



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
CAMPUS LOS ÁNGELES
ESCUELA DE EDUCACIÓN

**EDUCACIÓN SEXUAL Y AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE DE UN ESTABLECIMIENTO MUNICIPAL
DE LOS ÁNGELES, CHILE.**

Trabajo de titulación presentada a la Escuela de Educación de la Universidad de Concepción para optar al grado académico de Licenciado en Educación y Título de profesor/a de Educación Diferencial con mención en Discapacidad Intelectual.

Autoras:

Katherine Vanesa González Cea

Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef

Constanza Lorena Rivas Henríquez

Bárbara Krishna Silva Barra

Profesora guía:

Dra. Carmen Claudia Acuña Zúñiga

Comisión evaluadora:

Mg. Andrea Del Pilar Tapia Figueroa

Mg. David Alejandro Robles Illesca

Diciembre, 2024

Los Ángeles, Chile

©2024, Katherine Vanesa González Cea, Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef, Constanza Lorena Rivas Henríquez, Bárbara Krishna Silva Barra.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Índice

Agradecimientos	6
Agradecimientos	7
Agradecimientos	8
Agradecimientos	9
Resumen	10
CAPÍTULO I:	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
Antecedentes	12
Pregunta de Investigación	18
Objetivo general:	18
Objetivos específicos:	18
Justificación del estudio	19
CAPÍTULO II:	22
MARCO REFERENCIAL	22
Discapacidad a través de los paradigmas: de la exclusión al enfoque social	23
Terminología y perspectiva actual de la discapacidad	25
Discapacidad intelectual	28
Marco normativo sobre educación sexual	33
Marco normativo sobre educación sexual en Chile	33
Marco de políticas públicas sobre educación sexual en américa latina	38
Sexualidad, autocuidado y barreras en discapacidad	41
Autocuidado	44
Barreras de las personas con discapacidad	47
Educación sexual en adolescentes con discapacidad	50
CAPÍTULO III:	55
METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	55
Enfoque y diseño	56
Dimensión temporal y muestra	58
Técnicas de recolección de datos	58
CAPÍTULO IV:	61
ANÁLISIS Y RESULTADOS	61
FASE N° 1:	63
DIAGNÓSTICO	63

Aplicación y análisis de encuesta hacia estudiantes	64
Resultados obtenidos	64
Aplicación y análisis de Focus Group hacia docentes	76
Resultados obtenidos	78
FASE N°2:.....	85
PLAN DE ACCIÓN	85
Diseño y aplicación de los talleres.....	86
FASE N° 3:.....	91
EVALUACIÓN Y RESULTADOS	91
Evaluación del plan de acción	92
Resultados y análisis de estrategias implementadas	93
FASE N° 4:.....	99
REFLEXIÓN	99
Reflexión del proceso de investigación	100
CONCLUSIONES	103
Conclusiones de la investigación	104
CARTA GANTT	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS.....	123
Anexo I: Consentimiento y asentimiento de padres y estudiantes	124
Anexo II: Encuesta estudiantes.....	129
Anexo III: implementación de focus group	138
Anexo IV: Implementación de talleres.....	3
Anexo V: Autoevaluación taller N°1.....	38
Anexo VI: Autoevaluación taller N°2.....	39

Dedicatoria

Con profunda gratitud, dedicamos este trabajo a todas las y los docentes que contribuyeron a nuestra formación, quienes, con su dedicación, paciencia y compromiso, nos guiaron en el camino del aprendizaje y el crecimiento.

De manera especial, agradecemos a nuestra profesora Carmen Claudia, por guiarnos y acompañarnos en esta investigación.

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento al establecimiento que, al abrirnos sus puertas y permitirnos llevar a cabo nuestra investigación, se convirtió en un pilar esencial para la concreción de este proyecto. Su valiosa colaboración fue clave para alcanzar este importante logro.

Agradecimientos

Al concluir esta maravillosa etapa de mi vida, me surge el profundo sentimiento de agradecer a quienes han sido parte importante de este proceso, mi padre Joaquín, su esposa Mariela, mi madre Patricia, abuelito, hermanos y hermanas, a Mónica y a mi amada hija Amara, que con cariño me han apoyado, motivado e inspirado para continuar con este propósito, pero en especial a mi Dios que a pesar de lo adverso me ha fortalecido y entregado la sabiduría y herramientas para culminar mis estudios.

Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef

Agradecimientos

A mis padres por los valores entregados a lo largo de estos años y familia, en especial a mi hermana Karen y mi cuñado Eliecer quienes me han apoyado incondicionalmente durante toda mi formación académica en las diversas circunstancias vividas durante este proceso, brindándome contención, cariño y palabras de aliento cuando más lo necesitaba, que sin ellos no lo hubiera logrado.

A mi pareja, por su comprensión, paciencia, amor incondicional, por permanecer a mi lado inclusive en los momentos más difíciles, gracias por acompañarme en este instante al culminar mi etapa universitaria.

A mis compañeras tesistas Bárbara y Constanza por su compromiso, comprensión, esfuerzo, por las risas que nunca faltaron y todos los momentos vividos durante este camino recorrido que sin duda fue complejo para cada una de nosotras, pero que aun así logramos sobrellevar.

A mi persona, por todo el empeño, resiliencia y por siempre seguir intentando sin rendirme, logrando concluir con éxito un proceso más en mi vida, el cual veía lejano.

Katherine Vanesa González Cea

Agradecimientos

A mi padre, Emiliano, el hombre que con su corazón noble y su ejemplo de vida me enseñó que los sueños se alcanzan con esfuerzo y dedicación. Gracias por levantarme en los momentos difíciles, por ser mi guía y mi mayor orgullo. Tus manos trabajadoras y tu espíritu incansable me mostraron el verdadero significado del amor y la perseverancia. Este logro es tan tuyo como mío, porque cada paso que he dado lleva tu fuerza y tu apoyo incondicional. Te amo y viviré cada día honrando todo lo que me enseñaste.

Agradecer también a toda mi familia, en especial a mis queridas hermanas, quienes siempre cuidaron de mí con amor y dedicación. Aunque no puedo mencionarlas a todas, sepan que las llevo en mi corazón y que cada una es parte fundamental de mi vida.

A mi pareja, Héctor, por estar siempre, incluso cuando la distancia nos separaba. Gracias por cada palabra de aliento, por cada gesto de cariño, por cada detalle que me hizo sentir cerca de ti. No hay palabras suficientes para agradecer lo que ha significado para mí tenerte en mi vida.

A mí misma, por la valentía de perseguir mis sueños, incluso estando lejos de casa. Por cada esfuerzo, cada sacrificio y cada momento de incertidumbre. Este logro es el resultado de mi trabajo y de no rendirme, aun cuando el camino fue difícil.

Finalmente, a mis compañeras que estuvieron comprometidas y trabajaron junto a mí en este proceso, por su dedicación, esfuerzo y por el aprendizaje compartido. Este trabajo refleja el empeño de todas quienes estuvieron verdaderamente involucradas, y por eso les agradezco sinceramente.

Constanza Lorena Rivas Henríquez

Agradecimientos

A mi hija, que ha sido mi motivación e impulso de querer cumplir mis sueños, mi compañera fiel desde su nacimiento, la que siempre ha estado conmigo durante todos estos años en los cuales fuimos creciendo juntas. Por su amor y palabras de aliento, por su comprensión cuando me ha faltado tiempo para jugar o hacer tareas, gracias mi vida, este logro es tan tuyo como mío.

A mi pareja, Cristian, por su amor, paciencia y compromiso, gracias por ser mi compañero incondicional y por apoyarme en este camino que hemos recorrido juntos a pesar de las dificultades, gracias por los esfuerzos que haces cada día por nuestra familia y por acompañarme a lograr esta meta desde el inicio hasta ahora que culmina, significas mucho para mí.

A mi madre, quien me ha alentado a completar este proceso, por sus palabras de aliento y esfuerzo en ayudarme, por su ejemplo de ser perseverante y no rendirme a pesar de las dificultades, gracias por motivarme y acompañarme en esta etapa tan importante.

También quiero agradecer a mis compañeras, Constanza y Katherine, si bien no fue un camino fácil, pudimos terminarlo de la mejor manera, gracias por su compromiso, paciencia y compañerismo, por alentarnos unas a otras y por terminar esto juntas. Me llevaré los más lindos recuerdos de este proceso junto a ustedes.

Finalmente, me quiero agradecer a mí misma, porque a pesar de la adversidad, de ser madre joven he podido culminar este proceso. Por querer siempre seguir aprendiendo, por esas largas noches de estudio conmigo misma y por querer darle el mejor ejemplo a mi hija. Gracias por seguir adelante y no rendirte, este será la primera meta, de muchas.

Bárbara Krishna Silva Barra

Resumen

La educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual leve son temas sensibles debido a la vulnerabilidad de este grupo frente a la desinformación y los estigmas sociales. Este estudio, desarrollado bajo el enfoque metodológico de investigación-acción, tuvo como objetivo principal fortalecer estos aspectos, promoviendo el bienestar y la autonomía de los estudiantes. La investigación se realizó en un establecimiento municipal de la ciudad de Los Ángeles, con una muestra de 15 estudiantes.

En la primera fase, se llevó a cabo un diagnóstico a través de una encuesta dirigida a los estudiantes, para conocer su nivel de conocimiento, y un focus group con docentes, enfocado en conocer sus percepciones sobre el tema. Con base en estos resultados, se diseñó un plan de acción participativo que incluyó la implementación de dos talleres: uno sobre educación sexual inclusiva y otro enfocado en estrategias de autocuidado.

La evaluación del plan de acción, se realizó mediante observación directa de las dinámicas grupales y autoevaluaciones de los estudiantes, permitiendo identificar avances significativos en el conocimiento y habilidades adquiridas. Finalmente, en la fase de reflexión, se analizó críticamente el proceso, resaltando los logros alcanzados y las oportunidades de mejora.

La investigación demostró que es posible fortalecer la educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual leve, mediante estrategias adaptadas y participativas. Además, evidenció la necesidad de formación docente continua y políticas públicas inclusivas que garanticen la sostenibilidad de estas iniciativas.

Palabras Claves: Educación sexual, discapacidad intelectual, autocuidado, adolescencia, inclusión, autonomía.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes

La sexualidad y el autocuidado son aspectos fundamentales en el desarrollo de los adolescentes, incluyendo a aquellos con discapacidad. Reconocer y abordar la sexualidad de manera adecuada es esencial para garantizar el bienestar integral de estos jóvenes. Por ello, es crucial ofrecer educación sexual adaptada a sus necesidades, que fomente una comprensión saludable de su cuerpo, sus relaciones interpersonales y límites personales. En este sentido, el Ministerio de Educación (2017) enfatiza que:

Construir aprendizajes y formación en sexualidad, afectividad y género, dentro de un contexto integral y sistémico, en un marco de desarrollo humano, que considere la etapa evolutiva en la que se encuentra el estudiante, amplía la posibilidad de generar conductas de autocuidado en salud sexual y reproductiva, mental y física, en el desarrollo de actitudes más responsables, y competencias para la toma de decisiones en su vida y en su sexualidad. (p. 7).

La implementación de programas de educación sexual en el sistema educativo chileno es, por tanto, fundamental para promover el autocuidado y la salud integral de los estudiantes. Estos programas no solo proporcionan información sobre la regulación de la fertilidad, sino que también abordan aspectos clave como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el respeto a la diversidad sexual y de género, y el desarrollo de habilidades para establecer relaciones saludables.

Al educar a los jóvenes sobre estos temas, se les brinda herramientas para tomar decisiones informadas y responsables en relación con su salud sexual y reproductiva a lo largo de sus vidas. Por esta razón, la Ley N° 20.418 sobre educación sexual integral en establecimientos educacionales (2010) “Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, que obliga a los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado a implementar un programa de educación sexual en el nivel de enseñanza media” (p. 1). Por lo que exige poner en práctica programas educativos, reconociendo la importancia de abordar estos temas de manera integral y sistemática, permitiendo que toda persona tenga derecho a recibir información clara y completa sobre la regulación de fertilidad, de manera confidencial.

No obstante, aunque dicha ley establece la obligatoriedad de la educación sexual en la enseñanza media, su perspectiva se centra en aspectos biológicos y reproductivos, lo que limita el alcance de la educación sexual. Como mencionan Contreras y Lay (2017), “Esta limitación se manifiesta en diversas críticas, las cuales son adjudicadas principalmente a que los planes y programas son

percibidos por el estudiantado como muy básicos, de un marcado carácter biologicista, y exclusivamente enfocados en relaciones heterosexuales” (p. 88). Esta visión heteronormativa y medicalizada no aborda de manera integral temas importantes como la diversidad sexual, el consentimiento y las relaciones afectivas, lo que impide una educación sexual más inclusiva y completa para los adolescentes. Así mismo, lo señala Galaz et al. (2016) en la Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, en su artículo miradas críticas sobre la intervención educativa en diversidad Sexual:

Esta ley, instaurada en 2010, establece la obligatoriedad de la educación sexual en la enseñanza media chilena. Al centrarse en la regulación de la fertilidad, se limita lo que se entiende por educación sexual desde una perspectiva heterosexista y medicalista, centrada en derechos y salud reproductiva. (p. 94).

La dificultad y necesidad de implementar una normativa legal que promueva lo mencionado anteriormente, no es nueva y viene surgiendo luego de diversas observaciones de instituciones. Al respecto, el Ministerio de Educación (2007) indica en su guía para el docente:

A pesar de que en las escuelas y liceos de nuestro país se están realizando importantes esfuerzos para abordar la educación sexual de los y las estudiantes, a través de estrategias que involucran a diferentes actores de los establecimientos educativos, estos esfuerzos han alcanzado débilmente a los jóvenes con discapacidad que son atendidos bajo la modalidad de la educación especial, en escuelas especiales o con programas de integración. (p. 5).

Aunque ha habido directrices desde el estado en lo que respecta a educación sexual, existe un importante grupo de la población, que no se ha beneficiado plenamente de ello, quienes son los adolescentes con discapacidad. Precisamente, la Ley N° 20.422 (2010) sobre igualdad de oportunidades e inclusión Social de personas con discapacidad, establece un marco legal para garantizar la igualdad de derechos y oportunidades. En el Artículo N° 9 de la misma se señala que, el Estado adoptará medidas para asegurar que las mujeres y las personas con discapacidad gocen plenamente de sus derechos, incluyendo la dignidad, la familia, la sexualidad y la salud reproductiva (p. 5). Sin embargo, a pesar de este marco normativo, persisten brechas significativas en su implementación. Como evidencia el estudio realizado por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (2018), donde se señala que, la elevada incidencia de embarazos en adolescentes, las restricciones en la disponibilidad de métodos

anticonceptivos y los obstáculos para acceder a servicios de salud y atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que enfrentan las mujeres migrantes, rurales, indígenas y con discapacidad. Esto incluye informes de esterilizaciones forzadas dirigidas a mujeres y niñas con discapacidad (p. 13).

Por otro lado, a pesar de los dos formatos que adopta la educación sexual en Chile como programas de intervención y planes curriculares, existen diferencias clave en su implementación. El primero ofrece a los establecimientos educativos la posibilidad de contratar de manera opcional programas de intervención en educación sexual. Con relación a los planes curriculares, estos incorporan de forma específica contenidos y objetivos de aprendizaje sobre sexualidad, en los programas educativos de distintas asignaturas. No obstante, según Castro et al. (2019), diversos estudios en materia de salud sexual adolescente dan cuenta de la marcada existencia de altos índices de embarazo adolescente, transmisión de ITS, no uso de condón en las relaciones sexuales y violencia en la pareja (p. 32).

Además, Maartens et al. (2014) señalan que el VIH representa un problema de salud pública a nivel global, con aproximadamente 1,8 millones de nuevas infecciones cada año. En América Latina, en 2020, se registraron 100.000 nuevos casos, de los cuales cerca de 19.000 correspondieron a personas de entre 15 y 24 años (p. 258).

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020) informa que 150.000 jóvenes de entre 10 y 19 años fueron diagnosticados con VIH por primera vez, lo que elevó el número total de adolescentes afectados a 1,75 millones. De estos, 120.000 eran niñas, frente a 35.000 varones. Además, según proyecciones de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2008), "para el año 2030, más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo se infectarán con el virus". Estos datos evidencian la urgencia de intervenir en la prevención de la infección por VIH y el diagnóstico precoz.

La educación e información deben ser para todos, abarcando todas las alternativas, con detalles sobre su efectividad. Esto facilita que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad, tomen decisiones informadas respecto a los métodos de regulación de la fertilidad, lo que contribuye a prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual. Además, es fundamental garantizar el derecho a recibir orientación que respete sus creencias y formación personal. En este contexto, es crucial que los programas educativos sean adaptados para satisfacer

las necesidades específicas de cada grupo, promoviendo un enfoque inclusivo que considere la diversidad de capacidades y fomente la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, según el estudio global del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018), quien es la principal institución internacional en programas de salud reproductiva, control de la natalidad, planificación familiar y la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, señala que las personas con discapacidad presentan menor acceso a los servicios de salud sexual, reproductiva y planificación familiar, y enfrentan limitaciones en la accesibilidad a la información y en su autonomía para tomar decisiones respecto a la anticoncepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual (párr. 10).

Estos hallazgos subrayan la urgencia de abordar desigualdades estructurales y garantizar un acceso equitativo a la educación sexual para adolescentes con discapacidad. Por otro lado, el Ministerio de Educación (2006) en su estudio de Educación en sexualidad y afectividad en el contexto de la discapacidad intelectual, asegura que perduran firmemente en la sociedad ciertas percepciones que sugieren que, debido a la falta de discernimiento asociada a la discapacidad en Chile, la sexualidad de las personas con esta condición no existe o está inhibida (p. 5). Esto hace que se reconozca que este colectivo a menudo enfrenta desafíos significativos en estos aspectos esenciales de la vida.

Asimismo, algunos autores como Dawn et al. (2012) indican que “la población estudiantil con discapacidad intelectual generalmente es excluida de la educación en la sexualidad, ya que el aprendizaje en este tema muchas veces suele ser experiencial y obtenido por medios informales y poco rigurosos” (p. 148). De igual manera, de acuerdo con el estudio de Huaiquian et al. (2018), sobre manifestaciones afectivas en jóvenes con discapacidad intelectual, las conclusiones indican lo siguiente:

La educación sexual debe proporcionar información precisa y no restringirse al compromiso intelectual sino también respetar su edad evolutiva, donde la educación sea precisa y directa, otorgando recursos didácticos que ayuden a que ellos sean conscientes de su actuar. Debe ir acompañada de guía, mediación con respecto a la construcción de vínculos y vivencias afectivas adecuadas, dentro de sus características propias. (p. 77).

Igualmente, a pesar de existir normativas internacionales como la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) en Argentina, aún se pueden evidenciar carencias en las capacitaciones a los

profesionales de la educación en temáticas de sexualidad, ya que estas siguen siendo limitadas, tal como lo señalan Baena y Gómez (2022):

Después de 16 años de promulgada la ley de Educación Sexual Integral, la formación para docentes es escasa, tiene cupos y no logra el alcance nacional, a cambio proliferan cursos y diplomaturas que son pagas, alcanzando valores desorbitantes para poder tener herramientas para garantizar un derecho. Siendo la Educación Sexual Integral una herramienta tan importante, solo un 0,028% del presupuesto de educación ejecutado hasta la fecha corresponde al fortalecimiento de esta materia. (párr. 1).

Por otro lado, en Chile, el diario El Mostrador (2017), expone los resultados de un estudio realizado por la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) en el cual se señala que, docentes chilenos no se sienten capacitados para educar sobre sexualidad, un 53,7% de los docentes y funcionarios de colegios públicos no se sienten capacitados para ofrecer una clase sobre educación sexual a sus estudiantes. A su vez, un 42,7% no se considera preparado ni cómodo para hablar de VIH con sus alumnos, aunque un amplio 95,7% considera que el tema debe tratarse más de lo que se hace en la actualidad. Un 76,5% de los participantes consideró que es más pertinente comenzar a tratar el tema en la enseñanza media aun cuando la literatura internacional plantea que a esa edad es tarde, puesto que la actividad sexual y el contagio del virus ya preexisten en edades menores.

De igual manera, el informe de Fundación Iguales (2021) señala lo siguiente en relación con la formación del profesorado en educación sexual:

Un 59,5% de docentes, recibió formación en sexualidad y un 40,5% menciona que no”. De las personas que recibieron formación, el 54,1% afirma haberla recibido en pregrado, seguido por un 46,6% en un curso y/o diplomado y posteriormente, un 17,2% manifiesta haber participado de una capacitación y/o taller. Cabe destacar que un 13,6% de las personas encuestadas cuenta con formación de postgrado y un 1,4% afirma haberla recibido en la etapa escolar. En cuanto al papel de las personas en el establecimiento, se observa que las y los directores/as tienen un 76,4% formación en sexualidad, seguido por un 64,2% de las y los asistentes de la educación y, finalmente, un 55,2 % de los docentes. (p. 7).

Asimismo, en el diario The Clinic (2022), se presentan los resultados de la encuesta realizada por la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), sobre el nivel de conocimiento de los docentes en materias de educación sexual. Solo un 49,1% aseguró haber recibido formación en materia de educación sexual. De esta cifra, un 92,5% confesó que su preparación en esta materia fue opcional, a través de cursos o diplomados (párr. 3). Por otro lado, el 50,9% de los consultados

que no poseen conocimientos en el tema, afirma que las razones de ello son debido a porque no han podido adquirirlos (párr. 4). La mayoría (99%) aseguró que les hubiera gustado tener clases especializadas en esta materia durante sus períodos académicos, mientras que un 93% considera que esta debería ser obligatoria (párr. 5).

De igual manera, los participantes que recibieron formación en materia de educación sexual afirmaron que los principales contenidos abordados fueron: género y diversidades sexuales” con un 77,4% y prevención de embarazo, VIH e ITS con el 73,6% de los participantes (párr. 7). También se consultó a los encuestados cuales son los temas que más les acomoda abordar en el aula, que corresponde a género y diversidades sexuales; afectividad, placer y prevención de embarazo, VIH e ITS (párr. 8).

En conclusión, los datos presentados destacan una preocupante brecha en la formación de los docentes chilenos en educación sexual. A pesar de que una gran mayoría reconoce la importancia de tratar temas como la sexualidad, el VIH y la diversidad sexual en las aulas, más de la mitad de los docentes no se sienten capacitados para abordarlos. Esto puede limitar la efectividad de la educación sexual en el aula, generando una brecha significativa en la capacidad para abordar adecuadamente estos temas en los adolescentes con discapacidad. Sin embargo, se observa que aquellos con una preparación más sólida en estos ámbitos, suelen ser los directivos o asistentes de la educación, quienes no educan directamente a los estudiantes en estas materias.

A partir de lo expuesto, es fundamental reconocer que la falta de una educación sexual adaptada a las características y contextos de la población puede incrementar la vulnerabilidad de las personas con discapacidad. En cuanto al autocuidado, resulta crucial considerar nuevas estrategias que fortalezcan la educación sexual en los establecimientos educativos, proporcionando materiales e información adecuada tanto para docentes como para estudiantes. Ante esta problemática, surgen diversas interrogantes: ¿Cómo se puede fortalecer la educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual? ¿Qué estrategias existen para abordar la educación en sexualidad en los establecimientos educativos? ¿Los docentes chilenos tienen formación adecuada en educación sexual?

Pregunta de Investigación

¿Cómo se puede fortalecer la educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve?

Objetivos del estudio

Objetivo general:

Fortalecer la educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual leve promoviendo su bienestar y autonomía.

Objetivos específicos:

1. Identificar el nivel de información y las áreas débiles en la conceptualización de la sexualidad y el autocuidado que tienen los adolescentes de un establecimiento municipal de Los Ángeles.
2. Desarrollar estrategias participativas para fortalecer la educación sexual de los adolescentes que promuevan el bienestar y autonomía.
3. Evaluar el impacto del plan de acción participativo orientado hacia la sexualidad y el autocuidado de los adolescentes en situación de discapacidad.

Justificación del estudio

La sexualidad y el autocuidado son derechos humanos fundamentales que deben ser garantizados a todas las personas, sin excepción. Según la Guía de Sexualidad Femenina y Derechos Sexuales y Reproductivos (2023), el estado de Chile ha reconocido los derechos sexuales y reproductivos como un conjunto integral de derechos humanos, asegurando que todas las personas tienen el derecho fundamental de acceder a la información, los servicios y el apoyo necesario para disfrutar de una vida plena y saludable en cuanto a su salud sexual y reproductiva (p. 60).

Sin embargo, las personas con discapacidad intelectual, especialmente los adolescentes, enfrentan una doble exclusión. Por un lado, a menudo no tienen acceso a una educación sexual inclusiva y adaptada a sus necesidades, y por otro, su derecho al autocuidado y a tomar decisiones informadas sobre su sexualidad sigue siendo limitado. Esta situación aumenta su vulnerabilidad a abusos, discriminación y limita su autonomía, lo que subraya la urgencia y relevancia de esta investigación para fortalecer la educación sexual y el autocuidado de los adolescentes con discapacidad intelectual leve.

A lo largo de la historia, la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual ha sido tratada desde una perspectiva paternalista, caracterizada por el tabú, la estigmatización y, en muchos casos, la invisibilización. Eastgate (2018), señala que las familias de personas con discapacidad intelectual a menudo enfrentan dificultades para aceptar la sexualidad de sus hijos, temiendo las consecuencias que consideran incompatibles con sus capacidades (p. 3). Este enfoque restrictivo contrasta con la perspectiva de Pereira (2007), quien destaca que los adolescentes con retraso leve pueden tener una sexualidad "normalizada", pudiendo formar una familia y tener hijos, aunque necesiten apoyo en la crianza (p. 18). Esta afirmación subraya la necesidad de reconocer la autonomía de las personas con discapacidad intelectual en el ámbito de la sexualidad.

