En la mayoría de los casos, las ITS son asintomáticas o solo van acompañadas de síntomas leves que no necesariamente permiten un diagnóstico certero (OMS, 2016).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), menciona que existe evidencia de que las personas con discapacidad están en riesgo, igual o mayor de infectarse por el VIH que el resto de la sociedad, a causa de la falta de acceso a servicios apropiados de prevención del VIH, esta población puede adoptar comportamientos en riesgo, como relaciones heterosexuales u homosexuales sin protección, aunque en diversas ocasiones las personas consideradas seropositivas no se benefician completamente de los servicios de atención del VIH o de otros servicios de salud sexual y reproductiva, porque las clínicas y hospitales no son accesibles físicamente, no cuentan con idioma de signos, tampoco ofrecen información en formatos alternativos como el Braille, los proveedores de servicios adoptan actitudes equivocadas o muestran rechazo hacia personas con alguna discapacidad (ONUSIDA, 2009).

Varios países tienen en común este problema de salud, referente a la creciente prevalencia en población que contrae VIH, lo cual se ve reflejado en estadísticas

que indican que se contrae esta ITS a edades tempranas debido a que los jóvenes tienen relaciones sexuales sin protección. En países como Nigeria por ejemplo, se ha realizado un estudio descriptivo sobre la práctica de la comunicación familiar acerca del VIH/SIDA en adolescentes que cursan la educación secundaria, mediante un cuestionario semiestructurado, pudieron obtener resultados relevantes como que solo el 12% de la muestra reportó que la familia fue la primera fuente de información respecto a estos temas, el mayor porcentaje de la muestra obtenía la información mediante medios electrónicos, sin embargo un 79% de los estudiantes mencionaron tener comunicación familiar sobre el VIH/SIDA, además de que suelen hablar específicamente del uso del condón para prevenir esta ITS (Musa, Akande, Salaudeen y Soladoye, 2008).

Otro país que tiene evidencia de la prevalencia de ITS es Estados Unidos, autores como Moinester, Gulley y Watson (2008), mencionan que existen registros donde se muestra que hay entre 20 y 22 millones de personas con discapacidad auditiva y que de esa población aproximadamente un millón han presentado VIH/SIDA, mientras que en Uganda de acuerdo con Berman, Meresman, Galván & Rodríguez (2011) se han llevado a cabo estudios que muestran que un 38% de mujeres y un 35% de hombres con discapacidad, han tenido en algún momento de su vida una ITS, lo cual indica que no existe acceso o los servicios son inapropiados para la prevención de ITS en personas con discapacidad. En cuanto a la edad en personas sin discapacidad el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA en el año 2014, mencionó que aunque el índice general de natalidad decrece, en las madres adolescentes observa una tendencia opuesta, ya que se calcula que un 41.5% de los casos de VIH/SIDA diagnosticados corresponden a jóvenes que van de los 15 a 29 años de edad (CENSIDA, 2014).

A pesar de que se menciona que existe evidencia, son pocos los países que cuentan con estadísticas, que comprueben específicamente la prevalencia de ITS o VIH en personas con discapacidad, poniéndolos como el sector más vulnerable,

sin embargo eso no deja a un lado el aspecto de que se considere como un problema a nivel mundial, finalmente es una contradicción en las organizaciones de salud más importantes para la sociedad, ya que a pesar de incluir y mencionar los derechos de las personas con discapacidad, no existen en todos los países estadísticas actuales que permitan a los profesionales de salud plantear medidas de prevención en México.

Abuso sexual y Embarazos no deseados

El abuso sexual, en sí mismo es un tema complejo sin embargo cuando ocurre en una población con discapacidad, se vuelve aún más complicado. En muchas ocasiones esta población está siendo objeto de abuso sexual o están siendo incitadas a ello, y no son conscientes de lo que les está pasando realmente. Pueden no entender la conducta del adulto, porque se les ha enseñado a confiar en él y el abuso puede convertirse en una consecuencia de la enseñanza recibida (Gutiérrez, 2010).

Es decir los padres de familia o cuidadores tienden a pasar de la supervisión y apoyo, a la sobreprotección, la cual incluye falta de información sobre sexualidad, esto es considerado como un factor de riesgo para vivir situaciones de seducción y abuso. Este abuso sexual puede ocurrir en cualquier contexto y dañar a personas sin importar su estatus socioeconómico o nivel escolar, las personas con discapacidad constituyen una población específicamente vulnerable debido a las limitaciones educativas, añadiendo la falta de habilidades sociales y lingüísticas.

En la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, específicamente en el Artículo 16 (Protección contra la explotación, violencia y abuso) se establece que, los estados adoptaran todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso, asegurando que existen formas adecuadas de asistencia y apoyo, las cuales toman en cuenta el género y edad para las personas con discapacidad, familiares y cuidadores.

Incluso se proporcionara información y educación sobre maneras de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación violencia y abuso (García, 2010).

El abuso sexual se puede definir como los contactos e interacciones sexuales entre un menor de edad y un adulto, o entre menores de edad si existe una diferencia de cinco años entre ellos, también si el agresor se encuentra en una posición de poder-control sobre la víctima, aunque no exista diferencia de edad (Hartman y Burgess, 1989 citado en Cantón y Justicia, 2008).

Gran parte de la sociedad piensa que las personas con discapacidad no sufren de abuso, ya que la mayor parte del tiempo están acompañados de sus padres o cuidadores, sin embargo esto no descarta que puedan sufrir un abuso tanto en un entorno familiar o incluso institucional, el abusador se basa en que esta población será incapaz de denunciar lo sucedido o que no existirán repercusiones visibles de su acto.

Por tanto es importante que se dé una educación sobre sexualidad para que las personas con discapacidad identifiquen y conozcan cuando están en situaciones de peligro, y que los padres tengan herramientas para hablar de este tema con sus hijos, y así puedan notar indicios con ayuda de profesionales (alteraciones de la conducta) que puedan advertir que sus hijos han sido víctimas de agresiones sexuales.

En muchos casos, el abuso sexual trae como consecuencia un embarazo no deseado, en personas sin discapacidad, cuando una mujer queda embarazada sin planearlo o por sufrir un abuso sexual, básicamente tiene dos alternativas, uno sería dar a luz a un hijo que no será querido, ni cuidado por la madre, o dos interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido, ya existen modificaciones en las leyes que permiten en ciertos casos realizar este procedimiento, aunque en ambas situaciones, implica un compromiso ya que los embarazos no deseados

son en gran parte una responsabilidad social (Langer, 2002). Sin embargo en población con discapacidad Lara, García, Strickler, Martínez y Villanueva (2003) encontraron a partir de la revisión de expedientes clínicos del año 1991 al 2001, que nueve por ciento de las mujeres embarazadas por violación presentaban una discapacidad física o mental previa a la violación, la más frecuente fue retraso mental (5.6%), crisis convulsivas (1.3%), seguidos de sordera (1.2%) y esquizofrenia (0.4%).

A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de bebés, de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados, de ellos, aproximadamente el 60% no son planeados (Secretaría de Salud, 2002). Si esto ocurre en población sin discapacidad, ¿qué sucede en el caso de las personas con discapacidad?, si a ellos no se les permite tomar decisiones mínimas, mucho menos en este tipo de situaciones que son consideradas de gran importancia, en la mayoría de los casos se practican abortos ya que los padres tienen la creencia de que sus hijos no podrán hacerse cargo de otra persona, esta última idea se relaciona con un tema que también tiene gran controversia como lo es la esterilización forzada.

Esterilización forzada

Antes de profundizar en el tema es importante dar una definición del término esterilización, el cual hace referencia a la intervención quirúrgica que resulta tanto de manera directa como indirecta en la terminación de la capacidad individual de reproducirse, con base en la definición anterior se especifica lo que significa la esterilización forzada, esta se refiere a comenzar este procedimiento sin tener la autorización de la persona que se ve sometida a esta práctica, y cuando el acto se realiza sin que exista una amenaza o riesgo serio para la salud o para la vida. En muchas personas con discapacidad intelectual, específicamente en niñas y mujeres este es uno de los derechos más violentados (Peláez, 2009).

Este tema tiene sus antecedentes a finales del siglo XIX, donde se realizaba la esterilización obligatoria de manera indiscriminada, ya que se pensaba que la discapacidad era hereditaria, su argumento se basaba en un concepto mejor conocido como eugenesia (aplicación de las leyes biológicas de la herencia para el mejoramiento de la especie), mediante selección de los padres. Sin embargo esta práctica se ha desprestigiado, porque además de los graves inconvenientes de orden moral y jurídico, su eficacia desde el punto de vista biológico es muy controversial (Varas, 2010).

No obstante la esterilización también puede encubrir situaciones de abuso sexual, ya que como mencionan Fernández y Moraga (2012) corren el riesgo de ser objeto de abuso sin la consecuencia de un embarazo, lo cual estos autores mencionan que más que ser un beneficio, la familia lo ve como un procedimiento para ahorrar responsabilidades. Otro suceso similar se reportó por Quintero (2015) quien al realizar una entrevista a mujeres con problemas mentales mencionaron que un 40% de ellas habían sido esterilizadas sin su consentimiento, ya que sus familiares creían que podrían “heredar la discapacidad a sus hijos”, sin embargo más del 40% también reportó haber sufrido una agresión al acudir al ginecólogo, finalmente se menciona que la principal razón para la esterilización forzada es encubrir el abuso sexual a mujeres adultas y niñas que pudieron quedar embarazadas.

Es claro que este tema implica muchos argumentos a favor y en contra, dentro de la población con discapacidad, por una parte compromete “asegurar” la salud y el cuidado mediante este procedimiento, desde un punto de vista de los padres y cuidadores. Mientras que social y legalmente con lleva a una violación de un derecho, puesto que muchas adolescentes y mujeres con discapacidad no son informadas y se lleva a cabo sin su consentimiento.

CONCLUSIONES

A partir de la bibliografía analizada, se puede decir que el panorama de la sexualidad en las personas con discapacidad sigue siendo muy limitado, tanto por algunos profesionales de salud, como por la misma familia y sociedad en la cual se relaciona la persona.

Esta idea de que la sexualidad en personas con discapacidad “no existe o no está presente”, se debe a la falta de información que tienen sobre este concepto, además de los múltiples mitos que existen en torno al tema, pues no se ve a la sexualidad como algo integral, sino como algo físico-biológico que excluye a esta población.

Esto a su vez, con lleva a identificar como es que de múltiples maneras se violan los derechos sexuales y reproductivos, lo que dependerá también del tipo de discapacidad que presente la persona, de modo que si la discapacidad es “menos severa” tendrá más oportunidad de poder ejercer sus derechos y que la misma sociedad posibilite su inclusión de diversas maneras, una de ellas serían el acceso a los servicios de salud que incluyen legalmente a la población con discapacidad, pero que ambientalmente su acceso es limitado, además de que que las campañas de salud, prevención y planificación familiar, no las contemplan, para proporcionales información.

Por supuesto, que esto parte de la idea errónea de que las personas con discapacidad, no necesitan recibir educación sexual, aunque exista investigación que demuestra, que son una población vulnerable a ITS, VIH, abuso sexual, presentar embarazos no deseados y que están complicaciones pueden prevenirse si se recibe una educación sexual temprana, que incluya también a padres de familia, cuidadores y profesionales de salud.

Promover la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con discapacidad, ayudará a ampliar su panorama y comprender que la sexualidad es parte inherente del ser humano y que presentar un tipo de discapacidad, no los deslinda de ello, además dará herramientas a los padres para poder decidir de manera conjunta, aspectos relacionados con los derechos de sus hijos, por ejemplo en temas de esterilización, donde los médicos o padres creen que llevar a cabo estos procedimientos sin el consentimiento de la persona beneficiará a futuro su calidad de vida, sin tener en cuenta que en muchas ocasiones propician factores de riesgo, que pueden ser evitados.

CAPÍTULO 3

INFLUENCIA DE LOS ROLES DE GÉNERO EN LA COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD

En el tercer capítulo se abordarán los antecedentes del término roles de género, para así poder comprender su definición, se mencionaran los estereotipos femeninos y masculinos que existen, lo que implica a su vez describir cómo influyen en la socialización sexual. Algo que resulta importante para evitar problemas en la comunicación, es analizar el papel que tienen los roles de género, por tanto se explicará la importancia que tienen éstos sobre la comunicación, no obstante se desarrollara el tema de comunicación sobre sexualidad, comenzando por el concepto y estilos que existen, así como cuáles son los temas principales de salud sexual de los que se hablan. Finalmente se mencionarán ejemplos de algunos estudios en población con discapacidad y se dará una breve conclusión.

