

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERÍA MOCHIS
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA



AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

TESIS

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN ENFERMERÍA

PRESENTA

LIC. TATIANE GERALDA ANDRÉ

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO

DRA. LUCIA CAUDILLO ORTEGA

LOS MOCHIS, SINALOA, MÉXICO, MARZO DE 2021.

Aprobación de Comité de Tesis

DRA. CAROLINA VALDEZ MONTERO

Directora de Tesis

DRA. LUCIA CAUDILLO ORTEGA

Codirector de tesis

DRA. JESICA GUADALUPE AHUMADA

CORTEZ

Asesor

DRA. LILIANA JAZMIN SALCIDO

CIBRIAN

Asesor

Carta de sesión de derechos

En la Ciudad de Los Mochis el día 05 del mes enero del año 2021, la que suscribe Tatiane Geralda André alumna del Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería con número de cuenta 18123511, de la Unidad Académica Facultad de Enfermería Mochis, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de Carolina Valdez Montero y cede los derechos del trabajo titulado “AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA”, a la Universidad Autónoma de Sinaloa para su difusión, con fines académicos y de investigación por medio impresos y digitales.

La Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México) protege el contenido de la presente tesis. Los usuarios de la información contenida en ella deberán citar obligatoriamente la tesis como fuente, dónde la obtuvo y mencionar al autor intelectual. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Tatiane Geralda André

Agradecimientos

Primeramente, a Dios por bendecirme y permitirme vivir esta etapa en mi vida, por estar conmigo en todos los momentos, y principalmente por esculpir en mí la persistencia y la paciencia para lograr mis sueños y objetivos. Además, por poner en mi camino, personas muy valiosas que fueron esenciales para llegar hasta aquí.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por haber confiado en mí y otorgarme la beca para realizar mis estudios, ya que con el apoyo recibido pude sostenerme en mi estancia en Los Mochis.

A la MCIE Luz Esther Verdugo Blanco, directora de la Facultad de Enfermería Mochis por el apoyo brindado durante mis estudios y mi estadía en México.

A la Dra. Carolina Valdez Montero, mi directora de tesis y coordinadora del programa, por el apoyo brindado desde Brasil hasta mi llegada a México. Estoy muy agradecida, ya que siempre me apoyó para realizar y concluir a tiempo mis estudios; también compartió conmigo grandes enseñanzas, fue paciente y sobre todo por la confianza que siempre depositó en mí.

A mi co-directora de tesis la Dra. Lucía Caudillo Ortega, a la Dra. Jesica Guadalupe Ahumada Cortez, y el Dr. Mario Enrique Gámez Medina por sus sugerencias y observaciones que con certeza enriqueció este trabajo y me permitió culminar mis estudios.

A Laura Graham Holmes, PhD por sus buenos consejos para mejorar mi tesis, gracias también por aceptar asesorarme virtualmente en mi estancia, debido a la pandemia.

A los especialistas que me ayudaron en la revisión de los instrumentos, el Dr. Roberto Carlos Rivera Cruz, la Psic Irais Camacho Gómez, la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, y el Psic. Eduardo Díaz Tenopala.

A la Dra. Nádia Fontoura Sanhudo, coordinadora del programa de maestría de la Universidad Federal de Juiz de Fora/Brasil, que me brindó todo su apoyo para la doble titulación y la Dra Herica Silva Dutra que aceptó el reto de ser mi directora de tesis internacional, fueron personas llaves en ese proceso.

También me gustaría agradecer a la MCIE Dora Valenzuela, por abrirme las puertas de su casa, gracias por su inmenso apoyo y cuidado. Al Dr. Francisco Cabrera Chávez, que ya no si encuentra entre nosotros, sin embargo, fue una persona importante en mi formación, un gran amigo. A mi amigo Itallo Carvalho Gomes por inúmeras experiencias compartidas y por escucharme en mis momentos de estrés. A mis compañeros de grupo, muchas gracias por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias y por hacer mi estadía en Los Mochis más agradable, tienen un lugar especial en mi corazón.

Gracias a mis queridos profesores de Brasil, Dr. Rogério Dias Renovato, Dra. Márcia Alvarenga, Dra. Elaine Watanabe, Dra. Cibele Sales y la Dra. Márcia Medeiros que siempre acreditaron en mí, me apoyaron en mis decisiones y me incentivaron a volar lejos. Ustedes fueron esenciales para que yo lograré llegar hasta acá.

Muchísimas gracias a cada una de las personas que formaron parte de este sueño, que hoy se hace realidad, gracias por compartir conmigo palabras de aliento, ánimo y sobre todo sinceridad, gracias por brindarme su mano cuando más lo necesitaba.

Dedicatoria

Dedico especialmente a mí hermano Tony Ralf André, que desafortunadamente no se encuentra entre nosotros, él sabía lo cuanto quería realizar ese sueño y sé que de donde esté me cuidas y protégeme y que está feliz por mí. Te amo hermano, lo logré por nosotros.

Dedico a mi sobrino Davi que tanto amo y que fue mi inspiración para ese trabajo. Sé que podré apoyarlo y también a muchos otros niños con autismo y sus familias.

Dedico a mi mamá Sra. Sebastiana y a mi papá Sr. Antonio, que me educaron con grandes valores. Gracias por todo que hiciste y aún hacen por mis hermanos y por mí. Gracias por siempre me apoyaren en mis decisiones y siempre confiar en mí potencial. Mismo con toda la distancia, están siempre presentes en mi vida. Los amo infinitamente.

Dedico a mis hermanas Franciane y Poliane y a mi sobrino Paulo André, por me incentivaren a seguir mis sueños, por siempre apoyarme cuando necesito. Los amo mucho y los extraño.

Dedico a mi novio Jesús Mario, por incentivarme, por comprender mis momentos de ausencia, por aguatarme en los días de estrés y por siempre cuidarme. Lo amo.

Resumen

Objetivos: El objetivo general fue conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. Los objetivos específicos fueron: 1) describir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA; 2) identificar los temas sexuales abordados por los padres de hijos con TEA; 3) identificar la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por sexo de los hijos con TEA; y 4) establecer la relación que existe entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. **Hipótesis:** la hipótesis 1) fue que a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor autoeficacia para la comunicación sexual con los padres y la hipótesis 2) que a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor comunicación sexual con los padres.

Metodología: El diseño fue del tipo correlacional predictivo. La muestra final fue conformada por 152 padres de hijos con TEA. Se utilizó la escala de autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual para medir las variables. **Resultados:** se encontró que en la escala de autoeficacia para comunicación sexual algunas preguntas presentaron medias altas como: puedo utilizar la terminología correcta de los genitales presentó una *media* de 9.29 de autoeficacia para la comunicación sexual ($DE= 1.95$) En relación a la comunicación sexual se encontró que todos los ítems tuvieron medias bajas, una de las más bajas fue: en las últimas 4 semanas, le he dado folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una conversación sobre sexualidad, presentó una *media* de .70 de comunicación sexual ($DE = .81$). La higiene (90.8%) fue el tema más abordado por los padres. Se encontró una correlación significativa entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual y el modelo de regresión fue estadísticamente significativo ($F_{[143,1]}=73.601, p <.001$). **Conclusiones:** En este estudio los padres presentaron un alto nivel de autoeficacia para la comunicación sexual, sin embargo en relación a la comunicación sexual los padres presentaron mayor dificultad. Además, se puede decir que la autoeficacia para la comunicación sexual influye directamente en la frecuencia con que los padres discuten y enseñan técnicas sobre sexualidad a sus hijos con TEA para la prevención de abuso sexual.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	7
Estudios relacionados	13
Definición de términos	20
Objetivos/ Hipótesis	21
Capítulo II	
Metodología	22
Diseño del estudio	22
Población, muestreo y muestra	22
Criterios de inclusión	22
Criterios de eliminación	23
Instrumentos de medición	23
Procedimiento de recolección de la información	24
Consideraciones éticas	27
Plan de análisis de los datos	28
Capítulo III	
Resultados	
Descripción de los participantes	29

Características psicométricas de los instrumentos	31
Datos descriptivos de las variables de estudio	32
Estadística inferencial	39
Prueba de hipótesis	42
Hallazgos adicionales	43
Capítulo IV	
Discusión	54
Limitaciones	61
Conclusiones	62
Recomendaciones	62
Referencias	64
Apéndices	73
Resumen autobiográfico	87
Anexos	89

Lista de Tablas

Contenido	Página
Tabla 1. Ubicación de los participantes de acuerdo a su estado	29
Tabla 2. Consistencia interna del Instrumento Cuestionario para padres	32
Tabla 3. Datos descriptivos autoeficacia para la comunicación sexual	33
Tabla 4. Datos descriptivos comunicación sexual	36
Tabla 5. Temas sexuales abordados por los padres	39
Tabla 6. Prueba de U de Mann-Whitney para la autoeficacia para comunicación sexual y comunicación sexual por sexo de los hijos	40
Tabla 7. Matriz de correlación de Spearman entre las variables autoeficacia para la comunicación sexual, comunicación sexual y la edad de los hijos	41
Tabla 8. Modelo de Regresión Lineal Simple de la autoeficacia para la comunicación sexual con la comunicación sexual	41
Tabla 9. Modelo de Regresión Lineal Simple con bootstrap de la autoeficacia para la comunicación sexual con la comunicación sexual	42
Tabla 10. Prueba de Kruskal- Wallis para la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por nivel de autismo de los hijos	43
Tabla 11. Tabla cruzada de comunicación verbal y temas sexuales	44
Tabla 12. Tabla cruzada de nivel de autismo y temas sexuales	46

Tabla 13. Prueba de U de Mann- Whitney de temas sexuales y autoeficacia para comunicación sexual de padres de hijos(as) con TEA	48
Tabla 14. Matriz de correlación de Spearman entre las variables sociodemográficas de los padres, autoeficacia y comunicación sexual	50
Tabla 15. Matriz de correlación de Spearman entre las variables sociodemográficas de los hijos(as), autoeficacia y comunicación sexual	51
Tabla 16. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables sociodemográficas de los padres y autoeficacia sobre la comunicación sexual	52
Tabla 17. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables sociodemográficas de los hijos(as) y autoeficacia sobre la comunicación sexual	53

Lista de Figuras

Contenido	Página
Figura 1. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	12

Capítulo I

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), se calcula que más de mil millones de personas, es decir, un 15% de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad. El número estimado de niños con discapacidad entre 0 y 18 años varía entre 93 y 150 millones (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2013), de los cuales, al menos 8 millones de niños con discapacidad son menores de 14 años y se encuentran en América Latina y Caribe (UNICEF, 2019). La OMS (2012), señala que los niños con discapacidad sufren actos de violencia con una frecuencia casi cuatro veces mayor que los que no tienen discapacidad y son 2.9 veces más vulnerables a ser víctimas de violencia sexual comparado con los que no presentan ninguna discapacidad.

Según la UNICEF (2013), los niños, niñas y jóvenes con discapacidad han sido ignorados casi por completo en los programas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). Esta es una situación preocupante, dado que ellos tienen el mismo riesgo o pueden presentar mayor exposición al VIH. Asimismo, una larga cadena de barreras y tabúes impiden su acceso a servicios de prevención, apoyo, y tratamiento, pues se continúa pensando erróneamente que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y por lo tanto no están en riesgo de contraer Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) ni estar expuestas al abuso sexual (Banco Mundial, 2011).

Por otro lado, la encuesta mundial sobre VIH y Sida y Discapacidad efectuada por la Universidad de Yale para el Banco Mundial (Groce & Trasi, 2004) evidenció que las personas con discapacidad mantienen una vida sexual activa y que su nivel de

exposición a los factores de riesgo para el VIH es igual o incluso superior al de la población en general. Sin embargo, los datos sobre la prevalencia del VIH entre las personas con discapacidad son escasos, a pesar de que se encuentran vulnerables a comportamientos de riesgo para adquirir VIH, son más propensas a violencia sexual y no tienen acceso a servicios de prevención, información y educación con relación al VIH y una sexualidad responsable (UNAIDS, 2010).

Kim (2010), señala que personas con discapacidad intelectual tienen mayor probabilidad de abusos sexuales e incluso a infectarse de ITS y/o VIH. Las personas con condiciones de discapacidad intelectual traen consigo limitaciones cognitivas que dificultan la capacidad de expresar los deseos y las necesidades afectivas sexuales, la presencia de trastornos y/o dificultades de comunicación que impiden a la persona hablar y contar lo ocurrido, puede favorecer el abuso sexual, la falta de información sexual así como el desconocimiento de las adecuadas e inadecuadas conductas sexuales, en conjunto con la falta de educación sexual efectiva, la dificultad de comunicación por parte de los padres y la protección excesiva, posiciona a las personas en una situación de riesgo (Bermejo, 1999; Law & Lindsay, 2001; Sobsey, 1997).

Un estudio realizado por Sullivan y Knutson (2000) reportó tasas de abuso sexual de 10.1% para niños con discapacidad intelectual y 2.6% para niños sin discapacidad, lo que indica que los niños con discapacidad intelectual tienen un riesgo casi cuatro veces mayor de ser abusados sexualmente en comparación con niños sin discapacidades. A su vez, Reiter et al. (2007), encontraron hallazgos similares, demostrando prevalencias más altas de abuso sexual en adolescentes con discapacidad intelectual. Los adolescentes con discapacidad intelectual informaron significativamente

más abuso y contacto sexuales no deseado que los adolescentes sin discapacidad.

Además, un estudio realizado en Turquía mostró que el 50% de las niñas abusadas sexualmente con discapacidad intelectual experimentaron abuso sexual más severo (por ejemplo, penetración vaginal) en comparación con las víctimas sin discapacidad (Akbas et al., 2009).

Por lo anterior, abordar temas sobre la sexualidad en personas con discapacidad intelectual es muy complejo, y se incrementa cuando se aborda en una discapacidad específica como en el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Backes et al., 2013), debido a que las personas con TEA tienen dificultad en las interacciones sociales, lenguaje y en la comunicación (Filipe, 2009). Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2014), el TEA es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por un déficit en la comunicación y la interacción social, presenta patrones de conducta específico, marcado por actividades repetitivas con inicio precoz en la infancia, siendo estas habilidades importantes para el correcto desarrollo sexual (Dewinter et al., 2015).

En los últimos años, estudios muestran un incremento en la prevalencia del TEA, publicaciones mencionan el aumento del indicador de 4-5 personas por cada 10,000 en los años sesenta y hasta 260 personas por cada 10,000 o más en las primeras décadas del siglo XXI (Hill et al., 2015). De acuerdo con la OMS (2018), uno de cada 160 niños tiene TEA y a su vez se presenta mayormente en los hombres que en las mujeres en una proporción de cuatro a uno (Fombonne, 2005). Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que uno de cada 68 niños fue identificado dentro del trastorno y señalaron que a cada 17 minutos nace un niño con TEA y se calcula que existen 70 millones de personas con esta condición (Centro de Control de enfermedades y Prevención [CDC],

2014). En México los datos oficiales sobre el número de personas que presentan TEA son escasos, lo cual evidencia la falta de información que prevalece en el país. En el año de 2016, se realizó un estudio de prevalencia de TEA en León, Guanajuato y se encontró que uno de cada 115 niños se encuentra en esta condición (Fombonne et al., 2016).

Algunos estudios exponen la vulnerabilidad de las personas con TEA en relación al riesgo de la victimización sexual, Mandell et al. (2005) encontraron que el 16.6% de los cuidadores informaron que su hijo con TEA había sufrido abuso sexual y Brown-Lavoie et al. (2014), constaron que las personas con TEA tenían casi tres veces más probabilidades de experimentar contacto sexual no deseado, 2.7 veces más probabilidades de experimentar coerción sexual y 2.4 veces más probabilidades de sufrir violación en comparación con las personas sin TEA.

De acuerdo con los riesgos sexuales que enfrentan las personas con TEA, es de suma importancia identificar los posibles factores de protección, como es la comunicación sobre sexualidad en el contexto familiar, especialmente entre padres/madres e hijos. Sousa et al. (2006), señala que la comunicación es considerada un proceso bastante importante para transferir valores y también creencias, que pueden servir de guía para la toma de decisiones en un contexto personal. Según, Jerman y Constantine (2010), los padres son los primeros a estar en contacto con sus hijos y a brindar informaciones importantes que pueden influir en su desarrollo. Así mismo los autores señalan que la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos, generalmente, se presenta como un reto para ambos, sin embargo, más para los padres (Jerman & Constantine, 2010).

Particularmente los padres con hijos con discapacidad suelen sentirse incómodos al hablar de salud sexual y reproductiva, quienes se ven así privados del acceso a la información básica sobre cómo sus cuerpos se desarrollan y cambian al crecer o cómo negociar relaciones seguras (UNICEF, 2013). Mackin et al. (2016), señalan que existen barreras de comunicación con relación a la educación sexual entre padres e hijos con TEA, sugieren que los padres pueden lograr una mejor comunicación con sus hijos si contaran con información precisa, clara, coherente y específica sobre sexualidad para personas con TEA. Además, los autores señalan que los padres se sienten mayormente seguros en abordar temas sexuales con sus hijos cuando han recibido información confiable de profesionales y cuando sus hijos muestran tener interés sobre su salud sexual.

Por otro lado, estudios indican que la autoeficacia para la comunicación sexual tiene un papel fundamental en la comunicación sexual de padres e hijos (Dilorio et al., 2001; Dilorio et al., 2006). Holmes et al. (2019) realizaron un estudio en padres con hijas con TEA y encontraron que los padres que tenían hijas con función intelectual menor de 70 mostraron menor autoeficacia para comunicarse con sus hijas sobre sexualidad, además, el estudio demuestra que los padres con autoeficacia para hablar con sus hijas sobre sexualidad se relacionaron con el número total de temas sexuales. Holmes et al. (2019), apunta que la baja autoeficacia se ha identificado como una barrera para la comunicación sexual de padres en estudios con jóvenes normotípicos.

Sin embargo, aunque se ha encontrado evidencia sobre la comunicación sexual entre padres e hijos como predictor para la prevención del abuso sexual y conductas sexuales de riesgo, hasta donde se indaga existen pocas investigaciones que han

explorado la autoeficacia y la comunicación sexual en padres con hijos con discapacidad intelectual, específicamente con TEA (Ballan, 2012; Pownall et al., 2012).

Por su parte, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, por permitir comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud y el bienestar, y además incrementar la competencia protectora opuesta al riesgo y daño de conductas no saludables (Pender et al., 2011). Al tomar como sustento dos de los conceptos de este MPS se está explicando el resultado conductual que es la conducta promotora de salud representada por la comunicación sexual, además, el MPS abarca otro concepto clave en el estudio, que es la autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida, es la percepción de competencia que los individuos creen tener para ejecutar una conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta (Pender et al., 2011). Así, los padres van a hablar con sus hijos sobre sexualidad cuando se perciban con competencia, es decir, con autoeficacia percibida y confianza para hacerlo.