Además, la falta de formación adecuada en los profesionales de la salud y la educación lleva a adoptar posturas conservadoras que limitan el desarrollo sexual de estas personas, viéndolas más como sujetos de protección que como individuos con derecho a una sexualidad plena. Tamas et al. (2019), señalan que este enfoque restrictivo es común entre los profesionales que carecen de preparación específica en el tema (p. 24). En este contexto, Abersú (2002), destaca que las personas con discapacidad intelectual reciben principalmente mensajes negativos sobre su sexualidad,

reforzando estigmas y prejuicios (p. 10), lo que restringe su autonomía, calidad de vida y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y bienestar.

La ausencia de una educación sexual adaptada y de estrategias para promover el autocuidado no solo refuerza estigmas negativos, sino que también expone a las personas con discapacidad a riesgos significativos, como el abuso sexual, la discriminación, la dependencia excesiva de cuidadores o familiares, y la vulneración de sus derechos fundamentales. Según Khemka et al. (2016) en particular, se ha demostrado que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual son especialmente vulnerables a sufrir abusos, en comparación con otros grupos (p. 2376). Esto convierte el tema en una prioridad urgente que requiere una respuesta integral, tanto en el ámbito educativo como en el de la salud, para garantizar la protección, el respeto y el ejercicio pleno de sus derechos.

La promoción de una educación sexual inclusiva y el fortalecimiento del autocuidado son fundamentales para garantizar la dignidad, protección y bienestar de las personas con discapacidad intelectual. Caricote (2008) destaca que los adolescentes, en la actualidad, cuentan con información variable y, en muchos casos, errónea sobre el sexo, la cual proviene de fuentes como sus pares, adultos cercanos y los medios de comunicación (p. 80). Esta realidad resalta la necesidad urgente de ofrecer una educación sexual realista y adaptada a las circunstancias de cada individuo, con el fin de proporcionar una formación adecuada que permita a los adolescentes tomar decisiones informadas y responsables.

En Chile, a pesar de algunos avances en el reconocimiento de los derechos sexuales de las personas con discapacidad, el acceso a una educación sexual adecuada sigue siendo limitado. En octubre de 2020, se discutió un proyecto de ley para incorporar la enseñanza de afectividad, sexualidad responsable y género en la educación básica y media, pero este fue rechazado (Cáceres, 2020, párr. 1). Además, la Encuesta del Servicio Nacional de Discapacidad (2016) reveló que un 25,4% de las personas con discapacidad han experimentado discriminación en centros de salud (párr. 8), lo que refleja una carencia de inclusión y sensibilización respecto a sus derechos sexuales y reproductivos. Estos datos subrayan la urgencia de realizar investigaciones más profundas sobre la realidad chilena y la necesidad de programas educativos específicamente diseñados para adolescentes con discapacidad intelectual.

El ámbito educativo es uno de los más afectados por esta exclusión. Aunque la educación sexual es fundamental, muchos docentes no se sienten preparados para abordar este tema, especialmente cuando se trata de estudiantes con discapacidad intelectual. Según la Fundación Iguales (2021), el 83,5% de los docentes no recibió capacitación en educación sexual durante 2019 (p. 7). Lo que evidencia la falta de formación continua en este tema dentro de las instituciones educativas. Este déficit impacta directamente en la capacidad de los docentes para enseñar de manera inclusiva y adaptada, lo que refuerza la necesidad de investigar cómo se está formando a los profesionales de la educación y cómo esta formación afecta la calidad de la enseñanza sobre la sexualidad y el autocuidado.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2023), destaca que una educación integral en sexualidad empodera a los jóvenes, permitiéndoles tomar decisiones fundamentadas sobre sus relaciones y sexualidad, ayudándoles a desenvolverse de manera sana y autónoma (párr. 4). Bourdieu (2000), subraya que la educación sexual debe incluir conocimientos sobre la anatomía, la fisiología sexual, así como los aspectos emocionales y psicológicos del desarrollo humano (p. 15). Una formación adecuada en estos aspectos es esencial para que los adolescentes con discapacidad intelectual comprendan mejor su cuerpo y sus derechos.

En conclusión, la investigación sobre educación sexual y autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual leve es esencial para promover el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. A pesar de los avances legales y sociales, persisten barreras significativas que limitan su acceso a una educación sexual adecuada y su capacidad para tomar decisiones informadas. A través de la metodología de investigación-acción, este estudio busca identificar las deficiencias existentes y, al mismo tiempo, fortalecer la educación sexual y el autocuidado, haciendo partícipes a los propios adolescentes en el proceso. De esta manera, se espera contribuir a una mayor calidad de vida, autonomía y bienestar, favoreciendo su empoderamiento y protección en un contexto social que aún los excluye.

CAPÍTULO II:

MARCO REFERENCIAL

Discapacidad a través de los paradigmas: de la exclusión al enfoque social

Para abordar el tema de la discapacidad, es fundamental realizar un breve recorrido histórico para entender cómo ha evolucionado este concepto. Inicialmente el paradigma tradicional, también llamado modelo de prescindencia, cuyos orígenes se remontan a la antigüedad (Palacios, 2008). Alfaro (2013) indica que comprende tanto prácticas de exterminio, marginación y segregación, como actitudes de caridad, compasión y un enfoque proteccionista hacia quienes son considerados “anormales” (p. 64). Las acciones propias de esta perspectiva incluyen la exclusión de personas con discapacidad de numerosas actividades, tanto en el ámbito público como privado, así como el uso de términos despectivos, como “discapacitados”, “lisiados” o “minusválidos” para referirse a ellas (Palacios, 2008). En aquellos tiempos, el infanticidio de estos individuos era común, Aguilar y Di Nasso (2004) coinciden en señalar:

El infanticidio era normal cuando un niño presentaba malformaciones y anomalías y si, por algún motivo, llegaban a la edad adulta, se les apartaba de la comunidad, pues se pensaba que eran incapaces de sobrevivir ante las exigencias de la sociedad establecida. (p. 35).

Posteriormente, la sociedad adoptó un segundo paradigma conocido como el paradigma médico rehabilitador, la Organización Mundial de la Salud (2024) define la rehabilitación como “un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar la función y reducir la discapacidad de un individuo con condiciones de salud en interacción con su entorno”. Según Palacios (2008), en este paradigma las causas de la discapacidad ya no tienen un origen religioso, sino que son de naturaleza científica, derivadas de las limitaciones individuales de cada persona, asimismo, las personas con discapacidad ya no se ven como inútiles o prescindibles, aunque esto depende de su proceso de rehabilitación. Igualmente, Victoria (2013) menciona que este paradigma:

Pone énfasis en el tratamiento de la discapacidad, orientado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta, situando el problema de la discapacidad dentro del individuo, considerándose que las causas de dicho problema son el resultado exclusivo de las limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas, que son asumidas como originadas por la deficiencia. (p. 1109).

De igual manera, Alfaro (2013) destaca que toda la atención brindada a las personas con discapacidad está centrada en la rehabilitación de las deficiencias que pueden haber adquirido o con las que nacieron, estas deficiencias se perciben como barreras que dificultan su inclusión plena

en la vida social y laboral (p. 64). De igual forma, Padilla (2010) señala que "dado que muchas discapacidades no tienen curación o recuperación total, lo cual muestra los límites del quehacer médico, éste último debe dedicarse a buscar la adaptación de la persona a las demandas y exigencias de la sociedad" (p. 403). Por lo tanto, este paradigma se centra en eliminar o curar la discapacidad, promoviendo que las personas con discapacidad se adapten a las exigencias del entorno. No se plantea la necesidad de modificar el entorno para favorecer su inclusión efectiva en la sociedad. (Padilla, 2010).

En la actualidad nos referimos al paradigma social, el cual tiene un enfoque que redefine la comprensión de la discapacidad, alejándose de la noción de que es únicamente una deficiencia médica o un problema individual, en lugar de enfocarse en la "cura" o la rehabilitación de la persona, el paradigma social aboga por cambios en la sociedad para eliminar las barreras que impiden la inclusión y participación plena de las personas con discapacidad. Tal como define Pérez (2010) "pone énfasis en la rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad" (p. 84). Según Palacios y Romañach (2008), Este enfoque se vincula estrechamente con la adopción de valores fundamentales de los derechos humanos, buscando fortalecer el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal. Asimismo, promueve la inclusión social, basándose en principios como la vida independiente, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno y el diálogo civil, entre otros (p. 38).

En síntesis, el paradigma social representa un cambio significativo en la forma en que se percibe y aborda la discapacidad, priorizando la creación de un entorno inclusivo y accesible para todas las personas. Al reconocer que la discapacidad no es solo una cuestión individual, sino que se ve influenciada por factores sociales y culturales, este enfoque promueve un compromiso colectivo para eliminar las barreras que obstaculizan la plena participación. A medida que se avanza de un paradigma a otro, se observa una transformación en la percepción de la discapacidad, pasando de la exclusión y marginación a un enfoque más inclusivo y basado en los derechos humanos. Es fundamental reconocer que el avance hacia una sociedad inclusiva requiere un esfuerzo coordinado entre instituciones, comunidades y personas, garantizando que cada individuo, independientemente de sus capacidades, pueda disfrutar de sus derechos y participar plenamente en la vida social.

Terminología y perspectiva actual de la discapacidad

La discapacidad impacta múltiples dimensiones de la vida de las personas, limitando su participación plena y su contribución a la sociedad. Esta condición no se restringe a un solo aspecto, sino que surge de la interacción entre deficiencias intelectuales, físicas y/o sensoriales y las barreras ambientales que dificultan la integración en igualdad de condiciones. Según la Real Academia Española (2014), “el término discapacidad se define como la "situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social”. Por otro lado, El Banco Mundial (2023) expone que “el 15 % de la población mundial, es decir, 1000 millones de personas, sufren algún tipo de discapacidad” (párr. 1).

Como indica Cáceres (2004), para comprender la discapacidad en su complejidad, se ha recurrido a clasificaciones internacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que han evolucionado con el tiempo. En 1980, la OMS desarrolló la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), derivada de investigaciones de 1972 que ampliaron la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), ya que esta no era suficiente para comprender el impacto de las enfermedades en el desarrollo integral de las personas. Posteriormente, en 2001, se publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), una segunda versión de la CIDDM, que marcó un avance significativo al superar la visión centrada en la persona como la causa principal de la discapacidad. Esta nueva perspectiva entiende la discapacidad como un "proceso multidimensional", considerando la interacción con el entorno físico y social como un factor clave en la experiencia de la discapacidad (Cáceres, 2004, p. 74).

El lenguaje, como reflejo de la manera en que una sociedad entiende la vida y el entorno, también ha jugado un papel significativo en la percepción de la discapacidad. Durante siglos, las personas con discapacidad se han enfrentado a un lenguaje que les ha resultado ofensivo y despectivo. Como menciona Castán (2020), "El lenguaje muestra una determinada visión de la vida y el mundo. Las personas con discapacidad han soportado durante siglos un lenguaje ofensivo y peyorativo asociado a su condición" (p. 47). Sin embargo, con el avance de la sociedad hacia una mayor inclusión, también ha evolucionado el lenguaje utilizado para referirse a las personas en situación de discapacidad.

En este sentido, la Oficina de las Naciones Unidas, ha establecido directrices claras sobre el uso de un lenguaje inclusivo y respetuoso al referirse a las personas con discapacidad. Según las "Directrices para un lenguaje inclusivo en el ámbito de la discapacidad" de la ONU, es fundamental evitar términos despectivos o inapropiados que puedan constituir discriminación y menoscabar el disfrute de los derechos humanos. Al adoptar un lenguaje que celebre la diversidad, se contribuye a fortalecer el modelo de derechos humanos de la discapacidad y crear unas Naciones Unidas más inclusivas (Organización de las Naciones Unidas, s.f.).

Con el objetivo de contribuir a la correcta utilización del lenguaje, a continuación, se presenta un cuadro comparativo que muestra el lenguaje recomendado y el lenguaje inapropiado para referirse a las personas con discapacidad. Este cuadro busca proporcionar algunos de los ejemplos concretos de las expresiones que deben ser evitadas y aquellas que respetan la dignidad y los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Tabla 1

Terminología Inclusiva en Discapacidad: Lenguaje recomendado e inapropiado

Lenguaje recomendado	Lenguaje inapropiado
Persona(s) con discapacidad	Discapacitado, enfermo, anormal, incapacitado, deficiente, minusválido, diferente, disminuido, deformado, limitado, menoscabado, persona(s) con necesidades especiales, persona(s) que vive(n) con una discapacidad, persona(s) con diversidad funcional, persona(s) con capacidades diferentes.
Persona con discapacidad intelectual	Persona con deficiencia intelectual, retrasado, retrasado mental, subnormal, anormal, deficiente, trastornado
Persona con discapacidad psicosocial	Loco, trastornado, enfermo mental, perturbado, demente
Persona sorda	Persona con sordera, persona con discapacidad auditiva, persona con deficiencia auditiva, persona hipoacúsica, persona sordomuda, persona sordociega
Persona ciega	Persona con ceguera, persona con discapacidad visual, persona con deficiencia visual, persona con capacidad visual reducida, persona con baja visión, persona sordociega
Persona con discapacidad física	Persona con deficiencia física, inválido, paralítico, tullido, cojo, lisiado, manco, impedido, deforme, persona con problemas físicos, persona limitada
Persona con síndrome de Down	Persona con trisomía 21, mongólico, persona especial, mongolismo
Usuario de/persona que utiliza un	Persona sin habla, “no puede hablar”, persona con problemas de comunicación.

dispositivo para la comunicación	
----------------------------------	--

Nota. Tabla adaptada extraída desde la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (s.f.). Directrices para un lenguaje inclusivo en el ámbito de la discapacidad.

Estas directrices enfatizan la importancia de utilizar la terminología de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, promoviendo el uso de expresiones como "persona con discapacidad" en lugar de términos obsoletos y estigmatizantes. Este enfoque reconoce a la persona como sujeto de derechos, priorizando su identidad por encima de su discapacidad (Oficina de las Naciones Unidas, s.f.).

Además, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU ha emitido comentarios generales que brindan orientación sobre la terminología adecuada y el lenguaje inclusivo, reforzando la necesidad de respetar la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad en todas las comunicaciones (s.f.). En el contexto chileno, este cambio se ha visto reflejado en la legislación, la cual ha avanzado para promover la inclusión y la igualdad de oportunidades. La ley N° 20.422 en el artículo 5° define a la persona con discapacidad como aquella que, teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, psíquicas, intelectuales o sensoriales, de carácter temporal o permanente, encuentra limitaciones en su participación plena y efectiva en la sociedad debido a barreras en el entorno (p. 3).

En conclusión, la discapacidad es una condición que afecta múltiples dimensiones de la vida de las personas, exacerbado por obstáculos ambientales y sociales, que dificultan una integración plena. La evolución en la comprensión de la discapacidad evidenciada en las clasificaciones de la OMS como la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la cual posteriormente evolucionó a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ha marcado un cambio de perspectiva: de una visión centrada en las limitaciones individuales a una concepción que valora la interacción entre la persona y su entorno, entendiendo que las dificultades de inclusión son resultado de factores externos que deben ser abordados.

El lenguaje, como manifestación de esta nueva comprensión, ha avanzado hacia un enfoque inclusivo y respetuoso, gracias a directrices internacionales como las de la ONU, el uso de términos que respetan la dignidad de las personas con discapacidad y que las reconocen como sujetos de derechos contribuye a derribar estigmas y promover la igualdad de oportunidades.

Discapacidad intelectual

La discapacidad intelectual es una condición que impacta la vida de miles de personas en todo el mundo. En Chile, un estudio del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), a través de la décima Encuesta Nacional de Juventudes, reveló que el 1,5% de los jóvenes presenta dificultades mentales o intelectuales. Este porcentaje corresponde a jóvenes con alguna condición permanente o de larga duración, según los datos recopilados entre los años 2015 y 2022 (p. 24). A lo largo de la historia, la forma en que las sociedades han percibido y abordado la discapacidad intelectual, ha cambiado significativamente, pasando de visiones estigmatizantes a enfoques más inclusivos y respetuosos.

La discapacidad intelectual se comprende desde distintas perspectivas y a través de definiciones que han evolucionado con el tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001), establece un enfoque en el que las variaciones en el desarrollo intelectual pueden limitar varias áreas de la vida de una persona. La CIF introduce una visión en la que los factores ambientales pueden influir en el desempeño de las personas con discapacidad intelectual. De acuerdo con este modelo, un entorno inclusivo puede reducir las desventajas que estas personas enfrentan, permitiéndoles desarrollarse mejor en situaciones en las que las demandas no son excesivamente elevadas (Organización Mundial de la Salud, 2001). Este marco no solo toma en cuenta las limitaciones individuales, sino también la interacción con el contexto en el que la persona vive.

Siguiendo esta línea, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, adopta el marco de la CIF en 2001 y entiende la discapacidad intelectual como el resultado de una interacción entre deficiencias personales y barreras del entorno que dificultan la plena participación en espacios educativos y sociales. Este modelo inclusivo enfatiza la importancia de

reconocer tanto las limitaciones individuales como los factores ambientales, promoviendo una visión holística de la discapacidad que favorece el desarrollo y aprendizaje de las personas con discapacidad intelectual (Organización Mundial de la Salud, 2001).

De igual manera, la discapacidad intelectual se caracteriza por importantes limitaciones en el desempeño de la persona, incluyendo una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio. Estas limitaciones suelen ir acompañadas de dificultades en la conducta adaptativa. Que involucra habilidades prácticas, sociales y conceptuales, y cuya aparición se da antes de los 18 años. Así lo establece el Decreto N° 170 (2010), el cual fija normas para determinar los estudiantes con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones de educación especial en Chile. Este decreto define en su artículo 54, la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

“La deficiencia mental, en adelante discapacidad intelectual, se definirá por la presencia de limitaciones sustantivas en el funcionamiento actual del niño, niña, joven o adulto, caracterizado por un desempeño intelectual significativamente por debajo de la media, que se da en forma concurrente con limitaciones en su conducta adaptativa, manifestada en habilidades prácticas, sociales y conceptuales y que comienza antes de los 18 años”. (p. 23).

Recientemente, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2022), define la discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual, como una condición característica por déficits en capacidades mentales generales, tales como el razonamiento, resolución de problemas y pensamiento abstracto. Estas limitaciones generan dificultades en el funcionamiento adaptativo de la persona, impidiéndole alcanzar niveles adecuados de independencia y responsabilidad social en áreas como la comunicación, la participación social y el rendimiento académico o laboral (p. 78).

Por otro lado, conforme a Luckasson et al. (2002), el diagnóstico de discapacidad intelectual tiene como objetivo ofrecer o reforzar los apoyos para el estudiante, permitiéndole así mejorar su funcionamiento individual. Para cumplir con este propósito, la evaluación debe brindar información sobre su desempeño en cinco dimensiones que abarcan aspectos tanto personales como del entorno (p. 7).

Tabla 2

Dimensiones del funcionamiento y desarrollo según la Asociación Americana de Retardo mental (AAMR)

Dimensión	Descripción	Ejemplo de capacidades y limitaciones
1.-Capacidades intelectuales	Se refiere a las destrezas cognitivas del individuo, como razonamiento, solución de problemas, planificación y aprendizaje a partir de la experiencia.	Razonamiento, solución de problemas, planificación, aprendizaje a partir de la experiencia.
2.-Conducta adaptativa	Las capacidades y limitaciones se organizan en tres áreas: habilidades conceptuales, sociales y prácticas.	Habilidades de comunicación, cuidado personal, manejo del dinero, movilidad, resolución de problemas, relaciones sociales, organización, seguridad personal.
a) Habilidades conceptuales	Habilidades cognitivas que afectan la comprensión y uso de conceptos.	Lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, lectura, escritura, conceptos relacionados con el dinero, autodirección.
b) Habilidades sociales	Habilidades necesarias para interactuar de manera adecuada en situaciones sociales y seguir normas sociales.	Interacciones interpersonales, responsabilidad, autoestima, ingenuidad, seguir reglas, obedecer leyes, evitar victimización.
c) Habilidades prácticas	Destrezas necesarias para realizar actividades diarias e instrumentales.	Actividades de la vida diaria: comida, movilidad, aseo, vestir. Actividades instrumentales: preparación de comida, limpieza, transporte, toma de medicación, manejo de dinero, uso del teléfono. Habilidades ocupacionales, mantenimiento de ambientes saludables.
3.-Participación, interacción y roles sociales	La observación directa de actividades cotidianas se usa para evaluar las capacidades y limitaciones en estas áreas	Roles personales, roles escolares, roles comunitarios, roles laborales, roles de ocio, roles espirituales.
4.-Salud	Evaluación de capacidades y limitaciones relacionadas con la salud física y mental, y los factores de riesgo etiológicos que afectan al individuo.	Salud física, salud mental, factores de riesgo biomédicos, conductuales, sociales y educativos.
5.-Contexto	Considera el entorno en el que vive la persona, cómo este contexto afecta su funcionamiento y desarrollo.	Entornos inmediatos, vecindario, comunidad, sociedad.

Nota. Elaboración propia, basado en Luckasson, et al. (2002). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos* (10a ed.).

Asimismo, en el contexto chileno y establecido por el Decreto N° 170 (2010), el cual “fija normas para determinar los estudiantes con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones de educación especial en Chile”. Estipula que la evaluación diagnóstica de la discapacidad intelectual busca determinar los apoyos necesarios para los estudiantes, en el ámbito escolar, familiar y social. De igual forma, será requisito para la evaluación diagnóstica que esta sea realizada por los siguientes profesionales idóneos: psicólogo, médico pediatra o neurólogo, psiquiatra, médico familiar y profesor de educación especial o diferencial. Este diagnóstico debe considerar la función diagnóstica, la función de clasificación y descripción, y la función de planificación de apoyos, para que el diagnóstico sea válido, debe cumplir con tres condiciones específicas:

- A) Presentar limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- B) Tener limitaciones notables en la conducta adaptativa.
- C) La aparición de la condición sea antes de los 18 años.

Las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual se reflejan en un puntaje igual o inferior a 69 en pruebas de coeficiente intelectual estandarizadas para la población a la que pertenece la persona evaluada. Para establecer el nivel de funcionamiento intelectual, se emplea la clasificación CIE-10 correspondiente al coeficiente intelectual.

Tabla 3

Clasificación de la discapacidad intelectual según el rango de coeficiente intelectual

Categoría	Rango Puntaje CI
Limítrofe	70 -79
Discapacidad intelectual leve	50 - 69
Discapacidad intelectual moderada	35 - 49
Discapacidad intelectual grave o severa	20 - 34
Discapacidad intelectual profunda	Por debajo de 20

Nota. Ministerio de Educación de Chile. (2010). Decreto Exento N° 170.

En la clasificación de la discapacidad intelectual, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2022, p. 39), establece cuatro niveles de gravedad basados no solo en el cociente intelectual (CI), sino también en las habilidades adaptativas dentro de diferentes áreas. Estos niveles reflejan el grado de apoyo necesario para afrontar las demandas cotidianas:

- **Leve:** Las personas suelen adquirir habilidades básicas de comunicación y aprendizaje, pero enfrentan desafíos en tareas complejas sin apoyo adecuado.
- **Moderada:** Las limitaciones son más pronunciadas y pueden requerir apoyo constante para actividades de la vida diaria.
- **Grave:** Las habilidades de comunicación son muy limitadas, y se necesita asistencia intensiva en todas las áreas.
- **Profunda:** Las personas requieren ayuda constante y cuidados especializados, a menudo debido a trastornos neurológicos subyacentes.

En Chile, el Decreto N° 170 establece criterios claros para evaluar y clasificar la discapacidad intelectual, garantizando que la intervención y los apoyos se ajusten a las necesidades de los estudiantes, esta evaluación no solo permite diagnosticar, sino también planificar un apoyo integral que respalde el desarrollo pleno y la inclusión de las personas con discapacidad intelectual en la sociedad.

Marco normativo sobre educación sexual

Marco normativo sobre educación sexual en Chile

La educación sexual en Chile ha experimentado cambios importantes tanto en normativa y enfoque, como en las maneras en que se ve y se aborda estas temáticas dentro del sistema educativo. La Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE), que entró en vigor en 1990, sentó las bases del sistema educativo, pero no incluyó aspectos sobre la educación sexual dentro del currículo escolar. La LOCE fue en gran medida un documento que enfatizaba la educación integral de los estudiantes, pero sin ninguna regulación detallada relativa a la enseñanza de la educación sexual.

Por otro lado, con la promulgación de la Ley General de educación (LGE) en 2009, se produce un cambio importante en cuanto al enfoque y la obligatoriedad respecto a la educación sexual en los colegios chilenos. La LGE reconoce la educación sexual como un componente esencial de la formación integral, incluyendo temas que se relacionan con la efectividad, los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de riesgos y el respeto a la diversidad sexual, también introduce un enfoque de género y de derechos humanos, promoviendo la igualdad y la no discriminación en el ámbito escolar.

En esta línea, la siguiente tabla compara ambas leyes en lo que respecta a la educación sexual, destacando las diferencias y los avances que se han logrado desde la LOCE hasta la LGE. Esta comparación permite comprender como las políticas han ido incorporando, de manera progresiva, la educación sexual como un derecho esencial de los estudiantes, adaptándose a las necesidades sociales y culturales, y como la LGE constituye un cambio hacia un enfoque educativo más inclusivo y respetuoso de la diversidad.