Roles de género

Antecedentes

En un inicio, autores como García-Mina (2003) mencionan que el término género se utilizaba básicamente en estudios lingüísticos como categoría gramatical, que servía para clasificar las palabras como femeninas, masculinas o neutras, el concepto género no se valoraba como un atributo humano, fue hasta el año 1955 cuando por primera vez Money, añade este concepto y señala su importancia en la constitución de la identidad sexual humana, sitúa el origen del concepto género en sus investigaciones sobre el hermafroditismo, mediante sus estudios de casos logró profundizar en la teoría psicológica de la sexualidad humana.

Otro personaje que tuvo una gran influencia en este tema fue Stoller, quien decidió comenzar sus estudios sobre la categoría de género, a partir de sus investigaciones sobre el transexualismo, él se enfocó en la distinción entre sexo y

género con base en una terminología operativa, siempre a favor de un análisis psicosocial de la masculinidad y la femineidad, este autor utilizaba la palabra sexo para referirse a los componentes biológicos que distinguen al macho de la hembra y engloban el estado hormonal, el aparato genital externo-interno y las características sexuales secundarias. Mientras que el término género lo utiliza para señalar el dominio psicológico de la sexualidad, que abarca los sentimientos, roles, actitudes, pensamientos y tendencias ligadas al sexo (García-Mina, 2003).

Por su parte el movimiento feminista, se encargó que la categoría género fuera considerada como una opción epistemológica y metodológica que permitiría analizar, cuestionar o modificar las condiciones de vida tanto de las mujeres como de los varones, para comprender la vinculación entre feminismo-género es necesario realizar un recorrido de la participación de las mujeres en la historia, conocer las circunstancias que han vivido como colectivo, y como la categoría género para este movimiento social cultural y político ha ido cuestionando esferas de conocimiento que tienen como finalidad el estudio del ser humano. También este cambio, permitió poner de manifiesto la sociedad patriarcal y machista, que era responsable de la consideración de la mujer como ciudadana de segundo plano en aquella época (Fernández, 2000).

Cabe señalar, que el término género surgió como respuesta a una necesidad en aquella época, y fue considerado como una nueva categoría para poder llevar a cabo un análisis más complejo de la sociedad. A partir de este término se derivan los estereotipos, que han permitido de alguna manera justificar las diferencias de pensamientos y conductas entre lo femenino o masculino. Sin embargo estas construcciones culturales generaron también desigualdades entre mujeres y varones, que han ido permeando la participación social de cada uno en diversos contextos y cuyo origen en la sociedad se ha ido modificando con el transcurso de los años, puesto que la participación de ambos no es estática e influye de manera bidireccional.

Finalmente para la perspectiva de género, la sociedad dirige la sexualidad de mujeres y varones, incluyendo prácticas, relaciones, conductas, actitudes, significaciones, percepciones, experiencias, emociones, sentimientos, transformaciones corporales y procesos fisiológicos a lo largo de la vida, los cuales se vinculan en distintos contextos espacio-temporales, con la reproducción biológica, el erotismo y poder (Sapién y Córdoba, 2011).

Definición

Queda claro que a partir de los antecedentes mencionados, se puede dar una definición más concreta de este concepto, por lo cual, el género incluye una serie de creencias, valores, prácticas, sentimientos, roles, normas de comportamiento, necesidades y expectativas construidas a partir de un proceso de socialización. Acentúa sus actuaciones en las diferentes esferas de la vida cotidiana, definiendo, simbolizando y contribuyendo las relaciones propias de los varones dentro de lo masculino y de las mujeres en lo femenino (Martínez y Martínez, 2015).

Para otros autores este término hace referencia a los roles, responsabilidades u oportunidades asignadas en función del sexo ya sea varón o mujer, además de las relaciones socioculturales que se establecen entre ellos, se puede decir que el género es considerado como una construcción simbólica, una realidad psicosocial y no física. De la misma forma, no se debe confundir los conceptos de género, sexo y sexualidad aunque exista una relación entre estos tres conceptos, cada uno sugiere a una realidad determinada, por ejemplo el sexo se refiere a si uno nace mujer o varón, pero además existen características no biológicas, sino culturales que imponen cómo deben comportarse la mujer o el varón por el simple hecho de serlo, se obliga desde la sociedad o la división del trabajo (Pérez y Carbó, 2010).

De este modo, se puede señalar que actualmente el término género, no es solo una categoría, sino un aspecto fundamental e inherente en la vida cotidiana de

todo ser humano, lo cual ha posibilitado conocer aspectos específicos ya sea de mujeres o varones dentro de una sociedad y como a partir de su género, interactúan en diversos contextos, empezando por el familiar, escolar, laboral e incluso los recreativos. También el conocer este concepto a profundidad ha permitido crear nuevos roles basados en una educación más equitativa, a diferencia de años anteriores, en donde se expresaban de manera más rígida, sin descartar que estos pueden variar dependiendo de las características del lugar o zona en dónde interactúan mujeres y varones.

Estereotipos femeninos y masculinos

A partir de la denominación del género, aparecen los estereotipos, que son el conjunto de creencias existentes sobre las características que se consideran apropiadas como, la femineidad para ellas y la masculinidad para ellos. Los estereotipos crean a su vez los roles de género esto es, la forma en la que se comportan o realizan su vida cotidiana hombres y mujeres (Magally, 2011 citado en Aguilar, Valdez, González-Arratia y González 2013).

A su vez las normas de conducta son diferentes para varones y mujeres, a partir de las desigualdades que establece la sociedad, pero también de conflictos individuales que parten de la convivencia diaria en el hogar, la escuela, el trabajo o incluso las instituciones en las que una persona ya sea varón o mujer construye valoraciones y se comporta de acuerdo a códigos que establecen sus pares.

A pesar de los cambios que se han ido dando en la sociedad, respecto a los estereotipos, actualmente existe un trato diferencial en el modo en que se socializa a niños-niñas, una de las cuestiones que ha sido objeto de investigación, es si los padres tratan de forma diferencial a sus hijos en función del género, y si de alguna manera promueven conductas tipificadas sexualmente. También existen conductas específicas que han sido atribuidas a niños y niñas de modo diferencial, debido a las creencias estereotípicas de mujeres y varones, están son dinámicas y

dependen del contexto social, es probable que los ideales de masculinidad y feminidad se modifiquen a través de diferentes culturas y momentos históricos (Martínez y Martínez, 2015).

Existen instituciones, donde la manera de socializar a varones y mujeres desde la infancia, no es equitativa, y ese trato no favorece la inserción social e interacción entre ambos, por eso para el Instituto Nacional de las Mujeres, INMUJERES (2007) eliminar los estereotipos de género es un desafío que sólo podrá superarse, si se unen esfuerzos de personas o grupos que comparten ideas y propongan acciones para erradicarlos, estos pueden ser representantes de instituciones, ambientes académicos o de investigación, con en el objetivo de llevar a cabo una nueva visión del futuro.

En otras palabras, esta tarea implica investigar como los estereotipos de género suelen desviarse a situaciones de inequidad, discriminación, violencia familiar y desigualdad de oportunidades entre mujeres-varones, problemática que podría expandirse del interior del hogar, hacia las instituciones ya sean escuelas, empresas y a la sociedad en general, provocando desventajas para las mujeres y en muchas ocasiones también para los varones. Cabe resaltar que los estereotipos de género se llevan a cabo mediante una socialización sexual, lo cual hace que estén estrechamente relacionados, por ejemplo existen estereotipos de que la mujer es más sentimental y cuidadosa que el hombre, por ende su socialización sexual se centra en actividades relacionadas con el cuidado de la familia, mientras que el hombre es el encargado del hogar y debe ser quien esté incluido siempre en contextos laborales.

En resumen bajo esta perspectiva, el género forma parte de una problemática de interés teórico, empírico, social y político (Tena, 2008). Por lo cual existe la necesidad de abordar el concepto roles de género en población con discapacidad, para así entender que participación están teniendo estos roles en función del sexo de los padres y de los hijos sobre la comunicación en temas de sexualidad.

Socialización sexual

En el momento del nacimiento de un ser humano, se toma en cuenta la identificación de su sexo por parte de otras personas y a partir de ahí se lleva a cabo una lista de atribuciones ligadas a éste por costumbres y hábitos, la asignación y clasificación de sexo-género van más allá de un acto perceptivo por parte de los otros, ya que implica el reconocimiento de lo biológico y las categorías de lo psicosocial. Posteriormente se le comienza a dar un trato, educación y entrenamientos “correspondientes” ya sea como individuo femenino o masculino, ya que los otros marcan o construyen desde temprano, lo social y psicológicamente a los individuos como varones o mujeres, pero también corporalmente en todos los ámbitos donde actúan y viven (Sapién y Córdoba, 2011).

Actualmente muchas personas en nuestro país admiten que los roles de las mujeres y los hombres han cambiado, en algunos casos se asume que ese cambio ha beneficiado a unas y restado privilegios a los otros. Es decir, la creencia popular dicta que las mujeres gozan de una cantidad considerable de libertades que no tenían hace treinta o cuarenta años, mismas que se evidencian en diversas áreas de la vida social, por ejemplo, ahora realizan estudios universitarios y son profesionistas, tienen trabajos remunerados, eligen libremente a su pareja, utilizan métodos anticonceptivos y regulan la cantidad de hijas e hijos que desean tener. Por su parte los varones, se podría decir que ya no son los únicos proveedores de las familias, colaboran con mayor frecuencia con las tareas domésticas, en la crianza y cuidado de los hijos, estas actividades y expresiones se asocian con los denominados roles de género que desempeñan las personas en las distintas sociedades y culturas (Saldívar, Díaz-Loving, Reyes, Armenta, López, Moreno, Romero, Hernández y Domínguez, 2015).

Pero qué pasa con la socialización sexual de las personas con discapacidad, si al momento de nacer se les atribuye una serie de condiciones y creencias respecto a

su discapacidad, más las que se agregan dependiendo del género, incluso existe un trato diferencial, puesto que en la literatura autores como Soler, Teixeira y Jaime (2008) reportan que desde el momento del nacimiento existe una doble discriminación una por la misma la misma discapacidad y otra es hacia las mujeres, ya que a ellas se les educa para realizar solo tareas del hogar y a los varones en cambio se les permite llevar a cabo tareas de inclusión laboral.

Autores como Díaz y Muñoz (2005) recalcan esta importancia y se cuestionan si la construcción de la identidad de género de un varón o de una mujer con discapacidad se elaboran de la misma forma como la de una mujer o de un varón sin discapacidad, o si por el contrario tanto varones como mujeres con discapacidad buscan otras maneras de caracterizar su masculinidad y su feminidad distintas a las ideas de virilidad, productividad y protección por parte de los varones, o las ideas de reproductividad, emotividad y responsabilidad de la crianza de los niños en las mujeres. Mientras que autores como Shum y Conde (2009), mencionan que si al género añadimos la variable discapacidad, la percepción del cuerpo adquiere una especial relevancia para las mujeres, pues el hecho de que la imagen se aleje demasiado de la norma deseada resulta perjudicial para la auto percepción de la misma. La autoimagen supone una valoración del propio cuerpo en relación a las normas sociales y la retroalimentación recibida de los demás.

Importancia de los roles género en la comunicación

Debido a que en México de alguna manera continúan vigentes los estereotipos tradicionales, es fundamental saber cómo han permeado los roles de género en la población con discapacidad y específicamente en la comunicación de temas sobre sexualidad. Existen autoras como Barbón (2011) que resaltan la importancia de la comunicación como una forma de transmisión de los roles de género, los cuales evolucionan en la vida cotidiana y están relacionados estrechamente con la división sexual del trabajo, en los cuales se toman en cuenta las actividades

necesarias para asegurar el bienestar y la supervivencia de las personas que componen la familia. Estos roles influyen de alguna manera sobre la crianza, educación, alimentación, el cuidado de sus integrantes, así como la organización y mantenimiento del hogar, de ahí que también sea la comunicación la encargada de difundir aquellos roles de género, de modo que los padres desempeñan un papel fundamental en la promoción de conductas sexuales saludables de sus hijos mediante la comunicación sobre la sexualidad que establecen con ellos (Bárcena, Robles y Díaz-Loving, 2013).

Es por esto que al indagar como los roles de género influyen en la comunicación, podremos conocer si son los padres o las madres quienes hablan más de estos temas, que temas son los que más hablan con sus hijas o con sus hijos y si están de acuerdo o no con los roles tradicionalmente asignados a mujeres y hombres, lo cual también permitirá crear intervenciones dónde se tomen en cuenta las características de ambos sexos (hombre/mujer) para favorecer una comunicación sobre sexualidad.