Por lo tanto, los profesionales de enfermería son piezas claves, para apoyar los padres en relación a la salud y el desarrollo de las personas con TEA. Existe actualmente una Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria (Ministerio de Sanidad & Política Social, 2009) en España, que pudiera ser de apoyo para los padres e hijos con TEA. La GPC indica el diagnóstico de enfermería de conocimientos deficientes que es definido como carencia o deficiencia de la información cognitiva relacionada con el tema específico (Asociación Norte Americana de Diagnósticos en Enfermería [NANDA], 2018). Brown-Lavoie et al. (2014) señalan que

los padres con hijos con TEA carecen de información correcta sobre sexualidad, así como con poco conocimiento sobre el tema y a su vez informan la falta de apoyo profesional.

Otro diagnóstico que indica la GPC es el riesgo de deterioro parental, que es definido por el riesgo de incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño y ese diagnóstico tiene como uno de los factores de riesgo la situación de discapacidad (NANDA, 2018). En ese caso, es importante que los padres tengan apoyo de profesionales, para auxiliarlos en relación al desarrollo de sus hijos con discapacidad, principalmente al desarrollo sexual, porque muchas veces la sexualidad es negada o también infantilizada por parte de los padres, tornándose un tema difícil de hablar (Filipe, 2009). Al encontrar diagnósticos de enfermería y la GPC para el manejo de pacientes con TEA en Atención Primaria, es posible reconocer que trabajar con esa población también es parte del trabajo del enfermero, lo que indica que es congruente como sustento para la práctica de enfermería. Por tal motivo, el objetivo general de este estudio es determinar si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sobre temas sexuales en padres de hijos con TEA.

Marco conceptual

El presente estudio utiliza como base los conceptos de Autoeficacia Percibida y Conducta Promotora de Salud del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender et al. (2011). El MPS está basado en dos teorías: la Teoría de Aprendizaje Social de Albert Bandura y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather. El MPS está formado por nueve conceptos que se encuentran dentro de tres

categorías: a) características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales), b) cogniciones y afectos específicos de la conducta (beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales e influencia situacional y c) resultado conductual (conducta promotora de salud).

El MPS ha sido utilizado en diversos fenómenos, tales como, en la actividad física y ejercicio, tanto en adolescentes como en adultos (Gomez et al., 2009; Robbins et al., 2004), estilos de vida saludable (Cid et al., 2006; Triviño et al., 2007) el uso de estrategias para realizar ejercicio (Robbins et al., 2004; Wu et al., 2002) y la comprensión de fenómenos encaminados al bienestar (Cid et al., 2006; Robbins et al., 2004). Asimismo, el MPS ha sido aplicado en estudios sobre la sexualidad para explicar diversos comportamientos, como los beneficios y barreras para realizarse la prueba de VIH en jóvenes, las conductas sexuales en diversas poblaciones, hombres que tienen sexo con hombres, población indígena y en jóvenes (Calderón & Onofre-Rodríguez, 2014; Navarro & Onofre-Rodríguez, 2017; Ramos & Benavides-Torres, 2012; Valdez-Montero & Onofre-Rodríguez, 2015), sin embargo, hasta donde se indagó no ha sido aplicado en estudios sobre comunicación sexual en padres de hijos con TEA.

Para guiar el presente estudio se utilizó dos conceptos del MPS de Nola J. Pender que son pertinentes para sustentar el estudio y además se realizó la derivación Conceptual-Teórica-Empírica (CTE) propuesta por Fawcett y Gigliotti (2001).

Fawcett y Gigliotti (2001), refiere que es imprescindible comprender los contenidos de un modelo o teoría y a su vez revisar investigación existente guiada por el

modelo o teoría. En este caso, se realizó una búsqueda y revisión de la literatura respecto a los conceptos de autoeficacia para la comunicación sexual y comunicación sexual y se determinó utilizar los conceptos propuestos en el MPS de Pender, seleccionando el concepto de autoeficacia percibida y conducta promotora de salud.

Pender et al. (2011) definen la autoeficacia percibida como el juicio sobre la competencia personal para organizar y ejecutar un comportamiento de promoción de la salud, esto es, la auto-confianza en la realización de la conducta de salud con éxito. La autoeficacia percibida influye en las barreras percibidas para la acción, por lo que una mayor eficacia da como resultado una menor percepción de las barreras para el desempeño del comportamiento. Además, la competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar un comportamiento dado incrementan la probabilidad de compromiso con la acción y el desempeño real del comportamiento.

Bandura (1987, 1999) señala que la autoeficacia es la confianza que la persona tiene de sí misma para organizar y ejecutar acciones, con el objetivo de manejar situaciones prospectivas. También la autoeficacia se relaciona con los juicios acerca de su conocimiento y habilidad para realizar una actividad particular en la que se anticipan resultados exitosos. De acuerdo con el autor las expectativas de autoeficacia determinan las expectativas de resultado. Por lo tanto, es posible sugerir que los resultados que esperan las personas dependen, en gran medida, de sus creencias de eficacia personal. Las personas que perciben un nivel alto de autoeficacia confían más en sus capacidades para someterse en diferentes tipos de demandas ambientales. Para fines de ese estudio, la autoeficacia percibida será representada por la autoeficacia para la comunicación sexual.

Estudios previos han abordado la autoeficacia percibida en relación con la comunicación sobre temas sexuales entre padres e hijos normotípicos (Castillo-Arcos et al., 2015; Jiménez et al., 2008). Castillo-Arcos et al. (2015), definen la autoeficacia para la comunicación sexual como la capacidad que tiene los padres para hablar de temas relacionados a la sexualidad. Además, investigaciones sobre la autoeficacia pueden apoyar el éxito de estrategias educativas para disminuir la conducta sexual de riesgo, y al mismo tiempo promover la salud y conducta sexual responsable del adolescente (Castillo-Arcos et al., 2015). Para este estudio se definirá la autoeficacia para la comunicación sexual como la confianza que tienen los padres para informar y enseñar sus hijos con TEA sobre la sexualidad.

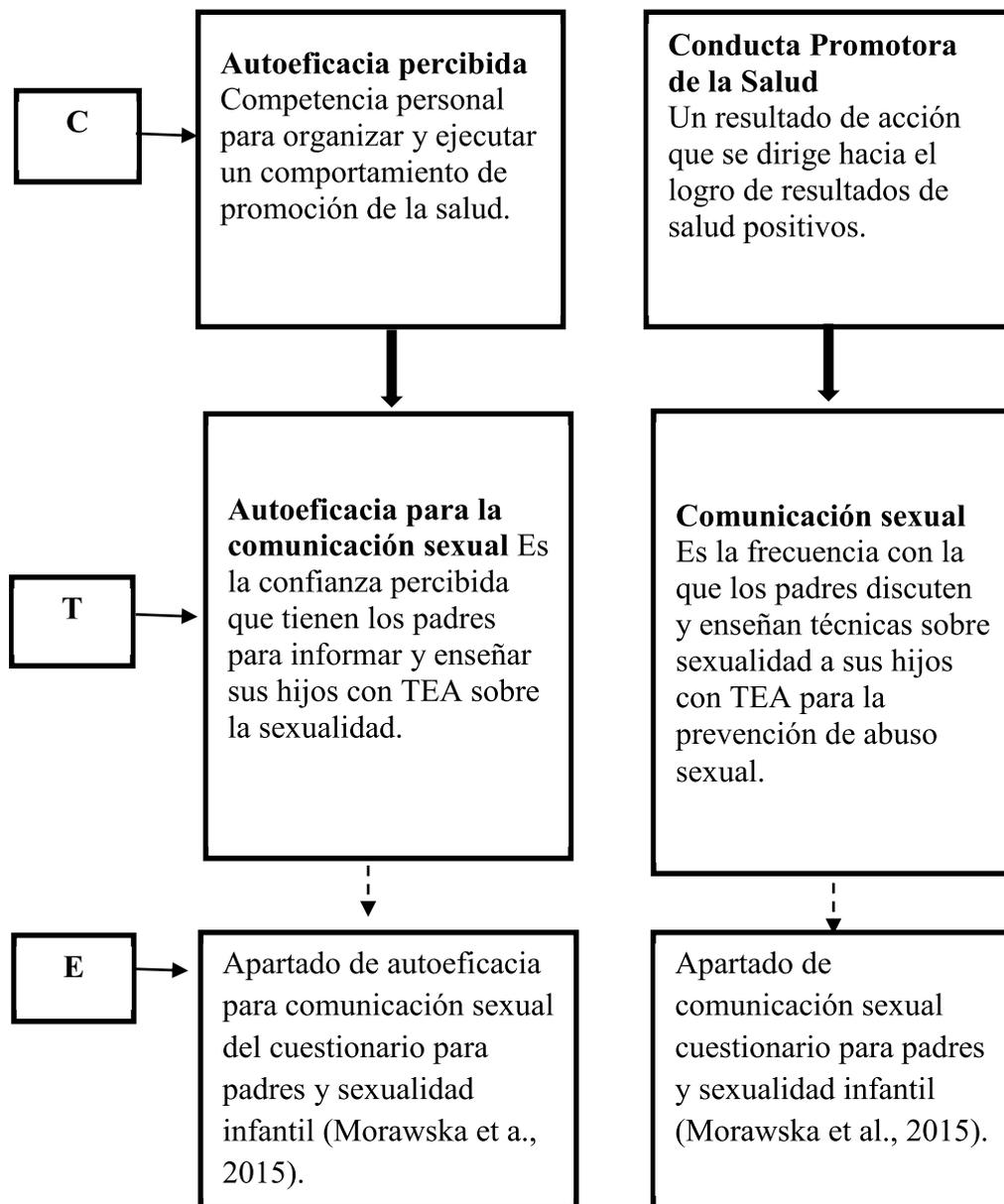
El segundo concepto es la conducta promotora de salud que hace referencia a la variable resultado, este se dirige en última instancia a la consecución de los resultados de salud positivos para el cliente (Pender et al., 2011). En este caso la conducta promotora de salud será representada por la comunicación sexual. En general, la comunicación, constituye una parte primordial en el desarrollo de toda persona, no solamente para satisfacer las necesidades básicas de alimento, vestido o seguridad, entre otros, sino también otras relacionadas a la exploración o a la adaptación (Tulloch et al., 2004).

La comunicación tiene diferentes funciones, permite a las personas establecer contacto con otras, dar o recibir información, expresar o entender lo que se piensa, transmitir emociones, recibir ideas, compartir experiencias con otros o relacionarse por afecto. Además, la comunicación es considerada como factor protector importante en la reducción de riesgos sexuales (Tulloch et al., 2004). Muchos programas de prevención

han concedido una gran importancia a la comunicación sexual de padres e hijos para la prevención de ITS, VIH, Sida y embarazos no planeados (Frías et al., 2008).

Frías et al. (2008), definen la comunicación sexual como la información que brinda el padre a su hijo sobre la prevención de embarazos no planeados en la adolescencia y la promoción del uso consistente del condón. Para el presente estudio comunicación sexual se refiere a la frecuencia con la que los padres discuten y enseñan técnicas sobre sexualidad a sus hijos con TEA para la prevención de abuso sexual.

A continuación, se presenta la estructura CTE de las variables de estudio en la Figura 1.

Figura 1*Estructura Conceptual-Teórica-Empírica*

Estudios relacionados

A continuación, se presentan los artículos científicos que abordan autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres.

Holmes y Himle (2014), realizaron un estudio con 190 padres de adolescentes con TEA, con la finalidad de comprender los patrones de comunicación de sexualidad entre padres y adolescentes con baja y alta función intelectual. El 92% de los participantes de los padres fueron mujeres con una edad *media* de 46 años ($DE= 6.41$), el 73.8% se encontraba casado o viviendo en unión libre, el 68.8% contaba con preparatoria o carrera profesional. En cuanto a los hijos adolescentes, el 86.8% eran hombres con una *media* de edad de 14 años ($DE= 1.96$).

Los autores encontraron que los padres con adolescentes con función intelectual alta se comunicaban con mayor frecuencia sobre la intimidad y las partes íntimas del cuerpo (98.5%), qué tipo de contacto está bien/no está bien (95.4%), sobre higiene sexual (93.1%), temas que pueden ser discutidos en público/privado (91.5%) y sobre la pubertad masculina (91.5%). Para los padres con adolescentes con función intelectual baja, los temas abordados más comúnmente por los padres fueron las partes íntimas del cuerpo (94.7%) y la privacidad (89.5%), qué tipo de contacto está bien/no está bien (91.2%), higiene (89.5%) y temas de discusión públicos versus privados (67.9%). Los temas menos abordados por los padres con adolescentes de función intelectual alta fueron sobre relaciones sexuales (29.2%), ITS (27.1%), cómo usar el condón (19.5%) y cómo elegir un método anticonceptivo (14.7%).

En cuanto a los padres de adolescentes con función intelectual baja, los temas menos comunes incluyeron cómo invitar a alguien a una cita (21.1%), cómo tomar decisiones sobre si tener relaciones sexuales (19.3%), hablar sobre anticonceptivos para

prevenir el embarazo (14.3%) y cómo usar el condón (10.5%). Además, se encontró que el nivel de función intelectual (alto versus bajo funcionamiento) predijo el número de temas sexuales platicados ($B = -.381, p < .001$). Los padres de los adolescentes con función intelectual alta cubrieron un mayor número de temas sexuales que los padres de los adolescentes con función intelectual baja ($R^2 = .167, F_{[3, 182]} = 12.156, p < .001$).

Ballan (2012), llevó a cabo una investigación cualitativa con 19 padres de adolescentes con TEA, con el objetivo de explorar la comunicación sobre la sexualidad en las familias de adolescentes con TEA. En el estudio participaron 16 mujeres y 13 hombres, el 84% de los participantes se encontraban casados. En relación a los hijos, la edad era de 6 a 13 años. El estudio encontró que los padres desean tener un mayor conocimiento para poder platicar con su hijo temas delicados de sexualidad como la prevención del abuso sexual (58%). Además, el estudio señala que los padres de los adolescentes con TEA sienten dificultades para comunicar temas relacionados a la higiene (74%) tales como la menstruación y la limpieza, además de la masturbación o sueños húmedos.

Mackin et al. (2016), realizaron un estudio cualitativo con 15 padres de adolescentes con TEA, con la finalidad de describir las percepciones de los padres sobre las necesidades de educación sexual de sus hijos. Para ese estudio participaron 14 mujeres y un hombre, con una *media* de edad de 46 años. Con respecto a los adolescentes, 14 eran hombres y 2 mujeres, con una edad media de 16 años. El estudio demostró que los padres tienen muchas dificultades en comunicarse sobre temas sexuales, no saben en qué momento hablar y cuál es la edad que deben tener sus hijos para hablar sobre temas sexuales. Los temas sexuales más abordados con sus hijos

fueron relacionados a la pornografía (33%), anatomía y fisiología (33%), lenguaje sexual y pubertad (27%), embarazo (27%) y los temas menos platicados fueron, las ITS (7%), autoprotección sexual (7%) y masturbación (7%). Además, el estudio señala que los temores y preocupaciones de los padres sobre la educación sexual están relacionado con la falta de información adecuada (60%), explotación/abuso sexual (60%) e intereses sexuales peculiares (33%). Los padres también informan que se sienten más capaces en abordar temas sexuales con sus hijos, cuando han recibido información confiable de profesionales y cuando sus hijos muestran tener interés sobre su salud sexual.

Clatos y Asare (2016), realizaron un estudio con 15 padres de niños con discapacidad, con la finalidad de evaluar un estudio piloto sobre educación sexual para padres de niños con discapacidades. El estudio estuvo conformado por el 66% mujeres y el 44% hombres, con rango de edad entre 24 y 57 años ($M= 46.5$, $DE= .74$), el 66% de los padres se encontraban casados, el 13% divorciados, el 13% solteros y el 6% separados. El 72% de los padres se encontraban con una escolaridad baja y el 28% graduados de una carrera profesional. Respecto a los hijos, el 66% eran niños, el 33% de edad de los hijos fue de 11 a 15 años, el 26% de 6 a 10 años, el 26% de 16 a 20 años y el 13% de 21 a 25 años y los diagnósticos eran, Autismo, Desorden en el Comportamiento, Síndrome de Down, Discapacidad Intelectual, Espina Bífida, Discapacidad en el Aprendizaje, Parálisis Cerebral y Déficit de Atención e Hiperactividad.

El estudio encontró que el 53% de los padres indicaron que no se sentían cómodos hablando con sus hijos con discapacidad sobre educación sexual y el 46% de los padres informaron que no tenían las habilidades de necesarias para la comunicación sexual. El 33% de los padres refirieron tener conocimiento sobre la información o

educación sexual que necesitaban brindar a sus hijos con discapacidad. Respecto a la autoeficacia para la educación sexual de los padres con sus hijos se encontró una *media* de 16.53 ($DE= 7.00$) y del comportamiento de comunicación sexual se encontró una *media* de 9.53 ($DE= 3.85$).

Pownall et al. (2012), realizaron un estudio con madres de hijos con discapacidad intelectual, la muestra estuvo conformada por 30 madres de hijos con DI y 30 madres con hijos sin discapacidad, su objetivo fue comparar los desafíos particulares que los padres enfrentan al desarrollo de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual y sin discapacidad. Las madres de hijos con discapacidades tenían una edad *media* de 48 años ($DE = 6.50$), 21 madres se encontraban casadas y 9 separadas. Las madres con hijos sin discapacidad tenían una edad *media* de 48 años ($DE = 4.90$), 25 estaban casadas y 5 separadas. Al respecto a los hijos con discapacidad, tenían una edad *media* de 18.8 años ($DE=1.90$) y los hijos sin discapacidad una edad *media* de 18 años ($DE=1.70$).

El estudio demostró que las madres de hijos con discapacidad intelectual le daban menos importancia a discutir temas de abstinencia ($p =.018$), la presión de grupo ($p < .001$) y ITS ($p =.006$) comparado con las madres con hijos sin discapacidad. A su vez, las madres de hijos sin discapacidad creían que hablar sobre el placer sexual ($p =.008$) y la masturbación ($p =.009$) era menos importante. Además, se encontró que las madres de hijos sin discapacidades se sintieron menos cómodas para hablar sobre algunos temas delicados, en particular placer sexual ($p = .018$) comparando con las madres de jóvenes con DI. Los autores reportaron que las madres de hijos con discapacidad intelectual habían hablado menos temas sexuales en general que las

madres con hijos sin discapacidad ($F_{[1,56]}= 5.69, p= .021$). Asimismo, las madres con hijas con discapacidad se comunicaban más sobre temas sexuales que madres con hijos sin discapacidad ($F_{[1,56]}= 4.80, p =.033$).