Tabla 4*Evolución de la educación sexual en Chile: Comparativa entre la LOCE Y LA LGE*

Aspecto	Ley 18.962 Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE-1990)	Ley 20.370 General de Educación (LGE-2009)
Enfoque sobre educación sexual	La LOCE no establecía explícitamente en el currículo. La Ley se enfocaba en la formación integral de los estudiantes, pero no mencionaba la educación sexual como un contenido obligatorio.	La LGE establece que los establecimientos educativos deben promover la formación integral de los estudiantes, incluyendo contenidos sobre sexualidad, afectividad y valores asociados.
Incorporación de la educación sexual	La educación sexual no estaba reglamentada de manera explícita.	Introducir la educación sexual como un componente más amplio dentro de la formación integral de los estudiantes, reconociendo su importancia para el desarrollo personal.
Objetivo principal	Fomentar la educación integral, pero sin especificar contenidos sobre sexualidad.	Proporcionar una educación integral que abarque aspectos afectivos, emocionales y de sexualidad orientada a la prevención de riesgos y al ejercicio responsable de la sexualidad.
Normas específicas sobre contenidos	No contiene normas específicas, ni directrices sobre cómo debe ser la educación sexual.	Definir la educación sexual como parte de los contenidos que deben ser tratados en el curriculum escolar, reconociendo la necesidad de un enfoque de género y derechos humanos.
Enfoque en diversidad de género	No hace referencia explícita a la diversidad sexual, ni al enfoque de género en la educación sexual.	La LGE promueve un enfoque de género y diversidad sexual, orientando la educación sexual a respetar la igualdad de derechos y la no discriminación.
Implementación	Deja a los establecimientos educativos la decisión sobre la inclusión de la educación sexual en su currículo, sin obligación formal.	Establece que la educación sexual debe ser parte del currículo formal, en todos los niveles de enseñanza, garantizando su implementación en todos los establecimientos.
Actualización	Fue derogada por la LGE, por lo que no se actualizó para abordar específicamente temas de sexualidad o derechos reproductivos.	Es una ley más moderna y específica que incluye la educación sexual como parte fundamental de la formación de los estudiantes, con un enfoque más integral y actualizado.

Nota. Elaboración propia basada en la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, N° 18.962, y Ley General de Educación, N° 20.370.

Al analizar normativas relacionadas con la educación sexual, se encuentra la Ley N° 20.418 (2010) que establece normas sobre información, orientación y servicios de regulación de la fertilidad. Esta normativa señala que la educación y la información brindadas deben adaptarse a la edad y madurez psicológica de la persona, abordando temas como los métodos de regulación de la fertilidad para prevenir el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión y la violencia sexual, junto con sus consecuencias (Ministerio de Salud, 2010).

Por otro lado, la Ley 20.536 (2011), sobre Violencia Escolar aborda la problemática de la violencia entre estudiantes y establece lineamientos para que la comunidad escolar pueda enfrentarla adecuadamente. Esta normativa promueve un enfoque formativo que favorece la convivencia armónica y positiva, permitiendo así el cumplimiento de los objetivos educativos en un entorno que apoye el desarrollo integral de los estudiantes (Ministerio de Educación, 2011).

Mientras que la Ley 20.418 (2010) establece directrices sobre la entrega de información y educación sexual adaptada a la edad y madurez de los estudiantes, incluyendo la prevención de la violencia sexual, la Ley 20.536 (2011) incide en la violencia entre estudiantes en el ámbito escolar y fomenta un enfoque formativo que busca crear una convivencia pacífica y positiva. Ambas leyes, en su conjunto, buscan garantizar un ambiente escolar que promueva tanto la salud como la seguridad y el bienestar emocional de los estudiantes, permitiendo el cumplimiento de los objetivos educativos dentro de un clima propicio para su desarrollo integral.

A su vez, la ley 20.609 (2012), también conocida como Ley Zamudio, tiene como principal objetivo establecer un mecanismo judicial para restaurar el derecho en casos de discriminación arbitraria, cuya situación puede ser el origen étnico, la condición de pobreza, la religión, la orientación sexual o la identidad de género, entre otros delitos (Ministerio secretaría general de gobierno, 2012).

Esta normativa define la discriminación arbitraria considera toda distinción, exclusión o restricción sin justificación razonable, realizada tanto por agentes del estado como por particulares, que implique privación, amenaza o perturbación de derechos fundamentales. Este tipo de protección comprende la raza, la nacionalidad, la situación patrimonial, la lengua, la ideología, el sexo, la orientación sexual, el estado civil, la apariencia personal, y condición de salud o discapacidad (Ministerio secretaría general de gobierno, 2012).

Cabe señalar que esta ley fue impulsada debido al mediático caso de Daniel Zamudio, un joven gay que fue brutalmente golpeado debido a su orientación sexual, falleciendo a causa de las heridas. Su trágico caso dejó en evidencia la falta de legislación contra la discriminación en el país, lo cual aceleró el proceso de aprobación de esta normativa. En consecuencia, en el año 2017 desde la superintendencia de educación se publicó la circular N° 0768, la cual contiene materia de “Derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación.” (Superintendencia de educación, 2017).

La circular está dirigida a los sostenedores y directores de los establecimientos educacionales del país. A lo largo de su contenido, establece definiciones de género; identidad de género; expresión de género; y trans. También incluye, principios dirigidos a la comunidad educativa con respecto a los estudiantes trans, los derechos que asisten a los niños y estudiantes trans, los deberes de los sostenedores y directores de instituciones educativas, el orden concerniente a la identidad de género de los estudiantes trans en la escuela, y las medidas de apoyo que la comunidad educativa tendría que implementar.

Es relevante mencionar que la circular N° 0768 (2017) fue reemplazada en 2021 por la circular N° 0812, la cual "garantiza el derecho a la identidad de género de niños, niñas y adolescentes en el ámbito educacional" (Superintendencia de Educación, 2021).

La Circular N.º 0812, que reemplazó a la anterior, fue un paso más allá, dado que reconoce de manera clara el derecho a la identidad de género en el entorno educativo. Además, proporciona un marco normativo, detallando no solo el derecho a la identidad de género, sino las formas en que estos derechos deben implementarse dentro de las políticas educativas, en todos los niveles del sistema escolar. Asimismo, subraya la importancia de la educación inclusiva y una atención adecuada a los estudiantes trans, abarcando no solo temas relacionados con nombres y documentación, sino también aspectos como la accesibilidad a uniformes y la participación en actividades escolares de acuerdo con su identidad de género.

De igual manera, en la Ley N° 21.430 (2022), sobre Garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, establece en el artículo 45 que el estado debe garantizar:

Medidas de prevención y protección del embarazo, maternidad y paternidad de menores de 18 años. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir, en el contexto de su educación, una enseñanza sobre su sexualidad, de una manera integral y responsable, que

incorpore la prevención de embarazos no deseados. El contenido de dicha enseñanza deberá ser apropiado y pertinente a la edad, madurez y grado de desarrollo de sus receptores. (p. 19).

En este contexto, el gobierno chileno ha propuesto avanzar hacia una educación sexual integral más inclusiva, alineada con los estándares internacionales, como los establecidos por la Organización de las Naciones Unidas. Para ello, se han impulsado políticas como la "Política Nacional de Educación en Afectividad y Sexualidad Integral", que tiene como objetivo incorporar en el currículo educativo conocimientos, habilidades y valores relacionados con la sexualidad, el respeto por la diversidad y el autocuidado. Según el Ministerio de Educación (2022):

En este sentido, desde el programa del presidente Gabriel Boric y a partir de los lineamientos programáticos del ministro de educación Marco Ávila, nos hemos propuesto desarrollar una Política nacional de educación en afectividad y sexualidad integral para todos los niveles de la enseñanza como pilar de una educación igualitaria, lo que implica considerar la educación afectiva y sexual como un derecho humano, y como la principal herramienta para construir una educación libre de todo tipo de violencias. (p. 3).

En este sentido, los cambios políticos y legislativos que se han producido en Chile en los últimos años, uno de los proyectos más discutidos ha sido el de la Educación en Afectividad y Sexualidad Integral (EASI). Sin embargo, a fines de 2023, con el reemplazo del ministro de Educación Marco Ávila por Nicolás Cataldo, este proyecto sufrió modificaciones importantes en cuanto a su urgencia y presentación dentro del cronograma legislativo. Tal como señala Mora (2024):

A fines del 2023, con el reemplazo de Ávila por Nicolás Cataldo como el nuevo ministro de Educación, quien inició un reordenamiento de las prioridades legislativas de la cartera, el proyecto de EASI bajó en términos de urgencia, dado que no se presentaba en el cronograma legislativo del primer año de gestión del nuevo titular de Educación. (párr. 4).

Las leyes y políticas revisadas reflejan una evolución en la construcción de un sistema educativo más inclusivo y respetuoso de los derechos de todos los estudiantes en Chile. A través de la implementación de normativas sobre educación sexual, prevención de la violencia escolar y la protección contra la discriminación. A pesar de los retos políticos y sociales, estas iniciativas representan un paso importante hacia una educación que garantice la seguridad, el respeto y el

desarrollo pleno de todos los estudiantes, sin importar su identidad de género, orientación sexual u otras características personales.

No obstante, es importante señalar que, aunque existe una ley orientada a la información, orientación y prestaciones en la regulación de la fertilidad, esta se enfoca en el ámbito de la salud. Como mencionó en una entrevista realizada por Mora (2024), el exministro de educación Marco Antonio Ávila “Chile ya contaba con una ley de sexualidad, pero esta estaba enfocada en la salud” (párr. 2). Resaltando la importancia de su implementación en el sector educativo, esto pone de manifiesto la carencia de una política integral, que aborde la educación sexual en un contexto formativo, ya que, la implementación no solo permitiría una comprensión más amplia de la salud sexual, sino que también fortalecería el desarrollo de habilidades sociales y emocionales en los estudiantes, preparándolos para una vida adulta responsable e informada.

Marco de políticas públicas sobre educación sexual en américa latina

La educación sexual en América Latina ha evolucionado de manera diversa, reflejando tanto los avances en políticas públicas como las complejidades socioculturales de cada país. Aunque la mayoría de las naciones reconocen la importancia de incluir la educación sexual Integral en los sistemas educativos, los enfoques y alcances varían considerablemente. En algunos países, la educación sexual se rige por leyes específicas que establecen su obligatoriedad y regulan su implementación en las escuelas. En otros, se menciona dentro de legislaciones más generales, relacionadas principalmente con la educación o la salud.

En el siguiente mapa se destacan los países que cuentan con una ley específica sobre educación sexual en el sistema educativo y aquellos que hacen una referencia explícita a esta temática dentro de sus legislaciones generales. En el primer caso, las leyes definen y establecen la obligatoriedad de la educación sexual integral en el currículo escolar. En el segundo caso, la educación sexual se menciona específicamente en leyes generales de educación o salud, aunque sin disponer de una normativa independiente.

Ilustración 1

Mapa de América Latina: Legislación sobre educación sexual



Nota. Elaboración propia, basado en datos de Educación sexual integral en América Latina y el Caribe: Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir de Ronconi et al. (2023).

En relación con lo anterior, a continuación, se detallan las normativas sobre educación sexual en diversos países de América Latina.

Tabla 5

Normativa sobre educación sexual integral en América Latina.

País	Año	Normativa vigente
Argentina	2006	– Ley 26.150 que crea el “Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
Chile	2010	– Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación, prestaciones de regulación de la fertilidad.
Bolivia	2013	– Ley N° 343 de la Juventud, promueve la elaboración de políticas para una sexualidad responsable y sin riesgos (art. 38).
	2024	– Ley N° 548 Código Niña, Niño y Adolescente. Establece la formación oportuna en educación sobre sexualidad integral en el marco de los contenidos curriculares (art. 116).

Colombia	1994	– Ley N° 115 “Ley general de educación”. Establece que en todos los niveles educativos se debe impartir educación sexual de acuerdo con la edad (art. 14).
	2006	– Ley N° 1098 “Código de Infancia y Adolescencia” prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos.
Costa Rica	1998	– Ley N° 7.739 “Código de la Niñez y la Adolescencia”. Establece un marco jurídico de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes
Cuba	2021	– Resolución Nro. 16 de 2021 del Ministerio de Educación aprueba el “Programa de Educación Integral en Sexualidad con enfoque de género y Derechos Sexuales y Reproductivos en el Sistema Nacional de Educación”.
Ecuador	2011	– Ley Orgánica de Educación Intercultural” en el Art. 3 sobre fines de la educación reconoce “la garantía del acceso plural y libre a la información sobre la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
México	2019	– Ley General de Educación, que menciona a la Educación Sexual Integral como parte de los planes y programas de estudio (Art. 30)
Uruguay	2012	– Ley N° 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
	2018	– La Ley N° 19.684 de protección Integral para Personas Trans.
Nicaragua	1998	– paternidad responsable (art. 78). Además, el Código de la Niñez y la Adolescencia establece en su artículo 44: “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y a la sexualidad responsable.
Guatemala	2005	– Ley de Planificación Familiar (Decreto 87). Incluye provisión de información sobre salud sexual y reproductiva.
	2017	– Normativa de Educación Integral en Sexualidad y Prevención de la Violencia Sexual. Busca educar y prevenir en violencia sexual.
El Salvador	2010	– Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA). Incluye derecho a recibir educación en sexualidad.
	2018	– Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Promueve la educación sexual en salud y prevención del embarazo adolescente.
Panamá	2008	– Ley N°. 29. Garantiza educación sexual en el sistema educativo, haciendo énfasis en salud sexual y prevención del embarazo adolescente.
Venezuela	2009	– Ley Orgánica de Educación. Reconoce la educación integral en sexualidad en los contenidos de los programas educativos.
	2017	– Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se centra en promover la educación y prevención del embarazo adolescente.

Nota. Elaboración propia, basado en datos de Educación sexual integral en América Latina y el Caribe: Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir de Ronconi et al. (2023).

Si bien diversos países han implementado normativas relacionadas con la educación sexual, con el objetivo de garantizar el acceso a la información sobre sexualidad y derechos reproductivos. Argentina, se destaca como el único país que cuenta con una ley específica en educación sexual integral (ESI) a través, de la Ley 26.150, que creó en 2006 el "Programa Nacional de Educación Sexual Integral", en la cual se incluyen aspectos de salud, derechos, diversidad, relaciones y

emociones, ajustados a cada etapa educativa. Esto resalta la necesidad de avanzar hacia nuevas políticas inclusivas de ESI en toda Latinoamérica para garantizar un enfoque más integral y accesible para todos.

Sexualidad, autocuidado y barreras en discapacidad

En el ámbito de la sexualidad, el término "sexo" se refiere a las características biológicas que distinguen a los seres humanos como hombres o mujeres. Según González (2017), “el término sexo hace referencia al conjunto de características biológicas que se determinan al nacer y está asociado al conjunto de atributos físicos, esto define a los seres humanos como hombres y mujeres” (p. 4). En el lenguaje cotidiano, la palabra "sexo" suele asociarse con la actividad sexual; sin embargo, en el contexto de los estudios sobre salud sexual, su uso se enmarca en su significado biológico (Organización Mundial de la Salud, 2006, p. 3).

Por otro lado, la sexualidad es un concepto complejo y amplio, que no se limita a una etapa específica de la vida humana, es un proceso que nos acompaña desde el momento de la concepción hasta el final de la vida. De acuerdo con Parra y Oliva (2015), el hecho sexual es algo esencial e intrínseco de todas las personas, desde que nacemos hasta que morimos, vivimos en un cuerpo sexuado, lo cual nos permite desarrollarnos y ser individuales y únicos en el transcurso de la vida (p. 21). Sin embargo, para Weeks (1998), la sexualidad se deriva socialmente a través de una serie de complejas interrelaciones que afectan nuestras emociones, deseos y relaciones. A su vez, el autor enlaza entre biología y sexualidad humana y enfatiza que las características fisiológicas y morfológicas condicionan la sexualidad humana. También, la Organización Mundial de la Salud (2006), en la declaración de derechos sexuales indica que la sexualidad:

“Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”. (p. 3).

De igual manera, el Ministerio de Educación de Chile (2023) indica que la sexualidad:

“No sólo hace énfasis en los genitales y el nacimiento, esta es una construcción interactiva entre diversos componentes que influyen en la conformación de la personalidad e identidad de cada persona, los cuales no son divisibles entre sí, pero pueden organizarse en tres dimensiones fundamentales para una comprensión más integral: la biológica, la psicológica y la social”. (p. 5)

La definición citada anteriormente por el Ministerio de Educación de Chile (2023), resalta claramente la naturaleza biopsicosocial de la sexualidad al describirla como una "construcción interactiva entre diversos componentes" que influyen en la formación de la personalidad e identidad de cada individuo. Al dividir estos componentes en tres dimensiones fundamentales, se subraya la complejidad e interrelación de los factores que configuran la sexualidad humana.

El enfoque biopsicosocial sostiene que la sexualidad no es algo que recibimos al nacer, sino que se va construyendo a lo largo de la vida mediante la interacción de diversos factores que influyen en la persona, los cuales se pueden clasificar en biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo con este enfoque, se pueden obtener los siguientes fines para cada una de las dimensiones con relación a la sexualidad (Ministerio de Educación de Chile, 2018, p. 40).

Tabla 6

Niveles y dimensiones de la sexualidad humana

NIVELES	BIOLÓGICO ¿Cómo somos?	PSICOLÓGICO ¿Cómo nos sentimos?	SOCIAL ¿Cómo actuamos?
MEDIOS	ÓRGANOS SEXUALES (Por ejemplo: el pene y la vagina)	EMOCIONES (Por ejemplo: la alegría, ternura o enamoramiento)	CÓDIGOS (Por ejemplo: el lenguaje verbal y no verbal)
FINES	REPRODUCCIÓN (Por ejemplo: tener hijos o hijas)	PLACER (Por ejemplo: disfrutar de las sensaciones que produce pasar por alguna respuesta sexual, como puede ser el deseo, la excitación o el orgasmo)	COMUNICACIÓN (Por ejemplo: Expresarle a la otra persona lo que te gusta o deseas hacer en una relación sexual)

Nota. Oportunidades curriculares para la educación en sexualidad, afectividad y género.

Ministerio de Educación, 2018.

Este enfoque, que abarca los niveles biológico, psicológico y social, destaca la complejidad inherente a la sexualidad como un aspecto fundamental del ser humano. Si bien la biología proporciona la base física, es la interacción con las emociones y los contextos sociales lo que verdaderamente la enriquece. Esto evidencia que reducir la sexualidad únicamente a su dimensión biológica implica ignorar la forma en que todos estos factores se combinan.

En línea con este enfoque, Cacciatore et al. (2019) señala que “el desarrollo sexual humano está ligado a las experiencias de vida y se manifiesta a través de actitudes, comportamientos, creencias, roles, fantasías y deseos” (p. 23). Esta idea también se aplica a los jóvenes con discapacidad intelectual, quienes, como señala Valdivia (2013), experimentan un desarrollo evolutivo de la sexualidad similar al de las personas sin discapacidad, los intereses y necesidades son los mismos, aunque las habilidades sexuales pueden adquirirse en una etapa posterior. Además, la evolución física y psíquica durante la pubertad o adolescencia puede ser confusa y abrupta debido a la discrepancia entre el desarrollo físico y cognitivo (p. 31). Esta perspectiva nos invita a reconocer que la sexualidad es inherente en todas las personas, independientemente de las capacidades y diferencias cognitivas.

Sin embargo, la sexualidad de las personas con discapacidad ha sido históricamente un tema invisibilizado, cargado de mitos y prejuicios que limitan su reconocimiento como individuos plenos en derechos y deseos. Como señala Rebolledo y Carvajal (2020), “Los temas relacionados a la sexualidad de las personas con discapacidad suelen estar ausentes permanentemente de la discusión, lo que aumenta la ignorancia y los prejuicios que rodean a este y otros grupos humanos” (p. 24). Esta falta de visibilidad conlleva a que la sexualidad se viva con menos información, menor desarrollo social, mayor sobreprotección y una proliferación de mitos. En palabras de Chacón (2022), Educadora social especialista en tratamiento educativo de la diversidad “la sexualidad se vive con menos información, menos desarrollo social, menos intimidad, más sobreprotección y más mitos” (párr. 4).

En este sentido, Rebolledo y Carvajal (2020) sostienen que, en la sociedad, desde la perspectiva de la diversidad, no existen categorías fijas ni separaciones estrictas entre las personas con o sin discapacidad, ni entre hombres y mujeres, ni entre distintas orientaciones sexuales. La diversidad y la capacidad de cambio son aspectos fundamentales de la experiencia humana, y cada individuo comparte elementos comunes con diversos grupos sociales, además señalan que “el respeto a la

identidad del otro, incluyendo los aspectos de la diversidad sexual, es una medida indispensable para lograr equidad en la atención en salud y en todos los ámbitos del desarrollo” (p. 25).

En términos generales, la sexualidad humana debe ser entendida como un fenómeno complejo que no puede ser reducido solo a su dimensión biológica, sino que debe ser abordado en su totalidad, considerando los aspectos emocionales, sociales y cognitivos que influyen en su desarrollo. El enfoque integrado de los niveles biológico, psicológico y social permite una comprensión más profunda y amplia de la sexualidad, reconociendo que las experiencias de vida, las actitudes y los roles sociales juegan un papel crucial en su manifestación. Este enfoque también es válido para los jóvenes con discapacidad intelectual, quienes experimentan un desarrollo sexual similar al de las personas sin discapacidad, aunque con particularidades que deben ser atendidas de manera adecuada. Por lo tanto, es esencial promover una visión inclusiva y respetuosa de la sexualidad, que permita a todas las personas, independientemente de sus capacidades, desarrollarse plenamente en todos los aspectos de su identidad sexual.

Autocuidado

El autocuidado es un concepto fundamental para la salud y bienestar de todas las personas, incluyendo aquellas con discapacidad. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (2024), define el concepto de autocuidado como: "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades y enfrentarlas, con o sin el apoyo de un trabajador de la salud” (párr. 1). A su vez, García, junto con el Instituto Internacional sobre Raza, Igualdad, y Derechos Humanos en la Guía para el Autocuidado (2022, p. 7), menciona que las dimensiones del autocuidado están interconectadas, lo que significa que el bienestar de una persona depende del cuidado de todas ellas y deben ser atendidas de manera integral para lograr un bienestar completo. A continuación, se ofrece una explicación detallada sobre cada una de las dimensiones:

- **Física:** se refiere al cuidado del cuerpo en cada uno de los sistemas que lo componen, como el nervioso, muscular, óseo, respiratorio, digestivo, reproductor y circulatorio, entre los principales.

- **Mental:** se refiere básicamente a los pensamientos, ideas y creencias con relación al mundo, e implica revisar los propios marcos de referencia e identificar ideas o creencias que resultan limitantes o nocivas para el propio bienestar.
- **Emocional:** reúne todo el componente afectivo, e implica aprender a identificar, expresar y transformar estados emocionales y mantener la salud emocional.
- **Relacional:** considera la forma de vincularse con los otros, para aprender a seleccionar los tipos de vínculos que se quieren construir y a tramitar los conflictos de la mejor manera posible.
- **Espiritual:** el elemento central está en el fortalecimiento de la conexión con lo trascendente, con la fe y con la conexión con una energía o ser superior.

De igual manera, el desarrollo de habilidades de autocuidado es un proceso continuo que abarca diferentes etapas de la vida y se ve influenciado por una variedad de factores contextuales. Bajo esta perspectiva, se reconoce que el entorno en el que una persona se desenvuelve juega un papel clave en la adquisición de estas habilidades. Tal como afirman Muñoz et al. (2024), las habilidades de autocuidado se desarrollan “a lo largo de la vida en diversos contextos, como la familia, la escuela, el trabajo y los círculos sociales. Además, los medios de comunicación, las administraciones y las políticas sociales y sanitarias tienen un impacto importante en su adquisición” (p. 13).

En el ámbito de la discapacidad, como menciona la Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Intelectual (2020), el autocuidado implica el desarrollo de habilidades y estrategias que permitan a las personas gestionar su salud y bienestar de forma autónoma. Entre estas actividades se incluyen la higiene personal, la alimentación adecuada, la actividad física y la gestión del estrés. No obstante, las personas con discapacidad pueden enfrentar desafíos adicionales que requieren apoyos específicos. La asociación antes mencionada, destaca que las personas con discapacidad intelectual, a menudo, encuentran dificultades en tareas cotidianas, como el aseo personal, la vestimenta y la alimentación (párr. 4). Por ello, es fundamental ofrecer herramientas y apoyos que fomenten su independencia y autonomía en estas áreas.

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (2024), resalta que las intervenciones de autocuidado son elementos claves para promover y proteger el derecho a la salud de las personas.

Estas intervenciones deben ser accesibles, apropiadas y económicamente viables, permitiendo que las personas con discapacidad adopten un rol activo en el mantenimiento de su salud. En este contexto, Tecglen et al. (2023) en la guía interactiva “Cuida tu salud, mejora tu vida” de la asociación Convives con Espasticidad, ofrecen un conjunto de recursos y recomendaciones prácticas elaboradas por expertos interdisciplinarios, enfocados en promover el autocuidado, estas herramientas proporcionan pautas claras y accesibles que permiten a las personas con discapacidad y a sus familias implementar estrategias efectivas, fortaleciendo su autonomía y empoderándolos como actores principales en la gestión activa y consciente de su bienestar (p. 1).

Por otro lado, Muñoz et al. (2024), sostiene que el autocuidado no sustituye los servicios de atención médica, sino que los complementa al ampliar las posibilidades de acción y fortalecer la autonomía de las personas, mediante intervenciones que promueven la autodeterminación, la autoeficacia y una participación en la gestión de su salud, el autocuidado se convierte en un pilar fundamental para el bienestar integral (p. 133). Asimismo, el Servicio Nacional de la Discapacidad (2019) define la autonomía como “Poder elegir y tomar mis propias decisiones según mis deseos y creencias” (p. 6), destacando su relevancia como un componente clave para fomentar una vida plena y el desarrollo de una ciudadanía activa y consciente.

En términos generales, el autocuidado es un elemento esencial para el bienestar integral de todas las personas, incluyendo aquellas con discapacidad. Este concepto abarca diversas dimensiones, física, mental, emocional, relacional y espiritual. Que deben ser atendidas de manera interconectada e integral para lograr un bienestar completo. El proceso de desarrollo de habilidades de autocuidado es continuo y está influenciado por el contexto y los factores sociales, lo que resalta la importancia de un entorno favorable para su adquisición. En el contexto de la discapacidad, es fundamental proporcionar apoyos y herramientas que favorezcan la autonomía de las personas en actividades cotidianas, como la higiene personal, la alimentación, entre otros.

Este enfoque implica no solo la adquisición de habilidades para el cuidado personal, sino también la sensibilización y formación en torno a las necesidades específicas de esta población, respetando su dignidad y derechos. Además, el autocuidado en el contexto de la discapacidad debe ser visto desde una perspectiva inclusiva y holística, con el objetivo de garantizar una vida más saludable y satisfactoria para todas las personas, independientemente de sus capacidades.