Comunicación sobre sexualidad

Concepto de comunicación

La comunicación es la acción que permite intercambiar información entre dos o más sujetos, con la finalidad de dar o recibir un mensaje a través de un lenguaje o sistema de signos.

El siguiente esquema ejemplifica los componentes y el proceso de comunicación, en dónde se comienza por explicar que la comunicación es un proceso que requiere de un emisor, quien manda un mensaje a un receptor, el cual está incluido en un contexto que determina el lenguaje y el tipo de respuesta, posteriormente la respuesta del receptor casi siempre produce otro mensaje, en

ese momento el receptor se convierte en un emisor y el proceso puede volverse a repetir, como se observa en la figura 1.

Figura 1. Modelo de comunicación

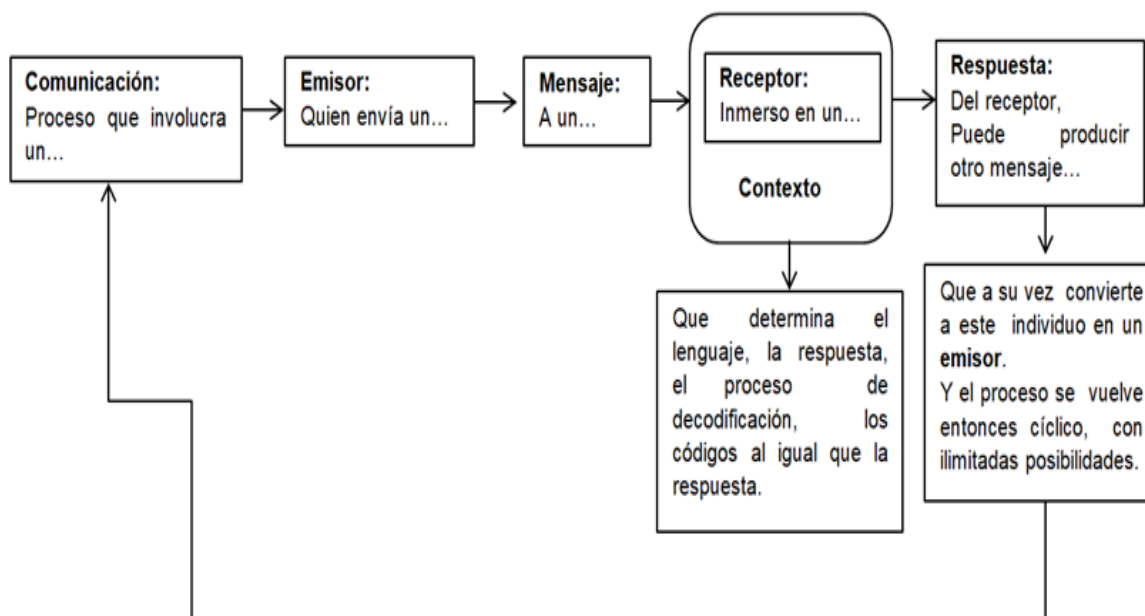


Figura 1. En el diagrama se presenta el Modelo de comunicación propuesto por Santos (2012).

El modelo de comunicación visto anteriormente, parte de los componentes principales, sin embargo la comunicación incluye tanto a la conducta verbal como no verbal, dentro de un contexto social, es decir implica una interacción e incluye todos los símbolos y claves que las personas utilizan para dar y recibir un significado (Satir, 1980 citado en Naranjo, 2008). En el primero de los casos podremos observar cómo se manifiestan las diferencias de género en elementos referidos a la fonética, la semántica o incluso la morfosintaxis, pero en la segunda opción se opta por lo gestual, la interjección, las onomatopeyas, los mensajes del cuerpo, etc., (Encabo y López, 2004).

Es decir la comunicación no sólo se limita mensajes verbales, por lo cual las personas con algún tipo de discapacidad, no quedan excluidas de tener un tipo de comunicación con las demás personas si se adapta a sus características y contexto social en el que se encuentren. Es recomendable que los padres sean más observadores con las conductas no verbales ya que estas posibilitan una forma de aprendizaje para las personas con discapacidad.

Finalmente aunque dentro de las conductas comunicativas, existen aspectos estructurales biológicos que están en interacción y permiten que el lenguaje sea un fenómeno social, esto no tiene una exclusividad biológica. Y aunque la comunicación incluye locuciones tempranas, los factores situacionales son los que a veces condicionan qué es lo que se puede decir, incluyen objetos, actividades y personas, así como otras variables conversacionales (Peralta, 2000).

Estilos de comunicación

Como puede leerse la comunicación es un proceso complejo que aparte de incluir factores verbales y no verbales, abarca estilos y características específicas.

Dentro de los primeros paradigmas de clasificación, se especificaron cuatro estilos de comunicación verbal de acuerdo con Miller, Nunnally y Wackman, 1976 citado en Sánchez y Díaz-Loving (2003):

1. El primer estilo incluye características como ser sociable y optimista, una forma esencial para intercambiar información de manera convencional de acuerdo a expectativas sociales. Comúnmente las intenciones del emisor son comunicar positivamente tópicos específicos.
2. En el segundo estilo, el objetivo es forzar un cambio en el receptor, generalmente este tipo de comunicación incluye juicios que indican que algo es correcto y acciones que señalen lo que se debería hacer o no. Es una manera de persuadir o controlar lo que está sucediendo, por lo que sus

características se enfocan en ser persuasivo, competitivo, directivo y prejuicioso.

3. El tercer estilo, tiene como característica principal una comunicación reflexiva, en donde existe un patrón especulativo en el que la persona elabora, investiga y es propositiva, generalmente este estilo se expresa en el ámbito cognoscitivo e interpretativo.
4. El cuarto estilo, tiene como finalidad tratar un tema de manera abierta y directa, por lo que el emisor que hace uso de este estilo, expresa sus pensamientos, sentimientos, intenciones de manera honesta, responsable y congruente.

En conclusión, los estilos de comunicación hacen referencia a características que pueden facilitar o dificultar la manera en que se transmite un mensaje, estos estilos parten del aprendizaje que principalmente se recibe en la familia, ya que esta actúa como principal medio de socialización y proporciona las herramientas con las cuales la persona puede interactuar a futuro en los diversos contextos, estos estilos de comunicación no son permanentes, las personas pueden modificarlos y utilizarlos de múltiples maneras.

Sin embargo autores como Naranjo (2008) mencionan que el estilo de comunicación asertiva, facilita la expresión adecuada de pensamientos y sentimientos sin causar ansiedad, temor o agresión, por lo que favorece ampliamente la autonomía, madurez, integridad e identidad de la persona, siendo este el más apropiado en diversas situaciones.

Comunicación padres e hijos con discapacidad

Como se describió anteriormente la comunicación es un proceso complejo, que implica la transmisión de un mensaje con diversos estilos, sin embargo gracias a sus componentes verbales y no verbales, las personas con discapacidad no quedan excluidas.

Autores como Dilorio, Dudley, Wang, Wasserman, Eichler, Belcher & West-Edwards (2001), mencionan que un tema que ha generado un gran interés en los últimos años es la comunicación entre padres y adolescentes acerca de sexualidad. Debido al aumento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la preocupación de tener relaciones sexuales sin protección, los padres y otros profesionales de la salud se han vuelto cada vez más insistentes en la necesidad de una educación apropiada para jóvenes, sobre salud sexual reproductiva.

De igual importancia se considera, que los padres son los primeros generadores de la comunicación de sus hijos y aunque la educación sexual es parte importante de sus funciones, esta no es asumida de manera adecuada, ya que un gran porcentaje deja al azar la educación sexual de sus hijos, evitando asumir una posición activa y delegando a las escuelas o medios de comunicación esta responsabilidad (Caricote, 2008). A pesar de que en la literatura se menciona que existe una relación positiva entre la comunicación que establecen adolescentes con sus padres y fomentar conductas sexuales preventivas (L'Engle, Jackson & Brown, 2006).

Actualmente existen autores como Caricote (2008) quien confirma que existe una deficiente comunicación entre padres-madres e hijos-hijas adolescentes sin discapacidad y en los pocos casos que existe, se basa en un estilo de control o autoritarismo que provoca miedo, desconfianza y temor en sus hijos e hijas, así mismo esta poca o nula comunicación parte de la forma en como esos padres-madres se comunicaban con sus padres-madres.

Para autores como Eisenber, Sleving, Bearinger, Swain, & Resnick (2006) dentro de la comunicación existen una gran cantidad de variables a considerar como: los estilos de comunicación, los temas de los que se hablan, el género, la edad, la cultura y también el momento en el que se hable del tema, acerca de este último punto, la investigación de estos autores se enfocó en examinar si la percepción

de los padres acerca de que su hijo ha estado en una relación romántica está asociado con la comunicación, los resultados mostraron que aquellos padres que creían que sus hijos estaban teniendo una relación romántica “novio o novia” tenían más probabilidad de hablar sobre temas de sexualidad, la manera en que lo hacían era mediante un estilo de comunicación “moderado” y sobre todo enfocándose en las consecuencias negativas de tener relaciones sexuales sin protección.

Esta investigación menciona puntos importantes para que se lleve a cabo una comunicación de padres e hijos, comenzando por elegir el estilo de comunicación que favorezca este proceso, los temas que los padres y madres suelen hablar con sus hijas e hijos, siendo en su mayoría enfocados a consecuencias negativas de las relaciones sexuales, la edad que en su mayoría son cuando los hijos inician la adolescencia y el momento en que se habla, cuando perciben que sus hijos han iniciado una relación de noviazgo, como se reportó en la investigación casi siempre es cuando los padres perciben una necesidad en sus hijos y esto con lleva a un proceso de comunicación.

Otro estudio relevante fue el realizado por Barbosa, Costa y Vieira (2008) donde mencionan que la mayoría de los padres conversan o tienen un interés por hacerlo con sus hijos sobre el tema de sexualidad, a pesar de tener dificultades para hacerlo, lo cual refleja que sus conversaciones ocurren de forma superficial y no profundizan por ejemplo sobre medidas preventivas del VIH/SIDA.

Finalmente autores como Aspy, Vesely, Oman, Rodine, Marshall y McLeroy (2007) mencionan que se necesita realizar más investigaciones para esclarecer el papel de la comunicación que existe entre padres e hijos adolescentes con respecto a la toma de decisiones referentes a la sexualidad, así como las expectativas de conducta sexual, el control de la natalidad y las prácticas sexuales protegidas. Para estos autores los padres que se comunican y entrenan a sus hijos en habilidades de control de la natalidad, tendrán menos probabilidad de iniciar su

vida sexual a temprana edad, en comparación de los hijos que nunca recibieron una educación en estos temas por parte de sus padres.

Temas de salud sexual

Como se mencionó anteriormente la comunicación entre padres e hijos con discapacidad implica una complejidad pero a su vez una serie de componentes básicos para transmitir un mensaje, sin embargo existe la creencia de que esta población no tiene una “comprensión” y por tanto al no dar una retroalimentación inmediata, creen que no debería llevarse a cabo, sin embargo los temas deben ser los mismos para la población con o sin discapacidad, ya que su discapacidad no imposibilita que se den cambios emocionales, físicos y fisiológicos como en el resto de la población. El hablar sobre diferentes temas de sexualidad en personas con discapacidad es parte de sus derechos, para poder transmitir estos conocimientos, la información necesita adaptarse dependiendo de la discapacidad y características específicas de la persona para lograr un mayor aprendizaje. Sin embargo en la literatura autores como García y Bustos (2015) mencionan que aquellos padres que tienen un hijo con discapacidad, presentan siempre una gran variedad de dificultades para tomar decisiones respecto al desarrollo de la vida en su hijo, lo que incluye elegir que temas deben hablar o no con ellos.

Autores como Björnsdóttir, Stefánsdóttir & Stefánsdóttir (2017), llevaron a cabo un estudio cualitativo en Islandia con un grupo de personas con discapacidad intelectual, en un inicio los hallazgos principales revelaron, que esta población no es percibida como autónoma y tienen oportunidades limitadas para tomar decisiones en su vida, resaltando en aquellos temas que están relacionados con su sexualidad. Todas las personas entrevistadas coincidieron en que la educación sexual no estaba disponible para ellos, en ningún momento, ni como niños, ni como adultos, tenían conocimientos muy limitados sobre la salud sexual, y la única clase de educación sexual era referente al tema de la prevención del abuso sexual. No obstante, en la misma investigación, las mujeres que participaron

mencionaron que los pocos temas de sexualidad que han podido hablar con profesionales de salud eran los relacionados con la esterilización, mientras que ninguno de los hombres reporto haber hablado sobre el tema.