Kok y Akyuz (2015), realizaron un estudio 38 madres y 24 padres de hijos con discapacidad, siendo con la finalidad de determinar las necesidades educativas de los padres con respecto al desarrollo sexual de sus hijos adolescentes con discapacidad intelectual. Encontraron que las madres tenían dificultad de comunicarse sobre temas relacionados a higiene íntima de sus hijos con discapacidades como el uso de almohadillas (70%), limpieza corporal (39.4%) y los padres principalmente tuvieron dificultades para hablar sobre el comportamiento sexual de los niños en lugares públicos (12.5%) y protección contra el abuso sexual (37.5%). Además, se encontró que las madres ($M= 28.47, DE= 5.61$) presentaron mayor autoeficacia para comunicarse sobre temas sexuales comparado con los padres ($M= 26.64, DE= 4.66, U= 2.033, p= .042$).

Holmes et al. (2016), realizaron un estudio con 131 padres de adolescentes con TEA, con el objetivo de examinar la relación entre los síntomas del TEA, las preocupaciones de los padres relacionadas con la sexualidad y la comunicación sexual entre padres e hijos. El 92.2% de los padres eran mujeres, con una edad *media* de 46 años ($DE= 6.38$). Al respecto a los hijos, el 87% eran hombres, con una *media* de edad de 14 años ($DE= 1.95$). Encontraron que la autoeficacia para la comunicación sexual de los padres se correlacionó con las preocupaciones y expectativas sobre la sexualidad de sus hijos ($r= -.20, p= .030$) y con las preocupaciones con los comportamientos sexuales extraños, compulsivos y obsesivos ($r= -.27, p= .002$). La preparación parental M

($B= .25, p= .014$) y la autoeficacia ($B= .37, p< .001$) predijo el número de temas sexuales abordados con sus hijos ($F_{[3,12]}= 21.677, p< .001, R^2= .344$) cuando la edad fue controlada ($B= .163, p= .029$).

Holmes et al. (2019), realizaron una investigación con 141 padres de mujeres con diagnóstico de TEA, con el propósito de describir la comunicación sexual en familias de niñas adolescentes con autismo y examinar cómo las variables cognitivas sociales (autoeficacia) están relacionadas con el número de temas de sexo abordados de acuerdo con la Función Intelectual (FI). El 92.9% de los participantes eran mujeres, con una *media* edad de 46 años ($DE= 6.40$), el 80.8% de los padres estaban casados o viviendo en una unión libre, el 70% moraban en un ambiente suburbano, el 17.1% en áreas urbanas y el 12.9% en localidades rurales, el 69.5% contaba con un título de licenciatura o superior. En relación a las hijas, tenían una edad *media* de 14 años ($DE= 1.78$), el 42.5% estaban diagnosticadas con autismo, el 36.9% con asperger, el 10.6% con trastorno generalizado del desarrollo no especificado, el 9.2% indicaron una combinación de estos, con una edad *media* de diagnóstico a 7.88 años ($DE= 3.49$).

Los padres reportaron que habían cubierto conceptos básicos de sexualidad tanto para sus hijas con la FI encima del promedio e hijas con $FI < 70$ respectivamente: privacidad (98.9%; 88.7%), identificación de conductas de abuso sexual (93.2%; 81.1%), higiene (94.3; 98.1%) y menstruación (95.4%; 88.7%), muchos omitieron temas importantes relacionados con las relaciones de matrimonio (73,9%; 37.7%), prevención de ITS (60.9%; 15.1%) y la sexualidad como un aspecto positivo (54.5%; 17.0%). La edad de las hijas se correlacionó con el número de temas sexuales abordados

($r = .27, p = .011$). El estudio demostró que los padres con hijas con FI menor de 70 tuvo un efecto en el número de temas sexuales abordado ($F_{[3, 137]} = 21.69, p < .001$) y en la autoeficacia para la comunicación sexual ($F_{[3, 139]} = 16.39, p < .001$). El modelo de regresión lineal de los padres demostró que la autoeficacia para comunicarse sobre sexualidad con sus hijas predijo el número de tópicos sexuales abordados ($F_{[6, 136]} = 16.87, p < .001, R^2 = .44$).

Síntesis de los estudios relacionados

En síntesis, los estudios anteriores fueron realizados en Estados Unidos, Turquía y Escocia; no se encontró ningún estudio en población mexicana. Los estudios localizados fueron de enfoques cuantitativos y cualitativos. La revisión de la literatura muestra que se ha estudiado la comunicación sexual entre padres e hijos con discapacidad, sin embargo, pocos estudios especifican la relación de la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual entre padres e hijos con discapacidad intelectual. Los estudios muestran que la participación de las madres es mayor y en su mayoría son hijos varones. Varios estudios indicaron diversos temas que son platicados entre padres e hijos, esos temas dependen del nivel de función intelectual de los hijos. Un estudio demostró que las madres se sienten más cómodas para hablar de sexualidad con sus hijas. Algunos estudios demostraron que las madres presentaron mayor autoeficacia para comunicarse sobre temas sexuales comparado con los padres y que la autoeficacia predice el número de temas abordados por los padres.

Definición de términos

A continuación, se definen los términos de las variables que serán abordadas en el presente estudio.

Sexo es la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer.

Autoeficacia para la comunicación sexual es la confianza percibida que tienen los padres para informar y enseñar a sus hijos con TEA sobre la sexualidad, el cual será medido por el apartado de autoeficacia para la comunicación sexual del cuestionario para padres y sexualidad infantil (Morawska et al., 2015).

Comunicación sexual es la frecuencia con la que los padres discuten y enseñan técnicas sobre sexualidad a sus hijos con TEA para la prevención de abuso sexual, el cual será medido por el apartado de comunicación sexual del cuestionario para padres y sexualidad infantil (Morawska et al., 2015).

Nivel de autismo: Nivel 1 "Requiere apoyo", se denomina autismo leve. Personas con habilidades para la comunicación verbal y motivadas por interactuar con otros, pero que sus intentos de acercamiento pueden resultar peculiares a los demás. Nivel 2 "Requiere apoyo sustancial", las personas en el grado 2 habitualmente solo lo hacen cuando el tema es de sus intereses. Usan frases muy sencillas y la expresión extraverbal resulta muy llamativa. Nivel 3 "Requiere apoyo muy sustancial", las personas en el grado más profundo del espectro tienen la comunicación verbal limitada a pocas palabras y su respuesta a la iniciativa de los demás para interactuar es escasa en la mayoría de los casos (APA, 2014). Será medido por la pregunta DH6 en la cédula de datos.

Objetivos

Objetivo general

Conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA.

Objetivos específicos

1. Describir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA.
2. Identificar los temas sexuales abordados por los padres de hijos con TEA.
3. Identificar la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por sexo de los hijos con TEA.
4. Establecer la relación que existe entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA.

Hipótesis

H1: A mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor autoeficacia para la comunicación sexual con los padres.

H2: A mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor comunicación sexual con los padres.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño, población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimiento, consideraciones éticas y estrategias de análisis de datos.

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño correlacional predictivo (Grove & Gray, 2019). Correlacional predictivo, porque tuvo como finalidad predecir el valor de una variable (comunicación sexual) basándose en valores obtenidos de otra (autoeficacia para la comunicación sexual). El estudio fue del tipo transversal porque se levantaron datos en un momento específico.

Población, muestra y muestreo

La población del estudio se conformó por padres o madres con hijos diagnosticados con TEA. El muestreo fue no probabilístico al emplear la técnica de bola de nieve virtual en las diferentes redes sociales (Baltar & Gorjup, 2012). El tamaño de la muestra fue de 134 padres, en el cual fue calculado por el programa nQuery Advisor con un nivel de significancia de .05, coeficiente de correlación de .30, poder del 95%.

Criterios de inclusión

Padre o madre con hijos diagnosticados con TEA y con edades entre tres a 17 años.

Criterio de eliminación

Fueron eliminados a los participantes que contestaron hasta la cédula de datos, los que no respondieron a la totalidad de los instrumentos y participantes de otros países.

Instrumentos de medición

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizó en el estudio. Se contó con una cédula de datos personales y un apartado del cuestionario para padres y sexualidad infantil.

Se utilizó una cédula de datos sociodemográficos para describir las características de los padres y sus hijos (Apéndice A). Con respecto a la información de los padres se incluyó: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ingreso económico y a que se dedica. Respecto a la información de los hijos se solicitó: edad, sexo, nivel escolar, estado civil, nivel de autismo diagnosticado, edad de diagnóstico, tipos de terapia que participa y con quien vive.

Para medir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual, se utilizó el apartado de autoeficacia para la comunicación sexual y comunicación sexual del cuestionario para padres y sexualidad infantil (Apéndice A), desarrollado por Morawska et al. (2015), el idioma original de este instrumento fue el inglés por lo que se utilizó el procedimiento de back-translation para traducirlo al español, como menciona Burns y Grove (2005), el cual consistió en traducir los instrumentos del idioma original (inglés) al español por un profesional bilingüe en el área de la salud, cuyo idioma nativo era el español. El segundo paso, se procedió a traducir de nuevo al inglés de la versión en español por un traductor profesional cuya lengua materna es el inglés. En el tercer paso, se realizó la revisión y comparación de las

traducciones de ambas versiones para comprobar que las preguntas conservaran el mismo sentido o significado. Posteriormente fue revisado por cinco expertos en el área de sexualidad y TEA para asegurar que el contenido y el vocabulario estuvieran adecuados a la población. Finalmente se tomaron en cuenta las recomendaciones de los expertos, dando mayor sentido y congruencia a la redacción de algunos ítems, los cuales fueron modificados para la aplicación final de los instrumentos.

El apartado de autoeficacia para la comunicación sexual, mide qué tan seguros los padres se sienten al hablar sobre la sexualidad. Para evaluar la autoeficacia para la comunicación sexual los padres se aplicaron 17 reactivos en una escala de 1 (seguro de que no puedo hacerlo) a 10 (seguro de que puedo hacerlo), con un rango de puntaje de 0 a 170 en donde a mayor puntaje, indica más alta autoeficacia. Un ejemplo de pregunta sería: Puedo comenzar una conversación sobre sexualidad con mi hijo(a). El apartado presentó un Alpha de Cronbach de .95 (Morawska et al., 2015).

El apartado de comunicación sexual mide la frecuencia en que los padres generalmente se comunican y enseñan a sus hijos sobre sexualidad. Los padres respondieron a 17 reactivos en escala Likert de cuatro puntos que varía de 0 (nada) a 3 (muchas veces), con un rango de puntaje de 0 a 51, en donde a mayor puntaje, indica mayor comunicación sexual. Un ejemplo de pregunta sería: En las últimas 4 semanas, he utilizado la terminología correcta para los genitales. El apartado presentó confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .90.

Procedimiento de recolección de la información

Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de Mochis de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS), una vez aprobado, se diseñó el cuestionario completo en

la plataforma SurveyMonkey®(Apéndice A). Se seleccionó el portal SurveyMonkey para realizar la aplicación de los instrumentos debido a que los temas de sexualidad son sensibles y este medio permite una participación anónima y pueden responder en el lugar de su preferencia. Este tipo de aplicación de instrumentos ha sido utilizado en estudios similares y han demostrado ser útiles (Holmes et al., 2014).

Los padres de hijos con TEA fueron invitados a participar en el estudio a través de las redes sociales (Facebook, Instagram y WhatsApp) mediante una invitación abierta. En las redes sociales mencionadas anteriormente se brindó una breve explicación sobre el estudio (objetivo) y se invitó a participar por medio de un enlace (a través de un click) que direccionaba a la encuesta para que, si aceptan participar, respondieran a las preguntas.

En la plataforma el cuestionario incluía: consentimiento informado, pregunta filtro de criterio de inclusión, cédula de datos, escala de autoeficacia para la comunicación sexual y escala de comunicación sexual que serán descritos a seguir.

El primer punto que aparecía en la plataforma SurveyMonkey®, para el participante era el termo de consentimiento informado (Apéndice B), donde se les explicaba el objetivo de la investigación, además que su participación era voluntaria, anónima y confidencial. Asimismo, se les informó que aquellos que no desearan participar no tenía ninguna repercusión, y quienes aceptaban podrían retirarse en cualquier momento del estudio si así lo decidiesen. Por otra parte, al finalizar la lectura del consentimiento informado, se mostraba una opción de confirmación para participar o no en la investigación (Aceptar). Dicha opción debería ser clicada para determinar la participación voluntaria del padre o madre en el estudio, así como para dar continuidad

al llenado de los instrumentos. O si no acepta participar le aparecería la opción (Salir) de retirarse de la página.

Después del consentimiento informado, le aparecía una pregunta filtro que está relacionada con el criterio de inclusión: Usted tiene un hijo (a) diagnosticado (a) con TEA con edad entre 3 a 17 años, se el participante seleccionaba SI seguía para contestar los instrumentos y se el participante seleccionaba NO finalizaba su participación. A continuación, los padres que seleccionaron SI, seguían para continuar con el llenado de los instrumentos que fueron: Cedula de datos personales (padre e hijo), después escala de autoeficacia para la comunicación sexual y por fin la escala de comunicación sexual. Cabe señalar que el tiempo dedicado a responder los instrumentos fue de aproximadamente 15 minutos.

A medida que los padres iban llenando cada instrumento, los datos eran guardados e iba mostrando las preguntas siguientes. La colecta de información tuvo un horario abierto. La plataforma no permitía guardar las respuestas para después continuar contestándolos, de modo que los padres con datos incompletos fueron eliminados (que hubieran abandonado el llenado, por ejemplo). Al finalizar la encuesta, se mostraba un mensaje de confirmación (apareciendo la leyenda de *Enviar*) y posteriormente se agradecía su participación.

Como medida de seguridad para la protección de los datos digitales, una vez descargados de la plataforma digital (SurveyMonkey®), éstos fueron borrados de la nube y trasladados exclusivamente a un medio físico protegido por contraseña (memoria USB o disco duro externo). Al finalizar el llenado de los instrumentos se les agradeció su participación y se les proporcionó los números de contacto de la Fiscalía Central de

Investigación para Delitos Sexuales. Teléfonos: 5346-8110 /5346-8480 /5200-9000, para denunciar alguna sospecha de abuso sexual.

Consideraciones éticas

Este estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Se consideró el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los artículos siguientes. En todo momento se prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar de los participantes (Artículo 13).

El investigador dejó disponible en la plataforma un consentimiento informado donde los participantes decidían se querían o no participar del estudio, y de esta forma se acreditó su participación en el estudio (Artículo 14, Fracción V). Se esperó el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Sinaloa (Artículo 14, fracción VII). Después se aplicó el instrumento a los padres por medio de las redes sociales (Artículo 14, Fracción VIII), manteniendo el anonimato de los padres en la investigación, omitiendo su identidad y respondiendo el cuestionario en su área de preferencia (Artículo 16).

Esta investigación tuvo riesgo mínimo debido a que se aborda aspectos que pueden producir incomodidad al hablar de temas sexuales (Artículo 17, Fracción II). En las redes sociales se les brindó una breve explicación sobre el estudio (Artículo 21). Dejó claro que tenían la libertad de retirarse del estudio (Artículo 21, Fracción VI y VII

y Artículo 58, Fracción I). Los resultados del estudio no fueron utilizados para causar daño a los padres (Artículo 58, Fracción II).

Plan de análisis de datos

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22.0 para Windows. Para cumplir con el objetivo 1 y 2, se utilizó la estadística descriptiva, como medias, mínimos y máximos para las variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Previo al análisis de los demás objetivos, se procedió a verificar si las variables contaban con distribución normal por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov (*K-S*) con corrección de Lilliefors. Debido a que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal se utilizó la estadística no paramétrica. Para analizar el objetivo 3 y 4 se utilizó la prueba de *U* de Mann Whitney y correlación de Spearman respectivamente. Para cumplir con el objetivo general del estudio que fue conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA, se utilizó Modelo de Regresión Lineal Simple. Donde la variable dependiente fue la comunicación sexual y la independiente la autoeficacia para la comunicación sexual. Para probar las hipótesis de estudio que propone que a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor autoeficacia para la comunicación sexual de los padres y que a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor comunicación sexual de los padres, se realizó un análisis mediante la prueba de Kruskal Wallis. Para los hallazgos adicionales se realizó tablas cruzadas, *U* de Mann-Whitney, correlación de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple con el método de backward.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran los principales hallazgos del estudio. Inicialmente se describen las características sociodemográficas de los participantes, así como estadística descriptiva para las variables de estudio y el coeficiente de confiabilidad de los instrumentos. Posteriormente se presentan las correlaciones y regresiones y los resultados de la prueba de hipótesis. Finalmente se presentan algunos resultados adicionales.

Descripción de los participantes

La muestra final estuvo conformada por 152 participantes localizados en diferentes estados de la República Mexicana, los estados que más presentaron fueron Estado de México (28.3%), Sinaloa (15.1%) y Baja California (10.5%), ver la Tabla 1.

Tabla 1

Ubicación de los participantes de acuerdo a su estado

Estado	<i>f</i>	%
Estado de México	43	28.3
Sinaloa	23	15.1
Baja California	16	10.5
Nuevo León	13	8.6
Guerrero	10	6.6
Chihuahua	7	4.6
Puebla	7	4.6

Continuación Tabla 1*Ubicación de los participantes de acuerdo a su estado*

Estado	<i>f</i>	%
Chiapas	6	3.9
No mencionado	6	3.9
Jalisco	5	3.3
Veracruz	3	2
Tabasco	2	1.3
Coahuila	2	1.3
Sonora	2	1.3
Hidalgo	2	1.3
Querétaro	2	1.3
Tamaulipas	1	.7
Tlaxcala	1	.7
Zacatecas	1	.7

Nota: n= 152.

La edad *media* de los padres fue de 38.8 años ($DE = 7.56$), predominando el sexo femenino (88.8 %). De acuerdo al estado civil, el 57.9% eran casados, el 17.1% estaban en una unión libre, el 10.5% de los padres se encontraban solteros, el 7.2% separado, el 5.9% divorciado y el 1.3% viudo. En cuanto a la escolaridad de los participantes se encontró que, el 49.3% tenían un grado de licenciatura, el 17.8% de preparatoria, el 13.2% de posgrado, el 9.9% una carrera técnica, el 9.2% secundaria y el .7% primaria. De acuerdo al grado de parentesco, el 88.8% era la mamá y el 11.2% el papá. Segundo

la ocupación, el 61.2% trabajan fuera de casa, el 37.5% se dedican al cuidado del hogar, el .7% trabaja y estudia y el .7% es estudiante. El nivel de ingreso mostró una *media* de 11,480 pesos mexicanos ($DE= 9.08$).