Barreras de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad enfrentan diversas barreras que dificultan su acceso a la información y a la educación sobre sexualidad, lo que limita sus derechos, especialmente el derecho a vivir una vida sexual, afectiva, plena, integral y satisfactoria. Para Padrón (2012), la forma en que las personas con discapacidad intelectual expresan su sexualidad está influenciada por dos factores principales. Por un lado, una socialización sexual insuficiente, debido a que sus familias suelen adoptar actitudes protectoras para evitar posibles riesgos sexuales, reprimiendo cualquier expresión erótica, de igual forma, la sobreprotección limita el desarrollo de su privacidad personal, restringiendo el acceso a la construcción de su propia intimidad y, en consecuencia, vulnerando su derecho a la privacidad (p. 46).

Igualmente, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018), las personas con discapacidad ven restringido su desarrollo en la salud sexual y reproductiva debido a la prevalencia de estereotipos que las perciben como no sexualmente activas, lo que conlleva a que no sean consideradas dentro de la población objetivo en programas educativos ni representadas en campañas relacionadas con estas temáticas (p. 25).

Este enfoque erróneo excluye a las personas con discapacidad de iniciativas importantes, contribuyendo a la desinformación y la invisibilización de sus necesidades. Además, según el Servicio Nacional de la Discapacidad (2016), "En Chile, el 32.8% de las personas en situación de discapacidad perciben los servicios de salud como una barrera, en comparación con el 20% de las personas sin discapacidad" (p. 5). Esta situación refleja una discriminación sistémica que no solo limita el acceso a la salud sexual y reproductiva, sino que también refuerza la exclusión social y el desconocimiento de las particularidades de esta población en este ámbito.

De igual forma, la discriminación persistente en Chile respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad se refleja en acusaciones alarmantes, de acuerdo con lo indicado por Yupanqui et. al (2021) "En 2017 Chile es denunciado por las Naciones Unidas, junto con otros 37 países, por ejercer esterilizaciones forzadas contra mujeres y niñas con discapacidad" (p. 58). Este tipo de intervenciones se llevan a cabo basado en la creencia errónea de que las mujeres con discapacidad no son aptas para ejercer la maternidad, así como ante la posibilidad de que puedan quedar embarazadas debido a un abuso sexual.

Sin embargo, esta práctica no resuelve el problema del abuso, sino que únicamente aborda su consecuencia. Esta visión de las personas con discapacidad como incapaces de ejercer derechos fundamentales, como la maternidad, tiene raíces profundas en la historia. Tal como señalan Meneses y Becerra (2020):

"A lo largo de la historia no se ha mostrado un interés significativo en el abordaje del desarrollo afectivo-sexual de las personas con discapacidad intelectual, quienes eran consideradas incapaces de casarse o vivir en pareja, ignorando así su necesidad de intimidad sexual". (p. 15).

Asimismo, las personas con discapacidad se enfrentan a una serie de barreras que dificultan su acceso a la atención médica, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. A pesar de tener una mayor demanda de atención médica, estas personas suelen ser excluidas de las iniciativas de fomento de la salud y de las estrategias de prevención de enfermedades. Tal como lo afirma el Servicio Nacional de la Discapacidad, las personas con discapacidad (s.f) "tienen una mayor demanda de atención médica que aquellas que no presentan discapacidad. Sin embargo, las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades pocas veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad" (párr. 2).

Esta exclusión puede estar relacionada con una combinación de factores, que incluyen actitudes negativas, falta de infraestructura adecuada y escasa disponibilidad de programas de educación sexual integral. En este contexto, se describen algunas de las principales barreras que enfrentan las personas con discapacidad al buscar atención en salud sexual y reproductiva (Nguyen et al., 2015, p. 10):

- Desconfianza en las competencias de los profesionales de salud sexual y reproductiva.
- Infraestructura y diseño de las salas de atención que impiden o dificultan el acceso.
- Aislamiento social.
- Baja disponibilidad de programas de educación sexual integral.
- Prejuicios y estigmas sobre lo que se considera el comportamiento o la identidad "correcta".

Es importante señalar que las barreras del entorno físico, como las deficiencias en la infraestructura tanto en los centros de salud como en la comunidad en general, desempeñan un papel crucial en la

exclusión de las personas con discapacidad. La inaccesibilidad de los espacios públicos, la carencia de adecuaciones en el transporte y la falta de servicios adaptados contribuyen significativamente a limitar el acceso a la atención médica. Estas barreras no sólo exacerban las desigualdades existentes, sino que perpetúan la discriminación, dificultando la plena inclusión social (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 4). Por tanto, resulta imprescindible adoptar un enfoque integral que contemple tanto la infraestructura de los servicios de salud como la accesibilidad del entorno en su conjunto, con el objetivo de garantizar la igualdad de oportunidades y una vida más independiente en las personas en situación de discapacidad.

En este contexto, Verdugo y Jenaro (2019) identifican diversas problemáticas que obstaculizan el ejercicio pleno del derecho a la vida independiente en las personas con discapacidad. Entre estos, destacan la dependencia de servicios residenciales debido a la insuficiencia de apoyos en el propio hogar, así como la escasez de modelos de gestión centrados en principios como la individualización, la calidad de vida, el derecho a la inclusión y la autodeterminación (p. 13). A pesar de ciertos avances, la investigación internacional sobre aspectos relacionados con la vida independiente de las personas con discapacidad intelectual sigue siendo limitada (Pallisera et al., 2020, p. 81).

Por otro lado, Vega et al. (2023) destacan que una de las barreras más significativas para la independencia personal está vinculada con la dificultad para lograr la autonomía económica y con la falta de accesibilidad en el entorno laboral (p. 300). Asimismo, subrayan que estas limitaciones continúan siendo un desafío recurrente en la concreción del derecho a la vida independiente (p. 311).

En definitiva, las barreras sociales, culturales y estructurales que enfrentan las personas con discapacidad siguen limitando su acceso a derechos fundamentales, como la salud sexual y la autonomía. Aunque ha habido algunos avances, persisten estigmas y prejuicios que las perciben como incapaces de ejercer derechos básicos. Además, la falta de acceso a una educación sexual integral y la inaccesibilidad de los servicios de salud reflejan la urgencia de replantear las políticas públicas, no solo en términos de infraestructura, sino también en la eliminación de actitudes discriminatorias.

Por ello, es esencial reconocer que el entorno juega un papel determinante en la discapacidad, pues son las barreras físicas y sociales las que realmente limitan la participación plena de las personas con discapacidad en la sociedad. En este sentido, la construcción de un entorno accesible y libre de prejuicios debe ser una prioridad para garantizar una inclusión real y el ejercicio pleno de sus derechos. Solo mediante un enfoque integral y respetuoso de su dignidad se logrará asegurar que estas personas puedan vivir de manera plena y participar activamente en todos los aspectos de la vida.

Educación sexual en adolescentes con discapacidad

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, caracterizada por importantes cambios físicos, emocionales y sociales. La Organización Mundial de la Salud. (s.f), define este período como el intervalo entre los 10 y los 19 años, constituyendo una fase esencial para el desarrollo integral de la persona. Por su parte, Sawyer et al. (2018) sostienen que el rango de edad de 10 a 24 años abarca de manera más precisa el proceso de crecimiento de los adolescentes, alineándose con la comprensión general de esta fase de la vida (p. 223).

Durante esta etapa, los adolescentes experimentan transformaciones significativas que impactan en su identidad, sus relaciones interpersonales y su autonomía. Estos cambios están profundamente vinculados al desarrollo de la sexualidad, que deben abordarse de manera positiva y educativa para asegurar un crecimiento integral. Como señalan Corona y Funes (2015), "las decisiones asociadas al desarrollo sexual adolescente tienen a menudo importantes implicancias para la salud y la educación, así como para las relaciones actuales y futuras" (p. 74). En este marco, la educación sexual se vuelve esencial para garantizar que los adolescentes con discapacidad cuenten con la información y los recursos necesarios para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

Es por ello, que la educación sexual integral (ESI) es un proceso clave para el desarrollo sistémico de las personas, al abordar no solo los aspectos biológicos, sino también los emocionales, sociales y éticos de la sexualidad. Según la Organización de las naciones unidas et al. (2018), la ESI "proporciona a niños y jóvenes el conocimiento, las habilidades, actitudes y valores necesarios para entender y disfrutar de su sexualidad, respetar los derechos humanos y proteger su salud y bienestar" (p. 87). Este enfoque es particularmente relevante, ya que asegura su derecho a recibir información adecuada y promueve su participación en las decisiones que afectan su sexualidad.

Por lo que, es fundamental transformar los discursos sobre la sexualidad de los y las adolescentes con discapacidad, dejando atrás enfoques centrados en la carencia y la limitación. En su lugar, se debe poner énfasis en las experiencias subjetivas que estas personas tienen respecto a su sexualidad, valorando sus perspectivas y vivencias individuales. Desde este enfoque, resulta necesario impulsar investigaciones que orienten el diseño de políticas inclusivas y efectivas, con el objetivo de promover el desarrollo integral y mejorar significativamente la calidad de vida de esta población (Caricote, 2012, p. 56.)

En Chile, esta necesidad se ve agravada por la falta de información adecuada sobre educación sexual para adolescentes con discapacidad. Según Obach et al. (2017), “En Chile, la educación sexual en general es considerada deficiente desde la perspectiva de los y las adolescentes, señalando que carece de una perspectiva más comprensiva e integral” (p. 34). Asimismo, el Servicio Nacional de la Discapacidad (2021) señala que el Comité de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, expresó al estado de Chile su preocupación por la falta de información accesible sobre salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad, especialmente para mujeres y niñas (párr. 9).

Esta carencia de información adecuada podría dificultar la comprensión de las áreas relacionadas con la educación sexual, limitando el acceso a una educación integral. A su vez, incrementa el riesgo de vulneración de derechos fundamentales para este grupo. Resulta crucial que los niños, niñas y adolescentes aprendan sobre el respeto hacia sus cuerpos, su privacidad y el derecho a no ser tocados sin consentimiento, ya que la falta de educación sexual de las familias y las instituciones educativas puede aumentar su vulnerabilidad ante situaciones de abuso (Bernaes et al; 2021, p. 27). En este sentido, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018) destaca que “los niños con discapacidades tienen casi cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de violencia que los niños sin discapacidades, y son casi tres veces más propensos a ser víctimas de violencia sexual, con las niñas en mayor riesgo” (p. 116).

De igual forma, El Informe de Diagnóstico, Discapacidad y Derechos Sexuales y Reproductivos (2023), evidencia que los adolescentes con discapacidad enfrentan barreras significativas para acceder a información sobre anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual. Estas limitaciones se ven agravadas por prácticas basadas en estereotipos y estigmas, que pueden derivar en conductas abusivas e incluso situaciones de violencia (p. 13). Además, los bajos niveles

de educación sexual, incluyendo información sobre la transmisión del VIH y su prevención, contribuyen a comportamientos sexuales de riesgo. Estudios han revelado que los adolescentes con discapacidades presentan un bajo nivel de uso de preservativos y otros métodos anticonceptivos, lo que incrementa su vulnerabilidad (Kassa et al., 2016, p. 10).

Frente a esta situación, la educación sexual se presenta como un componente esencial para mejorar tanto los comportamientos sexuales como la salud general de los adolescentes. Según la Organización de las Naciones unidas et al. (2018, p. 4), una educación sexual integral tiene un impacto positivo considerable, entre los principales beneficios de la educación sexual, se incluyen los siguientes:

Mejora de la salud sexual: la educación sexual fortalece la conciencia de los adolescentes sobre la importancia de cuidar su salud sexual, promoviendo decisiones informadas y evitando riesgos innecesarios. Esto resulta especialmente relevante para los adolescentes con discapacidad, quienes, al no contar con información adecuada, están más expuestos a situaciones de vulnerabilidad.

Reducción de comportamientos de riesgo: al proporcionar información sobre anticoncepción y prevención de infecciones, la educación sexual contribuye a disminuir el número de embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, favoreciendo un entorno más seguro para los adolescentes con discapacidad.

Desmitificación de los riesgos asociados: la educación sexual no promueve la promiscuidad ni el sexo precoz. Por el contrario, los estudios muestran que los adolescentes que reciben educación sexual integral son más propensos a adoptar comportamientos sexuales responsables, lo que puede ayudar a reducir el riesgo de abuso y violencia.

Eficacia comprobada de programas integrales: los programas que combinan la promoción del retraso de la actividad sexual con el uso de métodos anticonceptivos y medidas de protección han demostrado ser altamente efectivos en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Estos programas son particularmente importantes para adolescentes con discapacidad, quienes, debido a su falta de acceso a información, son más vulnerables a prácticas de riesgo.

Mejores resultados con enfoque de género: los programas que integran una perspectiva de género han mostrado resultados más positivos en la reducción de embarazos no deseados y la

prevención de infecciones, en comparación con aquellos que no abordan esta dimensión. Este enfoque es crucial para garantizar que los adolescentes con discapacidad, especialmente las mujeres, reciban la atención y protección que requieren.

Fortalecimiento mediante el apoyo integral: para que la educación sexual sea verdaderamente eficaz, debe complementarse con el apoyo de la familia, las instituciones educativas y los servicios de salud. Este enfoque integral refuerza el aprendizaje y promueve una mayor comprensión y responsabilidad por parte de los adolescentes, asegurando que todos los sectores sociales estén comprometidos con su bienestar.

En el ámbito educativo, el rol del docente se ha vuelto esencial para la formación integral de los estudiantes, especialmente en la promoción de una educación sexual responsable y respetuosa. La labor pedagógica del profesorado trasciende la enseñanza académica, a incluir también la orientación en valores, el respeto mutuo y el fomento de relaciones interpersonales saludables. Según Quintana et al. (2021), los docentes son responsables de organizar y dirigir actividades extracurriculares que refuercen estos aspectos, creando un entorno propicio para el desarrollo de habilidades sociales y afectivas (p. 23). Para Quintana (2021) es responsabilidad de la escuela, y particularmente del profesor, asumir un papel cada vez más significativo en el avance de la formación en materia de sexualidad, la planificación y estructuración del proceso educativo en esta área durante la adolescencia de los estudiantes con discapacidad, favorece su desarrollo integral y los prepara para enfrentar de manera óptima los desafíos de una vida adulta independiente (Quintana, 2021, p. 8).

No obstante, a pesar de la importancia de este rol, persisten desafíos que dificultan la implementación efectiva de estas prácticas. Un estudio realizado por Villagra et al. (2017) sobre la percepción del profesorado respecto a la educación sexual en centros escolares de La Araucanía, Chile, evidencia esta problemática. En él, se analiza la preparación de los docentes para abordar temas de sexualidad y su tratamiento durante la Formación Inicial Docente (FID). Los resultados muestran que los profesores no se sienten completamente capacitados para enseñar sobre sexualidad, mencionando dificultades para abordar estos temas de manera adecuada. Entre sus principales preocupaciones, destacan la falta de claridad sobre los contenidos apropiados para cada grupo de edad y la necesidad de respetar los valores y la información transmitida por las familias (p. 96).

De manera similar, Keogh et al. (2020), en su estudio titulado Implementación en el aula de los planos de estudio nacionales de educación sexual en cuatro países de ingresos bajos y medianos, destaca que los docentes enfrentan desafíos sustanciales al implementar programas de educación sexual integral (ESI). Entre las principales barreras identificadas se encuentran la falta de formación adecuada, la carencia de recursos educativos y la incomodidad para abordar temas considerados sensibles (p. 435).

En conclusión, la educación sexual es una herramienta esencial para el desarrollo pleno de los adolescentes, particularmente aquellos con discapacidad, ya que no solo promueve su salud y bienestar, sino que también asegura el ejercicio de sus derechos fundamentales en un marco de inclusión y respeto. Sin embargo, la implementación de esta educación enfrenta barreras significativas, como la falta de preparación y formación adecuada de los docentes, quienes son actores clave en el proceso. A menudo, los educadores se sienten desbordados por la falta de recursos, claridad en los contenidos y la presión de equilibrar los valores familiares y culturales con la necesidad de proporcionar información accesible y respetuosa.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Enfoque y diseño

El presente capítulo describe el enfoque metodológico adoptado en este estudio, basado en el modelo de Investigación-Acción (IA), enmarcado dentro del paradigma sociocrítico. Según Orozco (2016), “cuando nos referimos a la Investigación Acción estamos haciendo alusión al paradigma Sociocrítico” (p. 10). Este paradigma se caracteriza por su orientación emancipadora, su énfasis en la transformación social y su búsqueda de soluciones contextualizadas a problemáticas reales. Desde esta perspectiva, la investigación no solo se centra en comprender la realidad, sino también en transformarla mediante la participación de los involucrados. Alvarado y García, (2008) definen el paradigma sociocrítico como un aporte sustancial a la teoría educativa, destacando que, “el paradigma sociocrítico tiene como objetivo promover las transformaciones sociales, dando respuestas a problemas específicos presentes en el seno de las comunidades, pero con la participación de sus miembros” (p. 190).

La investigación-acción es un enfoque metodológico que promueve la mejora continua en los procesos educativos mediante la reflexión y la participación de los involucrados. De acuerdo con Latorre (2003), "la investigación-acción se puede considerar como un término genérico que hace referencia a una amplia gama de estrategias realizadas para mejorar el sistema educativo y social" (p. 2). Este enfoque permite que los participantes no solo intervengan en sus contextos educativos, sino que también reflexionen sobre sus prácticas, favoreciendo así un aprendizaje continuo y una mejora sustancial en el entorno educativo y social.

Kemmis y McTaggart (1992), destacan aspectos fundamentales de la investigación-acción enfatizando que este enfoque busca mejorar la educación mediante cambios planificados y el aprendizaje derivado de las consecuencias de dichos cambios. Además, subrayan su naturaleza participativa, ya que permite a las personas involucrarse activamente en la mejora de sus propias prácticas. Asimismo, señalan que este tipo de investigación fomenta la formación de comunidades autocríticas que colaboran en todas las etapas del proceso de investigación. Finalmente, la definen como un proceso sistemático de aprendizaje basado en la acción consciente, guiado por una inteligencia crítica que busca orientar y desarrollar las acciones educativas para lograr una comprensión más profunda de estas (p. 30).

De acuerdo con Latorre (2003), la investigación - acción “se configura en cuatro momentos o fases: planificación, acción, observación y reflexión. El momento de la observación, la recogida y análisis de los datos de una manera sistemática y rigurosa, esto es lo que le otorga el rango de investigación” (p. 21). Por otro lado, Colás et al. (1998), indican que la investigación-acción se desarrolla en cinco fases: primero, se constituye o identifica un grupo y sus necesidades; luego, se realiza un diagnóstico que incluye la formulación del problema, recolección y análisis de datos, discusión y conclusiones. Con base en ello, se diseña un plan de acción orientado a las necesidades prácticas del grupo, seguido de su implementación, observando los resultados obtenidos. Finalmente, se lleva a cabo una reflexión o evaluación que, al retroalimentar el diagnóstico inicial, convierte el proceso en un ciclo continuo de mejora (p. 163).

En este estudio, se tomó como base las **cinco fases** propuestas por Cólás y colaboradores (1998), ya que se alinean de manera óptima con la metodología que fundamenta la investigación. Como resultado, se elaboró una tabla que sintetiza y organiza las etapas presentadas en el capítulo dedicado al análisis y resultados.

La siguiente tabla ofrece una representación clara, estructurada y precisa de las acciones implementadas a lo largo de la investigación.

Tabla 7

Fases y Actividades de la Metodología Implementada

Fases	Actividad Implementada en la Metodología
1. Identificación del grupo y necesidades	Se identificó a los estudiantes con discapacidad intelectual y a los docentes del establecimiento. Se determinaron sus necesidades y problemáticas en relación con la educación sexual y autocuidado.
2. Diagnóstico (formulación del problema, recolección de datos, análisis y conclusiones)	Se realizó un diagnóstico mediante una encuesta a los estudiantes para conocer su nivel de conocimiento sobre educación sexual y sus preferencias de aprendizaje. Se implementó un grupo focal con los docentes para conocer cómo se trabajaba la educación sexual y autocuidado en los estudiantes, así como su formación docente en estas áreas. Se analizaron los resultados para obtener conclusiones fundamentadas.
3. Diseño del plan de acción	Con base en los resultados del diagnóstico, se diseñó un plan de acción que incluyó dos talleres. El primero sobre el conocimiento de las partes íntimas del cuerpo, sus funciones y los métodos anticonceptivos. El segundo sobre sexualidad, relaciones saludables y enfermedades de transmisión sexual.

4. Implementación y observación de resultados	Se implementaron los dos talleres con los estudiantes. Durante y después de cada taller, se evaluó a los estudiantes a través de autoevaluaciones y observación directa para observar los resultados y la efectividad de los talleres.
5. Reflexión evaluativa	Finalmente, se realizó una reflexión sobre los talleres y las evaluaciones, retroalimentando los resultados obtenidos y considerando sugerencias para futuras mejoras en el plan de acción.

Nota. La tabla representa una adaptación a las fases y secuencias de la metodología que se aplica desde la investigación - acción. Tomado de *Métodos de Investigación en Psicopedagogía* (p. 263), Colás, Buendía & Hernández (1998).

Dimensión temporal y muestra

Se realizó un estudio transversal con una muestra de 15 adolescentes con discapacidad intelectual leve, de ambos sexos, pertenecientes a un Liceo Municipal en la ciudad de Los Ángeles, con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. Además, participaron seis docentes y dos psicólogos, estos últimos formaban parte del Programa de Integración Escolar, con una edad promedio de 34 años. La recopilación de datos y la evaluación se efectuaron en un único momento, sin seguimiento a lo largo del tiempo.

Este enfoque permitió realizar un estudio eficaz en términos de tiempo y recursos, proporcionando una descripción precisa de las características y fenómenos observados en la población en un momento específico. Aunque no se llevó a cabo un seguimiento a lo largo del tiempo, el estudio permitió identificar percepciones y niveles de conocimiento actuales sobre la educación sexual y autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual.

Técnicas de recolección de datos

En la implementación de las técnicas de recolección de datos, se adoptaron consideraciones éticas fundamentales. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores legales de los adolescentes con discapacidad intelectual leve, así como de los profesores que participaron en el estudio. Adicionalmente, se recopiló el asentimiento de los propios adolescentes, asegurando su comprensión y voluntariedad para participar (ver Anexo I).

Durante la recolección de datos, se hizo referencia únicamente al establecimiento educativo al que pertenecían los estudiantes, garantizando en todo momento el anonimato de los participantes. Este enfoque tuvo como propósito salvaguardar la confidencialidad de la información proporcionada, generar un ambiente de confianza y asegurar que los participantes se sintieran cómodos al compartir sus respuestas. Asimismo, se evitó cualquier tipo de presión o situación incómoda, en cumplimiento con los principios éticos que guiaron la investigación, como la autonomía, la dignidad y la protección de los derechos de los participantes.

La primera técnica de recolección de datos consistió en la aplicación de una encuesta, la cual se implementó como parte integral del diagnóstico participativo. El objetivo principal de esta técnica fue evaluar el nivel de conocimiento de los participantes sobre temas relacionados con la educación sexual y el autocuidado (ver Anexo II).

De acuerdo con Alelú et. al (2010), “la encuesta es un instrumento de la investigación que consiste en obtener información de las personas encuestadas mediante el uso de cuestionarios diseñados en forma previa para la obtención de información específica” (p. 1).

Posteriormente, se llevó a cabo un focus group con los docentes. Según Kitzinger (1995), esta técnica se define como “una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre el investigador y los participantes, con el propósito de obtener información” (p. 1). Por su parte, Hamui & Varela (2013), lo describen como “un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando autoexplicaciones para obtener datos cualitativos” (p. 56).

El propósito de esta técnica fue generar un espacio de reflexión y diálogo sobre la educación sexual y el autocuidado en estudiantes con discapacidad intelectual. A través de esta dinámica, se buscó identificar las estrategias y recursos empleados por los docentes, evaluar su preparación en la temática y analizar la implicación de las familias en la implementación de estas prácticas educativas. Adicionalmente, se aplicó una encuesta breve de nueve preguntas, referidas a la formación docente en el ámbito de la educación sexual (ver Anexo III).

Es relevante señalar que los instrumentos utilizados, como las encuestas, fueron validados mediante un juicio de expertos. En este caso, los expertos fueron los propios docentes con la participación de la coordinadora del programa de integración escolar. Esta decisión se tomó considerando las características específicas de la muestra, con el fin de garantizar su participación y que las

preguntas fueran apropiadas y alineadas con las necesidades y características de los participantes, asegurando así la pertinencia y comprensión de los instrumentos.

Los criterios de inclusión para las técnicas de recolección de datos de este estudio establecieron que los participantes debían ser adolescentes con discapacidad intelectual leve, estudiantes de un Liceo Municipal de Los Ángeles, cuyos padres o tutores legales otorgarán el consentimiento informado, y los propios adolescentes dieran su asentimiento. Además, se incluyeron docentes del liceo y psicólogos pertenecientes al Programa de Integración Escolar. En cuanto a los criterios de exclusión, no participaron adolescentes sin discapacidad intelectual leve, o con otro tipo de diagnóstico, que no contaran con el consentimiento o asentimiento requerido, ni docentes o psicólogos que no formaran parte del liceo o del programa mencionado.

CAPÍTULO IV:

ANALISIS Y RESULTADOS

El siguiente capítulo se organiza en cuatro fases principales. La primera fase, centrada en el diagnóstico, incluyó la aplicación de una encuesta a los estudiantes y la realización de un focus group con los docentes. Al finalizar esta etapa, se llevó a cabo una breve encuesta dirigida a los profesores para obtener información sobre su formación en la temática abordada. La segunda fase abarca el diseño e implementación del plan de acción, donde se describen en detalle los talleres desarrollados. En la tercera fase, correspondiente a la evaluación, se analizan los resultados obtenidos a través de las autoevaluaciones realizadas por los adolescentes y la observación directa durante la implementación del plan. Finalmente, el capítulo concluye con una reflexión integral que abarca todo el proceso llevado a cabo.