En este estudio, cabe resaltar la importancia de los profesionales por dar una clase sobre prevención del abuso sexual a personas con discapacidad, ya que este es uno de los factores de riesgo que mayor impacto tiene en esta población, sin embargo ¿qué sucede con los demás temas que implican a la sexualidad?, identificación de las partes del cuerpo, los cambios en la adolescencia, conductas públicas-privadas, derechos sexuales-reproductivos, y ¿por qué los padres de familia no hablan sobre estos? En la literatura también se reporta que los temas que se hablan pueden depender del género de los padres y de los hijos, esta obtención de información, se ve obstaculizada por las ideas tradicionales de género que sesgan la comunicación para las personas con discapacidad.

Finalmente son escasos los estudios que existen en cuanto a los temas que conocen las personas con discapacidad respecto a la sexualidad, uno de ellos fue el realizado por Kijak (2013) el cual tenía como objetivo conocer cuáles eran los conocimientos y conductas sobre sexualidad que tenían una población de personas con DI, dentro de los resultados principales se reporta que 76% habían practicado la masturbación, en su mayoría eran más hombres que mujeres, siendo esta la forma de autoerotismo más frecuente en su comportamiento sexual, el 90% de las personas con DI conocían las partes privadas de su cuerpo, 52% tenía una idea acerca de los temas de fertilidad, solo el 14% tenía ideas sobre el tema del embarazo, el 81% no sabía en qué consistía un parto y solo el 10% tenía algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos. En conclusión los participantes de este estudio tuvieron cierta experiencia sexual, pero no tenían conocimientos acerca de la vida sexual humana.

Estudios de población con discapacidad en México

Como se mencionó anteriormente, la comunicación de padres e hijos con discapacidad, es un proceso complejo y poco estudiado, a pesar de esto existen algunas investigaciones en países de tercer mundo que están interesados en conocer que sucede con la población con discapacidad y sus derechos acerca de la sexualidad, sin embargo en México son pocos los estudios que se han llevado a cabo para investigar esta variable y los que se han podido realizar es en población con discapacidad auditiva y visual.

En un estudio de género y discapacidad llevado a cabo por Shum y Conde (2009), se menciona que tanto los familiares como la sociedad en general, se muestran más comprensivos hacia que los varones con discapacidad tengan relaciones de pareja en comparación con las mujeres. Esto puede explicarse debido a varias razones, una de ellas que se menciona, es que existe un miedo al embarazo, originado en la idea de que aumentarían las posibilidades de nacimientos de personas con alguna discapacidad, también enfatizan la imposibilidad de que las madres con discapacidad puedan llevar una vida independiente y responsabilizarse del cuidado de los hijos, de manera general no se les percibe capaces de llevar una vida en pareja y mucho menos tener una familia propia.

De las escasas investigaciones que existen en población con discapacidad en México, las de autoras Robles, Guevara, Pérez y Hermosillo (2013) realizaron un estudio, en donde analizaron el nivel de comunicación de padres-madres con sus hijos sobre temas de salud sexual, los participantes fueron 132 jóvenes con discapacidad auditiva de entre 15 y 16 años, se encontró que de los 22 temas que fueron evaluados, más de la mitad de los jóvenes nunca habían conversado sobre ninguno de los temas con sus padres. Respecto a los temas que si habían conversado con los padres, el 20% de los jóvenes habían hablado sobre lo bueno y lo malo de tener relaciones sexuales, posponer una relación sexual, los métodos anticonceptivos, el embarazo, las consecuencias de las ITS, la manera de usar el

condón masculino-femenino y los lugares para adquirirlos, en cuanto a las madres, al menos el 20% de los jóvenes había conversado con ellas sobre todos los temas. Finalmente las autoras discuten la necesidad de desarrollar más investigaciones y programas educativos con jóvenes con tal discapacidad para asegurarles una vida sexual saludable, el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

En este estudio se evidencia como las personas con discapacidad tienen su debut sexual a edades tempranas, y un gran porcentaje no utilizado ningún método anticonceptivo, esto contradice el mito acerca de que las personas con discapacidad no son personas sexuadas, además muestra como la comunicación entre padres e hijos con discapacidad solo se da un porcentaje muy bajo, lo que implica que esta población este expuesta a una gran cantidad de factores de riesgo.

Una de las investigaciones más recientes, fue hecha por las autoras Guevara, Robles, Rodríguez y Frías (2016), la cual tuvo dos objetivos, el primero fue describir el patrón de conducta sexual, indicadores de abuso y nivel de comunicación con padres-madres, el segundo fue analizar la relación entre la comunicación con padres, el uso del preservativo y la presencia de relaciones sexuales forzadas, esto en una muestra de 64 jóvenes mexicanos con discapacidad visual, de entre 12 y 26 años. Mediante un diseño transversal descriptivo-correlacional-observacional, aplicaron de manera individual 5 instrumentos, acerca del perfil sociodemográfico, datos familiares y antecedentes de la discapacidad, patrón de conducta sexual, escala de comunicación sexual con padres y escala de comunicación sexual con madres.

En los resultados de esa investigación se encontró que 70% de los participantes habían tenido relaciones sexuales, 50% tuvo su primera relación antes de los 18 años y 70% no utilizó algún método anticonceptivo. Además el 41.5% reportó

haber tenido tres o más parejas sexuales, 28% un embarazo, 14.6% un aborto, 4.9% una ITS, 22% indicó haber sufrido abuso sexual en su primera relación. Finalmente la mayoría de los participantes contestó que nunca o casi nunca han conversado con sus padres sobre los temas evaluados, y con sus madres lo han hecho con poca frecuencia (Guevara, Robles, Rodríguez y Frías, 2016).

En conclusión, las investigaciones llevadas a cabo en México, revelan que no existe comunicación entre padres e hijos con discapacidad, y si lo hay es un porcentaje muy bajo, con temas muy limitados sobre la sexualidad, orientados principalmente a la prevención de abusos o consecuencias de las relaciones sexuales, ¿pero influirá el tipo de discapacidad para que se lleve a cabo una comunicación?, a pesar de que las dos discapacidades mencionadas anteriormente, comprometen el lenguaje de manera significativa, la comunicación debe verse como el sistema complejo que es, y no solo mediante la utilización de un lenguaje verbal. Sin embargo un estudio reciente en México realizado por Bárcena, Guevara y Álvarez (2017) mencionan que existen características específicas que favorecen o dificultan la comunicación entre padres e hijos con discapacidad sobre temas de sexualidad, las cuales son: que los padres conversar un mayor número de temas con sus hijos temas, cuando la forma de comunicarse es verbal o mediante LSM y también cuando su familia está integrada por un solo hijo, sin embargo la comunicación se ve obstaculizada cuando el hijo tiene discapacidad intelectual de origen congénito, un bajo nivel de estudios y una menor cantidad de habilidades conductuales desarrolladas.

CONCLUSIONES

En este capítulo se dio a conocer la importancia de los roles de género en nuestra cultura y como los estereotipos femeninos-masculinos influyen en nuestra interacción como seres sociales, esto sin duda no descarta a la población con discapacidad, quien su socialización sexual dependerá de los roles de género

asumidos por sus principales cuidadores o padres. También como su género desde el nacimiento influirá en la manera en que son educados y cuáles son las actividades que realizarán a futuro. Por tanto el conocer cómo esta variable influye la comunicación sobre sexualidad es relevante.

Respecto al tema de comunicación fue importante conocer que implica este concepto para así comprender de qué manera se llevaría a cabo entre padres e hijos con discapacidad y como los estilos de comunicación tienen un impacto importante en temas de sexualidad, ya que la mayoría de los jóvenes con o sin discapacidad, decidirán si hablan o no con sus padres y de que temas, dependiendo de su respuesta ante sus inquietudes sobre la sexualidad.

Los estudios revisados en este capítulo sobre comunicación entre padres e hijos con discapacidad, muestran que si existe un acceso restringido en la escuela sobre la sexualidad y las campañas no son dirigidos para las personas con discapacidad, por ende quienes tendrían un papel estratégico son los padres, ya que existe evidencia de que la comunicación con los padres tiene un impacto positivo en el comportamiento de los hijos. En cuanto a los temas de sexualidad deben hablarse los mismos que con las personas sin discapacidad, ya que ambos están expuestos a patrones de conducta de riesgoso, es decir tener relaciones sexuales en condiciones no seguras y mucho menos responsables.

SEGUNDA PARTE:

Investigación Empírica

CAPITULO 4

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es claro que las personas con discapacidad, están rodeadas de una gran cantidad de creencias y mitos, que influyen en la manera en que se desarrollan, este proceso se verá influenciado dependiendo de su sexo y género, desde el momento en que nacen existirán barreras que impidan ejercer sus derechos por el simple aspecto de ser varón o mujer y además presentar alguna discapacidad. El acceso a información sobre sexualidad se verá restringido en diversas instituciones de salud, mientras que los medios de comunicación distorsionarán la información y los padres limitaran la comunicación sobre estos temas.

Existe evidencia de estudios en población sin discapacidad, que muestran las diferencias a partir del género de los padres, cuando hablan de temas de sexualidad con sus hijos, los varones suelen fomentar el inicio de la vida sexual, así como el tener una gran cantidad de noviazgos, mientras que las mujeres tienden a hablar con sus hijas de temas como embarazos no deseados o incluso la abstinencia.

En el caso de los padres que tienen hijos con discapacidad, los estudios que abordan la comunicación sobre sexualidad son escasos. Lo cual implica la necesidad de generar estudios, ya que es importante conocer de qué manera los roles de género intervienen en la comunicación sobre sexualidad que los padres establecen con sus hijos, determinando diferencias tanto por el sexo (hombre/mujer) de los padres e hijos.

Pregunta de Investigación

Por lo tanto, la pregunta de investigación estuvo orientada a identificar ¿Qué relación habrá entre los roles de género y la comunicación que establecen padres

y madres con sus hijos que tienen algún tipo de discapacidad, determinando diferencias por sexo?

Objetivo general

Identificar si existe una correlación entre los roles de género y la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad, determinando diferencias por sexo.

Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los participantes (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, ingresos económicos, número de hijos); así como las características de sus hijos (sexo, edad, escolaridad, tipo de la discapacidad, origen de la discapacidad, habilidades conductuales desarrolladas).
2. Conocer los roles de género que poseen los participantes.
3. Identificar la manera en que los padres se comunican con sus hijos.
4. Conocer cuáles son los temas sobre sexualidad que los padres (padre/madre) han abordado con sus hijos.
5. Identificar si existe una correlación entre los roles de género y el número de temas sobre sexualidad.
6. Identificar si existe una correlación entre los roles de género y el número de temas sobre sexualidad determinando diferencias por sexo.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 172 padres de familia. El criterio de inclusión fue que tuvieran un hijo adolescente o joven (entre 12 y 29 años de edad), con algún tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz o múltiple). La mayoría de los participantes fueron mujeres cuya edad se ubicó entre los 27 y 69 años ($M=45$, $DE=8$). Respecto a su nivel educativo, un mínimo porcentaje reportó no haber recibido educación escolar, la mayoría contaba con educación básica y 23% con educación superior. Una gran proporción de los participantes reportó ser casado o vivir en unión libre, y practicar la religión católica o cristiana; la gran mayoría dijo tener un ingreso económico mensual familiar menor a 6,799 pesos, la mitad informó dedicarse al hogar y el resto tener un empleo remunerado. La mayoría manifestó tener más de un hijo (ver Tabla 2).