De acuerdo con los datos de los hijos, se encontró que el 77.6% son hombres y el 22.4% del sexo femenino con una edad *media* 9 años ($DE= 4.28$). Según el grado escolar, se encontró que el 42.1% cursan primaria, el 24.3% preescolar, el 15.8% secundaria, el 9.2% no presenta ningún grado de estudio y el 8.6% preparatoria. En relación a con quien vive, el 68.4% mencionaron que es con su mamá y papá, el 25.7% vive con su mamá, el 4.6% con otros familiares como abuelos y apenas el 1.3% dijo que vive con su papá. De acuerdo a la edad de diagnóstico, se encontró una *media* de 4.2 años de edad ($DE=2.82$). Sobre el nivel de autismo del hijo (a), se encontró que el 51.7% tienen nivel 1, el 29.1% nivel 2, el 13.2% nivel 3 y 6% dijeron que no saben el nivel de autismo de su hijo (a). En cuanto a las terapias, el 66.4% informó que su hijo realiza terapias siendo las más comunes: lenguaje, conductual y educativa y el 33.6% dijeron que no realiza ninguna terapia. Al respecto a la comunicación verbal, los padres mencionaron que el 47.7% si comunica verbalmente, el 31.1% si comunica un poco y el 21.2% mencionaron que su hijo no se comunica verbalmente.

Características psicométricas de los instrumentos

Previo al análisis inferencial se evaluó la consistencia interna de los instrumentos para padres, referente a la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual. En la Tabla 2, se muestran los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach para evaluar los dos apartados del instrumento cuestionario para padres, los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Grove & Gray, 2019).

Tabla 2*Consistencia interna del Instrumento Cuestionario para padres*

Escala	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Autoeficacia para la comunicación sexual	17	.90
Comunicación sexual	17	.89

*Nota: n= 152.***Datos descriptivos de las variables de estudio**

De acuerdo al objetivo 1, que propone describir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA, se reporta lo siguiente.

En la Tabla 3 se presentan los datos descriptivos de la autoeficacia para la comunicación sexual, se encontró que en la escala de autoeficacia para comunicación sexual algunas preguntas presentaron medias altas como por ejemplo: puedo utilizar la terminología correcta de los genitales que arrojó una *media* de 9.29 de autoeficacia para la comunicación sexual ($DE= 1.95$), puedo modelar una imagen corporal positiva obtuvo una *media* de 9.11 de autoeficacia para la comunicación sexual ($DE= 1.69$) y puedo supervisar el uso de internet y televisión de mi hijo(a) para saber si visualiza información sobre sexualidad presentó una *media* de 9.32 ($DE= 1.68$) de autoeficacia para la comunicación sexual. Sin embargo, también se encontraron medias bajas en algunas preguntas como: puedo comenzar una conversación sobre sexualidad con mi hijo (a) arrojó una *media* de 6.72 de autoeficacia para la comunicación sexual ($DE= 3.52$) y puedo animar mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad llegó a presentar una *media* de 7.14 de autoeficacia para la comunicación sexual ($DE= 3.19$). El

instrumento total presentó una *media* de 81.46 (*DE*= 18.41; *Max.* = 100), lo cual indica que los padres tienen autoeficacia para la comunicación sexual, es decir, se sienten capaces de hablar sobre sexualidad con sus hijos. La prueba de *Kolmogorov-Smirnov* para la autoeficacia para la comunicación sexual no presentó distribución normal ($D^a = .15, p < .001$).

Tabla 3

Datos descriptivos autoeficacia para la comunicación sexual

Ítems	1 a 10									
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %
1. Puedo responder a una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre un tema de sexualidad.	11.2	2.6	2	2.6	7.2	2.6	3.9	5.9	5.3	56.6
2. Puedo comenzar una conversación sobre sexualidad con mi hijo(a).	17.1	2.6	5.3	2.6	10.5	4.6	3.9	5.9	5.3	42.1
3. Puedo mantener la calma cuando mi hijo(a) hace una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre sexualidad.	5.9	2.6	-	.7	4.6	2	2.6	9.9	13.8	57.9
4. Puedo animar a mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad.	11.2	3.3	2.6	2	15.1	3.9	2.6	10.5	7.9	40.8

Continuación Tabla 3

Datos descriptivos autoeficacia para la comunicación sexual

Ítems	1 a 10									
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %
5. Puedo conversar sobre la educación sexual de mi hijo(a) con mi pareja u otro cuidador.	3.9	2.6	1.3	1.3	4.6	2	2	5.9	6.6	69.7
6. Puedo utilizar la terminología correcta para los genitales.	2.6	.7	1.3	.7	2	.7	.7	2.6	9.2	79.6
7. Puedo escuchar las opiniones/observar expresiones corporales de mi hijo(a) sobre la sexualidad.	2.6	2	-	1.3	3.3	2	3.3	5.3	12.5	67.8
8. Se siente cómodo (a) al hablar con su hijo(a) sobre la sexualidad.	6.6	1.3	-	.7	4.6	3.9	5.3	11.8	15.8	50
9. Puedo usar un evento actual, anécdotas o una historia de los medios para iniciar una conversación con mi hijo(a) sobre sexualidad.	9.9	.7	1.3	1.3	7.9	5.3	3.9	5.3	12.5	52
10. Puedo evitar hacer bromas sobre la sexualidad de mi hijo(a).	6.6	1.3	2	.7	.7	3.3	.7	3.9	9.9	71.1
11. Puedo leer libros, cuentos o ver vídeos con mi hijo(a) sobre sexualidad.	7.2	1.3	3.3	1.3	6.6	5.3	4.6	6.3	13.8	51.3
12. Puedo animar a mi hijo (a) a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad.	5.9	.7	1.3	2	7.9	6.6	7.9	6.6	10.5	50.7

Continuación Tabla 3*Datos descriptivos autoeficacia para la comunicación sexual*

Ítems	1 a 10									
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %
13. Puedo darle folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una comunicación sobre su sexualidad.	11.2	1.3	2	2.6	5.3	3.3	5.9	7.2	9.9	51.3
14. Puedo expresar comodidad con mi propia sexualidad.	5.3	.7	.7	1.3	3.9	3.9	2.6	5.9	13.8	61.8
15. Puedo acceder a recursos de la comunidad (Ej. talleres, cursos, charlas) para ayudarlo(a) a aprender sobre sexualidad infantil.	3.3	2.6	2.6	3.3	3.3	4.6	2	6.6	5.3	68.4
16. Puedo modelar una imagen corporal positiva.	.7	.7	1.3	-	2	5.3	3.3	7.2	13.8	65.8
17. Puedo supervisar el uso de internet y televisión de mi hijo(a) para saber si visualiza información sobre sexualidad.	2	.7	-	.7	1.3	1.3	1.3	5.3	15.1	72.4

Nota: n= 152.

En relación a la comunicación sexual, en la Tabla 4 se presentan los datos descriptivos de la variable. Se encontró que todos los ítems tuvieron medias bajas, las más bajas fueron: en las últimas 4 semanas, le he dado folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una conversación sobre sexualidad, presentó una *media* de .70 de comunicación sexual ($DE = .81$), en las últimas 4 semanas, he leído libros, cuentos o he

observado videos con mi hijo(a) sobre sexualidad, arrojó una *media* de .86 de comunicación sexual ($DE = .92$) y en las últimas 4 semanas, he animado a mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad corroboró con una *media* de .91 de comunicación sexual ($DE = .92$). El instrumento total presentó una *media* de 51.34 ($DE= 19.66$; $Max. = 100$), lo cual indica una moderada comunicación sexual de los padres con hijo (a) sobre sexualidad. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para la comunicación sexual presentó distribución normal ($D^a = .71, p = .073$).

Tabla 4

Datos descriptivos comunicación sexual

Ítems	No es cierto	Poco cierto	Bastante cierto	Muy cierto	<i>M</i>	<i>DE</i>
	%	%	%	%		
1. En las últimas 4 semanas, he respondido a una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre un tema de sexualidad.	23.4	33.1	29.7	13.8	1.34	.98
2. En las últimas 4 semanas, he comenzado una conversación sobre sexualidad con mi hijo(a).	33.1	38.6	24.1	4.1	.99	.86
3. En las últimas 4 semanas, he mantenido la calma cuando mi hijo(a) hizo una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre sexualidad.	10.3	15.9	31.7	42.1	2.06	.99
4. En las últimas 4 semanas, he animado a mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad.	40.7	34.5	17.9	6.9	.91	.92

Continuación Tabla 4*Datos descriptivos comunicación sexual*

Ítems	No es	Poco	Bastante	Muy	<i>M</i>	<i>DE</i>
	cierto	cierto	cierto	cierto		
	%	%	%	%		
5. En las últimas 4 semanas, he conversado sobre la educación sexual de mi hijo(a) con mi pareja u otro cuidador.	20.7	27.6	26.2	25.5	1.57	1.08
6. En las últimas 4 semanas, he utilizado la terminología correcta para los genitales.	4.8	9.7	21.4	64.1	2.45	.85
7. En las últimas 4 semanas, he escuchado las opiniones/observado expresiones corporales de mi hijo(a) sobre la sexualidad.	11.7	29.7	26.9	31.7	1.79	1.02
8. En las últimas 4 semanas, se sintió cómodo (a) al hablar con su hijo(a) sobre la sexualidad.	15.9	22.1	35.9	26.2	1.72	1.02
9. En las últimas 4 semanas, he usado un evento actual, anécdotas o una historia de los medios para iniciar una conversación con mi hijo(a) sobre sexualidad.	30.3	37.2	18.6	13.8	1.16	1.01
10. En las últimas 4 semanas, he evitado hacer bromas sobre la sexualidad de mi hijo(a).	11.7	11	13.8	63.4	2.29	1.06
11. En las últimas 4 semanas, he leído libros, cuentos o he observado videos con mi hijo(a) sobre sexualidad.	44.1	32.4	17.2	6.2	.86	.92
12. En las últimas 4 semanas, he animado a mi hijo (a) a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad.	32.4	32.4	22.8	12.4	1.15	1.01
13. En las últimas 4 semanas, le he dado folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una conversación sobre sexualidad.	49.7	33.8	13.8	2.8	.70	.81

Continuación Tabla 4*Datos descriptivos comunicación sexual*

Ítems	No es cierto %	Poco cierto %	Bastante cierto %	Muy cierto %	<i>M</i>	<i>DE</i>
14. En las últimas 4 semanas, he expresado comodidad con mi propia sexualidad.	12.4	15.2	29	43.4	2.03	1.04
15. En las últimas 4 semanas, he accedido a recursos de la comunidad (Ej. talleres, cursos, charlas) para ayudar(a) a aprender sobre sexualidad infantil.	44.8	33.8	11.7	9.7	.86	.96
16. En las últimas 4 semanas, he modelado una imagen corporal positiva.	7.6	17.2	34.5	40.7	2.08	.93
17. En las últimas 4 semanas, he supervisado el uso de internet y televisión de mi hijo(a) para saber si visualiza información sobre sexualidad.	11.7	8.3	24.8	55.2	2.23	1.02

Nota: $n= 152$.

En relación al objetivo 2 que menciona identificar los temas sexuales abordados por los padres de hijos con TEA. En la Tabla 5 se muestra que el 90.8% de los padres han abordado el tema de la higiene con sus hijos(as), el 66.4% sobre privacidad y partes del cuerpo y el 58.6% de los padres se han comunicado con sus hijos(as) sobre los tipos de contacto físico, se puede señalar que los tres anteriores temas han sido los más abordados por los padres. Por otro lado, los temas menos abordados por los padres fueron, el abuso sexual (21.7%), el embarazo (11.2%) y las ITS (10.5%).

Tabla 5

Temas sexuales abordados por los padres

Temas	<i>f</i>	%
Higiene	138	90.8
Privacidad y partes privadas	101	66.4
Tipos de contacto físico	89	58.6
Pubertad	33	21.7
Abuso sexual	33	21.7
Embarazo	17	11.2
Infección de transmisión sexual	16	10.5

Nota: n= 152.

Estadística inferencial

Para dar respuesta al objetivo 3, que señala identificar la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por sexo de los hijos con TEA, se aplicó la prueba *U* de Mann-Whitney para grupos independientes, en la Tabla 6 muestra que los hombres presentan mayores medias en la autoeficacia para la comunicación sexual ($M= 82.51$) comparado con las mujeres ($M= 77.85$). A su vez se encontró que las mujeres presentan mayores medias en la comunicación sexual ($M= 52.29$) comparado con los hombres ($M= 51.01$). Sin embargo, no se presentaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en las variables de autoeficacia para la comunicación sexual y comunicación sexual en padres de hijos(as) con TEA ($p > .05$).

Tabla 6

Prueba de U de Mann-Whitney para la autoeficacia para comunicación sexual y comunicación sexual por sexo de los hijos

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Autoeficacia para la comunicación sexual						
Hombre	118	82.51	88.56	18.48	1598.5	.07
Mujer	34	77.85	81.37	17.97		
Comunicación sexual						
Hombre	112	51.01	49.02	19.83	1718.0	.54
Mujer	33	52.29	52.94	19.34		

Nota: M = media, Mdn = mediana, U = U de Mann-Whitney, p = valor de p, n = 145.

Para cumplir con el objetivo 4, sobre la relación entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual, se realizó una prueba de correlación de Spearman. En la Tabla 7, se muestra que existe una correlación significativa entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual ($r = .59, p < .01$). Por lo tanto, se puede decir que aquellos padres con una mayor confianza percibida para informar y enseñar a sus hijos(as) sobre sexualidad, presentan mayor frecuencia en la discusión y enseñanza de técnicas sobre sexualidad.

Tabla 7

Matriz de correlación de Spearman entre las variables autoeficacia para la comunicación sexual, comunicación sexual y la edad de los hijos

Variables	1	2
1. Autoeficacia para la comunicación sexual	1	.59**
2. Comunicación sexual		1

*Nota: ** $p < .01$, $n = 145$.*

Para cumplir con el objetivo general, que menciona conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. Se realizó una prueba de regresión lineal simple. En la Tabla 8 y 9 se presenta el modelo general lineal simple sin y con el contraste *bootstrap*. Se encontró que la autoeficacia para la comunicación sexual explicó el 34% de la varianza en la comunicación sexual. El modelo fue estadísticamente significativo ($F_{[143,1]} = 73.601, p < .001$).

Tabla 8

Modelo de Regresión Lineal Simple de la autoeficacia para la comunicación sexual con la comunicación sexual

Variable	B	Desv. Error	Beta	t	p
Constante	.479	6.077	-	.079	.937
Autoeficacia para la comunicación sexual	.624	.073	.583	8.579	.000

*Nota: ** $p < .001$, $n = 144$.*

Tabla 9

Modelo de Regresión Lineal Simple con bootstrap de la autoeficacia para la comunicación sexual con la comunicación sexual

Variable	B	p	Intervalo de Confianza de 95%	
			LI	LS
Constante	.479	.937	-11.53	12.49
Autoeficacia para la comunicación sexual	.624	.000	.480	.768

Nota: ** $p < .001$, $n = 144$.

Prueba de hipótesis

Para probar la hipótesis 1 y 2, que menciona a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor autoeficacia para la comunicación sexual de los padres, y que a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor comunicación sexual de los padres, se utilizó la prueba de *Kruskal Wallis*. En la Tabla 10 se observa que no hubo diferencia significativa en la hipótesis 1. Sin embargo, en la hipótesis 2 se encontró diferencia significativa entre la comunicación sexual y el nivel de autismo de los hijos(as), donde el test post-hoc mostró una diferencia de la comunicación sexual en el nivel 1 y el nivel 2 de TEA ($p < .05$).

Tabla 10

Prueba de Kruskal- Wallis para la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por nivel de autismo de los hijos

VARIABLES	Nivel de autismo	n	M	Mdn	Rango promedio	H	p
Autoeficacia para la comunicación sexual	Nivel 1	78	85.42	88.88	77.87	5.89	.053
	Nivel 2	44	78.72	88.23	68.32		
	Nivel 3	20	76.53	74.83	53.68		
Comunicación sexual	Nivel 1	74	56.62	55.88	76.82	8.34	.015
	Nivel 2	41	47.20	43.13	57.29		
	Nivel 3	20	47.45	45.09	57.30		

Nota: M = media, H = Kruskal-Wallis, p = valor de p, n = 145.

Hallazgos adicionales

Se realizaron análisis adicionales para la presente investigación. En la Tabla 11 se encontró los temas generales fueron más abordados por los padres de acuerdo a la comunicación verbal del hijo, se mencionarán algunos a continuación: el 100% de los padres que contestó que, si su hijo se comunica verbalmente, el 91.7% abordó temas de higiene y el 8.3% no, sin embargo, el 41.7% abordó el abuso sexual y el 58.3% no. Por otro lado, del 100% de los padres que contestó que su hijo no se comunica verbalmente, el 53.1% abordó las partes del cuerpo y el 46.9% no, a su vez, el 3.1% abordó ITS y el 96.9% no lo abordaron.

Tabla 11

Tabla cruzada -comunicación verbal de los hijos (as) y temas sexuales abordados por los padres

		¿Su hijo se comunica verbalmente?			Total
		Si	Un poco	No	
		% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	
Higiene	Si	66	43	28	137
		91.7%	91.5%	87.5%	90.7%
	No	6	4	4	14
		8.3%	8.5%	12.5%	9.3%
Tipos de contacto	Si	52	22	14	88
		72.2%	46.8%	43.8%	58.3%
	No	20	25	18	63
		27.8%	53.2%	56.3%	41.7%
Pubertad	Si	27	2	4	33
		37.5%	4.3%	12.5%	21.9%
	No	45	45	28	118
		62.5%	95.7%	87.5%	78.1%
Privacidad y partes del cuerpo	Si	59	24	17	100
		81.9%	51.1%	53.1%	66.2%
	No	13	23	15	51

18.1% 48.9% 46.9% 33.8%

Continuación Tabla 11

Tabla cruzada de comunicación verbal y temas sexuales

		¿Su hijo se comunica verbalmente?			Total
		Si	Un poco	No	
		% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	% dentro de su hijo se comunica verbalmente?	
Abuso sexual	Si	30	1	2	33
		41.7%	2.1%	6.3%	21.9%
	No	42	46	30	118
		58.3%	97.9%	93.8%	78.1%
ITS	Si	15	0	1	16
		20.8%	0%	3.1%	10.6%
	No	5	47	31	135
		79.2%	100%	96.9%	89.4%
Embarazo	Si	15	1	1	17
		20.8%	2.1%	3.1%	11.3%
	No	57	46	31	134
		79.2%	97.9%	96.9%	88.7%
Total					151
					100%

Nota: n=151

En la Tabla 12 se muestra que los temas más generales como higiene y partes privadas del cuerpo, también fueron los temas más mencionados por los padres de acuerdo al nivel de autismo de su hijo(a). El 100% de los padres que contestaron que su hijo presenta el nivel 1 de autismo, el 61.5% abordó el tema de tipos de contacto y el 38.5% no lo abordó.