FASE N° 1:
DIAGNÓSTICO

Aplicación y análisis de encuesta hacia estudiantes

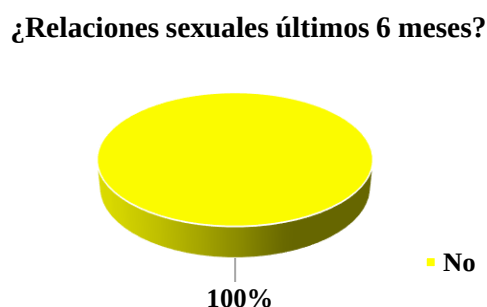
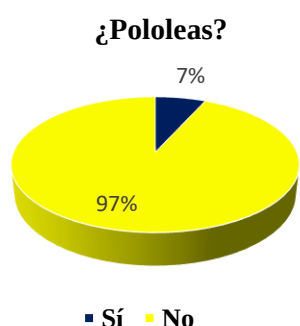
Para cumplir con los objetivos del estudio, se realizó una consulta a los estudiantes con el propósito de evaluar su nivel de conocimiento sobre sexualidad y autocuidado, así como sus preferencias en cuanto a los métodos de aprendizaje, ya sea visual, auditivo, kinestésico, entre otros. Para ello, se diseñó una encuesta de 24 preguntas, adaptadas específicamente para adolescentes con discapacidad intelectual leve. La encuesta incluyó 9 preguntas abiertas y 15 preguntas cerradas, elaboradas con el fin de obtener información detallada y precisa sobre estos temas.

En cuanto al nivel educativo de los participantes en los que se desarrolló la encuesta, se observa que el 13% pertenece a séptimo básico, el 34% a primer año medio, el 20% a segundo año medio y otro 34% a cuarto año medio. Además, destaca que el 60% de los encuestados se identifica con el género femenino, mientras que el 40% se reconoce con el género masculino.

Resultados obtenidos

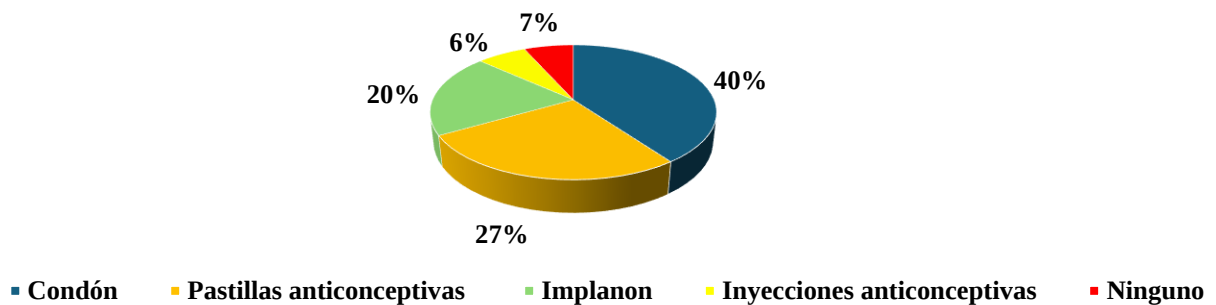
Ante la pregunta ¿Qué es para ti enamorarse? los participantes señalan las siguientes respuestas: *“Que ambas personas gusten de si”, “Sentir sentimiento por otra persona”, “Cuando te gusta todo de una persona” “Tener una conexión emocional con una persona con una persona que pueda compartir momentos buenos y malos. Tener una persona en quien apoyarme alguien a quien pueda proteger y darle mi cariño”*

De acuerdo con lo anterior, se les preguntó a los participantes si estaban en una relación de pareja, a lo que un 93% respondió negativamente y un 7% afirmó que sí. Además, al informar sobre si habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, el 100% de los encuestados indicó que no.

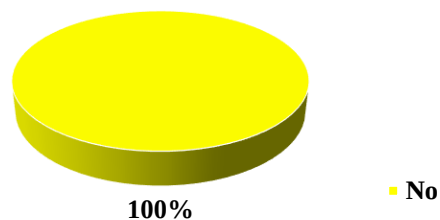


En cuanto a los anticonceptivos que conocen o han utilizado un 40% reveló conocer el condón, el 27% las pastillas anticonceptivas, un 20% el implanon, un 7% declaró no conocer ninguno y finalmente el 6% conoce las inyecciones anticonceptivas. Por otro lado, el 100% declaró no haber utilizado ningún método anticonceptivo.

Métodos anticonceptivos que conoces



¿Utilizas algún método anticonceptivo?



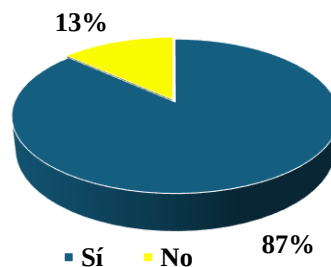
Se puede inferir, según los resultados observados, que el método anticonceptivo que los estudiantes conocen con mayor profundidad es el condón. Esto puede ser debido a que es el método más accesible y visible, ya que se distribuye en centros de salud, hospitales y a través de campañas públicas en Chile, donde incluso se entregan de forma gratuita en diversos puntos de la red de salud pública.

En relación con lo anterior, se les preguntó: "¿Qué sabes acerca de los métodos anticonceptivos?" A continuación, se presentan algunas respuestas: *"Para no tener hijos y no producir enfermedades"*, *"Que son métodos para evitar enfermedades de transmisión sexual y para evitar el embarazo"*, *"Que te ayuda a no quedar embarazada"*, *"Que deben ser usados al tener relaciones sexuales o también tomar pastillas anticonceptivas, aunque no siempre es confiable"*, *"Sé sobre las pastillas anticonceptivas, pero no mucho más"*.

De acuerdo con estas respuestas, se evidencia que los participantes son conscientes de que los métodos anticonceptivos tienen como principal función la prevención del embarazo.

En relación con las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, se les consultó si conocían alguna de ellas. El 87% respondió afirmativamente, mientras que el 13% indicó que no.

Enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual que conoces

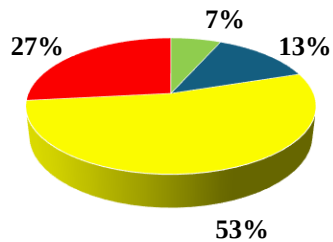


Además, se les preguntó cuáles conocían, respondiendo lo siguiente: *"Sida"*, *"El VIH: se transmite por transmisión sexual ósea teniendo sexo con ciertas personas"*, *"No conozco ninguna"*, *"VIH"*, *"VIH"*, *"Conozco la del sida"*, *"Viruela del mono, sida"*.

Como se puede apreciar en las respuestas previas, la mayoría de los participantes demuestra un conocimiento limitado, concentrándose principalmente en el VIH/SIDA. Esto refleja una falta de información sobre otras infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Esta carencia de conocimiento integral podría restringir su capacidad para prevenir, identificar y manejar adecuadamente otras condiciones de salud relacionadas con la sexualidad.

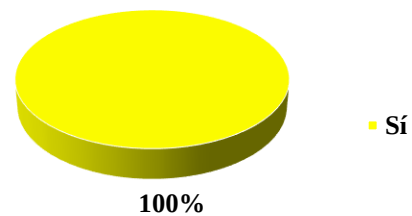
En cuanto a la frecuencia con la que acceden a información sobre temáticas de sexualidad, los datos recabados muestran que un 53% lo hace de manera ocasional, mientras que un 27% accede a esta información rara vez, un 13% lo hace a menudo y un 7% siempre. Por otro lado, es relevante señalar que el 100% de los estudiantes ha recibido información sobre sexualidad en el ámbito escolar.

Frecuencia acceso información sexualidad



■ Siempre ■ A menudo ■ A veces ■ Rara vez

Información sobre sexualidad en escuela



A partir de lo anterior, se les hizo la siguiente pregunta: ¿Qué entiendes por sexualidad?, las respuestas obtenidas fueron las siguientes: "Las *partes de nuestro cuerpo*", "*Poco*", "*casi nada*" "*Cuando tienen relaciones sexuales*", "*Cuando te hablan acerca de relaciones sexuales o del cuerpo*", "*Entiendo que es hablar tema de parejas o personal de cada persona*", "*En la manera que se crea un individuo o la manera con la que nos identificamos*"

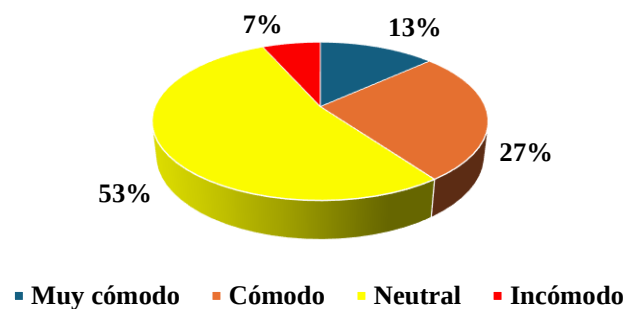
La información obtenida a partir de las respuestas revela una falta de conocimiento en los estudiantes, ya que la mayoría de las respuestas se centran únicamente en conceptos físicos, como las partes del cuerpo o las relaciones sexuales. Se observa una clara ausencia de comprensión sobre temas más amplios y fundamentales, como la identidad de género, el consentimiento, la salud sexual y las relaciones emocionales. Esto sugiere que estos jóvenes no disponen de una educación sexual integral, lo cual es esencial para que puedan tener una visión más completa de la sexualidad y tomar decisiones informadas y responsables en su vida sexual y afectiva.

Este panorama destaca la necesidad de proporcionar una educación sexual más amplia y profunda, que no solo cubra los aspectos biológicos y físicos, sino que también aborde cuestiones de identidad, respeto, consentimiento y salud sexual. Además, el reconocimiento de algunos participantes sobre su escaso conocimiento indica que es necesario mejorar la conciencia y

comprensión de estos temas, brindando una educación más inclusiva y adecuada que permita a los jóvenes desarrollar una visión más integral y empoderada de la sexualidad.

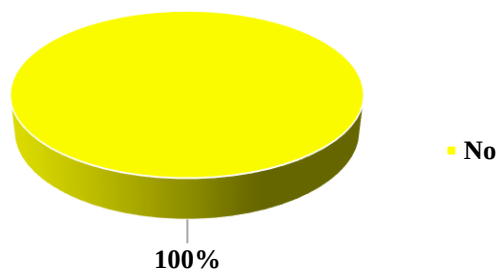
De igual manera, se les preguntó a los estudiantes si se sentían cómodos al hablar sobre sexualidad. Los resultados muestran que el 53% se siente neutral, lo que significa que no tienen una opinión clara o definida al respecto; es decir, no se sienten ni particularmente cómodos ni incómodos, lo que podría indicar falta de información o una actitud ambigua hacia el tema. Por otro lado, el 27% de los estudiantes expresó que se siente cómodo, lo que sugiere que tienen una actitud abierta y sin reservas al hablar sobre sexualidad. Un 13% se siente muy cómodo, lo que indica que tienen una disposición aún más positiva y confiada para tratar este tema, mientras que el 7% se siente incómodo, lo que podría reflejar una falta de confianza o incomodidad con el tema en cuestión.

Comodidad al hablar sobre sexualidad



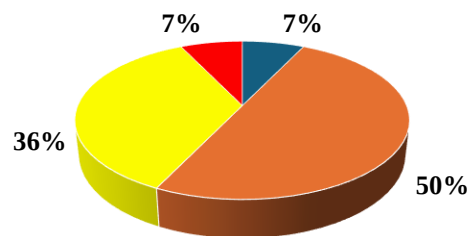
Por otra parte, un aspecto positivo que destaca en los resultados es que el 100% de los estudiantes encuestados manifestó no haber presenciado discriminación en relación con su sexualidad. Este dato sugiere un entorno de respeto y aceptación en el contexto en el que los adolescentes se desarrollan, lo que es fundamental para promover una educación sexual libre de prejuicios y estigmatización.

Discriminación en sexualidad



En relación con la importancia que le atribuyen a la sexualidad en sus vidas, el 50% considera que es importante, lo que indica una valoración significativa del tema en sus experiencias diarias y decisiones personales. El 36% se muestra neutral, sugiriendo que no ven la sexualidad como algo crucial ni irrelevante, mientras que el 7% la considera muy importante, lo que podría reflejar una mayor conciencia y preocupación por aspectos relacionados con la salud sexual y el bienestar. Finalmente, el 7% restante estima que la sexualidad tiene poca importancia, lo que podría indicar una menor relevancia de este tema en su vida o una falta de interés en abordarlo.

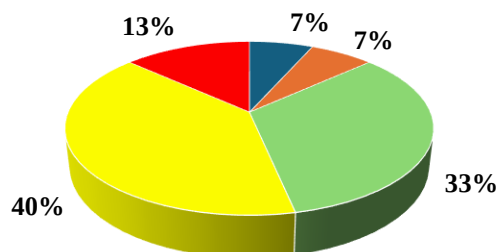
Importancia sexualidad en la vida



■ Muy importante ■ Importante ■ Neutral ■ Poco importante

La encuesta revela que el 40% de los adolescentes consulta temas de sexualidad y amor principalmente con sus padres o madres, quienes son percibidos como una fuente confiable de información. En segundo lugar, el 33% recurre a redes sociales o internet, utilizando medios informales que ofrecen rapidez, aunque no siempre garantizan información adecuada o verificada. Un 13% menciona que consulta otras fuentes, reflejando una diversidad en las vías de búsqueda de información. Por otro lado, un 7% busca orientación en el orientador del colegio, mientras que otro 7% recurre a profesionales de la salud, como matronas o ginecólogos, lo que evidencia una preferencia por fuentes más especializadas y formales.

¿A quién consultas dudas sobre amor y sexualidad?

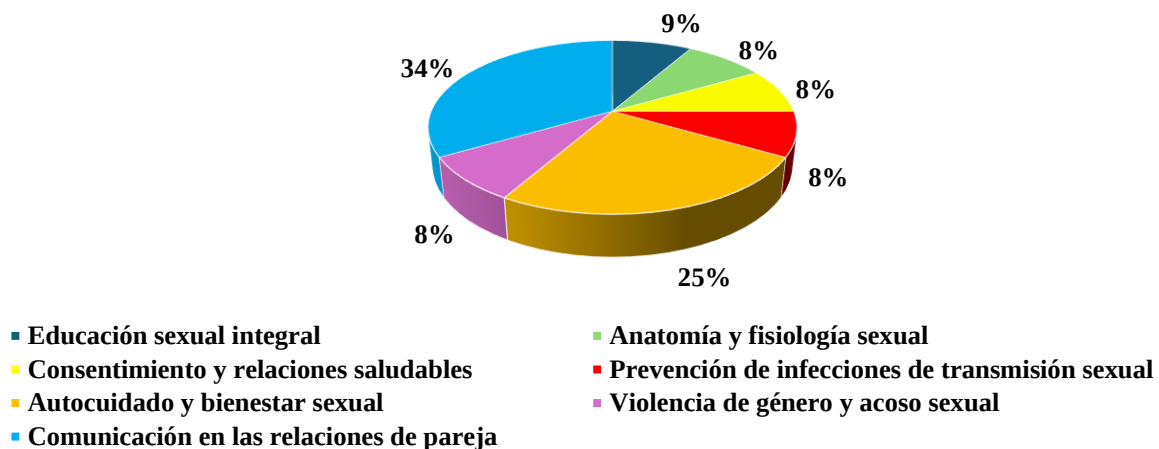


■ Matrona/ginecólogo ■ Orientador del establecimientos
 ■ Redes sociales/Internet ■ Padre/madre
 ■ Otro

En cuanto a los temas de sexualidad que los participantes desean aprender, un 34% expresó interés en la comunicación dentro de las relaciones de pareja, mientras que un 25% se mostró interesado en el autocuidado y el bienestar sexual. Estos resultados reflejan un notable interés por parte de los adolescentes en adquirir conocimientos sobre estos aspectos, lo cual es particularmente relevante considerando su etapa evolutiva y la importancia de estos temas en su desarrollo personal y relacional.

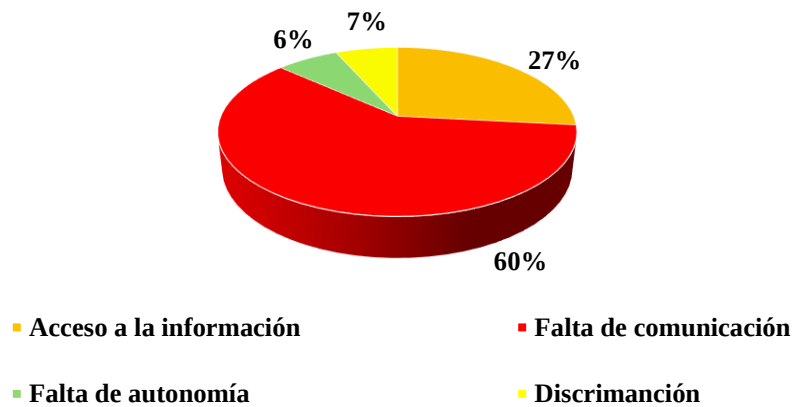
Por su parte, un 9% manifestó su interés en recibir educación sexual integral, mientras que el resto de los participantes mostró interés en otros temas, como anatomía y fisiología sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como violencia de género y acoso sexual. Estos resultados destacan la diversidad de intereses y necesidades informativas de los adolescentes en relación con la sexualidad, subrayando la importancia de una educación sexual que abarque una amplia variedad de temáticas, adaptadas a las inquietudes y preocupaciones de los jóvenes.

Temas de sexualidad que te gustaría aprender



De igual manera, los resultados obtenidos revelan que los principales aspectos débiles de la educación sexual, según la percepción de los estudiantes, se distribuyen de la siguiente manera: el 60% señala la falta de comunicación, y el 27% destaca el limitado acceso a la información, tal como se ilustra en el gráfico siguiente. Estos hallazgos indican que los adolescentes perciben la ausencia de transmisión efectiva de información y la carencia de espacios para el diálogo como barreras significativas para acceder a una educación sexual integral. En menor proporción, el 7% de los estudiantes menciona problemas relacionados con la discriminación, mientras que el 6% hace referencia a la falta de autonomía en torno a la educación sexual. Esto evidencia preocupaciones sobre la poca consideración hacia la diversidad de vivencias y la restricción de sus derechos para acceder a información y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual.

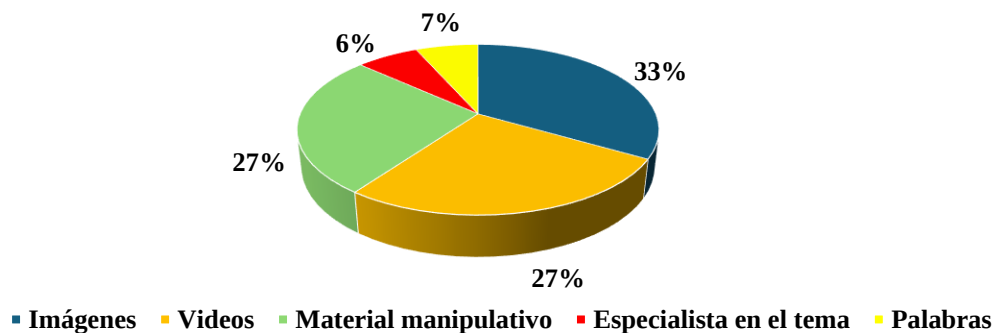
Aspectos débiles de la educación sexual



Al explorar las preferencias de los participantes sobre cómo les gustaría aprender acerca de educación sexual, los resultados revelan una diversidad de enfoques. Un 33% expresó su interés por aprender a través de imágenes, lo que sugiere que los recursos visuales son considerados como una herramienta eficaz para facilitar la comprensión de temas complejos. Un 27% prefirió el formato de videos, lo que indica que los adolescentes valoran los contenidos audiovisuales como un medio atractivo y dinámico para adquirir conocimientos. El mismo porcentaje, 27%, también mostró interés en el uso de material manipulativo, lo que refleja la preferencia por métodos de aprendizaje interactivos y participativos, en los que pueden involucrarse de manera directa y práctica.

En contraste, un 7% mostró interés en aprender a través de palabras, lo que podría señalar una inclinación hacia el diálogo y la comunicación verbal, quizás en espacios más reflexivos o de discusión. Por último, un 6% de los encuestados destacó la intervención de especialistas, lo que indica que algunos consideran que el asesoramiento profesional es esencial para recibir información precisa y adecuada sobre la sexualidad.

¿Cómo te gustaría aprender de educación sexual?



Además, se investigó el nivel de conocimiento que los participantes tienen sobre su propio cuerpo. Ante la pregunta ¿Puedes identificar las partes de tu cuerpo que son privadas o intimas, nombra algunas? responden los siguiente: "Pene", "*Si, los senos el trasero, la cintura y la vagina*", "*Pene, testículos, etc.*", "*Cualquier parte debajo de las caderas*", "*Si, la vagina, los senos*", "*Mis genitales, mi busto, mis piernas*".

La información obtenida refleja un conocimiento básico y adecuado sobre las partes del cuerpo que consideran privadas, como los genitales y los senos. Sin embargo, la profundidad de las respuestas varía, con algunos adolescentes utilizando un lenguaje más directo y específico, como "Pene" y "Testículos", mientras que otros mencionan más áreas del cuerpo de forma general, como "Cualquier parte debajo de las caderas". o "Mis piernas" Aunque en general hay una identificación adecuada de las partes privadas, algunos interpretan el concepto de "Privado" de manera más amplia, indicando una comprensión más concreta. Esto sugiere que, si bien los adolescentes tienen una base adecuada de conocimiento, es necesario seguir reforzando su comprensión sobre partes privadas o intimas de su cuerpo.

Asimismo, se les preguntó: "¿Conoces la función de las partes íntimas del cuerpo, como el pene, la vagina y los senos?" obteniendo estas respuestas: "*Los senos sirven cuando tenemos un bebé nos ayudan a alimentarlos y la vagina y el pene al hacer nuestras necesidades*", "*El pene y la vagina sirven para poder procrear y los senos para amamantar*", "*Si, para mantener relacione sexuales*", "*Creo que sí*".

Las respuestas señalan que el nivel de conocimiento sobre la función de las partes íntimas del cuerpo es, en general, limitado y variado. Algunos estudiantes tienen una comprensión básica, mencionando funciones biológicas como la reproducción y la lactancia, pero otras respuestas revelan un conocimiento superficial o ambiguo, como el uso del pene y la vagina solo para "hacer necesidades". Además, las respuestas más breves y afirmativas, como "Sí" o "Creo que sí", indican falta de certeza o información específica. En conjunto, los datos sugieren que, en su mayoría, los encuestados no tienen un conocimiento completo o detallado sobre las funciones de las partes íntimas, lo que puede sugerir la necesidad de una mayor educación en salud sexual.

Al preguntar a los adolescentes con discapacidad intelectual sobre el significado de dar consentimiento en el contexto de las relaciones sexuales, sus respuestas reflejan una comprensión centrada en la aceptación mutua y el acuerdo entre ambas partes. Frases como "*Que los dos*

quieren” y “Cuando las dos personas están de acuerdo” indican que reconocen la importancia de la voluntad compartida y la seguridad en la interacción.

Sin embargo, aunque estas expresiones muestran una percepción positiva del consentimiento, también se evidencia que su comprensión podría no abarcar aspectos más complejos, como la coerción y la capacidad de retirar el consentimiento. Esto pone de manifiesto la necesidad de una educación sexual adaptada que profundice en estos conceptos, abordando no solo el acuerdo entre las partes, sino también temas fundamentales como el respeto, la autonomía y la comunicación efectiva, con el fin de promover una visión más completa y responsable de la sexualidad.

Asimismo, se les preguntó a los estudiantes sobre la importancia de conocer y respetar su propio cuerpo, y sus respuestas incluyeron las siguientes afirmaciones: *“Sí, porque no cualquiera puede tocar o ver las partes íntimas de tu cuerpo”, “No”, “Demasiado importante soy una persona que me respeto yo mismo”, “Sé que es importante ya que nos permite conocernos y así poder comunicarnos y presentarnos como en realidad somos ante los demás”, “Si porque es mío”, “Para saber dónde nosotros podemos llegar”.*

Las respuestas muestran diversas comprensiones sobre autonomía e identidad. Algunos enfatizan la necesidad de establecer límites y proteger su intimidad, lo que indica una percepción del consentimiento. Otros, sin embargo, no parecen reconocer esta importancia, lo que sugiere una falta de educación en el tema. También se destaca la conexión entre el respeto personal y el autoconocimiento, que es esencial para la autoestima y la autoexpresión. En general, las respuestas subrayan la necesidad de una educación integral que promueva el conocimiento del cuerpo, el respeto y la comunicación, ayudando a los estudiantes a desarrollar una relación sana.

Por último, se les preguntó a los estudiantes si consideran que la educación sexual puede ayudarlos a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y sus relaciones. Las respuestas fueron diversas, incluyendo: *“Sí, porque en general las mujeres o niñas pueden quedar embarazadas”, “Sí, es necesario tener cuidado con las enfermedades”, “Mi opinión es que es algo inservible”, “Sí, ayuda un poco a tomar decisiones” y “Si hay consideraciones como tener relaciones para como formar un hijo”*

Estas respuestas evidencian una variedad de perspectivas sobre la educación sexual y su relevancia. Mientras algunos estudiantes reconocen la importancia de la educación sexual para prevenir

embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, otros expresan una percepción negativa, considerándola poco útil. Sin embargo, hay quienes también señalan que la educación sexual puede ser útil para tomar decisiones en el contexto de formar una familia. Este conjunto de opiniones destaca la necesidad de abordar la educación sexual de manera más efectiva, asegurando que los estudiantes comprendan su importancia y relevancia en la toma de decisiones informadas.

Aplicación y análisis de Focus Group hacia docentes

Para este estudio, se llevó a cabo un focus group hacia los docentes, el cual incluyó preguntas abiertas dirigidas a explorar cómo se integra y adapta la educación sexual en el currículo para estudiantes con discapacidad intelectual leve, así como los recursos y estrategias utilizados para asegurar la comprensión de los contenidos. También se indagó sobre las metodologías para fomentar el autocuidado y la autonomía en temas de salud sexual y el involucramiento de las familias en el proceso educativo. Al concluir el focus group, se aplicó una breve encuesta complementaria en formato impreso, compuesta por cinco preguntas abiertas y dos cerradas, con el propósito de evaluar la formación docente en educación sexual, explorar el proceso de adquisición de estos conocimientos e identificar los temas con los que se sienten más seguros al abordarlos.