Tabla 2
Características sociodemográficas de los padres

Variable	N	%
Sexo		
Femenino	139	81.3
Masculino	32	18.7
Edad		
Menores de 39 años	43	25
De 40 a 50 años	82	47.7
Mayores de 51	47	27.3
Escolaridad		
Educación Básica	75	43.6
Educación Media	48	27.9
Educación Superior	39	22.7
Estado civil		
Soltero	31	18.2
Casado	92	54.1
Unión libre	26	15.3
Divorciado	17	10
Viudo	4	2.4
Ocupación		
Hogar	85	50
Empleo	85	50
Religión		
Católica	142	86.6
Cristiano	15	9.1

Variable	N	%
Otras	7	4.3
Ingreso mensual		
De 0 a 2,699 pesos	44	26.2
De 2,700 a 6,799	78	46.6
De 6,800 a 11,599	24	14.3
De 11,600 a 34,999	19	11.3
De 35,000 a 84,999	3	1.8
Número de hijos		
Un hijo	42	24.4
Dos hijos	62	36
Tres hijos	39	22.7
Más de cuatro hijos	29	16.9

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

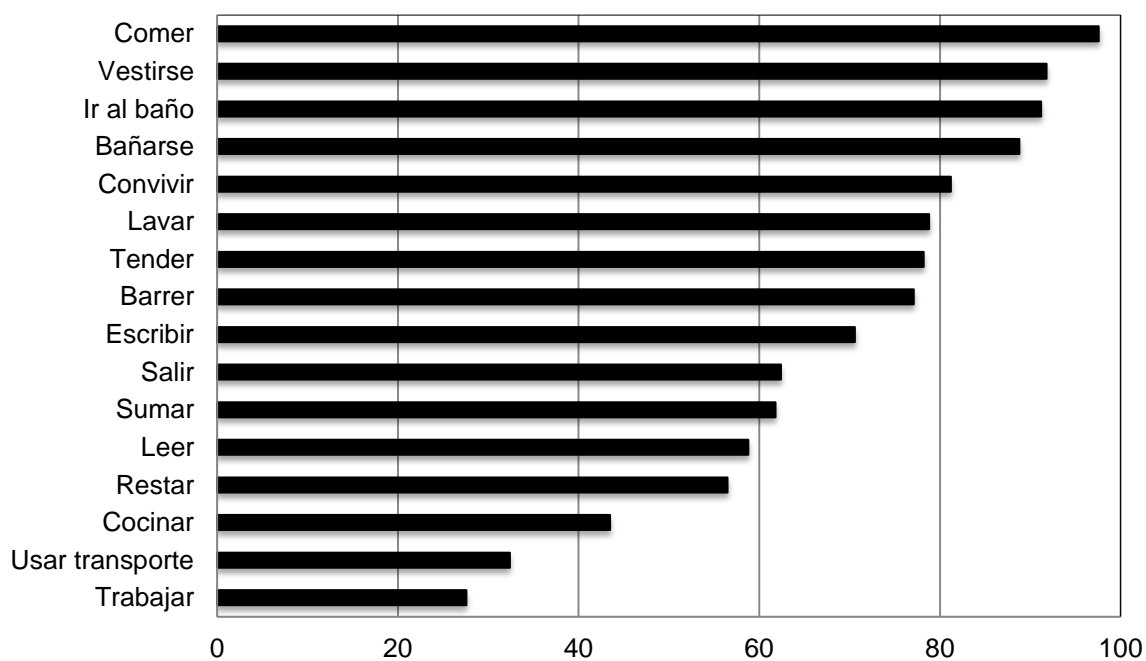
Tabla 3
Características sociodemográficas de los hijos con discapacidad

Variable	n	%
Sexo		
Femenino	65	38
Masculino	106	62
Edad		
De 12 a 18 años	110	64
De 19 a 29 años	62	36
Escolaridad		
Sin estudios	16	9.7
Primaria	29	17.6
Secundaria	82	49.7
Carrera técnica	2	1.2
Preparatoria	32	18.6
Universidad	3	1.8
Tipo de discapacidad		
Intelectual	80	46.5
Auditiva	53	30.8
Visual	3	1.7

Motriz	27	15.7
Múltiple	9	5.2
Origen de la discapacidad		
Congénita	125	74.4
Adquirida	43	25.6
Edad de adquisición de la discapacidad		
Antes del año	12	28.6
De 1 a 2 años	11	26.2
De 3 a 4 años	8	19.0
De 5 a 6 años	2	4.8
Después de los 6 años	9	21.4

Respecto a las habilidades que los padres reportaban tener sus hijos con discapacidad, en la figura 2 se muestra que la mayoría reporto que sus hijos contaban con habilidades básicas como: comer, vestirse e ir al baño, pero en cuanto a las habilidades académicas como: sumar, leer o restar se reduce el número y suelen ser aun menores con actividades que impliquen un grado de independencia como; usar transporte o trabajar.

Figura 2. Habilidades de los hijos



Variables e instrumentos

Se diseñó una serie de reactivos para obtener información de los padres respecto a las siguientes variables:

- a) Características sociodemográficas de los participantes. Las respuestas brindadas por los participantes fueron categorizadas de la siguiente manera: sexo (hombre o mujer); edad (menos de 39 años, de 40 a 50 años, más de 51 años); escolaridad (Educación básica, educación media y educación superior); estado civil (soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo, otro); ocupación (hogar, empleo); religión (católico, cristiano, ateo, otra); ingreso mensual (0 a 2699 pesos, 2700 a 6799, 6800 a 11599, 1600 a 34999, 35000 a 84999, y más de 85000), y número de hijos (un hijo, dos, tres, cuatro o más).
- b) Características sociodemográficas de los hijos: Al igual que en el caso anterior, las respuestas brindadas por los participantes se categorizaron de la siguiente manera: sexo (hombre o mujer); edad (de 12 a 18 años, de 19 a 29 años); escolaridad (sin estudios, oficio, primaria, secundaria, carrera técnica, preparatoria, universidad, posgrado); tipo de discapacidad (intelectual, auditiva, visual, motriz y/o múltiple); origen de la discapacidad (congénita o adquirida), y edad en que se adquirió (antes del año, de 1 a 2 años, de 3 a 4, de 5 a 6, después de los 6 años). Se incluyó una lista de cotejo que contenía 16 habilidades conductuales para que los padres ubicaran aquellas que sus hijos ya habían desarrollado: vestirse, bañarse, comer, ir al baño, cocinar, convivir con otras personas, leer, escribir, sumar, restar, barrer, lavar trastes, tender la cama, salir cerca, usar transporte, trabajar.
- c) Roles de género: Se elaboraron seis reactivos para conocer la opinión de los participantes respecto a los roles que tradicionalmente han sido asignados a hombres (p.e. “El hombre es el responsable de trabajar y mantener a su familia”) y mujeres (p.e. “La mujer es la principal responsable

del cuidado de los hijos”. El formato de respuesta era en escala tipo Likert con valores de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo), con un índice de consistencia interna de 0.93.

- d) Forma de comunicación: Se incluyó una pregunta relativa a la manera en que se comunican con sus hijos, con las siguientes opciones de respuesta: a) de manera verbal, b) frases cortas, c) con gestos, d) Lengua de Señas Mexicana y e) otra.
- e) Comunicación sobre sexualidad: Se incluyeron preguntas para indagar si alguna vez habían hablado con sus hijos sobre 16 temas referentes a sexualidad (ej. cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, qué es el noviazgo, cómo usar un condón), cada pregunta se contestaba sí o no. Finalmente se obtuvo un indicador numérico al sumar los temas de sobre sexualidad que han abordado los padres con sus hijo. El instrumento tuvo un índice de consistencia interna igual a 0.89.

Procedimiento

El proyecto de investigación se presentó en la Universidad de adscripción de los investigadores la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM y se obtuvo el aval de la Comisión de Ética de la Facultad. Posteriormente se asistió a instituciones educativas y asociaciones civiles que brindan atención a personas con discapacidad intelectual, motriz, auditiva y visual. Se realizó un convenio con los directores de doce instituciones que aceptaron participar, además se presentó un resumen del protocolo de investigación. Posteriormente, en cada institución, se convocó a los padres a una reunión cuya finalidad fue aplicar los instrumentos de evaluación. En todos los casos, un investigador explicó a los padres las instrucciones, el carácter confidencial y anónimo de sus respuestas, así como la importancia de su participación en dicha investigación.

Análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS para Mac versión 20 para el análisis de resultados. Se realizó un análisis de frecuencias para describir las características tanto de los padres como de sus hijos. Se obtuvieron medidas de dispersión y tendencia central para describir las variables relativas a roles de género y comunicación sobre sexualidad, además se realizó un análisis comparativo mediante el estadístico Ji cuadrada. Finalmente con el propósito de identificar si existe correlación entre las variables anteriormente señaladas se calculó el estadístico *r* de Pearson.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados más relevantes de esta investigación, en un inicio aparecen las medidas de tendencia central y dispersión de la variable roles de género en toda la muestra, así como el resultado de la comparación entre hombres y mujeres. Enseguida se muestra el porcentaje de las formas de comunicación que han desarrollado los padres que tienen hijos con discapacidad, así como cuales son los temas que prevalecen en cuanto a la comunicación sobre sexualidad en esta muestra, además se llevó a cabo un análisis comparativo para conocer si existen diferencias entre padres y madres respecto de los temas de comunicación que han abordado con sus hijos y finalmente aparece un análisis de correlación entre la variable de roles de género y comunicación sobre sexualidad, tanto de la muestra en general, como en padres y madres de manera específica.

Roles de género

Con base en los resultados de la escala empleada para medir los roles de género, en la tabla 4 se observa que todos los participantes tuvieron puntuaciones cercanas a dos en la mayoría de los reactivos, lo que sugiere que los participantes no están muy de acuerdo con las afirmaciones referentes a roles de género.

Tabla 4
Roles de género

Reactivo	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos	172	1	4	2,02	,868
El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia	170	1	4	2,16	,895
La mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad	172	1	4	2,23	,879
Un hombre es menos sensible que una mujer	171	1	4	2,29	,831
Una mujer se realiza hasta que se	172	1	4	1,92	,760

convierte en madre					
Una familia funciona mejor si el hombre establece las reglas	171	1	4	1,94	,753

En tabla 5 se presentan los resultados de la comparación entre hombres y mujeres de la escala roles de género. Al respecto, en el único reactivo en el cual de encontraron diferencias fue: “Un hombre es menos sensible con una mujer”, siendo las mujeres quienes manifestaron mayor grado de acuerdo que los hombres.

Tabla 5
Análisis comparativo de los roles de género entre padres y madres

Reactivos	Hombres (n=32)		Mujeres (n=139)		t	p
	M	DE	M	DE		
<i>Roles de género femeninos</i>						
La mujer es la principal responsable del cuidado de los hijos	1.81	0.82	2.06	0.87	-1.48	.140
La mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad	1.97	0.89	2.28	0.86	-1.82	.071
Una mujer se realiza hasta que se convierte en madre	1.81	0.69	1.94	0.77	-.825	.410
<i>Roles masculinos</i>						
El hombre es el principal responsable de trabajar y mantener a su familia	2.16	0.92	2.17	0.89	-.059	.953
Un hombre es menos sensible que una mujer	1.91	0.85	2.38	0.80	-2.94	.004
Una familia funciona mejor si el hombre establece las reglas	1.88	0.79	1.95	0.74	-.505	.614

Formas de comunicación

Se aplicó un análisis frecuencias para saber la forma en la que los padres se comunican con sus hijos (de manera verbal, principalmente con frases cortas-gestos, con gestos-no habla y Lengua de Señas Mexicana). Los resultados indican que casi todos los padres han desarrollado una forma de comunicación con sus hijos, aproximadamente la mitad de los papás (46.2%) mencionan que pueden

mantener una conversación con sus hijos, mientras que (26%) se comunica mediante frases cortas, debido al lenguaje limitado de su hijo, y un porcentaje similar lo hace mediante Lengua de Señas Mexicana (21.3%), no obstante el (6.5%) mencionó comunicarse sólo mediante el uso de gestos, ya que su hijo no habla.