Tabla 12

Tabla cruzada - nivel de autismo de los hijos (as) y temas sexuales abordados por los padres

		¿Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?			Total
		Nivel 1 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	Nivel 2 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	Nivel 3 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	
Higiene	Si	71 91%	41 93.2%	18 90%	130 91.5%
	No	7 9%	3 6.8%	2 10%	12 8.5%
Tipos de contacto	Si	48 61.5%	23 52.3%	13 65%	84 59.2%
	No	30 38.5%	21 47.7%	7 35%	58 40.8%
Pubertad	Si	23 29.5%	5 11.4%	4 20%	32 22.5%
	No	55 70.5%	39 88.6%	16 80%	110 77.5%

Continuación Tabla 12*Tabla cruzada de nivel de autismo y temas sexuales*

		¿Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?			Total
		Nivel 1 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	Nivel 2 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	Nivel 3 % dentro de Cuál es el nivel de autismo que tiene su hijo?	
Privacidad y partes del cuerpo	Si	62 79.5%	21 47.7%	15 75%	98 69%
	No	16 20.5%	23 52.3%	5 25%	44 31%
Abuso sexual	Si	25 32.1%	5 11.4%	3 15%	33 23.2%
	No	53 67.9%	39 88.6%	17 85%	109 76.8%
ITS	Si	13 16.7%	1 2.3%	2 10%	16 11.3%
	No	65 83.3%	43 97.7%	18 90%	126 88.7%
Embarazo	Si	14 17.9%	1 2.3%	2 10%	17 12%
	No	64 82.1%	43 97.7%	18 90%	125 88%
Total					142 100%

Nota: n=142

En la Tabla 13 se presenta la diferencia de los temas sexuales con la autoeficacia para la comunicación sexual de padres de hijos con TEA. Los resultados muestran que los padres que han hablado con sus hijos sobre higiene, tipos de contacto físico, pubertad, privacidad, abuso sexual, ITS y embarazo mostraron mayor autoeficacia para comunicación sexual comparado con los padres que no han abordado los temas sexuales.

Tabla 13

Prueba de U de Mann-Whitney de temas sexuales y autoeficacia para la comunicación sexual de padres de hijos(as) con TEA

Autoeficacia para comunicación sexual	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Higiene						
Si	138	88.59	94.11	14.90	656.00	.048
No	14	79.49	84.31	18.86		
Tipos de contacto físico						
Si	89	86.69	91.50	14.89	1630.00	.000
No	63	74.08	77.12	20.40		
Pubertad						
Si	33	88.59	94.11	14.90	1243.00	.001
No	119	79.49	84.31	18.85		
Privacidad						
Si	101	85.55	88.88	13.77	1776.00	.002
No	51	73.36	78.43	23.32		

Continuación Tabla 13

Prueba de U de Mann-Whitney de temas sexuales y autoeficacia para la comunicación sexual de padres de hijos(as) con TEA

Autoeficacia para comunicación sexual	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Abuso sexual						
Si	33	93.08	96.07	9.64	850.00	.000
No	119	78.24	83.00	18.98		
ITS						
Si	16	91.38	95.75	10.92	584.00	.002
No	136	80.30	86.27	18.88		
Embarazo						
Si	17	90.42	94.11	10.94	761.50	.024
No	135	80.33	86.27	18.87		

Nota: M = media, Mdn = mediana, U = U de Mann-Whitney, p = valor de p, n = 152.

Por otro lado, en la Tabla 14 se muestra la matriz de correlación de las variables sociodemográficas de los padres, la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual. Los resultados muestran que a mayor edad de los padres se relaciona con mayor escolaridad y mayor autoeficacia para la comunicación sexual. A su vez los padres que tienen mayor escolaridad muestran mayor comunicación sexual.

Tabla 14

Matriz de correlación de Spearman entre las variables sociodemográficas de los padres, autoeficacia y comunicación sexual.

Variables	1	2	3	4	5
1.Edad	1				
2.Escolaridad	.22**	1			
3.Ingresos	.14	.04	1		
4.Autoeficacia para la comunicación sexual	.22**	.13	.07	1	
5.Comunicación sexual	.13	.16*	-.06	.59**	1

*Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$.*

En la Tabla 15 se muestra la matriz de correlación de las variables sociodemográficas de los hijos, la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual. Los resultados muestran que la autoeficacia para la comunicación se relaciona con la edad, la escolaridad y con los años de diagnóstico, a su vez, se relaciona negativamente con el nivel de autismo y con la comunicación verbal. Por otro lado, la comunicación sexual, se relaciona con la edad, escolaridad y la autoeficacia para la comunicación sexual, así mismo se relaciona negativamente con el nivel de autismo y con la comunicación verbal.

Tabla 15

Matriz de correlación de Spearman entre las variables sociodemográficas de los hijos(as), autoeficacia y comunicación sexual.

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1.Edad	1						
2.Escolaridad	.82**	1					
3.Nivel de autismo	-.07	-.24**	1				
4.Años de diagnostico	.51**	.52**	-.36**	1			
5.Comunicación verbal	-.37**	-.50**	.60**	-.40**	1		
6.Autoeficacia para la comunicación sexual	.22**	.20*	-.20*	.17*	-.27**	1	
7.Comunicación sexual	.24**	.22**	-.24**	.13	-.30**	.59**	1

*Nota: ** $p < .01$, * $p < .05$.*

Por otra parte, en la Tabla 16 se presenta el Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables sociodemográficas de los padres y autoeficacia sobre la comunicación sexual. El modelo mostró que la autoeficacia para la comunicación sexual explica la asociación con la comunicación sexual de los padres de hijos con TEA con una varianza explicada de 32.7%.

Tabla 16

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables sociodemográficas de los padres y autoeficacia sobre la comunicación sexual.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Valor de <i>p</i>
	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>β</i>	
Modelo inicial				
(Constante)	-6.90	10.27		.503
Edad	.08	.20	.03	.693
Escolaridad	1.62	1.35	.09	.230
Ingresos	.00	.00	-.11	.138
Autoeficacia	.61	.08	.57	.000
$F_{(4, 124)} = 16.53, R^2 = 34.8\%, p = .000$				
Modelo backward				
(Constante)	.83	6.51		.899
Autoeficacia	.61	.08	.57	.000
$F_{(1, 127)} = 61.83, R^2 = 32.7\%, p = .000$				

En la Tabla 17 se presenta el Modelo de Regresión Lineal Múltiple para las variables sociodemográficas de los hijos (as) y autoeficacia sobre la comunicación sexual. El modelo mostró que la autoeficacia para la comunicación sexual explica la asociación con la comunicación sexual con una varianza explicada de 43.3%.

Tabla 17

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables sociodemográficas de los hijos(as) y autoeficacia sobre la comunicación sexual.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	Valor de <i>p</i>
Modelo inicial	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>β</i>	
(Constante)	11.98	9.79		.223
Edad	1.06	.52	.23	.043
Escolaridad	.79	2.13	.04	.711
Nivel de autismo	-3.74	2.32	-.14	.109
Años de diagnóstico	-1.74	.60	-.25	.004
Comunicación verbal	-1.71	2.24	-.07	.447
Autoeficacia	.54	.08	.51	.000
$F_{(6, 126)} = 16.33, R^2 = 43.8 \%, p = .000$				
Modelo backward				
(Constante)	9.79	8.05		.226
Edad	1.27	.36	.28	.001
Nivel de autismo	-4.88	1.94	-.19	.013
Años de diagnóstico	-1.67	.59	-.24	.006
Autoeficacia	.55	.07	.53	.000
$F_{(4, 128)} = 24.47, R^2 = 43.3 \%, p = .000$				

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. El estudio utilizó como base dos conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2011). A continuación, se discuten los resultados obtenidos de los cuatro objetivos específicos, las dos hipótesis planteadas y el objetivo general. Posteriormente se presentan las limitaciones surgidas durante el proyecto de investigación y finalmente se muestran las conclusiones y recomendaciones.

En este estudio se contó con mayor participación de las madres, lo que concuerda con diversos estudios (Clatos & Asare, 2016; Holmes & Himle 2014; Holmes et al., 2016, 2019; Kok & Akyuz 2015). Esto se puede deber a la cuestión cultural donde asigna a la mujer como rol de protectora, cuidadora y educadora de sus hijos aún más cuando su hijo (a) presenta algún tipo de discapacidad.

Para el cumplimiento del primer objetivo, que hace referencia a describir la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual en padres de hijos con TEA se encontró que los padres y las madres en este estudio percibieron con más alta autoeficacia para la comunicación sexual, esto quiere decir, que ellos si sienten capaces de comunicarse con sus hijos sobre la sexualidad. Concuerda con Ballan (2001), que en su investigación menciona que los padres presentaron autoeficacia para la comunicación con sus hijos sobre sexualidad, sin embargo, señala que uno de los cuestionamientos de los padres era si sus hijos con TEA tenían habilidades para comprender. También coincide con un estudio realizado en padres de hijos normotípicos, donde los padres se sintieron con una alta autoeficacia para comunicarse

sobre sexualidad (Durán-Jiménez et al., 2008). Esto se puede explicar por los postulados de Pender et al. (2011) que menciona que la autoeficacia percibida es representada por la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta.

En relación a la comunicación sexual se encontró que los participantes presentaron dificultades o barreras para hablar sobre sexualidad con sus hijos. Este hallazgo concuerda con el estudio de Mackin et al. (2016) que indica que existen barreras de comunicación con relación a la educación sexual entre padres e hijos con TEA. Esto pudiera deberse a la cuestión cultural que juega la sexualidad, siempre rodeada por tabúes, aún más cuando se trata de discapacidad, donde piensan que personas con autismo son asexuadas, inocentes e incapaces de mantener relaciones, por esta razón muchos padres evitan conversar sobre sexualidad con sus hijos (Ballan, 2012). Además, el estudio muestra que de los padres en general presentarían una comunicación baja o moderada, este hallazgo corrobora con la investigación realizada por Holmes et al. (2016), donde los padres de hijos con alta función intelectual se comunicaban más con sus hijos sobre la sexualidad. Pudiera deberse a que la mayoría de los hijos del estudio presentaron el nivel 1 en la clasificación del autismo, y personas del nivel 1 presentan habilidades de comunicación verbal (APA, 2014).

Referente a la respuesta del segundo objetivo que señala identificar los temas sexuales abordados por los padres de hijos con TEA, en el presente estudio se encontró que los padres tienen una comunicación sexual muy general con sus hijos, ya que los temas más abordados por ellos fueron la higiene y las partes del cuerpo, esto concuerda con diversos estudios que encontraron que la higiene y las partes del cuerpo son los temas más abordados por los padres de hijos con TEA (Ballan, 2012; Corona et al.,

2016; Holmes & Himle 2014; Holmes et al., 2019; Rooks-Ellis et al., 2020). Sin embargo, temas más específicos como el abuso sexual, el embarazo y las ITS, fueron menos mencionados por los padres, lo que concuerda con otros estudios (Ballan, 2012; Holmes & Himle 2014). Lo anterior pudiera deberse a que los padres sienten temor o creen innecesario que sus hijos cuenten con esa información (Byers et al., 2013). Estudios muestran que niños y adolescentes con TEA y discapacidad intelectual son más vulnerables al abuso sexual comparado con los que no tienen discapacidad (Mandell et al., 2005), debido al aislamiento social y oportunidad limitada de educación e investigaciones recientes sugieren que los adultos con TEA que tienen mayor conocimiento sexual tienen menos probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual (Brown-Lavoie et al., 2014).

Referente al tercer objetivo donde se determinó identificar la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual por sexo de los hijos con TEA. En este estudio no se encontró diferencias significativas, esto pudiera deberse que dentro del diseño del estudio no se consideró un muestreo que permitiera tener grupos más equilibrados de padres y madres e hijos e hijas, ya que el autismo se presenta mayormente en el sexo masculino (Fombonne, 2005).

En relación al objetivo cuarto, que determinó la relación que existe entre la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual, se encontró que asocian positivamente lo que quiere decir que los padres que tenían una mayor autoeficacia, si se comunicaron más con sus hijos, en otras palabras, cuanto mayor la autoeficacia para la comunicación sexual, mayor la comunicación sexual. Este hallazgo, corrobora con el estudio de Holmes et al. (2016), donde la autoeficacia predijo una

mayor comunicación sexual de los padres hacia sus hijos. Esto puede ser explicado por el MPS, donde Pender et al. (2011) menciona que conforme es mayor la autoeficacia percibida, las barreras percibidas disminuye y consecuentemente incrementa la probabilidad para ejecutar la conducta.

En lo que respecta con la hipótesis que menciona; a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor autoeficacia para la comunicación sexual de los padres, los hallazgos no fueron estadísticamente significativos lo que se rechazó la hipótesis del estudio. Esto pudiera deberse que el porcentaje de los hijos que presentaron el nivel 3 de autismo en este estudio fueron muy pocos. También puede ser debido a que los padres desconocen exactamente el nivel de autismo de su hijo (a) debido a la dificultad del diagnóstico, o hasta mismo la aceptación del diagnóstico por los padres, ya que las etapas que atraviesan los padres hasta la aceptación de la discapacidad del hijo son muy similares a las del duelo (Ministerio de Sanidad & Política Social, 2009).

La hipótesis dos señala que; a mayor nivel de autismo de los hijos con TEA se presenta una menor comunicación sexual de los padres, los resultados permitieron aceptar la hipótesis dado que se mostró que existen diferencias significativas en relación a los niveles de autismo y la comunicación sexual. En otras palabras, los padres de hijos con el nivel 1 se comunican más con sus hijos, comparados con los de nivel 2 y 3. Este hallazgo concuerda con el estudio de Holmes y Hilme (2014), que menciona que los padres de adolescentes con función intelectual alta si comunicaron un mayor número de temas sexuales que los padres de adolescentes con función intelectual baja. Esto pudiera deberse que los padres creen que los hijos que no presentan lenguaje verbal no se

comunican o no entienden, o muchas veces no creen necesario y que sus hijos no van a llegar a tener este tipo de experiencia.

Referente al objetivo general del estudio que fue conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. Con base al análisis realizado se encontró que la autoeficacia para la comunicación sexual influye directamente en la comunicación sexual. En otras palabras, es más probable que los padres que si sienten con una mayor autoeficacia para comunicarse con sus hijos sobre sexualidad, se comuniquen con mayor frecuencia con sus hijos sobre la sexualidad. Este hallazgo concuerda con lo descrito por Pender et al. (2011), en el Modelo de Promoción de la Salud a cerca de que la competencia percibida o la autoeficacia para ejecutar un comportamiento dado incrementan la probabilidad de compromiso con la acción y el desempeño real del comportamiento. Dicho de otro modo y de acuerdo con el modelo, las personas que perciben un nivel alto de autoeficacia confían más en sus capacidades y pueden realizar la acción. Por lo tanto, estos hallazgos confirman la utilidad del modelo al explicar el fenómeno de estudio, ya que el mismo ya fue utilizado en otros estudios relacionados a la sexualidad (Navarro & Onofre-Rodríguez, 2017; Ramos & Benavides-Torres, 2012; Valdez-Montero & Onofre-Rodríguez, 2015).

Como hallazgos adicionales, se encontraron que los padres se comunican más con sus hijos sobre temas generales, a su vez, los hijos que presentan poco o nulo lenguaje verbal, o que estén en el nivel 3 de autismo los padres se comunican menos. Eso concuerda con Holmes et al., (2019), donde menciona que los padres de hijos con función intelectual alta, presenta una mayor comunicación de temas sexuales. Esto

podiera deberse que los padres de hijos que presenta poco o nulo lenguaje o que el hijo se encuentra en el nivel 3 de autismo creen que no es necesario hablar de estos temas o que su hijo no necesita de esta información.

También se encontró diferencias significativas entre la autoeficacia para la comunicación sexual y los temas sexuales. Donde los padres que abordaron los temas sexuales presentaron una mayor autoeficacia para la comunicación sexual en comparación con aquellos que no abordaron los temas sexuales. Puede ser explicado por el MPS (Pender et al., 2011) que indica que un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas. Dicho de otro modo, los padres que ejercen la conducta o que abordan los temas sexuales, se sienten con más confianza para realizarlo, comparado con aquellos que no lo hacen.

Por otro lado, se encontró que los padres que presentan una mayor edad y escolaridad presentaron una mayor autoeficacia para la comunicación sexual, y su vez, mayor edad de los padres mayor comunicación sexual. Hasta donde se indago, los estudios previos en padres de hijos con TEA no han relacionado la edad y la escolaridad de los padres con la autoeficacia y la comunicación sexual, por lo que este resultado podría ser un hallazgo importante en los temas de sexualidad y el TEA.

Otro hallazgo encontrado fue que las variables de autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual se relacionan con la edad, escolaridad, nivel de autismo, años de diagnóstico y comunicación verbal. Estudios anteriores en padres de hijos con TEA hacen referencia a la relación entre la edad de los hijos y las variables de autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual, además

señalan la cuestión de la función intelectual de los hijos, donde padres de hijos con alta función intelectual abordan más sobre sexualidad en comparación con los padres de baja función intelectual (Holmes et al. 2016; Holmes et al. 2019) lo que concuerda con este estudio, sin embargo, las otras variables sociodemográficas como escolaridad, años de diagnóstico y comunicación verbal no se han relacionado en los estudios revisados, lo que podría ser utilizado para futuras investigaciones en padres de hijos con TEA.

Finalmente, el modelo de regresión lineal múltiple de la autoeficacia para la comunicación las variables sociodemográficas de los padres mostró que la autoeficacia para la comunicación sexual explica la asociación con la comunicación sexual de los padres de hijos con TEA, esto es congruente con la comprobación del objetivo general del presente estudio.

Por otra parte, el modelo de regresión lineal múltiple con variables sociodemográficas de los hijos muestra que la edad de los hijos y la autoeficacia influyen directamente en la comunicación sexual, esto quiere decir que, a mayor edad de los hijos y una mayor autoeficacia, mayor será la comunicación sexual entre padres e hijos. Lo anterior, concuerda con Holmes et al., (2016) donde la autoeficacia influyó en la comunicación sexual, cuando la edad del hijo fue controlada. También puede ser explicado por el modelo de MPS (Pender et al., 2011) donde hace referencia que los factores biológicos (la edad) y la autoeficacia ejercen una influencia en la conducta promotora de salud. Sin embargo este mismo modelo presentó una asociación negativa entre las variables de nivel de autismo y años de diagnóstico de los hijos con TEA, lo que quiere decir que a mayor nivel de autismo y mayor año de diagnóstico, menor será la comunicación sexual. En los estudios revisados no han mencionado los años de

diagnóstico que podría ser importante para futuras investigaciones. En relación al nivel de autismo los estudios revisados (Holmes y Hilme 2014; Holmes et al., 2019) señalan la función intelectual de los hijos, que una baja función intelectual de los hijos lleva a una menor comunicación de los padres.