El proceso se desarrolló en un liceo municipal de la ciudad de Los Ángeles, con la participación de seis docentes y dos psicólogos, con un rango de edad promedio de 34 años. Los participantes trabajan directamente con estudiantes que presentan discapacidad intelectual leve, la dinámica de la actividad fue dirigida por dos moderadoras, quienes plantearon una serie de preguntas para fomentar el intercambio de ideas y opiniones entre los participantes. En cuanto a su pertenencia religiosa, seis se identificaron como católicos, uno como evangélico y uno no profesaba ninguna religión.

A continuación, se presenta la siguiente tabla con la matriz de codificación, que recoge las categorías identificadas durante el proceso de focus group con los docentes. Esta información se centra en entregar la definición de las categorías, los enfoques, objetivos y aspectos fundamentales para abordar la sexualidad de manera inclusiva y adaptada a las necesidades específicas de estos estudiantes.

Tabla 7

Matriz de codificación

Categoría	Definición	Objetivo/Propósito	Ámbitos Clave
Educación sexual	Proceso de aprendizaje que proporciona información, desarrolla habilidades y promueve actitudes responsables y respetuosas respecto a la sexualidad humana.	Proporcionar conocimientos y habilidades para promover una sexualidad saludable, respetuosa y segura.	Anatomía y fisiología, aspectos emocionales y psicológicos, relaciones afectivas, consentimiento, prevención de ETS, embarazo, necesidad de coordinación y continuidad en la enseñanza.
Formación docente en educación sexual	Proceso de capacitación que reciben los educadores para abordar de manera adecuada los temas relacionados con la sexualidad.	Capacitar a los docentes para enseñar educación sexual ética, profesional y adaptada a los estudiantes.	Conocimiento sobre biología, salud sexual y reproductiva, género, derechos sexuales, habilidades pedagógicas, formación continua y actualización, necesidad de formación estructurada.
Trabajo con discapacidad intelectual	Enseñanza dirigida a personas con discapacidad intelectual sobre sexualidad, afectividad y relaciones humanas.	Proporcionar educación sexual accesible para promover una sexualidad saludable y respetuosa en personas con discapacidad intelectual.	Adaptación de contenidos, autonomía personal, respeto por los demás, toma de decisiones informadas, necesidad de materiales adaptados y recursos especializados.
Inclusión de adolescentes con discapacidad Intelectual	Integración de adolescentes con discapacidad intelectual en entornos educativos, sociales y culturales en igualdad de condiciones.	Promover la participación, la autonomía y el acceso a las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo.	Adaptación de estrategias pedagógicas, eliminación de barreras físicas y actitudinales, respeto, participación, colaboración, adaptación individualizada según las necesidades del estudiante.

Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con las categorías previamente establecidas en la matriz de codificación, se llevó a cabo el siguiente análisis:

Resultados obtenidos

Implementación de Educación sexual en el establecimiento

Al iniciar el focus group, se preguntó a los participantes sobre la existencia de educación sexual en el establecimiento, obteniendo diversas respuestas que reflejan las acciones implementadas. Algunos mencionaron: *“Sí, porque en el currículum hablamos sobre los ámbitos de la sexualidad, la anatomía, los aparatos reproductores”*; otros destacaron: *“Somos apoyados por talleres de formación integral, entonces empiezan de lo básico hasta lo del aseo y la higiene personal y llegan a temas también de sexualidad”*. También, se mencionó la *“Consejería por parte de la enfermera”* y *“Como tenemos séptimo hasta cuarto medio, se les han hecho ahora talleres por necesidad a los estudiantes”*. Finalmente, se señaló que *“Convivencia escolar también tiene dentro de su planificación realizar educación sexual a los estudiantes de básica”*.

Las respuestas indican que el establecimiento ha implementado diversas acciones para abordar la educación sexual, pero de manera fragmentada. Se incluye en el currículum escolar la enseñanza de temas como anatomía y sexualidad, mientras que también se realizan talleres que cubren desde aspectos básicos, como la higiene personal, hasta cuestiones más complejas relacionadas con la sexualidad. Además, la consejería por parte de la enfermera aporta un apoyo adicional en este ámbito. La inclusión de la educación sexual en la planificación de la convivencia escolar sugiere un intento por integrar el tema de forma más amplia. Sin embargo, la diversidad de enfoques y modalidades podría beneficiarse de una mayor coordinación y continuidad para asegurar que los contenidos sean abordados de manera coherente y completa a lo largo de todo el proceso educativo.

Con el fin de profundizar en este aspecto, se consultó a los docentes si recibían apoyo de entidades externas para abordar los temas relacionados con la sexualidad. Las respuestas obtenidas fueron las siguientes: *“El establecimiento tiene un convenio con un CESFAM, por lo que profesionales de la salud vienen a orientar a los estudiantes”*, también señalaron que *“Vienen a enseñar sobre sexualidad e identidad; estas charlas son abiertas y se realizan en los pasillos”* y *“profesionales de universidades apoyan, proporcionando una enseñanza más práctica, aunque no siempre con un enfoque didáctico”*.

Se infiere que los docentes reciben apoyo externo para abordar la sexualidad, principalmente a través de charlas y talleres. Aunque esta colaboración es valiosa, los espacios en los que se realizan

suelen ser informales y carecen de un enfoque didáctico claro. Esto puede limitar la efectividad de la enseñanza y dificultar que los estudiantes comprendan plenamente los contenidos tratados. Además, se evidencia una carencia de contenido en la información proporcionada por las distintas entidades que colaboran en la educación sexual en el establecimiento. Los participantes expresan: *“Generalmente, solo se habla de la abstinencia, hasta las matronas que van”* y *“las enfermeras van estrictamente a hablar de esos temas, súper desactualizados”*. También mencionan que los contenidos son demasiado generales, por lo que solicitan que los talleres sean más específicos: *“Que vengan con algo más establecido, por ejemplo, venimos a hacer un taller sobre diversidad sexual para estudiantes con discapacidad intelectual”*.

Las respuestas sugieren que la educación sexual en el establecimiento enfrenta desafíos relacionados con la falta de profundidad y actualización en los contenidos, la referencia a temas centrados en la abstinencia y la percepción de que los talleres son demasiado generales podría reflejar un enfoque conservador y limitado sobre la sexualidad, lo que podría estar vinculado a la resistencia cultural o social en torno a la apertura sobre estos temas. La solicitud de talleres más específicos y actualizados resalta la necesidad de una educación más inclusiva y adaptada a las realidades de los estudiantes, superando los enfoques restrictivos y promoviendo una comprensión más integral y libre de prejuicios.

Formación docente en Educación Sexual

En este contexto, es crucial señalar que una educación sexual efectiva requiere de profesionales capacitados para abordar estos temas de manera integral. En relación con ello, se les preguntó a los participantes si recibían formación en esta área, a lo que uno de ellos respondió: *“Sí, nos invitan como equipo a los talleres”*. Esta respuesta sugiere que, aunque existe la invitación a participar en talleres, la formación podría no estar lo suficientemente estructurada ni ser continua, lo que limita la preparación adecuada para enfrentar de manera integral los desafíos de la educación sexual.

Asimismo, se profundizó en la consulta sobre las formas en que habían aprendido sobre educación sexual, y todo el grupo de docentes coincidió en señalar: *“Mediante talleres y/o charlas”*. Esta respuesta refuerza la idea de que la formación proporcionada es principalmente puntual y basada

en actividades aisladas, lo que podría restringir el desarrollo y la continuidad en el aprendizaje de los profesionales.

Con el fin de obtener más información sobre su formación docente, se les planteó la siguiente pregunta: ¿Qué temas manejan en relación con la sexualidad y el autocuidado? Las respuestas proporcionadas fueron diversas y reflejaron una variedad de contenidos, tales como: *“Métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual”*, *“Sexualidad, embarazo adolescente, ITS”*, *“Etapa evolutiva”*, *“Respeto por su cuerpo y responsabilidad”*, y *“Ámbitos de la sexualidad, sistemas reproductores y funciones”*. Estas respuestas indican que los docentes cubren una gama amplia de temas relevantes, pero no se especifica si estos se abordan de manera integral, continua o secuencial. Esto sugiere que la formación podría carecer de la estructura necesaria para asegurar un aprendizaje completo y progresivo. Esta falta de continuidad en el enfoque de los temas podría limitar la efectividad de la enseñanza y, por ende, la capacidad de los docentes para abordar la educación sexual de manera adecuada y exhaustiva.

De igual manera, se les preguntó a los participantes si consideraban importante aprender sobre sexualidad siendo docente, y las respuestas fueron las siguientes: *“Sí, debido a los cambios de paradigmas y la diversidad sexual”*, *“Sí, porque los estudiantes suelen tener muchas dudas y, generalmente, prefieren preguntarnos a los docentes en lugar de acudir a sus padres”*, *“Claro, porque es necesario mantenerse actualizado para estar al día y poder orientar adecuadamente a los estudiantes”*, y *“Sí, es crucial contar con capacitaciones permanentes en esta área, especialmente para los docentes de biología. Más allá del conocimiento en sí, lo más importante es saber cómo abordarlo y cómo conectar con los estudiantes de manera efectiva”*.

Las respuestas muestran una clara conciencia de los docentes sobre la necesidad de actualizarse en temas de sexualidad debido a los cambios sociales y la curiosidad de los estudiantes. Además, señalan la importancia de contar con formación continua no solo para adquirir conocimientos, sino también para desarrollar las habilidades necesarias para tratar estos temas de forma adecuada y respetuosa. La mayoría de las respuestas coinciden en que la capacidad de abordar la sexualidad en el aula depende no solo de la formación teórica, sino también de una adecuada estrategia pedagógica que permita llegar efectivamente a los estudiantes.

Trabajo e inclusión para adolescentes con discapacidad intelectual

También, se investigó el enfoque educativo dirigido a estudiantes con discapacidad intelectual, formulando la pregunta: ¿A los estudiantes con discapacidad intelectual se les enseña de la misma manera o existen recursos y/o estrategias especializadas para educar sobre sexualidad? Las respuestas reflejaron una diversidad de enfoques y perspectivas. Algunos docentes indicaron que *“Sí, trabajan con material concreto”* y que *“Utilizamos guías de aprendizaje con muchas imágenes; en algunas oportunidades también pedimos que elaboren modelos o maquetas, donde puedan interactuar con este modelo, que puede ser el aparato reproductor masculino o femenino”*. Otros destacaron que *“Hablar de manera más privada, focalizada, ha funcionado”*, aunque también señalaron que *“Igual son como emergentes, no hay material adecuado”*. Por último, una opinión resaltó *“Es que no hay como gran distinción”*.

A lo anterior, una participante compartió una experiencia en el aula, mencionando: *“Hoy día en clases estábamos hablando sobre diversidad y hablando de la vagina masculina, una estudiante que tiene discapacidad intelectual leve me preguntó qué era, me acerqué y le hice un dibujo y le traté de explicar”*.

Estas respuestas evidencian una mezcla de avances y desafíos en la enseñanza de la educación sexual a estudiantes con discapacidad intelectual. Por un lado, se destacan esfuerzos por adaptar las estrategias pedagógicas, como el uso de materiales concretos, guías visuales y actividades prácticas, lo que muestra un intento por responder a las necesidades específicas de este grupo. Además, se valora la importancia de un enfoque más privado y personalizado, lo cual refleja sensibilidad hacia las particularidades individuales. Sin embargo, también evidencian limitaciones, como la falta de recursos adecuados y la percepción de que no siempre se aplican metodologías diferenciadas, lo que resalta la necesidad de mejoras en este ámbito.

La experiencia compartida por una docente, en la que se enfrenta a una duda de una estudiante y opta por usar un dibujo para explicarle un concepto, resalta la flexibilidad y adaptabilidad necesarias para abordar estas situaciones, pero también pone de manifiesto la carencia de materiales específicos que facilitarían una enseñanza más efectiva y completa. Esto refuerza la necesidad de

contar con estrategias más estructuradas y recursos adecuados que apoyen a los docentes en la tarea de enseñar educación sexual a estudiantes con discapacidad intelectual.

En línea con lo anterior, también se les preguntó: ¿Existe alguna diferencia entre los estudiantes con discapacidad intelectual leve y sus compañeros en cuanto a la entrega de contenidos sobre sexualidad? Las respuestas mostraron una perspectiva inclusiva y equitativa: *“No hay gran distinción entre los estudiantes, todos participan de igual manera”, “En los casos más individuales, se trabaja de manera más privada, enfocándonos en la convivencia”, y “Una discapacidad intelectual leve se desarrolla sexualmente de la misma forma que los demás, lo que varía son las características personales, no el nivel intelectual”*.

Además, algunos docentes añadieron: *“La información es para todos, y creo que, al tratarse de discapacidad leve, se les trata de manera equitativa; la diferencia está en cómo se adecuan los contenidos en el aula”, y “En ciertos casos, ha sido necesario entregar la información de manera más personalizada, ya que, frente a un curso, tal vez no puedan comprender todo lo que se aborda sobre el tema”*.

Estas respuestas reflejan un enfoque inclusivo, donde los estudiantes con discapacidad intelectual leve reciben los mismos contenidos que sus compañeros. Sin embargo, también se reconoce la necesidad de adaptar las estrategias y personalizar la enseñanza para asegurar que todos los estudiantes comprendan adecuadamente los contenidos sobre sexualidad.

En relación con el abordaje del tema de la sexualidad, se les preguntó a los docentes: ¿Cómo han reaccionado los padres de estos estudiantes cuando se les plantea este tema? Las respuestas mostraron diversas inquietudes y enfoques por parte de los padres. Un docente comentó: *“Muchos padres de estudiantes con discapacidad son más aprehensivos respecto a que se les hable del tema, entonces uno conversa con ellos y, si autorizan, se profundiza un poco más; pero si no, se hace más complejo”*. Otro señaló: *“Creo que la inquietud de los padres tiene que ver con la forma en que uno aborda el tema con el estudiante”*. Estas respuestas ponen de manifiesto cómo las preocupaciones de los padres influyen en el proceso de enseñanza de la sexualidad, destacando la

importancia de la comunicación y el consentimiento familiar en el abordaje de este tema en el contexto educativo.

Se concluyó el proceso de focus group formulando la pregunta: ¿Consideran que es importante educar a los estudiantes con discapacidad sobre temas de sexualidad y autocuidado? Las respuestas revelaron distintas perspectivas. Un participante comentó: *“Considero que sí es importante, porque al fin y al cabo son estudiantes y adolescentes, y si tienen alguna discapacidad leve, al menos aquí en el liceo se les puede enseñar de una forma adecuada, ya sea caso por caso”*. Otro agregó: *“Sí, pero debe ser focalizado, porque, por ejemplo, iban a hacer un taller de diversidad sexual en tal curso y, de repente, me ha pasado que, en el establecimiento, llegaban y decían: ‘¡Oh, y la estudiante con discapacidad visual! Entonces, no tenían cómo presentarle el material, y al final ella solo estaba presente, haciendo escucha activa, pero no con un material que pudiera manipular”*.

También, se mencionó la importancia del autocuidado: *“Sí, y quizás cuando la discapacidad es más moderada, hay que trabajar mucho el autocuidado”*, añadiendo que *“Hay que protegerlos de la realidad, ya que, quizás, intelectualmente van a quedar estancados en algún momento”*. Otro participante expresó: *“Sí, porque fuera del aula también socializan, y si no se les educa adecuadamente, los vuelven más pequeños, los infantilizan”*.

Lo anterior, revela una comprensión generalizada de la importancia de la educación sexual y el autocuidado para los estudiantes con discapacidad, pero también pone en evidencia algunos desafíos significativos en la implementación de estas enseñanzas. En primer lugar, se subraya que la educación debe ser adaptada y personalizada según las necesidades de cada estudiante, destacando la importancia de un enfoque *“Caso por caso”*. Sin embargo, se identifican barreras como la falta de materiales adecuados, especialmente cuando se trata de estudiantes con discapacidades específicas, como la discapacidad visual, lo que limita la participación de estos estudiantes.

Además, se resalta la necesidad de trabajar el autocuidado, especialmente cuando la discapacidad es más moderada, y la importancia de proteger a los estudiantes de la realidad, ya que, debido a su

discapacidad intelectual, podrían no comprender totalmente ciertos aspectos. Finalmente, se menciona que, si no se proporciona una educación adecuada, los estudiantes con discapacidad pueden ser infantilizados y no se les da el espacio para desarrollarse de manera plena en su interacción social y emocional.

FASE N°2:
PLAN DE ACCIÓN

A partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico y con el objetivo de fortalecer la educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual, promoviendo su bienestar y autonomía, se diseñó un plan de acción que incluyó dos talleres. Según De la Jara (2017), los talleres se conciben como "una estrategia didáctica que busca, esencialmente, que las personas aprendan de manera colectiva, siendo una forma de enseñanza y aprendizaje colaborativo en la que se reconocen múltiples escenarios" (p. 1). Asimismo, Gutiérrez (2009), destaca que el taller como estrategia metodológica es una de las más apropiadas para conseguir resultados, ya que se encuentra centrada en los sujetos que aprenden (p. 2).

Es por ello, que el uso de talleres fue seleccionado como una estrategia metodológica debido a su capacidad para fomentar un espacio interactivo y participativo, en el que los adolescentes no solo adquieren conocimientos, sino que también pueden compartir experiencias, resolver dudas y aplicar lo aprendido de manera práctica. Este tipo de estrategia se adapta a las necesidades y ritmos de los estudiantes, facilitando un aprendizaje más efectivo y acorde a sus características cognitivas y sociales. Por lo tanto, se consideró como la opción más adecuada para promover una educación sexual inclusiva y centrada en el desarrollo integral de los adolescentes con discapacidad intelectual.

Diseño y aplicación de los talleres

El primer taller se enfocó en promover el reconocimiento y la comprensión de las funciones de las partes íntimas del cuerpo y los métodos anticonceptivos, con la participación de nueve estudiantes. En el segundo taller, se abordaron temas claves relacionados con la sexualidad, como sus componentes, las relaciones saludables, el consentimiento y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, con la asistencia de ocho estudiantes (ver Anexo IV).

Aunque la muestra inicial estaba compuesta por 15 estudiantes, no todos estuvieron presentes durante la aplicación de los talleres, lo que explica la reducción en el número de participantes en cada instancia. Estas actividades formativas, diseñadas específicamente para adolescentes con discapacidad intelectual leve que cursan entre 2° y 4° año de enseñanza media, tuvieron como propósito ofrecer una educación sexual integral, inclusiva y adaptada a sus necesidades.

La planificación de los talleres consideró las particularidades individuales de los estudiantes y sus estilos de aprendizaje, incorporando recursos didácticos como materiales audiovisuales y manipulativos para facilitar la comprensión y promover la participación. Además, los contenidos fueron elaborados a partir de los intereses y necesidades detectados en un diagnóstico inicial, asegurando que los temas tratados respondieran a las inquietudes y prioridades expresadas por los propios adolescentes, favoreciendo así su desarrollo personal y social.

Los talleres se llevaron a cabo durante un período de dos semanas, con una sesión programada por semana. Cada taller tuvo una duración de 90 minutos, correspondientes a dos horas pedagógicas. Las actividades se desarrollaron en las dependencias del establecimiento, respetando la planificación institucional y adaptándose a la disponibilidad horaria asignada.

A continuación, se presenta una tabla con la planificación general de ambos talleres. Posteriormente, se detalla la planificación específica de cada uno, incluyendo los objetivos y actividades.

N° de talleres: 2	• Taller N°1: “Más allá de lo visible: taller de autocuidado” • Taller N°2: “Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”
Temporalidad	90 minutos por taller (dos horas pedagógicas).
Horarios	A convenir con el establecimiento educacional.
Estrategias	Material audiovisual, actividades didácticas y material concreto.
Contenidos	Componentes de la sexualidad. – Autocuidado. - Anatomía reproductiva. - Educación sobre anticoncepción. - Relaciones saludables. -Consentimiento. – Enfermedades de transmisión sexual.
Periodo de duración	2 semanas.
Público objetivo	Adolescentes con discapacidad intelectual que cursan los niveles de 2° a 4° año medio.
Recursos	• Computadora • Data • PowerPoint • Video sobre métodos anticonceptivos • Tarjetas de semáforo (para clasificar situaciones de riesgo), • Modelos anatómicos del aparato reproductor masculino y femenino • Diversos métodos anticonceptivos (como preservativos, pastillas, DIU, inyección, etc.) • Trípticos • Celular para actividades interactivas • Plataforma Kahoot • Lápices • Notas adhesivas. • Rúbricas de autoevaluación

Taller N°1: “Más allá de lo visible: taller de autocuidado”

Objetivo: Fortalecer las habilidades de autocuidado a través del reconocimiento de las partes íntimas del cuerpo, sus funciones, y la comprensión de los métodos anticonceptivos junto con su adecuado uso.

Actividad	Descripción	Objetivo	Duración
1.-Bienvenida y presentación	Se da la bienvenida a los adolescentes, presentando el objetivo del taller. Luego, se explica la importancia de conocer y cuidar el cuerpo, especialmente las partes privadas. Se formula una pregunta inicial para fomentar la reflexión: “¿Qué significa para ti cuidar tu cuerpo?”	Crear un ambiente de confianza y apertura para que los adolescentes se sientan cómodos hablando sobre temas de salud y autocuidado.	5 minutos
2.-Conociendo las partes privadas del cuerpo	Presentación de las partes privadas del cuerpo (genitales y zonas íntimas). Utilizando imágenes sencillas y claras, se explican las partes privadas del cuerpo, tanto masculinas como femeninas. Se habla sobre la función básica de estas partes, como la reproducción y la protección del cuerpo. Ejemplo: “Las partes de nuestro cuerpo que están por debajo de la ropa, como el pene y la vagina, son privadas.”	Identificar las partes privadas del cuerpo y entender su función básica en términos de reproducción y protección.	20 minutos
3.-Función de las partes íntimas	A través de ejemplos visuales y analogías sencillas, el facilitador explica cómo las partes privadas del cuerpo tienen funciones importantes no solo para la reproducción, sino también para la eliminación de desechos y la protección contra infecciones. Ejemplo: “El cuerpo tiene partes que nos ayudan a eliminar cosas que ya no necesita, como la orina.”	Comprender la función de las partes privadas y su importancia en el autocuidado y la salud en general.	15 minutos
4.-Actividad lúdica “semáforo de comportamientos”	Se presentan situaciones relacionadas con el autocuidado y la protección del cuerpo. Cada situación se puede categorizar como "verde" (acción positiva), "amarillo" (acción a considerar) o "rojo" (acción negativa). Los adolescentes levantan una tarjeta de color correspondiente para indicar su respuesta. Ejemplos de situaciones: · Un médico te explica cómo será tu chequeo de salud. (Semáforo verde) Explicación: Es una situación segura porque el médico está realizando un chequeo necesario para cuidar de tu salud. · Un compañero de clase te dice que le muestres tu ropa interior. (Semáforo rojo) Explicación: Esta es una situación peligrosa. Nunca debes hacer esto, y debes decir "no" y buscar ayuda de un adulto de confianza.	Reflexionar sobre comportamientos saludables para el autocuidado y la protección del cuerpo. Ayudar a los adolescentes a identificar acciones que deben fomentar o evitar.	20 minutos

	· Te sientes incómodo/a cuando alguien hace chistes sobre tus partes íntimas. (Semáforo amarillo) Explicación: Si no te sientes bien con esos comentarios, es válido expresar tu incomodidad y alejarte de la situación. · Un adulto de confianza te habla sobre la importancia de cuidar tus partes íntimas. (Semáforo verde) Explicación: Es seguro porque el adulto está compartiendo información útil y necesaria para tu salud.		
5.-Métodos anticonceptivos	Presentación de los métodos anticonceptivos más comunes como el condón, la píldora anticonceptiva, la inyección y el DIU. Se utiliza una presentación visual para mostrar imágenes claras de cada método y se explica cómo funcionan de manera sencilla. Ejemplo: "El condón es una protección que se usa durante las relaciones sexuales para evitar que un espermatozoide entre en el cuerpo de una mujer." También se utiliza material concreto.	Conocer los métodos anticonceptivos más comunes y entender su propósito de evitar embarazos y proteger la salud sexual.	10 minutos
6.-Juego interactivo: ¿Qué método es este?	Explicación del Juego: Los estudiantes reciben una tarjeta con la imagen y el nombre de un método anticonceptivo. En la pizarra, se mostrará una pista relacionada con uno de estos métodos, por ejemplo: "Este método se toma a diario y ayuda a prevenir embarazos liberando hormonas" (píldora anticonceptiva). Los estudiantes deben levantar la tarjeta correcta con la imagen y el nombre del método que corresponde a la pista. Ejemplo de pistas: Pista: "Este método se coloca sobre el pene y previene el paso de los espermatozoides." (Condón) Pista: "Este pequeño dispositivo en forma de T se inserta en el útero." (DIU) Pista: "Este método se administra con una inyección cada tres meses." (Inyección anticonceptiva)	Reflexionar sobre los comportamientos saludables para el autocuidado y la protección del cuerpo.	10 minutos
7.-Cierre y reflexión final	Al final del taller, se lleva a cabo una reflexión grupal donde los estudiantes comparten sus aprendizajes y clarifican dudas, promoviendo una comprensión más profunda del tema. Luego, se les entrega una rúbrica de autoevaluación que les permite evaluar su participación, comprensión y aplicación de los conocimientos adquiridos, fomentando una autorreflexión sobre su propio proceso de aprendizaje.	Reforzar lo aprendido durante el taller y fomentar el compromiso personal con el autocuidado.	10 minutos

Taller N°2: “Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”

Objetivo: Fortalecer el conocimiento de los estudiantes sobre los componentes de la sexualidad, las relaciones saludables, el consentimiento y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Actividad	Descripción	Objetivo	Duración
1.-Bienvenida y presentación	Presentación del taller y objetivo. Se explica brevemente que el taller cubrirá tres temas: qué es la sexualidad, cómo construir relaciones saludables de pareja, y las enfermedades de transmisión sexual. Crear un ambiente participativo, invitando a los adolescentes a compartir sus ideas o expectativas.	Introducir a los participantes en los temas que se tratarán, generar expectativas y crear un ambiente participativo y de confianza.	5 minutos
2.- ¿Qué es la sexualidad?	Explicación de la sexualidad como algo que abarca más que solo el sexo. Habla de cómo involucra nuestras emociones, identidad, cuerpo, relaciones y cómo nos sentimos con nosotros mismos y con los demás. Mencionar, además, que la sexualidad es una parte natural de todas las personas, desde la infancia hasta la adultez.	Explicar que la sexualidad incluye emociones, identidad, relaciones y cómo nos sentimos con nuestro cuerpo, no solo el acto sexual.	10 minutos
3.-Dinámica "Verdadero o Falso" con Kahoot	Preparar afirmaciones en la plataforma Kahoot, donde los adolescentes podrán votar si creen que es verdadero o falso desde sus dispositivos. Ejemplos de afirmaciones: -"La sexualidad solo tiene que ver con tener relaciones sexuales." (Falso) -"La sexualidad incluye cómo te sientes con tu cuerpo." (Verdadero)	Usar Kahoot para hacer la dinámica más interactiva y divertida, desafiando mitos y conceptos erróneos sobre la sexualidad.	15 minutos
4.-Relaciones saludables	Los estudiantes se dividen en dos grupos y cada grupo escoge una canción que creen que representa las relaciones actuales. Cada grupo explica por qué eligió esa canción y se reproduce un extracto de esta.	Iniciar la conversación sobre relaciones actuales mediante el análisis de canciones populares que los estudiantes consideren representativas de las relaciones actuales.	15 minutos
5.- "Ingredientes" de relaciones sanas	Cada estudiante escribe en un post-it lo que consideran el "ingrediente" clave para una relación de pareja sana (ej.: respeto, confianza, comunicación). Se pegan los post-its en una pizarra para discutir los elementos importantes de una relación sana.	Reflexionar sobre lo que es necesario para una relación sana	10 minutos
6.-Presentación de contenidos	Definir los elementos clave de una relación de pareja sana (respeto, comunicación, confianza y consentimiento) mediante la presentación de power point.	Concientizar sobre cuáles son los elementos claves en las relaciones de pareja.	10 minutos
7.- Introducción rápida sobre ETS	Informar sobre qué son las ETS, cómo se transmiten y cómo se pueden prevenir, fomentando el uso de métodos de protección.	Informar sobre las ETS.	10 minutos
8. Juego por equipos "Preguntas y respuestas"	Los participantes responderán preguntas y ganarán premios por cada respuesta correcta.	Reforzar el conocimiento de los contenidos vistos durante el taller.	15 minutos

FASE N° 3:
EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Evaluación del plan de acción

Para evaluar los aprendizajes adquiridos por los estudiantes y la implementación del plan de acción, se utilizaron dos estrategias principales: la observación directa y la autoevaluación. La observación directa se realizó durante la ejecución de ambos talleres, permitiendo registrar en tiempo real la participación, las interacciones y las dinámicas grupales. Complementariamente, al finalizar cada taller, se aplicaron autoevaluaciones diseñadas para que los estudiantes reflexionaran críticamente sobre su desempeño y aprendizajes en relación con los contenidos abordados. La autoevaluación es una herramienta fundamental en el proceso educativo, ya que fomenta la metacognición y la autorregulación del aprendizaje. Esto permite a los estudiantes tomar conciencia de su progreso, identificar áreas de mejora y ajustar sus estrategias para optimizar su desempeño (Panadero, 2017, p. 20).