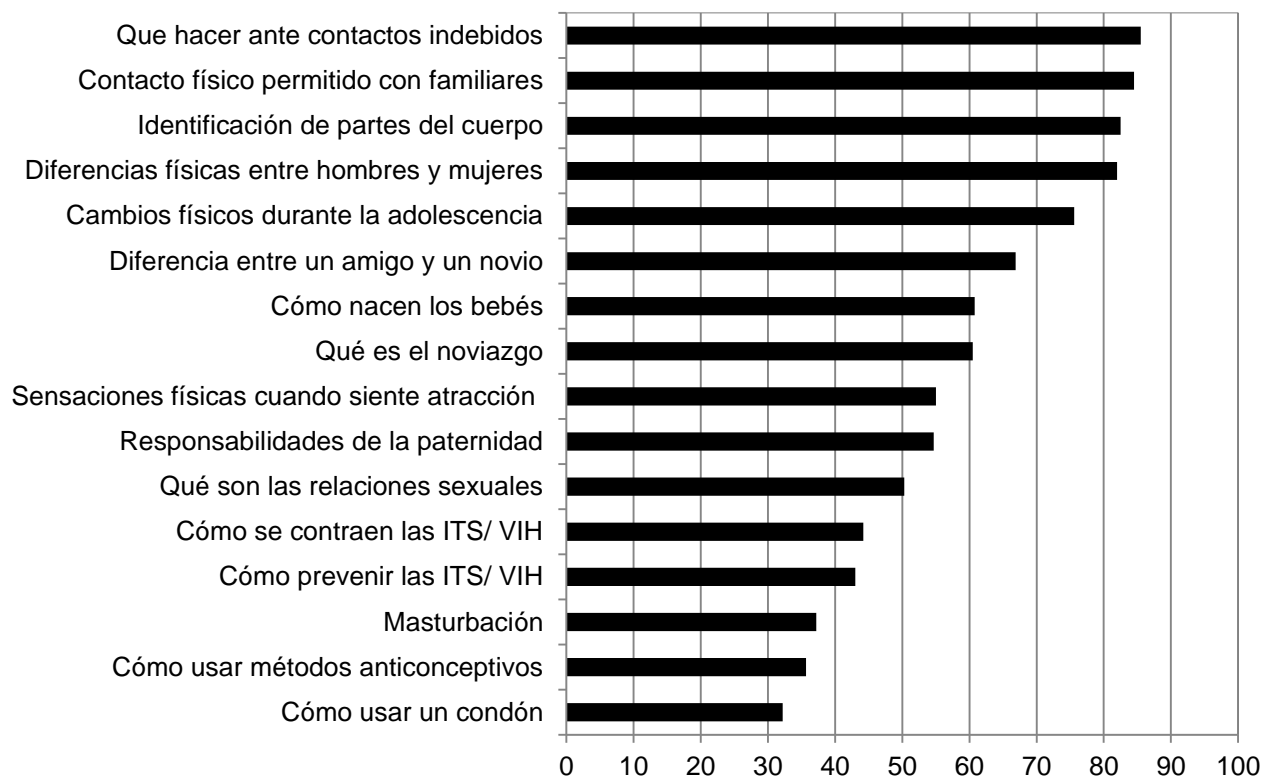
Comunicación sobre sexualidad

El primer hallazgo importante de esta investigación indica que de los 16 temas que se evaluaron referentes a la comunicación sobre sexualidad de padres e hijos con discapacidad, en promedio los padres han abordado nueve temas con ellos (DE=4), lo que representa cerca de la mitad de los temas.

Para averiguar cuáles son los temas sobre sexualidad que los padres hablan con sus hijos, se elaboró un análisis de frecuencias que aparece en la figura 2, en donde es posible observar que un mayor porcentaje de padres habló con sus hijos de temas relacionados con el abuso sexual (p.e. “que hacer en caso de que alguien lo toque indebidamente” y “el tipo de contacto permitido con familiares, amigos y profesores”). Le siguen los temas relacionados con los cambios físicos y partes del cuerpo (p.e. “identificación y nombramiento de partes íntimas del cuerpo”, “diferencias entre hombres y mujeres” y “los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia”). Seguidos por temas que engloban aspectos del noviazgo y amistad (p.e. “la diferencia entre un amigo y un novio”, “qué es el noviazgo”). Posteriormente los temas relacionados con las sensaciones y relaciones sexuales (p.e. “sensaciones físicas cuando siente atracción por alguien”, “las responsabilidades de la paternidad” y “qué son las relaciones sexuales”). Mientras que los reactivos que se encuentran por debajo de la mitad son los pertenecientes a las ITS/VIH (p.e. “cómo se contraen las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA” y “cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA”), finalmente los temas que suelen hablarse menos son los que se relacionan con los

conductas de auto estimulación y métodos anticonceptivos (p.e. “masturbación”, “cómo usar métodos anticonceptivos” “cómo usar un condón”).

Figura 3. Temas de comunicación sobre sexualidad



Se llevó a cabo un análisis comparativo mediante el estadístico *Ji Cuadrada* con el propósito de identificar si existían diferencias entre los padres (padre/madre) con respecto a los temas que abordan con sus hijos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los temas. Este mismo análisis se llevó a cabo, sólo que esta vez, comparando el sexo de los hijos, los resultados mostraron que 53 padres habló con sus hijos (varones) sobre cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual ITS y el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH/SIDA ($Ji\ cuadrada=3.486, p=.043$) y cómo prevenir las ITS y el VIH ($Ji\ cuadrada=5.138, p=.017$), mientras que con sus hijas sólo lo hicieron 23, respectivamente.

Análisis de correlación entre roles de género y comunicación sobre sexualidad

Para cumplir con el objetivo central de esta investigación, se aplicó un análisis de correlación en toda la muestra para identificar la posible relación entre las variables roles de género y comunicación sobre sexualidad. Los resultados indican que los padres (padres/madres) hablan sobre menos temas sobre sexualidad con sus hijos cuando están de acuerdo con las siguientes afirmaciones “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” ($r = -.185, p < .05$) y “un hombre es menos sensible que una mujer” ($r = -.160, p < .05$).

Al hacer el análisis de correlación entre las variables referidas con anterioridad, en este caso en hombres y mujeres se observan resultados distintos. En el caso de los padres (hombres), se identificó que hablan sobre una menor cantidad de temas de sexualidad con sus hijos cuando expresan su acuerdo con las siguientes afirmaciones: “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” ($r = -.480, p < .00$) y “la mujer se realiza hasta que se convierte en madre” ($r = -.365, p < .05$). En el caso de las madres ninguno de los reactivos de la escala de roles de género se asoció de manera significativa con la comunicación sobre sexualidad.

Finalmente se llevó a cabo el mismo análisis de correlación considerando el sexo (hombre/mujer) de los hijos de los participantes. Los resultados muestran que cuando los padres (padres/madres) tienen una hija, el que estén de acuerdo con las afirmaciones “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” y “la mujer se realiza hasta que se convierte en madre” se asocian de manera negativa con la comunicación sobre sexualidad, $r = -.249, p < .05$, $r = .269, p < .05$, respectivamente.

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo central identificar si existe una correlación entre los roles de género y la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad. A continuación se describen los hallazgos más importantes de esta investigación.

El primer hallazgo relevante en este estudio hace referencia a la conformación de la muestra, ya que estuvo conformada principalmente de mujeres (81.3%). Por lo cual, es posible inferir que son ellas las que están a cargo del cuidado de sus hijos con discapacidad. Autores como Saldívar et al., (2015) mencionan que los varones actualmente se han involucrado en tareas como la crianza y el cuidado de los hijos, sin embargo es posible suponer que la población masculina se encuentra a cargo de actividades laborales y bien que no se involucra con los aspectos educativos de sus hijos. Otra posible explicación es la que mencionan García y Bustos (2015) que cuando los padres se enteran que tienen un hijo con discapacidad, existen rupturas en las relaciones de pareja y provoca que los padres abandonen el hogar y la madre se quede con el cuidado del hijo.

Otro dato significativo fue que un 43.6% de esta población contaba con una escolaridad básica y su ingreso económico mensual era menor a \$6,799 pesos, puesto que la mitad de la población informó dedicarse al hogar. Al respecto, se puede decir que en México es mucho mayor el porcentaje de personas que tienen un sueldo mínimo y que cuentan con escolaridad básica, ya que a edades tempranas muchos adolescentes dejan la escuela por falta de recursos y comienzan a insertarse en el mundo laboral, de acuerdo con datos del INEGI (2018) en México en el año 2015 sólo el (23.7%) con una educación secundaria, mientras que el (18.6%) de la población tenía una educación superior y siendo el salario diario menor a 336 pesos, por ende en México la mayor parte de la población tiene un nivel socioeconómico bajo que coincide con las características de esta investigación.

En cuanto a las características de los hijos, cuyos padres participaron en esta investigación, es posible identificar que la población está conformada en un mayor porcentaje por hombres (62%) que presentan discapacidad intelectual, aunque autores como Márquez et al., (2011) mencionan que se desconoce la prevalencia exacta de personas con DI en México, puesto que los reportes oficiales sobre personas con discapacidad derivan del Censo de Población y Vivienda, el cual no representa una medición diagnóstica, este dato es sumamente relevante ya que aporta evidencia para la investigación epidemiológica de esta población, sin embargo estos autores mencionan que la prevalencia de personas con discapacidad en Latinoamérica es 4% mayor a comparación de países desarrollados y en México la población afectada con DI es de un 85% mayor en comparación con otras discapacidades de acuerdo con Andrés (2007).

Por otra parte, referente a las habilidades que los padres reportaban tener sus hijos con discapacidad, la mayoría mencionó que contaban con habilidades básicas como comer, vestirse e ir al baño. Esto coincide con lo que autores como Andrés (2007) mencionan, en donde personas con discapacidad pueden llegar a realizar tareas sencillas y adquirir esas habilidades bajo una estrecha supervisión, lo cual es favorable para ellos ya que logran ser personas semi-independientes. Sin embargo en cuanto a las habilidades académicas que involucran sumar, leer o restar se reduce el número, este mismo autor, explica que referente al concepto de pensamiento, esta población presenta una dificultad para organizarlo, relacionar imágenes mentales o llegar a un grado más elaborado de abstracción, debido a que tienen un periodo más lento en las etapas del desarrollo. A causa de esto los padres también mencionaron que sus hijos no se ven implicados en actividades como usar transporte o trabajar, Coco (2015) menciona que las personas con discapacidad tienen limitada su independencia personal, ya que estas habilidades que deberían poseer para la realización de actividades de la vida cotidiana como desplazarse, se ven impedidas.

Es evidente que las personas con discapacidad cuentan con diversas dificultades, sin embargo hay que tomar en cuenta que la discapacidad, es una situación heterogénea que como menciona Padilla-Muñoz (2010) conlleva la interacción de una persona en su dimensión física y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla, por ello si las personas con discapacidad recibieran la rehabilitación y educación a temprana edad, desarrollarían muchas habilidades que les permitirían interactuar en su medio, además de que si en México existieran las dimensiones físicas adecuadas, no sería para ellos un obstáculo el poder desplazarse a diferentes lugar y poder llevar a cabo una independencia más funcional.

Respecto a los roles de género la afirmación con la que están más de acuerdo los participantes de este estudio fue que *“un hombre es menos sensible que una mujer”*, esto refuerza lo dicho por Martínez y Martínez (2015), donde explica que existen creencias estereotípicas que hombres y mujeres adoptan gracias a su contexto social y esta es una creencia que culturalmente se ha transmitido de generación en generación. En contraste, la afirmación con mayor desacuerdo fue *“una mujer se realiza hasta que se convierte en madre”* y de acuerdo con los autores mencionados anteriormente estos ideales de masculinidad y feminidad pueden modificarse en distintos momentos históricos, lo cual parece que ocurrió con esta creencia, ya que actualmente muchas mujeres no toman el aspecto de maternidad como una realización personal, algunas otras se pueden centrar más en alcanzar una realización profesional dependiendo de sus objetivos, creencias e incluso el estilo de crianza que hayan recibido.

En cuanto a las formas de comunicación se encontró que casi la mitad de la población (46.2%) han desarrollado una forma de comunicación con sus hijos, específicamente de manera verbal, aunque Andrés (2007) menciona que la comunicación en personas con discapacidad intelectual suele ser limitada y con poca fluidez, debido a la dificultad fonológica o semántica, los resultados de esta investigación coinciden más con lo que Peralta (2000) señala, en cuanto que el lenguaje al ser un fenómeno social que incluye locuciones, aspectos no verbales,

factores situacionales, objetos, personas, así como diferentes variables, que no dependen exclusivamente de aspectos estructurales biológicos, los padres han podido desarrollar una comunicación con sus hijos, que favorecerá condiciones de aprendizaje más óptimas, sin embargo los menos favorecidos serán los que se comunican únicamente con gestos.

Específicamente en este estudio los temas de sexualidad que más suelen hablar los padres y madres con sus hijos, son los relacionados a la prevención de abusos y cambios físicos, de acuerdo con Gutiérrez (2010) es probable que esto se deba a que existe evidencia de que esta población es blanco de abuso sexual ya que no es consciente de lo que está pasando o como tradicionalmente se les ha enseñado a confiar en los adultos, la víctima suele ocultar el abuso. Por otra parte, los temas que menos se hablan son los relacionados a las necesidades afectivas y métodos anticonceptivos, lo cual Navarro (2012) justifica de alguna manera diciendo que la sexualidad siempre se ha sido vista de manera reduccionista, este derecho se delega a características de personas jóvenes y con ciertas capacidades físicas. Además de que históricamente a las personas con discapacidad se les considera asexuadas o ingenuos del tema (Glover-Graf, 2012), por tanto los padres no suelen hablar acerca de la sexualidad con sus hijos.