Limitaciones

Es importante destacar que este estudio presentó varias limitaciones. Una de estas fue que los datos solo se recolectaron en un momento en específico por ser de tipo transversal, y los resultados se calcularon utilizando los procedimientos de análisis de regresión simple, lo cual implica que estos hallazgos no pueden establecer una relación causa efecto. Otra limitación fue que el muestreo, fue por conveniencia principalmente por las características de la población por lo que los datos no pueden ser generalizados.

La escasa literatura científica en relación a la población dificultó localizar instrumentos específicos, lo que se utilizaron instrumentos que habían sido aplicados en la población general.

Otra limitante fue la colecta de datos en línea debido a la contingencia por Covid 19, lo que presentó una tasa de respuesta baja, fueron más de 400 participantes, sin embargo, solo 152 fue posible utilizar para el estudio. Además el estudio presentó como limitante una pequeña participación de los padres en comparación con las madres y también una pequeña cantidad de hijas.

Asimismo, si se considera que la sexualidad aun es considerada como un tabú en la sociedad y principalmente en las personas que tienen algún tipo de discapacidad, así como el TEA y por lo tanto puede ser un tema sensible de abordar, los datos pudieron

presentar algún tipo de sesgo que no fue examinado por medio de una escala de complacencia social.

Conclusiones

En cuanto a este trabajo podemos concluir que la autoeficacia para la comunicación sexual se relaciona con la comunicación sexual. Además, que las mamás fueron las que presentaron mayormente en este estudio.

En este estudio los padres presentaron un alto nivel de autoeficacia para la comunicación sexual, sin embargo, en relación a la comunicación sexual los padres tuvieron mayor dificultad en comunicarse con sus hijos. También es posible concluir que temas como la higiene y las partes del cuerpo fueron los temas más abordados por los padres, sin embargo, temas más específicos como el abuso sexual y las ITS fueron temas menos mencionados por los padres.

Asimismo, en este estudio no se encontró diferencias significativas en relación a la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual de acuerdo al sexo de los hijos. Tampoco se encontró diferencias significativas en relación a la autoeficacia para la comunicación sexual en relación a los niveles de autismo de los hijos.

Por otro lado, se encontró diferencias significativas en relación a la comunicación sexual y los niveles de autismo de los hijos. Finalmente, se puede decir que la autoeficacia para la comunicación sexual influye directamente en la frecuencia con que los padres discuten y enseñan técnicas sobre sexualidad a sus hijos con TEA para la prevención de abuso sexual. Los hallazgos del presente estudio confirman los supuestos en el Modelo de Promoción de la Salud.

Recomendaciones

Continuar realizando estudios sobre sexualidad en padres de hijos con TEA debido a la escasez de investigaciones científicas. Realizar diseños de instrumentos específicos para la población de estudio. Realizar estudios mixtos, la incorporación de datos cuantitativos y cualitativos permite converger los resultados y hace los datos más completos de una investigación. Para otros estudios se recomienda agregar variables de creencias sexuales y conocimiento sobre sexualidad. Sería interesante conocer los retos y la independencia que presentan sus hijos(as), mas allá del nivel de autismo que informen los padres. Continuar estudiando la autoeficacia para la comunicación sexual en padres de hijos con TEA y en otras diversas capacidades.

Realizar estudios cualitativos para conocer mejor cuales son las estrategias utilizadas por los padres para sí comunicar con sus hijos que no presentan el lenguaje verbal. Asimismo, sería conveniente incluir la percepción del hijo sobre la comunicación sexual que los padres refieren que tienen con sus hijos para tener un panorama más objetivo. Implementar programas de intervención orientadas a los padres para mejorar la autoeficacia para la comunicación sexual y la comunicación sexual con hijos con TEA.

Referencias

- Akbas, S., Turla, A., Karabekiro, G. K., Pazvanto, G. O., Keskin, T., & Bfoke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and Disability*, 27, 205–213.
- Asociación Americana de Psicología. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th ed, American Psychiatric Publishing.
- Asociación Norte Americana de Diagnósticos en Enfermería. (2018). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2018-2020*. Elsevier España.
- Backes, B., Zanon, B., & Bosa, C. A. (2013). A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sócio comunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Codas*, 25(3), 268-273.
- Ballan, M. S. (2012). Parental perspectives of communication about sexuality in families of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(5), 676–684.
- Ballan, M. S. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *Sex. Inf. Educ. Counc.* 29, 14–19.
- Baltar, F., Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Banco Mundial. (2011). *Desarrollo Inclusivo: la experiencia de VIH-Sida y Discapacidad en Centroamérica*.
http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/257803-1269390034020/EnBreve_167_Web.pdf.

- Bandura, A. (1987). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. [Trad, cast.: Pensamiento y acción, fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca, 1987].
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Ed. Desclee de Brower.
- Bermejo, L. (1999). El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 30 (6), 27-31.
- Brown-Lavoie, S. M., Viecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2185–2196. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2093-y>.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (4ta.ed.). Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Byers, E. S., Nichols, S., Voyer, S. D., Reilly, G. (2013). Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism*, 17, 418-433.
- Calderón, M. V. N., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2014). Monitoreo parental y conducta sexual en jóvenes. *Tesis maestría*, UANL.
- Castillo-Arcos, L. C., Álvarez-Aguirre, A., Solís, M. O. V., & Rodríguez, V. M. H. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL*, 18(73), 44-50.
- Castro, M. C., & Yañez, S. Y. (2010). Nuevas formas de muestreo para minorías y

poblaciones ocultas: muestras por encuestado conducido en una población de inmigrantes sudamericanos. *Univ. Psychol*, 11(2), 571-578.

Centro de Control de enfermedades y Prevención. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *Surveillance Summaries*, 63(2), 1- 21.

Cid, P. H., Merino, J. E., & Stiepovich, J. B. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Méd Chile*, 134(12), 1491-1499.

Corona, L. L., Fox, S. A., Christodulu, K. V., & Worlock, J. A. (2016). Providing education on sexuality and relationships to adolescents with autism spectrum disorder and their parents. *Sexuality and Disability*, 34(2), 199–214.

Clatos, K., & Asare, M. (2016). Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Disabilities: A Pilot Training Program. *Am J Health Stud*, 31(3), 151–162.

Dewinter, J., Vermeiren, R., Vanwesenbeeck, I., Lobbestael, J., & Van-ieuwenhuizen, C. (2015). Sexuality in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorder: Self-reported Behaviours and Attitudes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(3), 731-741. [https://doi.org/ 10.1007/s10803-014-2226-3](https://doi.org/10.1007/s10803-014-2226-3).

Dilorio, C., Dudley, W. N., Terry, W. D., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L., & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2); 135-149.

Dilorio, C., McCarty, F., & Denzmore, P. (2006). An exploration of social cognitive

theory mediators of father-son communication about sex. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 917-927.

Durán-Jiménez, M., Durán-López, M. A., Sánchez-González, A., & Olvera-Blanco, M. A. (2008). Percepción Padres e Hijos: Autoeficacia de Padres para Comunicar Temas de Sexo. *Desarrollo Cientif Enferm*, 16(4), 168-172.

Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using Conceptual Models of Nursing to Guide Nursing Research: The Case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339-345.

Filipe, C. N. (2009). A sexualidade na Síndrome de Asperger. *Revista Diversidades*, 23(1), 23-26.

Fombonne, E. (2005). *Epidemiological studies of pervasive developmental disorders*. En: F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, y D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, 35–364.

Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Díaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K., & Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *J Autism Dev Disord*, 46, 1669–1685.

Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D., & Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y parejas y su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 12, 227-232.

Gomez, N. G., Pessoa, R. M., Frota, T. C., Leite, A. T., & Barbosa, L. X. (2009). Students' physical activity: an analysis according to Pender's health promotion model. *Rev Esc Enferm*, 43(4), 744-80.

- Groce, N., & Trasi, R. (2004). *Encuesta global sobre VIH y sida y discapacidad*.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/vih_discapacidad.pdf.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Hill, A., Zuckerman, K., & Fombonne, E. (2015). *Epidemiology of Autism Spectrum Disorders*. En M. Robinson-Agramonte, *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder* (pp. 12-38).
- Holmes, L. G., & Himle, M. B. (2014). Parent-Child Sexuality Communication and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2964-2970. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2146-2>.
- Holmes, L. G., Himle, M. B., & Strassberg, D. S. (2016). Parental romantic expectations and parent-child sexuality communication in autism spectrum disorders. *Autism*, 20(6), 687– 699. <https://doi.org/10.1177/1362361315602371>.
- Holmes, L. G., Himle, M. B., & Strassberg, D. S. (2019). Family Sexuality Communication for Adolescent Girls on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03904-6>.
- Jerman, P., & Constantine, N. A. (2010). Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: a representative statewide analysis. *Journal of youth and adolescence*, 39(10), 1164–1174.
<https://doi.org/10.1007/s10964-010-9546-1>.
- Jiménez, M. D., López, M. R. D., González, A. S., & Blanco, M. A. O. (2008). Percepción Padres e Hijos: Autoeficacia de Padres para Comunicar Temas de Sexo. *Desarrollo Cientif Enferm*, 16(4), 168-172.
- Kim, Y. R. (2010). Personal safety programs for children with intellectual disabilities.

- Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45, 312–319.
- Kok, G., & Akyuz, A. (2015). Evaluation of Effectiveness of Parent Health Education About the Sexual Developments of Adolescents with Intellectual Disabilities. *Sex Disabil*, 33, 157–174.
- Law, J., & Lindsay, W.R. (2001). A comparison of physical and sexual abuse: histories of sexual and no sexual offenders with intellectual disability. *Abuse and Neglect*, 27, 989-995.
- Mackin, M. L., Loew, N., Gonzalez, A., Tykol, H., & Christensen, T. (2016). Parent Perceptions of Sexual Education Needs for Their Children With Autism. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.07.003>.
- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1359–1372.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria*. Madrid. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_rapid.pdf.
- Morawska, A., Walsh, A., Grabski, M., & Fletcher, R. (2015). Parental confidence and preferences for communicating with their child about sexuality. *Sex Education*, 15(3), 235–248. <https://doi.org/10.1080/14681811.2014.996213>
- Navarro, V. N. & Onofre-Rodríguez, D. J. (2017). Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas. *Tesis de doctorado*, UANL.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Discapacidad y Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Los niños con discapacidad son víctimas de la violencia con más frecuencia*.

https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/child_disabilities_violence_20120712/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Trastorno del Espectro Autista*.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.).

Pownall, J. D., Jahoda, A., & Hastings, R. P. (2012). Sexuality and Sex Education of Adolescents with Intellectual Disability: Mothers' Attitudes, Experiences, and Support Needs. *Intellectual and Developmental disabilities*, 50(2), 140–154.

Ramos, A. L. H., & Benavides-Torres, R. A (2012). Beneficios y barreras de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. *Tesis de maestría*, UANL.

Reiter, S., Bryan, D. N., & Shachar, I. (2007) Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11, 371–387.

Robbins, L. B., Pender, N. J., Ronis, D. L., Kazanis, A. S., & Pis, M. B. (2004). Physical activity, self-efficacy, and perceived exertion among adolescents. *Res Nurs Health*, 27(6), 435-46.

Robbins, L. B., Pis, M. B., Pender, N. J., & Kazanis, A. S. (2004). Physical activity self-definition among adolescents. *Res Theory Nurs Pract*, 18(4), 317-30.

Rooks-Ellis M D. L., Brooklin, J., Sulinski, E., Sarah, H., & Achey, N (2020): The

- Effectiveness of a Brief Sexuality Education Intervention for Parents of Children with Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal of Sexuality Education*. <http://doi.org/10.1080/15546128.2020.1800542>
- Secretaría de Salud. (1987). Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
- Sobsey, D. (1997). Gender differences in abused adults with and without intellectual disabilities. *Abuse and Neglect*, 21, 707-730.
- Sousa, L. B., Fernandes, J. F. P., & Barroso, M. G. T. (2006). Sexualidade na adolescência: Análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 408-413.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257–1273.
- Tulloch, H., McCoul, K., Millenberger, R., & Smith, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health*, 52(6) 263-267.
- Treacy, V., & Randle, J. (2004). Breaking sexuality taboos. *Paediatric Nursing*, 16(2), 19–22.
- Triviño, Z., Stieповich, J., & Merino, M. J. (2007). Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colomb Med*, 38, 395-407.
- UNAIDS. (2010). *Informe de política la discapacidad y el VIH*.

http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc1632_policybrief_disability_es%5B1%5D.pdf.

UNICEF. *Niños y niñas con discapacidad*.

<https://www.unicef.org/lac/ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-con-discapacidad..>

UNICEF. (2013). Niños, niñas y jóvenes con discapacidad Hoja informativa.

https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5-o_spanish-r4.pdf.

Valdez-Montero, C., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2015). Modelo de conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Tesis de doctorado*, UANL.

Wu, T.Y., Pender, N.J., & Yang, K. P. (2002). Promoting physical activity among Taiwanese and American adolescents. *J Nurs Res*, 10(1), 57-64.

Apéndice A

Carta de aprobación de ética



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ENFERMERIA MOCHIS

Los Mochis, Sinaloa. A 21 de Julio de 2020

Tatiana Geraldine Andrés
Investigador Principal

Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN.

Título del Proyecto: **Autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con trastorno del espectro autista.**

Código asignado por el Comité: **CEI-000-40**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	Decisión
PROTOCOLO	Aprobado
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de Julio de 2020 a Julio de 2022.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso al menos 30 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Atentamente



Dra. Patricia Enequina Miranda Félix
Presidenta del Comité de Ética en Investigación



Ciudad Universitaria, Fuente de Posesión y Prof. A. Flores Tel. 668 812-64-05 Los Mochis, Sinaloa, México

Apéndice B

Consentimiento informado

TITULO: Autoeficacia y comunicación sexual en padres de hijos con Trastorno del Espectro Autista

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA.

Investigador Principal:

Lic. Tatiane Geralda André alumna de Maestría en Ciencias en Enfermería Universidad Autónoma de Sinaloa

PROPÓSITO: La Lic. Tatiane Geralda André me ha invitado a un estudio que forma parte de un requisito para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Enfermería. Me ha explicado sobre el objetivo de la investigación. También, me ha explicado que mi participación consiste en contestar algunas preguntas en relación a la sexualidad en un cuestionario físico o línea que llevará un tiempo de llenado aproximado de 15 a 20 minutos.

CONFIDENCIALIDAD: Entiendo que el cuestionario incluye preguntas sobre la discusión de la sexualidad llevan a cabo los padres con sus hijos, por lo que todas las respuestas se guardaran en privado y estricto anonimato. A nadie se le informará sobre lo que conteste y mi nombre no aparecerá en el cuestionario. Los datos serán guardados a la que solo el equipo de trabajo de este estudio tendrá acceso, en un año posterior a que haya concluido el estudio, después de este tiempo todos los cuestionarios serán eliminados.

RIESGOS: Puedo sentirme incomodo (a) con algunas preguntas relacionadas con temas sexuales.

BENEFICIOS: Se me ha explicado que no se conocen beneficios directos para los participantes.

DISPONIBILIDAD DE NUEVA INFORMACIÓN: Entiendo que, si tengo preguntas acerca de la investigación, tengo derecho de llamar a la Facultad de Enfermería Mochis de la UAS con la Dra. Patricia Endina Miranda Félix, ubicada en Fuente de Poseidón y Ángel Flores s/n, Col. Jiquilpan. C.P. 81220. Los Mochis, Sinaloa. Al número telefónico (668) 812-6405 y 818-8492.

RENUNCIA/RETIRO: Se me explicó que la participación en este estudio es voluntaria y si decido retirarme esto no afectara mi relación con esta escuela.

CONCLUSIÓN: He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para realizar preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en participar en esta investigación. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con su archivo de investigación. Consentimiento para participar en el estudio de investigación: La Lic. Tatiane Geralda André me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio y los beneficios de mi participación, así como que puedo decidir retirarme y dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Correo electrónico y Firma del participante

Testigo 1

Nombre y firma

Testigo 2

Nombre y firma

Apéndice C

Instrumentos (Cédula de datos y escalas).

Cuestionario para padres y sexualidad infantil (en línea)



AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Consentimiento informado

Esta investigación tiene como objetivo conocer si la autoeficacia para la comunicación sexual influye en la comunicación sexual en padres de hijos con TEA. Por lo que se le invita a participar en este estudio para formar parte del proyecto de maestría de la Licenciada en Enfermería Tatiane Geralda André. Si acepta participar deberán responder los instrumentos a seguir.

Esta investigación es totalmente anónima y usted tiene total decisión de retirarse y dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

* 1. ¿Aceptas participar en este estudio?

- Sí, acepto participar
- No, no acepto participar



AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Criterios de selección

Para participar en ese estudio tienes que ser mamá o papá de hijos que tengan diagnóstico de TEA y que sus hijos tengan edad de 3 a 17 años.

* 2. ¿Cuentas con estos criterios?

- Sí
- No

3. Caso tenga interés en participar del nuestro sorteo , deje su correo electrónico.

* 9. ¿Que parentesco tiene con la persona con TEA?

- Soy su papá
- Soy su mamá
- Otro (especifique)

* 10. ¿A que se dedica?

- Trabajador
- Cuidados del hogar
- Otro (especifique)

* 11. ¿Cual es el ingreso de dinero mensual?

* 12. ¿Cuantos hijos tiene?



AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Cédulas de datos

Informaciones sobre su hijo (a).

* 13. ¿Su hijo (a) es ?

- Hombre
- Mujer

* 14. ¿Edad de su hijo (a)?

* 15. ¿Nivel escolar de su hijo (a)?

- Sin estudios
 Preescolar
 Primaria

- Secundaria o carrera técnica
 Preparatoria
 Universidad

* 16. ¿Estado civil de su hijo (a)

- Soltero (a)
 Casado (a)
 Unión libre
 Otro (especifique)

* 17. ¿Con quien vive su hijo (a) actualmente?

- Solo
 Unicamente con su papá
 Unicamente con su mamá
 Con su papá y su mamá
 Otro (especifique)

* 18. ¿Cual es el nivel de autismo que tiene su hijo (a) ?

* 19. ¿Cuantos años tenía su hijo (a) cuando fue diagnostico con TEA?