La primera autoevaluación se implementó al término del taller titulado “Más allá de lo visible: taller de autocuidado”. Durante esta instancia, los estudiantes evaluaron aspectos clave como su nivel de participación, la comprensión de las partes privadas del cuerpo y la reflexión sobre situaciones de riesgo mediante la actividad del semáforo. Esta actividad fue diseñada para ayudarles a distinguir entre conductas seguras, de advertencia y de peligro, promoviendo así una toma de decisiones informada y responsable. Además, reflexionaron sobre su conocimiento en torno a los métodos anticonceptivos, fortaleciendo su capacidad para el autocuidado y la protección personal (ver Anexo V).

La segunda autoevaluación se aplicó al finalizar el taller “Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”, que abordó la sexualidad desde una perspectiva integral. En esta etapa, los estudiantes reflexionaron sobre su desempeño en actividades grupales, su comprensión de la sexualidad como un concepto holístico, su experiencia utilizando herramientas interactivas como Kahoot, los elementos clave para establecer relaciones saludables, y su conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual (ver Anexo VI).

Ambas estrategias de evaluación no solo permitieron medir el impacto de los talleres, sino también identificar fortalezas y áreas de mejora en el aprendizaje, la participación y la interacción de los estudiantes. En las secciones siguientes se presenta un análisis exhaustivo de los resultados

obtenidos, destacando tanto los avances logrados como los desafíos identificados durante la implementación del plan de acción.

Resultados y análisis de estrategias implementadas

Observación directa:

Durante el taller **“Más allá de lo visible: taller de autocuidado”**, realizado el día jueves, la observación directa reveló una participación comprometida y respetuosa por parte de los estudiantes. Se destacó un notable nivel de compromiso e interés hacia las actividades, abordando temas sensibles relacionados con el autocuidado con una notable madurez y reflexión. Las interacciones fueron dinámicas y colaborativas, lo que favoreció un enriquecedor intercambio de ideas y contribuyó a la creación de un ambiente de trabajo en equipo. Aunque la mayoría de los estudiantes participó de manera abierta, algunos mostraron signos de timidez al principio, lo que se reflejó en su participación más reservada en algunas actividades. Sin embargo, a medida que avanzaba el taller, estos estudiantes comenzaron a sentirse más cómodos y se fueron integrando paulatinamente en las discusiones. Además, los estudiantes formularon preguntas y expresaron inquietudes que evidenciaron su interés por profundizar en temas como la comprensión de las partes privadas del cuerpo y los métodos anticonceptivos, reflejando una actitud reflexiva y comprometida con su aprendizaje.

Por su parte, el taller **“Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”**, realizado el lunes, también mostró a través de la observación directa una participación de los estudiantes. Estos se involucraron de manera entusiasta en las actividades grupales e individuales, destacando su interés en dinámicas interactivas como Kahoot, que promovieron el aprendizaje de forma lúdica. Las interacciones fueron fluidas y abiertas, generando un espacio propicio para la reflexión sobre aspectos clave como las relaciones saludables y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Asimismo, los estudiantes demostraron habilidades de trabajo en equipo, colaborando con empatía y respeto hacia las opiniones de sus compañeros, lo que fortaleció tanto la dinámica grupal como el proceso de aprendizaje.

Autoevaluaciones según criterios y parámetros Taller 1:

- **Participación**

Seis estudiantes evaluaron su participación como "lo hice excelente", demostrando un alto nivel de compromiso, seguridad y entusiasmo en todas las actividades realizadas. Este resultado evidencia que las dinámicas utilizadas lograron captar su interés y fomentar su involucramiento. Sin embargo, los tres estudiantes que calificaron su desempeño como "lo hice muy bien" participaron de manera activa, pero presentaron ciertas reservas al interactuar, posiblemente influenciados por factores como la timidez, la falta de confianza o una conexión variable con los contenidos. Este resultado invita a considerar estrategias adicionales para fortalecer la confianza y facilitar la participación de todos los estudiantes en actividades similares.

- **Comprensión de las partes privadas**

El desempeño calificado como "lo hice excelente" por la totalidad de los estudiantes demuestra un dominio claro del contenido relacionado con las partes íntimas del cuerpo. Este éxito se atribuye a la claridad en la presentación del material y a la implementación de ejemplos concretos y pertinentes que facilitaron la comprensión. La consistencia en las calificaciones indica que las estrategias pedagógicas empleadas fueron altamente efectivas para abordar este tema de manera comprensible y significativa.

- **Reflexión sobre situaciones de riesgo**

La actividad del semáforo, centrada en la toma de decisiones sobre situaciones de riesgo y autocuidado, resultó en ocho estudiantes calificando su desempeño como "lo hice excelente". Este resultado refleja un desarrollo significativo en su capacidad de análisis y toma de decisiones frente a las situaciones planteadas. Sin embargo, un estudiante evaluó su desempeño como "lo hice muy bien", lo que podría reflejar ciertas dudas o inseguridades al reflexionar sobre los escenarios presentados. Este resultado invita a considerar estrategias adicionales para fortalecer la confianza y facilitar la participación activa de todos los estudiantes en actividades similares.

- **Conocimiento de métodos anticonceptivos**

Los nueve estudiantes evaluaron su desempeño como "lo hice excelente", lo que refleja una comprensión integral de los contenidos relacionados con los métodos anticonceptivos. Este resultado destaca la efectividad de las estrategias didácticas empleadas, que lograron transmitir información compleja de manera accesible y relevante. La uniformidad en las evaluaciones sugiere que los objetivos de aprendizaje en esta área fueron plenamente alcanzados.

- **Conclusión**

Los resultados obtenidos en las diferentes actividades reflejan un alto nivel de involucramiento, comprensión y asimilación de los contenidos por parte de los estudiantes con discapacidad intelectual leve. Las estrategias pedagógicas implementadas, como el uso de ejemplos claros, dinámicas interactivas y un enfoque inclusivo, permitieron crear un ambiente propicio para el aprendizaje.

En términos de efectividad, el taller cumplió ampliamente con sus objetivos, como lo demuestra el desempeño evaluado mayoritariamente como "lo hice excelente" en cada área trabajada. Este resultado evidencia que las actividades y materiales utilizados fueron adecuados para transmitir conceptos clave, fomentar la reflexión y promover el aprendizaje significativo.

No obstante, se observan pequeños márgenes de mejora en el diseño de actividades que permitan superar barreras individuales, como la timidez o inseguridad, señaladas en la participación de algunos estudiantes. Esto sugiere que un enfoque más personalizado podría potenciar aún más los resultados, promoviendo una participación más uniforme entre todos los participantes.

En síntesis, el taller fue altamente efectivo, proporcionando a los estudiantes herramientas valiosas sobre temas fundamentales como el conocimiento del cuerpo, la toma de decisiones frente a situaciones de riesgo y los métodos anticonceptivos. Estas habilidades no solo reflejan aprendizajes concretos, sino también el fortalecimiento de competencias esenciales para el autocuidado y la vida diaria

Autoevaluaciones según criterios y parámetros Taller 2:

- **Participación**

En relación con la pregunta “¿Participé activamente en las actividades grupales y dinámicas?”, cinco estudiantes respondieron "Siempre", lo que refleja un compromiso y participación constante durante las actividades grupales. Este resultado indica que la mayoría de los estudiantes se sintieron involucrados y motivados por las dinámicas presentadas. Sin embargo, tres estudiantes eligieron "A veces", lo que sugiere que su participación fue más esporádica o limitada. Esto puede estar relacionado con diversos factores, como la conexión personal con los contenidos o el tipo de actividad, lo que implica que algunos estudiantes podrían haber tenido dificultades para mantener un nivel de implicación constante. Este aspecto pone de manifiesto la diversidad de experiencias y la importancia de comprender las distintas formas en que los estudiantes interactúan con las dinámicas grupales.

- **Comprensión sobre sexualidad**

En respuesta a la pregunta “¿Entendí que la sexualidad no solo incluye las relaciones sexuales, sino también emociones, identidad y cómo me siento con mi cuerpo?”, los ocho estudiantes seleccionaron "Totalmente". Este resultado evidencia que el taller fue exitoso en transmitir un enfoque integral de la sexualidad, abarcando tanto los aspectos emocionales como los relacionados con la identidad personal y el cuerpo. La unánime respuesta positiva refleja la efectividad de los contenidos y la metodología empleada, que permitieron a los estudiantes interiorizar de manera clara y accesible estos aspectos fundamentales.

- **Dinámica Kahoot**

Sobre la pregunta “¿Me sentí cómodo/a y participé en la dinámica de 'Verdadero o Falso' con Kahoot?”, los ocho estudiantes respondieron "Sí". Este resultado indica que la dinámica fue bien recibida, generando un ambiente relajado y motivador que favoreció la interacción entre los participantes. La herramienta Kahoot resultó ser una estrategia efectiva para consolidar los conocimientos de forma divertida y participativa, permitiendo que los estudiantes se involucraran activamente mientras reforzaban lo aprendido.

- **Relaciones saludables**

En la pregunta “¿Entendí los elementos clave de una relación sana?”, los ocho estudiantes respondieron "Totalmente". Este resultado sugiere que las actividades, como el análisis de canciones y las discusiones grupales, fueron efectivas para transmitir los principios fundamentales de las relaciones saludables. La claridad de los contenidos y el enfoque participativo utilizado facilitaron la comprensión y la reflexión de los estudiantes sobre este importante tema, lo que destaca la efectividad del enfoque pedagógico en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales.

- **Reflexión personal**

En relación con la pregunta “¿Expresé con claridad lo que considero que es un ‘ingrediente’ importante en una relación sana?”, todos los estudiantes respondieron "Sí", lo que indica que el taller brindó un espacio adecuado para la reflexión personal y permitió que los estudiantes compartieran sus ideas de manera clara y coherente. Esto resalta la efectividad de las actividades que promueven el autoconocimiento y el pensamiento crítico, permitiendo que los estudiantes reflexionaran sobre su propio concepto de relaciones saludables.

- **Conocimiento sobre ETS**

Mediante la pregunta “¿Logré comprender qué son las enfermedades de transmisión sexual, ¿cómo se transmiten y cómo prevenirlas?”, todos los estudiantes seleccionaron "Totalmente". Este resultado refleja que los contenidos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y su prevención fueron claramente comprendidos por los estudiantes. La información proporcionada fue accesible y relevante, permitiendo que los estudiantes adquirieran un entendimiento práctico y teórico sobre la importancia del autocuidado y la prevención.

- **Juego sobre ETS**

Finalmente, en la pregunta “¿Participé activamente en el juego por equipos sobre las ETS y aprendí nuevas formas de prevención?”, los ocho estudiantes respondieron "Sí". Este resultado muestra que la dinámica grupal fue efectiva tanto en el aprendizaje de la prevención de ETS como en la promoción del trabajo en equipo. La actividad no solo consolidó lo aprendido de manera práctica y divertida, sino que también fomentó la colaboración y el sentido de comunidad entre los participantes.

- **Conclusión**

Los resultados obtenidos de las autoevaluaciones indican un alto nivel de comprensión y participación por parte de los estudiantes en todas las áreas abordadas durante el taller. La mayoría de los participantes mostró una participación activa y una comprensión profunda de los temas tratados, como la sexualidad, las relaciones saludables, las enfermedades de transmisión sexual y su prevención. La metodología utilizada, que combinó dinámicas interactivas con contenidos accesibles y relevantes, permitió a los estudiantes adquirir habilidades valiosas que les ayudarán a tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

En resumen, el taller cumplió con sus objetivos, proporcionando a los estudiantes herramientas útiles para su vida cotidiana, como el conocimiento sobre la sexualidad, las relaciones saludables y la prevención de ETS. La experiencia educativa fue enriquecedora, no solo por los conocimientos adquiridos, sino también por el fomento del pensamiento crítico y la reflexión personal, elementos clave para su desarrollo integral.

FASE N° 4:
REFLEXIÓN

Reflexión del proceso de investigación

El proceso de investigación-acción llevado a cabo en este estudio ha resultado ser una experiencia enriquecedora, tanto para los participantes como para el proceso educativo en general. La metodología participativa, que involucró activamente a estudiantes, docentes y psicólogos, fue esencial para el éxito de la intervención. Este enfoque no solo permitió la recolección de datos valiosos, sino que también facilitó la creación de un espacio de aprendizaje compartido. A través de la interacción y el intercambio de experiencias, se construyó un conocimiento colectivo que permitió comprender con mayor claridad las necesidades y expectativas de los estudiantes con discapacidad intelectual leve.

La fase de diagnóstico fue crucial para entender las necesidades específicas de los estudiantes en relación con la educación sexual y el autocuidado. A través de las encuestas a los estudiantes y el focus group con los docentes, se logró identificar las áreas de mayor vulnerabilidad en cuanto a conocimiento y comprensión de temas como la sexualidad, los métodos anticonceptivos y las relaciones saludables. Estos resultados permitieron diseñar talleres que respondieran de manera más precisa a esas necesidades. Sin embargo, al analizar las percepciones de los docentes sobre su formación en estos temas, se evidenció una brecha significativa en su preparación. Muchos de los docentes indicaron que, aunque contaban con alguna formación en el área, esta no era suficiente ni estructurada.

La formación docente en educación sexual es claramente un área que necesita fortalecerse, especialmente cuando se trata de adolescentes con discapacidad intelectual. Las respuestas de los docentes reflejaron que, si bien algunos tenían conocimientos generales, carecían de herramientas didácticas específicas para abordar de manera adecuada estos temas con estudiantes con necesidades particulares. Por lo tanto, no basta con garantizar la educación sexual para los adolescentes con discapacidad, sino que también es imprescindible invertir en la capacitación docente y en la eliminación de estigmas y prejuicios. Solo así se podrá avanzar hacia una educación inclusiva y verdaderamente transformadora que promueva la equidad, la autonomía y el respeto por la diversidad.

Durante los talleres, las dinámicas de grupo, como el semáforo de comportamientos y las actividades interactivas como Kahoot, favorecieron la comprensión de los temas tratados y promovieron una interacción dinámica y reflexiva. Estas actividades lograron captar el interés de los estudiantes y reforzar su aprendizaje de manera significativa. Aunque la mayoría mostró un alto nivel de participación, algunos estudiantes manifestaron cierta timidez inicial que fue superada a medida que avanzaron las sesiones, gracias al ambiente de confianza generado en los talleres.

Otro aprendizaje significativo durante el proceso fue la necesidad de adaptar constantemente los contenidos a las realidades individuales de los estudiantes. Aunque la mayoría de los participantes comprendió de manera adecuada los temas relacionados con el autocuidado y la sexualidad, algunos conceptos más complejos, como el consentimiento en relaciones o la diversidad sexual, continúan siendo áreas que requieren un mayor enfoque. Esto refuerza la necesidad de diseñar talleres más completos y profundos que aborden no solo los aspectos biológicos de la sexualidad, sino también las dimensiones emocionales, éticas y sociales.

La falta de recursos adecuados también fue un desafío reconocido a lo largo del proceso. Aunque los materiales visuales y manipulativos fueron útiles en muchos casos, algunos estudiantes se beneficiarían más de recursos más específicos y accesibles. La retroalimentación proporcionada por los docentes sobre la necesidad de adaptar los materiales y actividades a las diversas necesidades de los estudiantes fue fundamental, lo que resalta la importancia de integrar más estrechamente a los educadores en la creación de estos recursos, para garantizar una enseñanza más efectiva.

Una de las herramientas más valiosas durante el proceso fue la autoevaluación de los estudiantes al finalizar cada taller. A través de este mecanismo, se pudo evaluar tanto los logros alcanzados como los aspectos a mejorar en la metodología y los contenidos. La mayoría de los estudiantes expresaron satisfacción con las actividades, aunque también se identificaron áreas que aún requieren mayor profundización. Esta retroalimentación proporcionó una base sólida para ajustar y mejorar los futuros talleres, asegurando una enseñanza más adecuada a las necesidades de los estudiantes.

Finalmente, el estudio evidenció que una educación sexual inclusiva y participativa no solo debe enfocarse en proporcionar información clara y accesible a los jóvenes, sino también en dotarlos de

herramientas que les permitan tomar decisiones informadas y desarrollar su autonomía. Además, la capacitación constante de los docentes y la transformación de prejuicios culturales resultan indispensables para consolidar un modelo educativo que promueva valores fundamentales como la equidad, el respeto por la diversidad y el desarrollo pleno de cada individuo. En este contexto, la participación activa de las familias se vuelve esencial, ya que su involucramiento no solo refuerza los aprendizajes adquiridos en el entorno educativo, sino que también contribuye a la construcción de una red de apoyo que favorezca el desarrollo integral de los adolescentes. Así, se podrá avanzar hacia una educación inclusiva que impacte positivamente tanto en los estudiantes como en su entorno social.

CONCLUSIONES

Conclusiones de la investigación

Con base en los resultados obtenidos, se concluye que el objetivo general del estudio, orientado a responder a la pregunta **¿Cómo se puede fortalecer la educación sexual y el autocuidado en adolescentes con discapacidad intelectual leve, promoviendo su bienestar y autonomía?**, fue alcanzado satisfactoriamente.

Para cumplir este objetivo y dar respuesta a la pregunta de investigación, se logró fortalecer la educación sexual y el autocuidado mediante la implementación de talleres educativos diseñados específicamente para abordar las necesidades identificadas en la etapa de diagnóstico. Estos talleres permitieron generar avances significativos en la comprensión de los adolescentes sobre conceptos clave relacionados con su sexualidad y el autocuidado. Los participantes demostraron mejoras en su capacidad para reconocer y respetar los límites personales, tomar decisiones informadas y aplicar prácticas concretas de autocuidado. Además, el enfoque participativo de la investigación, que involucró tanto a estudiantes como a docentes, fomentó un aprendizaje colaborativo y contribuyó a la construcción de un entorno más inclusivo y empático dentro del establecimiento educativo.

Los talleres, adaptados a las características cognitivas y sociales de los adolescentes con discapacidad intelectual leve, representaron una estrategia efectiva para fortalecer la educación sexual. Se enfocaron en temas esenciales como el reconocimiento del cuerpo, las relaciones interpersonales, el consentimiento y la prevención de riesgos. A través de metodologías didácticas accesibles, se promovió no solo la adquisición de conocimientos, sino también la reflexión crítica y la integración de habilidades prácticas en su vida cotidiana, lo que impactó positivamente en su autonomía y bienestar integral.

Con base en los hallazgos del estudio, se infiere que el involucramiento activo de las familias es un componente clave para consolidar los avances obtenidos. La participación de los padres y cuidadores no solo reforzaría los aprendizajes fuera del entorno escolar, sino que también proporcionaría un apoyo emocional esencial para los adolescentes. Además, la colaboración con las familias podría crear un entorno más consistente y seguro para el desarrollo de habilidades relacionadas con el autocuidado y la toma de decisiones informadas. De esta manera, los docentes también se sentirían más cómodos y respaldados en su labor de enseñar sobre estas temáticas, lo

que facilitaría la implementación de estrategias educativas más efectivas y contribuiría a fomentar la autonomía de los jóvenes con discapacidad intelectual.

No obstante, el estudio identificó desafíos persistentes que limitan la sostenibilidad y expansión de este tipo de iniciativas. Entre ellos destacan la limitada formación docente en educación sexual inclusiva y la prevalencia de enfoques reduccionistas, biologicistas y heteronormativos en los programas educativos. Estos aspectos refuerzan la necesidad de implementar políticas de capacitación continua para los docentes y de fomentar un cambio cultural en las comunidades escolares que promueva la aceptación y el respeto por la diversidad.

Sin embargo, actualmente la mayoría de las instituciones educativas no financian ni ofrecen de manera directa formación específica en educación sexual inclusiva, lo que puede llevar a que los docentes deban costear por sí mismos esta capacitación si desean profundizar en este ámbito. Esta situación podría representar una barrera para que los educadores adquieran las competencias necesarias, por lo que resulta fundamental avanzar hacia políticas públicas que aseguren el acceso gratuito y equitativo a este tipo de formación.

CARTA GANTT

La siguiente carta Gantt presenta el cronograma de actividades que se desarrollaron en la investigación.