Sin embargo, la comunicación es importante porque es el vehículo por el cual los jóvenes adquieren información tal como se encontró en los resultados de este estudio y los cuales coinciden con los de Kijak (2013) en donde población con DI reportó tener mayor conocimiento 90% en temas sobre el reconocimiento de las partes íntimas del cuerpo, y solo un 10% mencionó tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Ambos estudios demuestran que actualmente los tópicos que más hablan con las personas con discapacidad siguen siendo temas biológicos, referentes a las partes del cuerpo y continúan excluyéndose aspectos de prevención de ITS o los enfocados en las necesidades afectivas de esta población, es decir continúan mitos relacionados a los temas de los cuales se les

puede hablar a las personas con discapacidad y permanecen las creencias de que tanto puede comprender esta población sobre el tema.

Por lo tanto, aunque existan autores como Gutiérrez (2010) que mencionan que la educación sexual debe incluir tanto aspectos generales como la identificación de las partes del cuerpo y cambios que ocurren en la pubertad, no se deben descartar los aspectos específicos, por ejemplo cómo nacen los bebés, la menstruación, eyaculación, masturbación, uso del condón y satisfacción sexual, que son de gran importancia para que la persona pueda vivir su sexualidad sin represiones. Finalmente autores como Bárcena y Romano (2016) mencionan que no es suficiente proporcionar información sino indagar el papel que desempeña las habilidades de comunicación en la transmisión de temas sobre sexualidad a sus hijos, para poder asegurar que ellos han adquirido ese conocimiento y podrán utilizarlo en diversas conductas sexuales preventivas.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a la comunicación sobre sexualidad en función del sexo de los padres (hombre/mujer), sí se encontraron diferencias a partir del sexo de sus hijos, los resultados demuestran que una mayor cantidad de padres habló con sus hijos (varones) sobre cómo se contraen y cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA, en comparación con aquellos que tienen hijas. En un estudio realizado por Barbosa, Costa y Vieira (2008) en personas sin discapacidad, mencionan que las conversaciones específicas sobre temas de VIH/SIDA, no son abordadas por los padres (73%), ellos reportan que no encuentran la oportunidad de hacerlo o bien creen que no hay una necesidad, sin embargo los padres que si lo han hecho (27%) mencionan que conversaron con sus hijos varones porque los vieron llegar a casa con preservativos o cuando en televisión se mencionaba sobre este asunto. Aunque en México no existen investigaciones que reporten específicamente porque los padres hablan más con sus hijos varones con discapacidad sobre la prevención de IT, existe un estudio sobre comunicación y conducta sexual en población con discapacidad auditiva en México, llevado a cabo

por Robles, et al., (2013) en donde se menciona que son las madres quienes conversan mucho más sobre las consecuencias de las ITS con sus hijos, cuando aún no habían tenido relaciones sexuales, además hablan sobre de temas como el embarazo específicamente con sus hijas, así como el tema de no permitir una relación forzada. Mientras que las diferencias significativas en padres se relacionaban con temas sobre los lugares donde se les permitía adquirir condones, estas conversaciones eran en su mayoría con sus hijos. Lo que parece indicar que la responsabilidad de proteger y evitar estas situaciones relacionadas con las ITS y el VIH/SIDA recae en los varones, mientras en las mujeres está más marcado el hecho de prevenir embarazos, esta clara distinción sugiere que el padre está más preocupado de que su hijo quede infectado de alguna ITS y no que tenga un embarazo con su pareja.

Con la finalidad de cumplir con el objetivo de esta investigación, los resultados de correlación, demuestran que los padres y madres que hablan sobre menos temas de sexualidad con sus hijos, cuando están de acuerdo con las siguientes afirmaciones *“la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad”* y *“un hombre es menos sensible que una mujer”*. Esto concuerda con diversas investigaciones que se han realizado con relación a los roles de género en México, las cuales mencionan que las características masculinas tienden a apegarse más a los patrones tradicionales respecto a su género, mientras que en el caso de las mujeres podría pensarse que hay mayor flexibilidad (Hartog y Ríos Marín, 2003 citado en Saldivar et al., 2015). Esto se ve reflejado en este estudio, ya que se sigue creyendo que la mujer es una buena cuidadora y educadora por sus habilidades y mientras que los hombres son menos sensibles, ya que culturalmente se les ha educado con estereotipos referentes a ser emocionalmente más fuertes que una mujer, por el hecho de que son ellos quienes deben proteger a la familia.

Un dato significativo encontrado en este estudio al realizar el análisis de correlación específicamente en hombres, se obtuvo que hablan sobre una menor cantidad de temas de sexualidad con sus hijos cuando expresan su acuerdo con las siguientes afirmaciones: “*la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad*” y “*la mujer se realiza hasta que se convierte en madre*”. Este dato afirma que los padres suelen hablar menos con sus hijos sobre temas de sexualidad, ya que al pensar que la mujer tiene más capacidad de cuidar a los hijos delegan esa responsabilidad, autores como Musa, Akande, Salaudeen y Soladoye (2008) afirman que en personas sin discapacidad existe un mayor porcentaje de madres que hablan sobre temas de sexualidad en comparación de los padres, ya que ellas eran las que tenían más tiempo de comunicarse con sus hijos.

No obstante en literatura se reporta que los hombres aumentan su participación en las labores del hogar cuando su pareja trabaja extra doméesticamente (65%), dentro de la actividad doméstica en que participan más los hombres es la del “cuidado de los hijos y el apoyo a otros miembros del hogar”, con un promedio de siete horas u ocho horas, en comparación de las mujeres que solo se encuentran en el hogar (62%). Es decir, dedican más tiempo al cuidado de los hijos cuando ambos trabajan extra doméesticamente, lo que refuerza la idea de una repartición de tareas domésticas un poco más igualitaria (INMUJERES, 2007). Sin embargo esto no es así en población con discapacidad ya que los hombres creen que la mujer tiene más capacidad para cuidar a los hijos, lo que con lleva a que sean ellas las que se encarguen totalmente de su educación y a su vez esto implique hablar sobre temas de sexualidad, pero esto provoca también que los padres pierdan la oportunidad de transmitir ese conocimiento a sus hijos e incluso involucrarse en la crianza que posibilita dotar a los hijos de más habilidades y aprendizajes.

Por otra parte, en el caso de las madres ninguno de los reactivos de la escala de roles de género se asoció de manera significativa con la comunicación sobre sexualidad. Estudios como el de Navarro y Hernández (2012) demuestran que las mujeres son las que hablan más con sus hijos, porque son ellas quienes se encargan de la educación sexual de su hijo, dada la negativa del padre a abordar tales temas y el poco involucramiento en la educación de los jóvenes. Y aunque los estudios que se han realizado en el área de la comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad, muestran que las conversaciones pueden depender del género del padre, la edad y sexo del hijo, son las madres quienes tienden a dar más información a sus hijos que los padres y son ellas las que hablan más con sus hijas (Dilorio, Kelly & Hockenberry-Eaton, 1999; Nolin y Petersen, 1992 citado en Dilorio et al., 2001).

Por último, otro hallazgo importante indica que los padres (padres/madres) que tienen una hija con discapacidad, el que estén de acuerdo con las afirmaciones “la mujer tiene mayor capacidad de cuidar a personas con discapacidad” y “la mujer se realiza hasta que se convierte en madre” se asocian de manera negativa con la comunicación sobre sexualidad. En relación con este último dato Shum y Conde (2009), mencionan que tanto los padres como la sociedad se muestran más comprensivos hacia que los varones con discapacidad expresen su sexualidad en comparación con las mujeres. Ya que en un inicio existe una serie de creencias de que las mujeres con discapacidad no pueden tener una vida independiente o responsabilizarse del cuidado de los hijos, de manera general no se les percibe capaces de llevar una vida en pareja y mucho menos tener una familia propia, lo cual coincide en esta investigación, que cuando los padres estén de acuerdo con esas dos puntos hablen de menos temas, ya que piensan que las personas con discapacidad no son capaces de cuidar a alguien más, y mucho menos que las mujeres puedan ejercer su derecho a la maternidad.

Los resultados de esta investigación permiten conocer con mayor precisión lo que ocurre en la influencia que tienen los roles de género en la comunicación sobre sexualidad que establecen los padres que tienen hijos con discapacidad en nuestro país, debido en una parte al corte cuantitativo de la investigación a diferencia de los estudios que parten de una metodología cualitativa, que si bien nos ayudan a entender fenómenos, impiden la generalización y ésta es importante para el desarrollo de programas o creación de reformas que permitan la mayor inclusión de esta población. Sin embargo a pesar de ser una investigación con aportes científicos, cabe señalar que hubo limitaciones importantes en la conformación de la muestra, ya que no están representados todos los sectores sociales a nivel económico y educativo, además de que es escasa la participación de varones, así como aquellos padres que tengan hijos con discapacidad visual. Se esperaría que en futuras investigaciones, poder tener un mayor alcance en diversas instituciones que permita una muestra representativa de diversos sectores.

De igual importancia, se plantea que para futuras investigaciones lo que se esperaría, es que además de conocer la opinión de los padres sobre este tema o el reporte que hacen sobre la comunicación, sería importante generar instrumentos o estrategias de evaluación que permitan conocer el punto de vista de sus hijos, cabe señalar que para esta población deben hacerse adaptaciones de los instrumentos, dependiendo del tipo de discapacidad, pero sería un esfuerzo significativo para conocer la opinión de ellos, pues son los actores centrales. Otro aspecto importante sería conocer y trabajar con el punto de vista de los profesores quienes están a cargo de la educación de personas con discapacidad, para saber qué opiniones o creencias tienen entorno a la sexualidad, considerando que son una figura que transmite información importante sobre educación. Y por último este tipo de investigaciones se podría complementar con otro tipo de estrategias como algún estudio cualitativo, que nos permitan conocer que habilidades emplean los padres a la hora de comunicarse con sus hijos.

REFERENCIAS

- Aguilar, Y., Valdez, J., González-Arratia, N. y González, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- Álvarez, Y., Morales, E., Rodríguez, H., Pérez, J. y González, Y. (2009). Características de la sordera en un grupo de discapacitados auditivos. *Panorama Cuba y Salud*, 4 (1), 20-29.
- Amate, A. (2006). Conceptos generales sobre discapacidad. En: E. A. Amate y A. J. Vásquez (Eds.), *Discapacidad: lo que todos debemos de saber* (pp.3-9). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Andrade, P., Betancourt, D. y Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 91-101.
- Andrés, A. (2007). Desde el marco de la psicología. En: A. Pastor. (Eds.), *Enfoque multidisciplinar sobre el discapacitado* (pp.111-152). España: Formación Alcalá.
- Aparicio, M. L. (2009). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. En: M. R. Berruezo y S. Conejero. (Eds.), *El largo camino hacia una educación inclusiva* (pp.129-138). España: Universidad Pública de Navarra.
- Aspy, C., Vesely, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L & McLeroy K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 30, 449-466.

- Barbón, O. G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(2), 245-249.
- Bárcena, S., Robles, S. y Díaz-Loving, R. (2013). El papel de los padres en la conducta 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), 18-31.
- Bárcena, S., Guevara, Y., y Álvarez, E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9, 36-44.
- Barragán, F. (1991). *La educación sexual: Guía teórica y práctica*. España: Paidós Ibérica.
- Berman, R., Meresman, S., Galván, O. & Rodríguez, E. (2011). Desarrollo Inclusivo: La experiencia de VIH-SIDA y discapacidad en Centroamérica. Banco Mundial. Disponible en www.worldbank.org/enbreve
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, A. y Stefánsdóttir, G. V. (2017). People with Intellectual Disabilities Negotiate Autonomy, Gender and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 35, 295-311.
- Bueno, M. y Ruíz, F. (1994). Visión subnormal. En: M. Bueno, y S. Toro. (Eds.), *Deficiencia visual: Aspectos psicoevolutivos y educativos* (pp.27-44). España: Ediciones Aljibe.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento de abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4), 509-515.