* 20. ¿Su hijo (a) hace algún tipo de terapia?

- No
 Si (especifique)

* 21. ¿Cual de los siguientes temas sexuales usted tiene el habito de hablar con su hijo (a)?
(Si puede marcar mas de una)

- Higiene
- Tipos de contacto físico
- Pubertad
- Privacidad y partes privadas
- Abuso sexual
- Infección de Transmisión Sexual
- Embarazo
- Otro (especifique)

* 22. ¿Su hijo (a) se comunica verbalmente?

- Si
- Un poco
- No
- Otro tipo de comunicación



AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Autoeficacia para la comunicación sexual

Por favor responda a todas las afirmaciones, aunque su hijo(a) tenga escaso, poco o mucho lenguaje verbal, fallas en la comprensión y/o retos conductuales usted puede responder a ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas son completamente ANONIMAS.

A continuación, por favor lea y califique su CONFIANZA para hablar con su hijo(a) sobre sexualidad del 1 al 10, donde 1 es seguro que NO puedo hacerlo y 10 seguro que puedo hacerlo. Su participación es muy importante.

Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a hablar de afectos, sensaciones, emociones, sentimientos, significados, etc, no es solo hablar de relaciones sexuales.

* 23. Puedo responder a una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre un tema de sexualidad.

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 24. Puedo comenzar una conversación sobre sexualidad con mi hijo(a).

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 25. Puedo mantener la calma cuando mi hijo(a) hace una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre sexualidad.

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 26. Puedo animar a mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad.

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 27. Puedo conversar sobre la educación sexual de mi hijo(a) con mi pareja u otro cuidador.

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 28. Puedo utilizar la terminología correcta para los genitales.

1- Seguro que NO lo puedo hacerlo.	2	3	4	5	6	7	8	9	10- Seguro que puedo hacerlo.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 29. Puedo escuchar las opiniones/observar expresiones corporales de mi hijo(a) sobre la sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 30. Me siento cómodo (a) para hablar con mi hijo(a) sobre sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 31. Puedo usar un evento actual, anécdotas o una historia de los medios para iniciar una conversación con mi hijo(a) sobre sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 32. Puedo evitar hacer bromas sobre la sexualidad de mi hijo(a).

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 33. Puedo leer libros, cuentos o ver videos con mi hijo(a) sobre sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 34. Puedo animar a mi hijo (a) a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 35. Puedo darle folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una comunicación sobre su sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 36. Puedo expresar comodidad con mi propia sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 37. Puedo acceder a recursos de la comunidad (Ej. talleres, cursos, charlas) para ayudarlo(a) a aprender sobre sexualidad infantil.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 38. Puedo modelar una imagen corporal positiva.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.

* 39. Puedo supervisar el uso de internet y televisión de mi hijo(a) para saber si visualiza información sobre sexualidad.

1- Seguro que **NO** lo puedo hacerlo. 2 3 4 5 6 7 8 9 10- Seguro que puedo hacerlo.



**AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**

Comunicación sexual

Por favor lea y seleccione que tan cierto es la afirmación en las últimas 4 semanas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Su participación es muy importante, por favor responda a todas las afirmaciones, aunque su hijo(a) tenga escaso, poco o mucho lenguaje verbal, fallas en la comprensión y/o retos conductuales.

En caso de que su hijo(a) tenga escaso lenguaje pudo utilizar algún medio de comunicación alternativo como; fotos, imágenes, videos, dibujos, historias sociales o algún otro medio. Cuando hablamos de sexualidad nos referimos a hablar de afectos, sensaciones, emociones, sentimientos, significados, etc, no es solo hablar de relaciones sexuales.

* 40. En las últimas 4 semanas, he respondido a una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre un tema de sexualidad.

No es cierto en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 41. En las últimas 4 semanas, he comenzado una conversación sobre sexualidad con mi hijo(a).

No es cierto, en absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 42. En las últimas 4 semanas, he mantenido la calma cuando mi hijo(a) hizo una pregunta/manifestación corporal (Ej. tocarse los genitales) sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 43. En las últimas 4 semanas, he animado a mi hijo(a) a hacer preguntas sobre la sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 44. En las últimas 4 semanas, he conversado sobre la educación sexual de mi hijo(a) con mi pareja u otro cuidador.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 45. En las últimas 4 semanas, he utilizado la terminología correcta para los genitales.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 46. En las últimas 4 semanas, he escuchado las opiniones/observado expresiones corporales de mi hijo(a) sobre la sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 47. En las últimas 4 semanas, me he sentido cómodo (a) al hablar con mi hijo (a) sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 48. En las últimas 4 semanas, he usado un evento actual, anécdotas o una historia de los medios para iniciar una conversación con mi hijo(a) sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 49. En las últimas 4 semanas, he evitado hacer bromas sobre la sexualidad de mi hijo(a).

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 50. En las últimas 4 semanas, he leído libros, cuentos o he observado videos con mi hijo(a) sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 51. En las últimas 4 semanas, he animado a mi hijo (a) a compartir sus pensamientos y sentimientos sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 52. En las últimas 4 semanas, le he dado folletos u otros materiales a mi hijo(a) para iniciar una conversación sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 53. En las últimas 4 semanas, he expresado comodidad con mi propia sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 54. En las últimas 4 semanas, he accedido a recursos de la comunidad (Ej. talleres, cursos, charlas) para ayudarlo(a) a aprender sobre sexualidad infantil.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 55. En las últimas 4 semanas, he modelado una imagen corporal positiva.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 56. En las últimas 4 semanas, he supervisado el uso de internet y televisión de mi hijo(a) para saber si visualiza información sobre sexualidad.

No es cierto, en lo absoluto	Poco cierto, alguna vez	Bastante cierto, buena parte del tiempo	Muy cierto, la mayoría de las veces
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Resumen autobiográfico

Lic. Tatiane Geralda André

Candidata a Maestra en Ciencias en Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA Y COMUNICACIÓN SEXUAL EN PADRES DE HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Biografía: Nacida en São Tiago, Minas Gerais/Brasil el 09 de julio de 1990 hija del Sr. Antônio André y la Sra. Sebastiana Flores de Carvalho André.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estadual de Mato Grosso do Sul/Brasil generación 2013-2017.

Experiencia profesional: Maestra en la escuela técnica Vital Brasil/2018.

Asociaciones y membresías: Miembro de la Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud comunitaria.

Distinciones: En 2016 ganadora en 1er lugar de la beca de intercambio Ibero-Americanas/Santander. En 2021 2do lugar en la generación de Maestría en Ciencias en Enfermería.

Difusión: Participación en el 1er Congreso internacional de enfermería en salud mental y adicciones y el 8vo Congreso Nacional de Posgrados en Enfermería. Participé como conferencista en Brasil en la 1er Jornada Académica de Enfermagem, Enfermeiro: Possibilidades de intercambio e pos graduação em outro país, también fue convidada a impartir conferencia en México y Brasil hablando sobre el rol de los padres de hijos con TEA en la comunicación sexual.

Publicaciones:

- Model of sexual communication in parents of children with intellectual disabilities: Middle range theory, Nova editora, 2021.

- Caso clínico como estratégia de ensino-aprendizagem na farmacologia: percepção dos graduandos em enfermagem, *Revista, ciencias e ideias*, 2020.
- Communication on sexuality between parents and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A systematic review. *Sexuality and Disability*, 2020.
- Prevalencia del trastorno del espectro autista: Una revisión de la literatura. *Revista Jóvenes en la ciencia*, 2020.
- Design, Assessment, and Validation of a Questionnaire to Estimate Food-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis Prevalence in Latin American Population. *Healthcare*, 2020.
- Prevalence of Adverse Reactions to Gluten and People Going on a Gluten-Free Diet: A Survey Study Conducted in Brazil. *Medicina-Lithuania*, 2020.
- Translation, Cultural Adaptation, and Evaluation of a Brazilian Portuguese Questionnaire to Estimate the Self-Reported Prevalence of Gluten-Related Disorders and Adherence to Gluten-Free Diet. *Medicina-Lithuania*, 2019.

e-mail: tatianegrandre@gmail.com

Anexo A

Constancia escaneada de participación en congresos y cursos.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
LAS FACULTADES DE ODONTOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, ENFERMERÍA MOCHIS Y LA UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN Y GASTRONOMÍA CULIACÁN

OTORGAN LA PRESENTE
CONSTANCIA

Por su asistencia al "1er Encuentro Interdisciplinario de Posgrados en Investigación" (Duración 10 horas crédito)

Atentamente
"Sursum Versus"
Culiacán Rosales, Sinaloa 03 de abril de 2019


Dra. Beatriz Delia Cota Elizalde
Coordinadora del Posgrado de Trabajo Social Culiacán


Dra. Carolina Valdez Montero
Coordinadora de la Maestría en Ciencias en Enfermería Mochis


Dr. Francisco Cabrera Chávez
Coordinador de la Maestría en Ciencias de la Nutrición


Dr. Julio Carlos Garnica Palazuelos
Coordinador de la Maestría en Ortodoncia y Ortopedia


CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología


PNPC
Programa Nacional de Posgrados

 Congreso Nacional de Posgrados en Enfermería

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO



La Universidad de Guanajuato a través de
La División de Ciencias de la Salud e Ingenierías otorga la presente

CONSTANCIA

a:
Tatiane Geralda André

Por su asistencia al *8vo. Congreso Nacional de Posgrados de Enfermería*, llevado a cabo del 18 al 20 de septiembre del 2019, con una duración de 20hrs.

Celaya, Gto. 20 de septiembre de 2019.


MEyAS. María del Rosario Telentino Sandoval
Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia


Dra. Silvia del Carmen Belgado Sandoval
Directora de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías del Campus Celaya-Salvatierra


CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS


Dr. Vicente Beltrán Campos
Director del Departamento de Enfermería Clínica

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



La Universidad de Guanajuato a través de
La División de Ciencias de la Salud e Ingenierías otorga la presente

CONSTANCIA

a:

TATIANE GERALDA ANDRÉ

Por su ponencia: "Prevalencia del trastorno del espectro autista: Una revisión de la literatura", modalidad
ORAL, en el marco del *8vo. Congreso Nacional de Posgrados de Enfermería*, llevado a cabo el 19 de
septiembre del 2019.

Co-Autores: Carolina Valdez Montero, Rosario Edith Ortiz Felix, Mario Enrique Gamez Medina
Celaya, Gto. 19 de septiembre de 2019.


MEyAS, María del Rosario Tolentino Sandoval
Directora del Departamento de Enfermería y Obstetricia


Dra. Silvia del Carmen Polanco Sandoval
Directora de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
del Campus Celaya-Salvatierra



CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
E INGENIERÍAS


Dr. Vicente Patrón Campos
Director del Departamento de Enfermería Clínica

COPEX
Cooperación de Pesquisa e de Extensão

CERTIFICADO

Certificamos que **Tatiane Geralda André** proferiu, voluntariamente, a palestra **Enfermeiro: Possibilidades de interâmbio e pós-graduação em outro país**, durante a **I Jornada Acadêmica de Enfermagem**, realizada no **Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN**, entre os dias **02 e 04 de Dezembro de 2019**.

São João del-Rei, 04 de Dezembro de 2019.


Marlene Nolasco
Coordenadora do Curso de Enfermagem


Eliane Moreira Silva Oliveira
Coordenadora de Pesquisa


Ana Claudia Silva Lima
Coordenadora de Extensão

UNIPTAN
UNIVERSIDADE PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES

Registro nº 11619 Folha nº 205 Livro nº 07
Coordenação de Pesquisa e Extensão UNIPTAN
certificados@uniptan.edu.br
www.uniptan.edu.br



**Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultad de Enfermería Mochis**



Se otorga la siguiente

CONSTANCIA

A. Lic. Enf. Tatiane Geraldta André

Por su valiosa participación como ASISTENTE con la conferencia magistral titulada: **“Disabilities in the Elder Population of Central Mexico”**, impartida el día 27 de Agosto de 2019 en las instalaciones de la Facultad de Enfermería Mochis.

Los Mochis, Sinaloa. Septiembre 2019



MCIE. LUZ ESTER VERDUGO BLANCO
DIRECTORA



LEO. FABIOLA HEREDIA HEREDIA
SECRETARIA ACADÉMICA



**Universidad Autónoma de Sinaloa
Facultad de Enfermería Mochis**

Se otorga la siguiente

CONSTANCIA

A. Lic. Enf. Tatiane Geraldta André

Por su valiosa participación como ASISTENTE del CURSO - TALLER denominado: **“Métodos mixtos”** el día 4 de Septiembre de 2019 en las instalaciones de la Facultad de Enfermería Mochis.

Los Mochis, Sinaloa. Septiembre 2019



MCIE. LUZ ESTER VERDUGO BLANCO
DIRECTORA



LEO. FABIOLA HEREDIA HEREDIA
SECRETARIA ACADÉMICA



El Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud y la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León extienden la presente

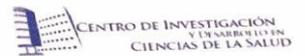
CONSTANCIA A:

Tatiane Geralda André

Por haber participado en el entrenamiento de Facilitador de **Conéctate: Un Programa sobre Sexualidad Responsable en Jóvenes**, con duración de 18 horas, realizado el 13,14,15, y 16 de Agosto del 2019.



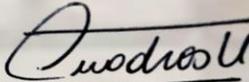

Raquel Aijcia Benavides Torres, Ph.D.
Secretario de Investigación del Programa de Doctorado
Facultad de Enfermería, UANL
Responsable de la Unidad de Enfermería del CIDICS



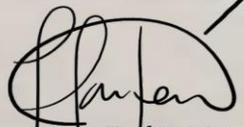
Certificado

Fundación AMAasperger certifica que:

ha participado en el
CONGRESO INTERNACIONAL ONLINE
"AUTISMO: ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y VIDA ADULTA"
Realizado en plataforma online del 24 al 30 de junio del 2020.



Ester Cuadros Ulloa
Directora Fundación AMAasperger



Leonardo Falfán Muñoz
Director Comité Organizador
Congreso Online

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



CERTIFICADO

Este certificado é concedido a
TATIANE GERALDA ANDRÉ
por ter participado entre 24 e 30 de agosto de 2020 do curso de extensão online de 4 horas em
Competências Profissionais, Emocionais e Tecnológicas para Tempos de Mudança,
com os professores Leandro Kavnal e Luiza Helena Trajano.

Porto Alegre, 30 de agosto de 2020.

Conteúdo Programático:
 Competências Profissionais: Estratégia, Produtividade, Liderança, Propósito; Competências Emocionais: Resiliência, Autonomia, Inteligência emocional, Curadoria, Aprendizagem, Empatia; Competências Tecnológicas: Conectividade, Adaptabilidade, Transformação Digital, Inovação, Cooperação, Atendimento.

Link para verificação da autenticidade do certificado: <https://certificado.pucrs.br/06f306db-41e1-4316-950f-94891082acca>

MARISTA



COLEGIO DE ENFERMERAS DE MEXICALI

MICAELA AYANS A.C.

Otorga la presente:

C O N S T A N C I A

A: Tatiane Geralda André

Por su participación como facilitadora de la conferencia: "El rol de los padres en la educación sexual de personas con Autismo" correspondiente al mes de noviembre, impartida de forma virtual desde la Ciudad de Mexicali, Baja California, el día 03 de noviembre de 2020.

Duración: 01 hora.

Mexicali, Baja California, a 03 de noviembre de 2020.

"CIENCIA, ARTE Y HUMANISMO EN EL CUIDADO"
 Lic. Susana Méndez Muñoz
 Presidenta

Libro. CEMMA, 1 2020 Folio. 938



CERTIFICADO DE ASISTENCIA



ESTE CERTIFICADO ES ORGULLOSAMENTE ENTREGADO A:

TATIANE GERALDA ANDRÉ

Por su asistencia y participación en el 1er Congreso Virtual Autismo y Neurodiversidad: Retos Actuales, impartido por EITA - Equipo de Investigación y Trabajo en Autismo, el cual fue transmitido de manera virtual a nivel internacional el 6, 7 y 8 de noviembre de 2020.

Agradecemos completamente el interés, empeño, tiempo y cariño que has dedicado a todas nuestras palabras y a cada uno de nuestros proyectos.

Ernesto Reaño
ERNESTO REAÑO C.
DIRECTOR DE EITA



MUJERES
AUTISTAS



CERTIFICADO



O Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI certifica que **TATIANE GERALDA ANDRÉ** participou do **I Simpósio Nacional AutismoS**, organizado pela UNIASSELVI em parceria com o Instituto AutismoS, realizado no dia 04 de novembro de 2020, totalizando a carga horária de 10 horas.

Indaial, 09 de novembro de 2020.

Hermínio Kloch

Hermínio Kloch
Reitor

Neuzi Schotten

Neuzi Schotten
Gerente do Setor de Capacitação e Formação Continuada





Anexo B

Primera hoja de la publicación de artículo y capítulo de libro

Sexuality and Disability
<https://doi.org/10.1007/s11195-020-09628-1>

ORIGINAL PAPER



Communication on Sexuality Between Parents and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review

Tatiane Geralda André¹ · Carolina Valdez-Montero¹ ·
 María Aracely Márquez-Vega² · Jessica Guadalupe Ahumada-Cortez¹ ·
 Mario Enrique Gámez-Medina¹

© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2020

Abstract

The objective of this systematic review was to identify and analyze the information available on sexual communication between parents and adolescents with autism spectrum disorder (ASD). Medline/PubMed, Lilacs, Ebsco, Embase, Scielo, Google Scholar, Scirus and Redalyc databases were used to find articles. The inclusion criteria were studies published in indexed databases in English, Spanish and Portuguese with a quantitative and qualitative approach in full text, studies that include a population of parents of adolescents with ASD and adolescents between 10 and 19 years of age with a diagnosis of ASD, and studies that covered communication about sexuality. Keywords combined with Boolean operators were used. Three topics were identified that covered the communication of parents and adolescents with ASD: sexual issues, parents' romantic expectations, and sexual experiences. This systematic review highlights the need for training of health professionals and sex education programs for parents of adolescents with ASD.

Keywords Parent communication · Sexuality · Autism · Adolescents · Mexico

Introduction

Sexuality is considered an important factor that establishes the identity of the individual and includes the diverse ways in which a person identifies his or her body, and experiences pleasures or desires [1]. Sexuality is a part of every human's life; it is present from birth until death and is evidenced and lived in a different way by everyone and its manner of expression varies according to the different stages of life [2].