- Cañon, Y. Z. (2011). La baja visión en Colombia y en el mundo. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 9(1), 117-123.
- Caricote, A. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87.
- Carlson, B. M. (2009). *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*. España: Elsevier Mosby.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2014). El VIH/SIDA en México 2011. México: CENSIDA
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (CENSIDA) (2014). Casos acumulados de sida por grupos de edad y sexo. Disponible en línea: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/15nov2010/casos_grupoedadysexo
- Coco, M. B. (2015). Concepto de baja visión, discapacidad visual y rehabilitación visual. Profesionales de la visión. En: M. B. Coco, J. Herrera, J. A. Lázaro y R. Cuadrado (Eds.), *Manual de Baja Visión y Rehabilitación Visual* (pp.3-8). España: Médica Panamericana.
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). Discapacidad Motriz. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Secretaría de Educación Pública México. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documents/Atencion_educativa/Motriz/2discapacidad_motriz.pdf
- Consejo Nacional de Fomento Educativo. (2010). Discapacidad Visual. Guía Didáctica para la inclusión en educación inicial y básica. Secretaría de Educación Pública. México. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/2016/pdf/discapacidad/Documents/Atencion_educativa/Visual/1discapacidad_visual.pdf

- Couwenhoven, T. (2013). La educación sexual es la prevención del abuso sexual. *Revista Síndrome de Down*, 30, 9-21.
- Cruz, M. P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad, *Política y Cultura*, 22, 147- 160.
- Cruz, M. (2008). *Gramática de la Lengua de Señas Mexicana*. Tesis inédita de Doctorado en Lingüística. Centro de Estudios Lingüísticos y Literarios. México: El Colegio de México.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglas de operación del Programa para la Inclusión y la Equidad Educativa. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377499&
- Díaz., L. y Muñoz., P. (2005). Implicaciones del género y la discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(2), 156-167.
- Dilorio, C., Dudley, W.N., Wang, D.T., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L. & West-Edwards, C., (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *JNurs Meas*, 9(2), 135-49.
- Dilorio, C., Pluhar, E., & Belcher, L. (2003). Parent-Child Communication About Sexuality: A Review of the Literature from 1980-2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, 5(3-4), 7-32.
- Dirección General de Educación Indígena. (2012). Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad visual. Secretaria de Educación Pública. México. Recuperado de: http://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/tabinicio/2013/indigena/5Discapacidad_Visual.pdf

- Duacastella, C. (2010). Las familias en el desarrollo de la sexualidad de los hijos. Puntuaciones sobre una práctica. En: J. Tallis (Eds.), *Sexualidad y Discapacidad* (pp.41-50) Argentina: Miño y Dávila.
- Dudek, R.W. (2015). *Embriología*. España: Wolters Kluwer Health.
- Eisenberg, M.E., Sleving, R.E., Bearinger, L.H., Swain, C. & Resnick, M. (2006). Parents' communication with adolescents about sexual behavior: A missed opportunity for prevention?. *Journal Youth Adolescence*, 35, 893-902.
- Encabo, E. y López, A. (2004). Diferencias de género y comunicación: aspectos no verbales y propuestas didácticas. *Didáctica (Lengua y Literatura)*, 16, 45-56.
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009). Panorama sociodemográfico de México. Principales Resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población.
- Fernández, J. (2000). ¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología?, *Papeles del psicólogo*, 75, 3-12.
- Fernández, M. y Moraga, F. N. (2012). Esterilización quirúrgica en discapacidades mentales. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 7(3), 174-180.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D. y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO
- García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. España: Narcea.
- García, M. A. (2010). *Derechos de las personas con discapacidad, la regulación internacional y su aplicación en México*. Tesis inédita de Licenciatura en

Derecho. Facultad de Derecho. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

García, P. y Nastri, M. (2011). Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras, *Archivos argentinos de pediatría*, 109(5), 447-452.

García, M., Tacoronte, M., Sarduy, I., Abdo, A., Galvizú, R., Torres, A., y Leal, E. (2000). Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 31(8), 716-719.

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

García, R. y Bustos, G. (2015). Discapacidad y problemática familiar. *Paakat: Revista de tecnología y Sociedad*, 5(8).

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

Gómez, L. E., Verdugo, M. A., Arias, B. y Iruetia, M. J. (2011). Evaluación de los derechos de las personas con discapacidad intelectual: Estudio preliminar, *Behavioral Psychology*, 19(1), 207-222.

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

Gutiérrez, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. España: Ediciones Pirámide.

Hernández, J.M. (2007). Derechos humanos de las personas con discapacidad. En: M. Cabada (Eds.), *Quórum Legislativo 89* (pp. 123-244) México: Centro

- de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias. Recuperado de <http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/view/full/177918>
- Hurtado, F., Aguilar, J., Mora, A., Sandoval, C., Peña, C., y León, A. (2012). Identificación de las barreras del entorno que afectan la inclusión social de las personas con discapacidad motriz de miembros inferiores. *Salud uninorte*, 28(2), 227-237.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Características educativas de la población. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/educacion/>
- INMUJERES. (2007). El impacto de los estereotipos y los roles de género en México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100893.pdf
- Jiménez, M. & López, M. (2009). Anátomo-Fisiología de la audición, Etiología y patología auditivas. En M. Jiménez & M. López (Eds.), *Deficiencia auditiva, evaluación, intervención y recursos psicopedagógicos*, (pp.19-28). Madrid: CEPE.
- Kijak, R. (2013). The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 31, 109-123.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 192-205.

- Lara, D., García. S., Strickler, J., Martínez, H. & Villanueva, L. (2003). El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la Ciudad de México. *Gad Med Méx*, 139(1) ,82-89
- L'Engle, K., Jackson, C. & Brown, J. (2006). Adolescents' Cognitive Susceptibility to Initiating Intercourse. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), 97–105.
- Lisher, D., Richardson, M., Levine, P. & Patrick, D. (1996). Access to primary health care among persons with disabilities in rural areas: a summary of the literature. *Rural Journal Health*, 12, 45–53.
- López, F. (2006). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Malagon, J. (2007). Parálisis cerebral. *Medicina Buenos Aires*, 67(6/1), 586-592.
- Maldonado, M. J. (2015). Incidencia y causas de la baja visión. En: M. B. Coco, J. Herrera, J. A. Lázaro y R. Cuadrado (Eds.). *Manual de Baja Visión y Rehabilitación Visual* (pp.9-16). España: Médica Panamericana.
- Márquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L. y Galván, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*, 34(5), 443-449.
- Martínez., A. y Martínez., M. (2015). Estilos de crianza, transmisión de roles en familias monoparentales. España: Editorial Académica Española.
- Ministerio de Educación. (2013). Orientaciones para la Atención Educativa de Estudiantes con Discapacidad Auditiva. Perú: Dirección General de Educación Básica Especial. Recuperado de: <http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/05-bibliografia-para-ebe/6-orientaciones-para-la-atencion-educativa-de-estudiantes-con-discapacidad-auditiva.pdf>

- Miñambres, A. (2004). Los trastornos visuales en general: Parámetros a tener en cuenta. En A. Miñambres (Ed.), *Atención Educativa al alumnado con dificultades de visión (1-19)*. España: Aljibe.
- Moinester, M., Gulley, S. y Watson, S. (2008). The nature of risk: HIV/AIDS and the deaf community in the United States. *Disability Studies Quarterly* Fall, 28(4). Disponible en línea: <http://dsq-sds.org/article/view/144/144>
- Monsalve, A. y Núñez, F. (2006). La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. *Intervención Psicosocial*, 15(1), 7-28.
- Moore, D. (1998). HIV/AIDS and deafness. *American Annals of the Deaf*, 143(3), 182-205.
- Musa, O. L., Akande, T. M., Salaudeen, A. G. y Soladoye, O. M. (2008). Family communication on HIV/AIDS among secondary school students in a northern state of Nigeria. *African Journal of Infectious Diseases*, 2(1), 1-5.
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conductas asertivas. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 8(1), 1-27.
- 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.
- Navarro, N. Z. y Hernández, A. I. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 22(2), 195-203.
- Navas, P., Verdugo, M. A. y Gómez, L. E. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 143-152.

- Núñez., B. A. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Argentina: Lugar Editorial.
- ONUSIDA. (2009). Discapacidad y VIH Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2009/april/20090408disabilityhiv>
- Organización Mundial de la Salud. (2014) Ceguera y discapacidad visual. Recuperado de: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Discapacidad y Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Infecciones de Transmisión Sexual. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (mayo, 2000). Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción. Trabajo presentado en Actas de la Reunión de Consulta. Antigua Guatemala. Resumen recuperado de http://www1.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf?ua=1
- Ortiz, P. (2011). Discapacidad visual e incidencia en la autonomía. En: P. Ortiz. (Eds.), *Discapacidad visual y autonomía personal: Enfoque práctico de la rehabilitación* (pp.77-110) España: ONCE.
- Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 2(2), 37-47.

- Palacios, A. (2017). El modelo social de discapacidad y su concepción como cuestión de derechos humanos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 14-18.
- Parchomiuk, M. (2013). Model of Intellectual Disability and the Relationship of Attitudes Towards the Sexuality of Persons with an Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 31, 125-139.
- Peláez., A. (2009). Esterilización forzada de niñas y mujeres con discapacidad. En: A. Peláez, B. Martínez, M. Leonhardt (Eds.), *Maternidad y Discapacidad* (pp.57-76) España: Ediciones Sinca.
- Peralta., J. (2000). Adquisición y desarrollo del lenguaje y la comunicación: una visión pragmática constructivista centrada en los contextos. *Límite*, 7, 54-66.
- Pérez., I, y Carbó., J. R. (2010). Juegos de rol y Roles de género. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 11(3), 168-184.
- Pérez, J. & Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Quintero, J. (26 de febrero de 2015). Denuncian “esterilización forzada” de mujeres con problemas mentales. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2015/02/26/capital/036n1cap>
- 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 Hermsillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239.

- Rodríguez, M. y Guerrero, C. (2012). La familia como promotora de la independencia en niños y niñas con discapacidad motora. *Revista Electrónica Educare*, 16(1), 99-111.
- Rodríguez, R., Lardoeyt, R., Reyes, J., Jijón, M., Lardoeyt, M. y Gámez, M. (2011). Caracterización clínica y etiológica de las discapacidades mayores en la Republica de Ecuador. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 5(2-3), 106- 112.
- Sadler, T. W. (2010). *Langman Embriología médica*. España: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Saldívar, A., Díaz-Loving, R., Reyes, N., Armenta, C., López, F., Moreno, M., Romero, A., Hernández, J. y Domínguez, M. (2015). Roles de Género y Diversidad: Validación de una Escala en Varios Contextos Culturales, *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2124-2147.
- Sánchez, R. y Díaz-Loving, R. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de Psicología*, 19(2), 257-277.
- Sandoval, A. y Guzmán, O. (2010). Importancia del PDHDF en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. *El Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal en Materia de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*, (p.3) Recuperado de: <http://www.pdh.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/599/333/7e8/5993337e88e27169775680.pdf>
- Santos, D.V. (2012). *Fundamentos de la Comunicación*. México: Red Tercer Milenio.
- Sapién, J. y Córdoba, D. (2011). Diferencias sexuales entre hombres y mujeres. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Secretaría de Salud. (2002). Prevención del embarazo no planeado en adolescentes. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
- Shum, G. y Conde, A. (2009). Género y Discapacidad como Moduladores de la Identidad. *Feminismo/s*, 13, 119-132.
- Soler, A., Teixeira, T.C. y Jaime, V. (2008). Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género. XI Jornadas de Economía Crítica. Recuperado de http://webs.ucm.es/info/ec/ecocri/eus/Soler_Domingo.pdf
- Soro-Camats, E., Basil, C. y Rosell, C. (2012). *Pluridiscapacidad y contextos de intervención*. España: Universitat de Barcelona.
- Suárez, J. C. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Medicina UPB*, 30, 2, 170-180.
- Tena, O. (2008). Género y Moral. En: A. L. Robles (Ed.). *Estudios de género: Docencia e Investigación en Iztacala* (pp.99-106). México: FES IZTACALA UNAM.
- Torres, S., Rodríguez, J., Santana, R. y González, A. (1995). *Deficiencia auditiva: Aspectos psicoevolutivos y educativos*. España: Ediciones Aljibe.
- Valencia, L. (2014). Breve historia de las personas con discapacidad: de la opresión a la lucha por sus derechos. Disponible en: <http://www.rebellion.org/docs/192745.pdf>
- Varas, J. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 139-144.
- Verdugo, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(1), 5-19.

ANEXOS

Cuestionario para padres sobre sexualidad

DATOS PERSONALES

DP1. Sexo: _____

DP2. Edad: _____

DP3. Escolaridad: _____

DP4. Estado Civil: _____

DP5. Ocupación: _____

DP6. Religión: _____

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

DP8. ¿Cuántas personas viven en su casa? _____

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

DP10. ¿Cuántos hijos tiene? _____

DATOS SOBRE SU HIJO

DH1. Sexo de su hijo (a): _____

DH2. Edad de su hijo (a): _____

DH3. Escolaridad de su hijo (a) : _____

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

- Niñez () Adolescencia () Vejez ()

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

- Virus () Hongos () Bacterias ()

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

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

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

- Amistad () Atracción sexual () Abuso ()

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

- Abuso sexual () Amistad () Incesto ()

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

- Coito () Masturbación () Sexo anal ()

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

INSTRUCCIONES

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

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

INSTRUCCIONES

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

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

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

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