Carolina Valdez-Montero
 carolmvaldez@uaa.mx

¹ Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa, Los Mochis, Ahome, Mexico

² Facultad de Enfermería, Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de La Salud (C-IDCIS), Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Mexico

Published online: 30 March 2020

Springer

Capítulo de libro publicado

Editorial Nova Science Publishers ISBN: 978-1-53619-180-6

Chapter 11

MODEL OF SEXUAL COMMUNICATION IN PARENTS OF CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: MIDDLE RANGE THEORY

*Tatiane Geralda André, Carolina Valdez-Montero
and Jesica Guadalupe Ahumada-Cortez*

Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa,
Los Mochis, Sinaloa, México

ABSTRACT

Sexual communication (SC) in the family context, especially between parents and children, is considered a protection factor since people with disabilities have a higher risk of sexual abuse or contracting a sexually transmitted infection compared to normotypical population. Objective: To develop a middle-range theory to explain sexual communication in parents

[†] Corresponding Author

Email: carolina.valdez@uas.edu.mx



CASO CLÍNICO COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO- APRENDIZAGEM NA FARMACOLOGIA: PERCEÇÃO DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

*CLINICAL CASE AS A TEACHING-LEARNING STRATEGY IN
PHARMACOLOGY: PERCEPTION OF UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS*

Tatiane Geralda André [tatianegrandre@gmail.com]
Estudante de mestrado, Universidade Autónoma de Sinaloa, México

Rogério Dias Renovato [rrenovato@uol.com.br]
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Brasil

RESUMO

Nas últimas décadas do século XX, o processo de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em Enfermagem mostrou-se uma prática pedagógica tradicional e conservadora, baseada no modelo biomédico. Tal prática acabou por impregnar na sociedade e em todos os níveis de escolaridade uma visão fragmentada do conhecimento, instigando aluno e professor a agir em uma perspectiva metodológica de ensino fundamentada na dicotomia teoria versus prática. Com o objetivo de ajudar na formação de enfermeiros no que diz respeito ao ensino do raciocínio diagnóstico, o estudo de caso como método de ensino pode ser considerado um recurso favorável para gerar a atenção devida para seu uso na prática clínica. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa qualitativa foi compreender a percepção dos graduandos em Enfermagem sobre a estratégia do estudo de caso no ensino de Farmacologia. Foi adotado o estudo de caso multidisciplinar, prática do currículo integrado do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), criada com o projeto pedagógico de 2004, o qual, mesmo depois de ter sido alterado duas vezes (em 2012 e 2015), ainda se mantém. Este estudo de caso é desenvolvido no cenário das aulas práticas da 3ª série e envolve as disciplinas de Farmacologia, Nutrição, Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso I, Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente II e Enfermagem em Saúde da Mulher II. Os resultados indicaram duas categorias de análise: a) Estudo de caso como possibilidade de interdisciplinaridade; e b) Estudo de caso como estratégia de ensino: aproximando teoria e prática. Conclui-se que os participantes deste estudo, alunos do curso de Enfermagem da UEMS, consideram que a estratégia do estudo de caso possibilita a interdisciplinaridade, ou seja, a integração das disciplinas, sendo possível relacionar e usar o conhecimento entre todas as disciplinas do curso de graduação.

PALAVRAS-CHAVE: Estudo de caso; Educação em enfermagem; Práticas de ensino.

ABSTRACT

In the last decades of the 20th century, the teaching-learning process in undergraduate Nursing courses proved to be a traditional and conservative pedagogical practice, based on the biomedical model. Such practice ended up permeating a fragmented view of knowledge, both in society and at all education levels, inciting student and teacher to act from a methodological teaching perspective based on the theory versus practice dichotomy. In order to help providing nurses with qualification in terms of teaching diagnostic reasoning, the case study, as a

doi: 10.22047/2176-1477/2020.v11i3.1296

Recebido em: 24/09/2019 Aprovado em: 07/05/2020 Publicado em: 15/12/2020

Article

Prevalence of Adverse Reactions to Gluten and People Going on a Gluten-Free Diet: A Survey Study Conducted in Brazil

Jesús Gilberto Arámburo-Gálvez ¹, Carlos Eduardo Beltrán-Cárdenas ², Tatiane Geralda André ³, Itallo Carvalho Gomes ⁴, Maria Auxiliadora Macêdo-Callou ⁴, Éliida Mara Braga-Rocha ⁴, Elaine Aparecida Mye-Takamatu-Watanabe ⁵, Vivian Rahmeier-Fietz ⁶, Oscar Gerardo Figueroa-Salcido ⁷, Marcela de Jesus Vergara-Jiménez ², Lilian Karen Flores-Mendoza ⁸, Noé Ontiveros ^{8*} and Francisco Cabrera-Chávez ^{2*}

¹ Postgraduate in Health Sciences, Division of Biological and Health Sciences, University of Sonora, Hermosillo, Sonora 83000, Mexico; gilberto.aramburo@gmail.com (J.G.A.-G.); gonordef96@hotmail.com (O.G.F.-S.)

² Faculty of Nutrition Sciences, University of Sinaloa, Culiacán, Sinaloa 80019, Mexico; carlos.l.beltran@hotmail.com (C.E.B.-C.); mjvergara@uas.edu.mx (M.d.J.V.J.)

³ Master of Science Program in Nursing, School of Nursing, Los Mochis, Sinaloa 81220, Mexico; tatianagrande@gmail.com (T.G.A.); carvalhoitallo@gmail.com (I.C.G.)

⁴ Faculdade de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará 63010-215, Brazil; auxiliadora.callou@fjn.edu.br (M.A.M.-C.); elidamarathusp.br (É.M.B.-R.)

⁵ Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, Mato Grosso do Sul 79804-970, Brazil; swatanab@terra.com.br (E.A.M.-T.-W.); vivian@uas.br (V.R.-F.)

⁶ Department of Chemical, Biological, and Agricultural Sciences (DC-QB), Division of Sciences and Engineering, Clinical and Research Laboratory (LACILUS, URS), University of Sonora, Navojoa 83888, Sonora, Mexico; lilian.flores@unison.mx

* Correspondence: noe.ontiveros@unison.mx (N.O.); fcabrera@uas.edu.mx (F.C.-C.)

Received: 5 March 2020; Accepted: 2 April 2020; Published: 4 April 2020

Abstract: Background: The prevalence of gluten-related disorders (GRD) and adherence to a gluten-free diet (GFD) remains unknown in Brazilian population and there is no published information on the scientific literature about the proportion of Brazilians that were diagnosed with a gluten-related disorder. Thus, the aim of this work was to estimate the prevalence of GRDs and adherence to a GFD by self-report in adult Brazilian population. Materials and Methods: A questionnaire-based cross-sectional study was conducted in two Brazilian cities. Results: The response rate was 93.2% (1630/1749). The self-reported prevalence rates were (95% CI): adverse reactions to gluten 10.06% (8.64–11.62); gluten sensitivity 2.33% (1.65–3.18); physician-diagnosed celiac disease 0.3% (0.09–0.71); non-celiac gluten sensitivity 1.71% (1.14–2.47); wheat allergy 0.79% (0.42–1.36); adherence to gluten-free diet 7.48% (6.25–8.87); gluten avoiders 15.21% (13.5–17.05). Among those who were following a GFD ($n = 122$), 65.6% ($n = 80$) of them reported that they did not develop symptoms after wheat/gluten ingestion and 50% ($n = 61$) were following the diet without medical/dietitian advice. The main motivation for following a GFD in the self-reported and non-self-reported gluten sensitivity groups were the symptoms triggered after wheat/gluten ingestion (86.8%) and weight control (57.1%), respectively. Conclusions: Implementation of programs to increase awareness about GRDs among healthcare professionals and giving scientifically sound information to the general population about the risks and benefits for following a GFD are desirable actions in Brazil. The results also add to the growing body of evidence for highlighting the under-diagnosis of GRD and the trend for following a GFD in Latin America.

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

André, Tatiane Geralda (1) Valdez-Montero, Carolina (2), Ortiz-Félix, Rosario Edith (3),
Gómez-Medina, Mario Enrique (4)

1 [Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa] | [tatlaregrandw@gmail.com] (Estudiante del Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería)

2 [Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa] | [carolina.valdez@uas.edu.mx] (Profesora Investigadora)

3 [Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa] | [edithofsr@hotmail.com] (Profesora Investigadora)

4 [Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa] | [mario.gomez@uas.edu.mx] (Profesor Investigador)

RESUMEN

Durante los últimos años se ha informado incrementos en la prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA). Por lo cual, debido a ese incremento en la prevalencia del TEA, se pretende realizar una revisión de la literatura a cerca de la prevalencia del TEA. Metodología: Este es un estudio bibliográfico. Se utilizaron las bases de datos Pubmed, Scielo, Lilacs, Google Academic y BVS y las palabras claves autismo, prevalencia, trastorno del espectro autista. Resultados y discusión: Los datos encontrados demuestran el incremento de la prevalencia del autismo a nivel mundial principalmente en países de alto ingreso, principalmente Estados Unidos que, hubo un aumento significativo de los diagnósticos de TEA, siendo 0.7/10.000 1962 a 1967 y 200/10.000 en 2011-2012 en Estados Unidos, estudios apuntan que 1 de cada 68 niños fueron identificados con el TEA, en Alemania (2000/2005), hubo una variación de 4/10.000 a 5/10.000 casos por niños. Países de bajo ingreso como México y Brasil se encontró prevalencias en apenas algunos estados. Las cifras de prevalencia disponibles tienen implicaciones directas para las necesidades actuales y futuras de servicios y programas de intervención temprana y el aumento de investigaciones sobre sus posibles causas.

ABSTRACT

Increases in the prevalence of Autism Spectrum Disorder (TEA) have been reported in recent years. Therefore, due to this increase in the prevalence of ASD, this study sought to review the literature about the prevalence of ASD. Methodology: This is a bibliographic study. The Pubmed, Scielo, Lilacs, Google Academic and BVS databases were used and the keywords autism, prevalence, autism spectrum disorder were used. Results and discussion: The data found demonstrates the increase in the prevalence of autism worldwide, mainly in high-income countries, mainly the United States that, there was a significant increase in ASD diagnoses, being 0.7 / 10,000 1962 to 1967 and , in 2011 and 2012, of 200 / 10,000 still in the United States, studies suggest that 1 in 68 children were identified with the disease, in Germany (2000/2005), there was a variation of 4 / 10,000 for 5 / 10,000 cases per children. Low-income countries like Mexico and Brazil found prevalences in just a few states. The available prevalence figures have direct implications for the current and future needs of early intervention services and programs and the increase in research into their possible causes.

Palabras clave: Autismo, prevalencia, trastorno del espectro autista.

Article

Design, Assessment, and Validation of a Questionnaire to Estimate Food-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis Prevalence in Latin American Population

Jhonian González-Santamaría ^{1,2}, Jesús Gilberto Arámburo-Gálvez ³, Carlos Eduardo Beltrán-Cárdenas ¹, José Antonio Mora-Melgóm ¹, Oscar Gerardo Figueroa-Salcido ³, Giovanni Isai Ramírez-Torres ¹, Feliznando Isidro Cárdenas-Torres ¹, Itallo Carvalho Gomes ⁴, Tatiane Geralda André ⁴, María Auxiliadora Macédo-Callou ⁵, Éliada Mara Braga Rocha ⁵, Noé Ontiveros ^{6,*} and Francisco Cabrera-Chávez ^{1,*}

¹ Nutrition Sciences, Faculty of Nutrition Sciences, University of Sonora, Culliacán 80019, Sinaloa, Mexico; jgonzalez@utp.edu.cn (J.G.-S.); carlos.l.beltran@hotmail.com (C.E.B.-C.); joseantonioramoramalgom@gmail.com (J.A.M.-M.); giovanniisai20@hotmail.com (G.I.R.-T.); feliznando@uas.edu.mx (F.I.C.-T.)

² Faculty of Health and Sports Sciences, University Foundation of the Andean Area, Pereira 66001, Risaralda, Colombia

³ Health Sciences, Division of Biological and Health Sciences, University of Sonora, Hermosillo R3000, Sonora, Mexico; gilberto.aramburo.g@gmail.com (J.G.A.-G.); gerardo95@hotmail.com (O.G.F.-S.)

⁴ Science Program in Nursing, School of Nursing, Luv Mochis 81220, Sinaloa, Mexico; carvalhotallo@gmail.com (I.C.G.); tatianegrande@gmail.com (T.G.A.)

⁵ Department of Nutrition, University Center of Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte 63010-215, Ceara, Brazil; auxiliadora.callou@unijazeiro.edu.br (M.A.M.-C.); elida.braga@unijazeiro.edu.br (É.M.B.R.)

⁶ Clinical and Research Laboratory (LACIUS, URS), Department of Chemical, Biological, and Agricultural Sciences (DC-QB), Division of Sciences and Engineering, University of Sonora, Navojoa 85880, Sonora, Mexico

* Correspondence: noe.ontiveros@unison.mx (N.O.); fcabrera@uas.edu.mx (F.C.-C.)

Received: 30 October 2020; Accepted: 23 November 2020; Published: 29 November 2020



Abstract: There are no epidemiological data about food-dependent exercise-induced anaphylaxis (FDEIA) in Latin America. Our aim was to design, assess, and validate a questionnaire to identify potential FDEIA cases and/or estimate its prevalence by self-report. Questions were included in the instrument to address the main symptoms of FDEIA, type/intensity of physical activity, and anaphylaxis. The instrument's clarity, comprehension and repeatability were evaluated. These evaluations were carried out by Hispanic people (Argentinians/Colombians/Mexicans/Peruvians), including nine individuals with medical diagnosis of FDEIA, and Brazilians. The Flesch–Kincaid score was calculated using the INFLESZ software. The instrument was translated from Spanish to Brazilian Portuguese following the translation back-translation procedure. The participants rated the two versions of the questionnaire as clear and comprehensible (three-point ordinal scale) and very easy to understand [0.33; average (scale 0–10)]. For these evaluations, the Kendall's W coefficient showed strong agreement among raters ($W = 0.80$; average). The Flesch–Kincaid score was 63.5 in average (documents considered as readable). The Cohen's Kappa coefficient showed almost perfect agreement in repeatability (0.88; average). The validation process of two versions of an instrument, used to identify potential FDEIA cases, was successfully carried out and it was found applicable to Latin American countries for generating epidemiological data.

Article

Translation, Cultural Adaptation, and Evaluation of a Brazilian Portuguese Questionnaire to Estimate the Self-Reported Prevalence of Gluten-Related Disorders and Adherence to Gluten-Free Diet

Jesús Gilberto Arámburo-Gálvez ^{1,2}, Itallin Carvalho Gomes ³, Tatiane Geralda André ³, Carlos Eduardo Beltrán-Cárdenas ¹, Maria Auxiliadora Macêdo-Callou ⁴, Elida Mara Braga Rocha ⁴, Elaine Aparecida Mye-Takamatu-Watanabe ⁵, Vivian Rahmeier-Fietz ⁵, Oscar Gerardo Figueroa-Salcido ^{1,2}, Felizardo Isidro Cárdenas-Torres ¹, Noé Ontiveros ^{6*} and Francisco Cabrera-Chávez ^{1,2}

¹ Unidad Académica de Ciencias de la Nutrición y Gastronomía, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa 80010, Mexico; gilbertinaramburo.g@gmail.com (J.G.A.-G.); carlos.l.beltran@husmail.com (C.E.B.-C.); gerardof95@hotmail.com (O.G.F.-S.); felizandoo@hotmail.com (F.I.C.-T.)

² Posgrado en Ciencias de la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Universidad de Sonora, Hermosillo, Sonora 83000, Mexico

³ Programa de Maestría en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería, Las Mesas, Sinaloa 81220, Mexico; carvalhoitallin@gmail.com (I.C.G.); tatianeandree@gmail.com (T.G.A.)

⁴ Faculdade de Juazeiro do Norte, Juazeiro do Norte, Ceará 63010-215, Brazil; auxiliadora.callou@fjue.edu.br (M.A.M.-C.); elidamarab@uepb.br (E.M.B.R.)

⁵ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados, Mato Grosso do Sul 79804-970, Brazil; wataraiab@terra.com.br (E.A.M.-T.-W.); vivian@uems.br (V.R.-F.)

⁶ Division of Sciences and Engineering, Department of Chemical, Biological, and Agricultural Sciences (DC-QB), Clinical and Research Laboratory (LACIUS, URS), University of Sonora, Navojoa 85883, Sonora, Mexico

* Correspondence: noe.ontiveros@unison.mx (N.O.); fcabrera@uas.edu.mx (F.C.-C.)

Received: 28 June 2019; Accepted: 11 September 2019; Published: 15 September 2019



Abstract: Background: A Spanish version of a questionnaire intended to estimate, at the population level, the prevalence rates of self-reported gluten-related disorders and adherence to gluten-free diets has been applied in four Latin American countries. However, idiom issues have hampered the questionnaire application in the Brazilian population. Thus, the aim of the present study was to carry out a translation, cultural adaptation, and evaluation of a Brazilian Portuguese questionnaire to estimate the self-reported prevalence of gluten-related disorders and adherence to gluten-free diets in a Brazilian population. Materials and Methods: Two bilingual Portuguese–Spanish health professionals carried out the translation of the original Spanish version of the questionnaire to Brazilian-Portuguese. Matching between the two translations was evaluated using the WCopyFind 4.1.5 software. Words in conflict were conciliated, and the conciliated version of the Brazilian Portuguese instrument was evaluated to determine its clarity, comprehension, and consistency. A pilot study was carried out using an online platform. Results: The two questionnaires translated into Brazilian Portuguese were highly matched (81.8%–84.1%). The questions of the conciliated questionnaire were clear and comprehensible with a high agreement among the evaluators ($n = 64$) (average Kendall's W score was 0.875). The participants did not suggest re-wording of questions. The answers to the questions were consistent after two applications of the questionnaire (Cohen's $k = 0.869$). The pilot online survey yielded low response rates (9.0%) highlighting the need for face-to-face interviews. Conclusions: The translation and evaluation of a Brazilian Portuguese questionnaire to estimate the self-reported prevalence rates of gluten-related disorders and adherence to gluten-free diets was carried out.

ANEXO C

Asociaciones o membresías

 RED INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA	
Folio: RIIESC	
A QUIEN CORRESPONDA:	
Par este conducto hacemos constar que la: LE. TATIANE GERALDA ANDRÉ forma parte de la " Red Internacional de Investigación y Educación para la Salud Comunitaria " a partir del 19 de diciembre del 2020 a la fecha.	
Durante este tiempo la LE. TATIANE ANDRÉ se ha desempeñado con gran calidad en los proyectos de derivados de esta Red en colaboración con otros integrantes.	
Lo anterior lo hacemos para los fines conducentes.	
"ATENTAMENTE" 	
DR. JOSÉ LUIS HIGUERA SAINZ PRESIDENTE DE LA RIIESC	
RIIESC Mexicali, Baja California, México, 08 de enero 2021	Libro: RIIESC, 2, 2021, folio: 01 Mexicali, Baja California, México.