Actividades/ Etapas	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Revisión bibliográfica												
Elaboración de instrumentos para diagnóstico												
Aplicación de diagnóstico												
Elaboración de plan de acción												
Implementación plan de acción												
Evaluación del plan de acción												
Reflexión del proceso de investigación												
Preparación de informe final												
Entrega final												

Nota. Desde marzo a diciembre

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abersú, A. (2002). *La sexualidad de las personas con retraso mental*. Afanias. <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/FAMILIA/Familias%20y%20Discapacidad%20Intelectual%20%20Verdugo%20y%20otros%20FEAPS%20%20libro/capitulo11%20La%20sexualidad%20d%20elas%20personas%20con%20retraso%20mental.pdf>
- Aguilar, G. (2004). Del exterminio a la educación inclusiva: Una visión desde la discapacidad. *En V Congreso Educativo Internacional: De la educación tradicional a la educación inclusiva*. Universidad Interamericana. <https://studylib.es/doc/109601/del-exterminio-a-la-educaci%C3%B3n-inclusiva->
- Alelú, M., Cantín, S., López, N., & Rodríguez, M. (2010). Estudio de encuestas. *En Métodos de investigación (3º Educación Especial)*. https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24005w/Estudio_cuentas_S13.pdf
- Alfaro, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 63-74. <https://www.redalyc.org/pdf/4767/476748711005.pdf>
- Alvarado, L., & García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma sociocrítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(2), 187-202. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011837011.pdf>
- American Psychiatric Association (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5a. ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://ayuda-psicologica-en-linea.com/psicologia-pdf/dsm-5-pdf/>
- Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Intelectual. (2020). *Autocuidado en tiempos de Covid-19: un reto también para la discapacidad*. <https://www.apadis.es/autocuidado-y-discapacidad/>
- Baena, A., & Gómez, S. (2022). Cifras que hablan. Educación Sexual Integral: ¿capacitación docente y recursos a la baja? *La Izquierda Diario*. <https://www.laizquierdadiario.com/Educacion-Sexual-Integral-capacitacion-docente-y-recursos-a-la-baja>

- Banco Mundial (2023). *La inclusión de la discapacidad*.
<https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#:~:text=El%2015%20%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n,que%20las%20personas%20sin%20discapacidad>
- Bernales, M., Germain, R., Leiva, C., & López, F. (2021). *El impacto de la educación sexual en personas con síndrome de down*. [Seminario de investigación para optar al grado académico de Licenciado en Terapia Ocupacional]. Universidad Andrés Bello.
<https://repositorio.unab.cl/items/7aa31efe-dd0b-484b-9bb2-ddc80c0be0b5>
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Editorial Anagrama.
<https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Buendía, L., Colás, M., & Hernández, F. (1998). Métodos de investigación en psicopedagogía. (1998) *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Editorial Mc Graw Hill Latinoamericana. [Métodos de investigación en psicopedagogía - Buendia, Colas, Hdz \(libro\) \[relj3vqm67n1\]](#)
- Cacciatore, R., Korteniemi, E., & Kaltiala, R. (2019). A Developmental, Emotion-Focused, Child-Centered Model of Sexual Development and Sexuality Education from Birth to Adulthood. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 319–338.
<https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1645783>
- Cáceres, C. (2004). Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS. *Auditio*, 2(3), 74-77. <https://journal.auditio.com/auditio/article/view/30>
- Cáceres, D. (2020). Los escenarios tras el rechazo al proyecto de ley de Educación Sexual Integral. Chile, *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/10/28/que-pasara-con-el-proyecto-de-ley-de-educacion-sexual-integral-luego-de-haber-sido-rechazado-y-archivado/>
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes. *Educere*, 12(40), 79-87. <https://ve.scielo.org/pdf/edu/v12n40/art10.pdf>
- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Salus*, 16(2), 53-57.
<https://ve.scielo.org/pdf/s/v16n2/art09.pdf>

- Castán, S. (2020). Prejuicios, lenguaje y discapacidad: notas en torno a la terminología antigua y moderna relativa a las personas con discapacidad. *Cultura, lenguaje y representación*, 23, 47-63. <https://www.e-revistas.uji.es/index.php/clr/article/view/4108>
- Castro, G., Carrasco, M., Solar, F., Catrén, M., Garcés, C., & Marticorena, C., (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010-2017. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 28-40. https://www.researchgate.net/publication/333097676_Impacto_de_las_politicas_de_educacion_sexual_en_la_salud_sexual_y_reproductiva_adolescente_en_el_sur_de_chile_periodo_2010_-_2017
- Chacón, A. (2022). Sexualidad, el otro tabú de las personas con discapacidad. *Servicio de Información sobre Discapacidad – INICO, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca*. <https://sid-inico.usal.es/noticias/sexualidad-el-otro-tabu-de-las-personas-con-discapacidad/>
- Cinco cosas que no sabías sobre la discapacidad y la violencia sexual (30 de octubre 2018). *Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]*. <https://www.unfpa.org/es/news/cinco-cosas-que-no-sabias-sobre-la-discapacidad-y-la-violencia-sexual>
- Circular N°0812 (2021). Garantiza el derecho a la identidad de género de niñas, niños y adolescentes en el ámbito educacional. Chile. *Superintendencia de Educación*. <https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2021/12/rex-no-0812-sustituyeord.-n-0768-de-2017-de-la-sie-y-establece-nueva-circular.pdf>
- Circular N° 0768 (2017). Derechos de niñas, niños y jóvenes trans en el ámbito de la educación. Chile. *Superintendencia de Educación*. [ord-nº0768-derechos-de-niñas-niños-y-estudiantes-trans-en-el-ámbito-de-la-educación-a-sostenedores.pdf](https://www.supereduc.cl/wp-content/uploads/2017/12/ord-nº0768-derechos-de-niñas-niños-y-estudiantes-trans-en-el-ámbito-de-la-educación-a-sostenedores.pdf)
- Contreras, K., & Lay, S. (2017). Biopolítica y Educación sexual: Discursos de jóvenes de Antofagasta-Chile y Ocotlán-México sobre socialización educativa del inicio sexual. *Revista la manzana de la discordia*, 12, 77-91. https://manzanadiscordia.univalle.edu.co/index.php/la_manzana_de_la_discordia/article/view/5478

- Corona, F., & Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74–80. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-abordaje-sexualidad-adolescencia-S0716864015000127>
- Dawn, J., Jahoda, A., & Hasting, R. (2012). Sexuality and sex education of adolescents with intellectual disability: mothers' attitudes, experiences, and support needs. *Pubmed*. 50(2). 140-154. <https://meridian.allenpress.com/idd/article-abstract/50/2/140/14850/Sexuality-and-Sex-Education-of-Adolescents-with?redirectedFrom=fulltext>
- De la Jara, I. (2017). *El taller como estrategia de aprendizaje*. Dibam. ÁREA EDUCATIVA. https://www.museoschile.gob.cl/sites/www.museoschile.gob.cl/files/images/articles-90159_archivo_03.pdf
- Decreto N° 170 (2009). Fija normas para determinar los alumnos con necesidades educativas especiales que serán beneficiarios de las subvenciones para educación especial. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1012570&idVersion=2010-08-25&idParte=8912177>
- Di Nasso, P. (2004). *Mirada histórica de la discapacidad*. Palma de Mallorca: Fundación Cátedra Iberoamericana. http://fci.uib.es/digitalAssets/179/179361_nasso_dp.doc
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50(1), 255-259. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2008.v50suppl2/s255-s259/en>
- El Mostrador Braga. (2017). Estudio señala que docentes chilenos no se sienten capacitados para educar sobre sexualidad (05 de mayo 2017). *El mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/05/05/estudio-senala-que-docentes-chilenos-no-se-sienten-capacitados-para-educar-sobre-sexualidad/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). *Jóvenes con discapacidad. Estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf.

- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. (2021). *En 2020 un niño se infectó con el VIH cada dos minutos, según UNICEF*. <https://www.unicef.org/chile/comunicados-prensa/en-2020-un-ni%C3%B1o-se-infect%C3%B3-con-el-vih-cada-dos-minutos-seg%C3%BAn-unicef>
- Fundación Iguales (2021). *Educación sexual en escuelas: Una mirada desde el personal educativo en Chile*. Iguales. <https://iguales.cl/archivos/investigacion/Informe-Educaion-Sexual-en-las-escuelas-Iguales-2021.pdf>
- Galaz, C., Troncoso, L., Morrison, R. (2016). Miradas Críticas sobre la Intervención Educativa en Diversidad Sexual. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(2), 93-111. <https://www.scielo.cl/pdf/rlei/v10n2/art07.pdf>
- García, M. (2022). *Guía para el autocuidado: “Si yo me cuido, puedo cuidar a los demás”*. Instituto Internacional sobre Raza, Igualdad y Derechos Humanos. https://raceandequality.org/wp-content/uploads/2022/08/GUIA-AUTOCUIDADO_FINAL.pdf
- Goldener, H. (2023). *Guía de Sexualidad Femenina y Derechos Sexuales y Reproductivos*. PRODEMU. https://www.prodemu.cl/wp-content/uploads/2023/09/Guia%20de%20Sexualidad_.pdf
- González, S. (2017). *Diversidad de género y discriminación en la escuela: percepción y papel docente en Educación Primaria*. Grado de maestro en educación primaria. Universidad de Cantabria, España. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12483/GonzalezTelloSara.pdf>
- Gutiérrez, D. (2009). El taller como estrategia didáctica. *Razón y Palabra*, (66). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520908023>
- Hamui, A., & Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*. 2(5), 55-60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Huaiquián, C., Arriaga, C., Betanzo, A., Inostroza, H., & Llanquitruf, K. (2018). Manifestaciones afectivas en jóvenes con discapacidad intelectual. *Revista de psicología y ciencias afines*. 35(1). 69-86. <https://www.redalyc.org/journal/180/18058784004/18058784004.pdf>

- Informe de Diagnóstico Discapacidad y Derechos Sexuales y Reproductivos. (2023). *Discapacidad y derechos sexuales y reproductivos*. Recuperado de archivo local. [Informe de diagnóstico: discapacidad y derechos sexuales y reproductivos](#)
- Kassa, T., Luck, T., Bekele, A., & Riedel, S. (2016). Sexuality and sexual reproductive health of disabled young people in Ethiopia. *Journal of the American Sexually Transmitted Diseases Association*, 41(10), 583–588. <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-016-0142-3>
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1992). *Cómo planificar la investigación acción*. Editorial Laertes. <https://es.scribd.com/document/344401915/Kemmis-E-y-McTaggart-1992-Como-Planificar-Investigacion-Accion-Cap-1-Apendices-b-y-c>
- Keogh, S., Leong, E., Motta, A., Sidze, E., Monzón, A., & Amo-Adjei, J. (2020). Implementación en el aula de los planes de estudio nacionales de educación sexual en cuatro países de ingresos bajos y medianos. *Educación Sexual*, 21(4), 432–449. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1821180>
- Khemka, I., Hickson, L., & Mallory, S. (2016). Evaluation of a Decision-Making Curriculum for Teaching Adolescents with Disabilities to Resist Negative Peer Pressure. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(7), 2372–2384. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2770-0>
- Kitzinger, J. (1995). La investigación acción: Conocer y cambiar la práctica educativa Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Latorre, A. (2003). La investigación-acción: Conocer y cambiar la práctica educativa. GRAÓ. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-docencia-universitaria/articulo/latorre-antonio-la-investigacion-accion-conocer-y-cambiar-la-practica-educativa-barcelona-grao-2008>
- Ley N° 20.422. (2010). Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>

- Ley N° 20.418. (2010). Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482>
- Ley N° 20.422. (2010). Establece normas para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión social de las personas con discapacidad. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20422>
- Ley N° 21.430. (2022). Sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1173643>
- Ley N° 26.150. (2006). Programa nacional de educación sexual integral. Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222/texto>
- Ley N° 18.962 (1990). Ley orgánica constitucional de enseñanza. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30330>
- Ley N° 20.370. (2009). Ley general de educación. Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006043>
- Ley N° 20.536. (2011). Sobre violencia escolar. Chile. [Ley Chile - Ley 20536 - Biblioteca del Congreso Nacional](#)
- Ley N° 20.609. (2012). Establece medidas contra la discriminación. Chile. [Ley Chile - Ley 20609 - Biblioteca del Congreso Nacional](#)
- Luckasson, R., Borthwick, S., Buntix, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., Scharlock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., & Tassé, M. (2002). *Retraso mental: Definición, clasificación y sistemas de apoyos (10.ª ed.)*. Asociación Americana de Retraso Mental. [Retraso Mental. Libro de trabajo AAMR. Definición, Clasificación, y Sistemas de Apoyos. 10 a Edición](#)
- Maartens, G., Celum, C., & Lewin, S. (2014). HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. *The Lancet*. 384. 258-271. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960164-1>
- Meneses, N. & Becerra, M. (2020). Estudio bibliométrico sobre la sexualidad en el síndrome de Down. *Revista Española de Discapacidad*, 8(2), 185-208. <https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/659>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). *Décima encuesta nacional de juventudes*. Instituto Nacional de la Juventud. Santiago, Chile. 1-167. https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf

Ministerio de Educación. (2017). Educación en sexualidad, afectividad y género; *orientaciones para el diseño e implementación de un programa en sexualidad, afectividad y género*. Ministerio de Educación. <https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2022/05/Cartilla-Orientaciones-para-elaborar-Programa-en-ESAG.pdf>

Ministerio de Educación. (2006). *Estudio de Educación en sexualidad y afectividad en el contexto de la discapacidad intelectual*. <https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Educacion-Sexual-de-ninos-ninas-y-jovenes-con-discapacidad-Intelectual.pdf>

Ministerio de Educación. (2007). *Guía para el docente: Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual*. https://bienestaryproteccioninfantil.es/wpfd_file/guia-para-el-docente-educacion-sexual-de-ninos-ninas-y-jovenes-con-discapacidad-intelectual-2/

Ministerio de Educación. (2018). *Oportunidades curriculares para la educación en sexualidad, afectividad y género*. <https://educacionnosexista.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/129/2023/08/Oportunidades-Curriculares-Educacion-sexualidad-afectividad-y-genero.pdf>

Ministerio de Educación. (2022). *Política nacional de educación en afectividad y sexualidad integral: diagnóstico y propuesta en el marco del proyecto de ley*. [Politica-Nacional-de-educacion-en-afectividad-y-sexualidad-integral.pdf](https://educacionnosexista.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/129/2023/08/Politica-Nacional-de-educacion-en-afectividad-y-sexualidad-integral.pdf)

Ministerio de Educación. (2023). *Orientación Temática N°2: ¿Cuáles son los conceptos que nos permiten conocer, comprender y dialogar respetando y valorando al estudiantado LGBTIQ+?* <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/19462>

Mora, N. (2024). Educación en afectividad y sexualidad Integral: un proyecto que duerme en la agenda del Mineduc. *El mostrador*. [Educación en Afectividad y Sexualidad Integral: un proyecto que duerme en la agenda del Mineduc](https://www.elmostrador.cl/educacion-en-afectividad-y-sexualidad-integral-un-proyecto-que-duerme-en-la-agenda-del-mineduc/)

- Muñoz, E., Camarelle, F., & Del Campo, M. (2024). Fomento del autocuidado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 17(2), 132–139. <https://doi.org/10.55783/rcmf.170207>
- Naciones Unidas. (2018). Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW)- Chile. <https://acnudh.org/comite-para-la-eliminacion-de-la-discriminacion-contra-la-mujer-cedaw/>
- Nguyen, A, Liamputtong, P., & Monfries, M. (2016). Reproductive and sexual health of people with physical disabilities: A metasynthesis. *Sexuality and Disability*, 34(1), 3–26. https://www.researchgate.net/publication/288323938_Reproductive_and_Sexual_Health_of_People_with_Physical_Disabilities_A_Metasynthesis
- Obach, A., Sadler, M., y Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 848–854. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/70023/66424>
- Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra (s.f). *Directrices para un lenguaje inclusivo en el ámbito de la discapacidad*. <https://www.ungeneva.org/es/about/accessibility/disability-inclusive-language>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (2023). *Por qué es importante la educación integral en sexualidad*. <https://www.unesco.org/es/articles/por-que-es-importante-la-educacion-integral-en-sexualidad>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). Iniciativa Mundial sobre Educación y VIH & SIDA. www.unesco.org/aids
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2018). *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia*. <https://www.who.int/es/publications/m/item/9789231002595>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Rehabilitación*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Autocuidado para la salud y el bienestar*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Versión abreviada. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Organización mundial de la salud. (2006). *Sexualidad..* https://www.amsafelacapital.org.ar/2016/amsafe_va_a_la_escuela/esi/02definicion_sexualidad.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Orozco, J. (2016). La investigación acción como herramienta para formación docente. Experiencia en la carrera Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UNAN-Managua, Nicaragua. *Ciencias de la Educación*. 5–17. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/6266/1/272-982-1-PB.pdf>

Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16(1), 381-414. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169281562010000100012&lng=es&tlng=es.

Padrón, M. (2012). *Dossier: Formación de formadores y formadoras en educación sexual para personas con discapacidad intelectual*. Aspromanis: https://bienestaryproteccioninfantil.es/wpfd_file/dossier-curso-formacion-de-formadores-y-formadoras-en-educacion-sexual-para-personas-con-discapacidad-intelectual/

Palacios, A. & Romañach, J. (2008). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Revista*

sociológica de pensamiento crítico, 2(2), 37-47.
<https://intersticios.es/article/view/2712/2122>

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
<https://www.upla.cl/inclusion/wp-content/uploads/2014/10/El-modelo-social-de-mercado.pdf>

Pallisera, M., Fullana, J., Vilà, M., Castro, M., Díaz, G., Valls, M., & Mejía, P. (2020). Diseño de la guía GAS-VI para la evaluación del apoyo a la vida independiente de personas con discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 8(1), 79-102.
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/601>

Panadero, E. (2017). A review of the theoretical models and research on self-evaluation in education. *Educational Psychology Review*, 29(1), 3-36. [A Review of Self-regulated Learning: Six Models and Four Directions for Research](#)

Parra, N. & Oliva, M. (2015). *Sexualidades diversas: manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. FEAPS.
https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/113095/1/Sexualidades_Diversas.pdf

Pereira, D. (2007). *Sexualidad y Discapacidad Mental*. Slideshare.
www.slideshare.net/.../sexualidad-y-discapacmen

Pérez Bueno, L. C. (2010) *Discapacidad, derecho y políticas públicas*. CERMI.
<http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3911/Discapacidad,%20derecho%20y%20pol%EDticas%20de%20inclusi%F3n.pdf?sequence=1>

Quintana, R., Labrada, L., Rodríguez, C., & Batchelor, M. (2021). Las actividades extradocentes: su importancia para educar sexualmente a los adolescentes con discapacidad intelectual leve. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, VIII (3). [Vista de Las actividades extradocentes: su importancia para educar sexualmente a los adolescentes con discapacidad intelectual leve.](#)

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.).
<https://dle.rae.es/discapacidad>

- Rebolledo, J., & Carvajal, B. (2020). Sexualidad y Discapacidad. *Kinesiología y discapacidad: Perspectivas para una práctica basada en derechos*. (pp. 24-31). Chile. Universidad de Chile. [Kinesiología y discapacidad, perspectiva para una práctica basada en derechos](#)
- Ronconi, L., Espiñeira, B., & Guzmán, S. (2023). Educación sexual integral en América Latina y el caribe: Dónde estamos y hacia dónde deberíamos ir. *Latin American Legal Studies*, 11(1), 246–296. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-91122023000100246
- Sawyer, S., Azzopardi, P., Wickremarathne, D., & Patton, G. (2018). La edad de la adolescencia. *Lancet Salud infantil y adolescencia*. 2(3), 223-228. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih.gov.translate.goog/30169257/>
- Servicio Nacional de Discapacidad. (2016). *Barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad*. <https://gtop.uchile.cl/policy-brief-sobre-derechos-sexuales-de-personas-con-discapacidad/>
- Servicio Nacional de Discapacidad. (s.f). *Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad*. https://www.senadis.gob.cl/pag/145/1400/programa_de_preencion_y_promocion_de_la_salud_en_personas_en_situacion_de_discapacidad
- Servicio Nacional de la Discapacidad (2016). *II Estudio Nacional de la Discapacidad*. https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
- Servicio Nacional de la Discapacidad (2019). *Sexualidad e inclusión de personas con discapacidad*. <https://libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/1120/submission/proof/2/>
- Servicio Nacional de la Discapacidad. (2021). *Hablemos sobre discapacidad y derechos sexuales y reproductivos*. https://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/8663/hablemos-sobre-discapacidad-y-derechos-sexuales-y-reproductivos
- Tamas, D., Brkic, N., Rajic, M., Bugarski, V., & Peric, B. (2019). Professionals, Parents and the General Public: Attitudes Towards the Sexuality of Persons with Intellectual Disability. *Springer*, 37(2), 245-258. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-09555-2>

- Tecglen, C., Yusta, A., & Mateo, C. (2023). *Guía interactiva: Cuida tu salud, mejora tu vida*. <https://www.convives.net/espasticidad/guia-interactiva-cuida-tu-salud-mejora-tu-vida/>
- The clinic. (2022). *Encuesta revela que la mitad de los docentes universitarios asegura no haber recibido formación en educación sexual*. <https://www.theclinic.cl/2022/12/15/encuesta-docentes-universitarios-formacion-educacion-sexual/>
- Valdivia, N. (2013). *Actitudes de los/las/padres/madres/personas cuidadoras hacia la sexualidad de personas con discapacidad intelectual*. Facultad de ciencias de la salud. Universidad de Almería. http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1001/TesValdiviaMartinezNActitudesPadresMadres_2013.pdf?sequence=1
- Vega, V., Álvarez, I., González, F., Spencer, H, Jarpa, M., & Exss, K. (2023). Experiencias de personas adultas con discapacidad intelectual sobre el derecho a la vida independiente: Un estudio de caso. *Interdisciplinaria*, 40 (2), 281-318. <https://www.micare.cl/wp-content/uploads/2023/05/Experiencias-de-personas-adultas-con-discapacidad-intelectual.pdf>
- Verdugo, M., & Jenaro, C. (2019). Country report on living independently and being included in the community - Spain. The Academic Network of European Disability Experts. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO27487/ES_ANED%202018_19.pdf
- Victoria, J. (2013). *El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos*. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Boletín No. 138, pp. 1093-1109. <https://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>
- Villagra, C., Cifuentes, A., Cabrerías, C., & Aravena, O. (2017). Percepción del profesorado sobre educación sexual en centros escolares de la Araucanía, Chile. *Revista de orientación educacional*, 31(59), 87-106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6210224>
- Weeks, J. (1998) *Sexualidad*. Paidós. Programa Universitario de estudios de Género. Universidad Nacional Autónoma de México. [jeffrey-weeks-sexualidad-paidos-unam-pueg-mexico-pdf_compress.pdf](http://www.unam.mx/pueg-mexico-pdf_compress.pdf)

World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF: Versión abreviada. <https://iris.who.int/handle/10665/43360>

Yupanqui, A., Aranda, C., & Victoria A. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58-75. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento y asentimiento de padres y estudiantes



Tesis pregrado

Educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve

Investigadores responsables: Katherine Vanesa González Cea, Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef, Constanza Lorena Rivas Henríquez, Bárbara Krishna Silva Barra.

Institución: Universidad de Concepción, campus Los Ángeles

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PADRE/MADRE POR ESTUDIO A MENOR DE EDAD

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de permitir participar a su hijo/hija, o no-, en una investigación que tiene como objetivo fortalecer la educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve, promoviendo su bienestar y autonomía.

PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

La participación de su hijo(a) consistirá en contestar una encuesta asistida. El tiempo requerido para contestar la encuesta será de aproximadamente 15 a 20 minutos, esta se realizará al inicio y al final de la investigación. Las personas que conducirán la entrevista serán los investigadores responsables del estudio en compañía de las docentes a cargo y ésta se realizará en el establecimiento.

BENEFICIOS:

Su hijo/hija, familiar o representado) no se beneficiará por participar en esta investigación. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio.

RIESGOS:

No anticipamos riesgos asociados a la participación de su hijo/a en este estudio. Sin embargo, si alguna de las preguntas le produce algún malestar o incomodidad, o tiene alguna consulta que hacer durante la entrevista, podrá preguntar al responsable de la misma y/o podrá detener su participación cuando él/ella lo desee. Los resultados del estudio serán entregados una vez finalice la investigación al establecimiento, los cuales quedarán a disposición de los padres si así lo desean.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias académicas, o sean publicados en revistas científicas; sin embargo, el nombre de su hijo/hija no será conocido y todos los resultados que se publican serán anónimos. Las respuestas serán manejadas en forma responsable por el investigador y serán utilizadas únicamente para los fines de esta investigación. Todos los resultados corresponderán a respuestas agregadas de la muestra y no se identificarán casos individuales, toda la información/grabaciones/fotos/videos serán almacenadas por las responsables de la investigación en un computador con clave, por seis meses. Si en el futuro son usadas para propósitos diferentes a los de esta investigación, se le solicitará un nuevo consentimiento. O poner que sólo serán usadas para esta investigación. Señalar cómo serán encriptadas o cómo se asegurará el anonimato.

VOLUNTARIEDAD:

La participación de su hijo/a en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar que su representado participe o a retirar a su hijo/hija, de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin mediar explicación alguna y sin consecuencias para usted o su representado. Si usted retira su consentimiento, el registro de la entrevista de su hijo/a (fotos, videos, grabaciones) serán eliminados y la información obtenida no será utilizada. Su hijo(a) puede omitir las preguntas que desee o retirarse en cualquier momento, sin que esto tenga ninguna repercusión.

PREGUNTAS:

Si tiene alguna duda, pregunta o reclamo puede contactar a investigadores responsables en el teléfono +569 934372089 o en el mail barbara.silvabarra@gmail.com Si considera que los derechos de su hijo/a como participante en la investigación no han sido respetados, puede contactar a Docente guía Carmen Claudia Acuña de la Universidad de Concepción (carmenclaudiacu@udec.cl) dirección: Juan Antonio Coloma #0201 (F. Universidad 4451032).

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Declaro que el objetivo de esta investigación y todo lo relacionado con la participación de mi hijo(a) en ella me ha sido explicado claramente por uno de los investigadores, que he leído y comprendido el contenido de esta página, y que estoy de acuerdo en que mi hijo/a _____ participe en este estudio

FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Padre o madre: _____

Fecha: _____

Firma _____

Investigadoras: Katherine Vanesa González Cea, Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef, Constanza Lorena Rivas Henríquez, Bárbara Krishna Silva Barra.

Universidad de Concepción.



Tesis pregrado

Educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve

Investigadores responsables: Katherine Vanesa González Cea, Marisella Jacqueline Pulgar Ñanculef, Constanza Lorena Rivas Henríquez, Bárbara Krishna Silva Barra

Institución: Universidad de Concepción, campus Los Ángeles

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO PARA ENCUESTA A MENOR DE EDAD

Estimado estudiante: _____

El propósito de este documento es entregarte toda la información necesaria para que puedas decidir si quieres participar o no en un proyecto de investigación que estamos realizando en tu escuela/comuna/ centro de atención clínica. El objetivo de este estudio es fortalecer la educación sexual y autocuidado en adolescentes y jóvenes en situación de discapacidad leve, promoviendo su bienestar y autonomía.

Antes de tomar esta decisión, es importante que sepas lo siguiente:

1. Tu participación en este estudio ha sido autorizada por tus padres; sin embargo, si tu prefieres no participar, nadie te puede obligar a hacerlo.
2. Tu participación consiste en responder una encuesta. Nadie (ni tus padres ni tus profesores o compañeros) conocerá tus respuestas: es decir, tu participación será confidencial, sin que sea dado a conocer tu nombre.
3. Tu participación es voluntaria, puedes no contestar ciertas preguntas o retirarte en cualquier momento; el que tu decidas no participar o no contestar todas las preguntas no tendrá ninguna consecuencia para ti; ni tus padres ni tus profesores o compañeros sabrán si tu decidiste participar o no en el estudio.

4. Tus respuestas serán utilizadas únicamente para los fines de esta investigación.
5. Es importante que sepas que no hay beneficios económicos para ti al participar en este proyecto, pero tampoco tendrás molestias, más allá de estar ese tiempo contestando esta encuesta/haciendo juegos simples en el computador/participar en una entrevista/estudio de grupo, etc).
6. En el caso que tengas más preguntas sobre esta investigación, se las puedes hacer a la persona que está realizando la encuesta, o puedes pedirles a tus padres que te ayuden a contactarte con la Investigadora Responsable del estudio, quien con mucho gusto responderá tus dudas.

Declaro que he leído y comprendido esta página y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Fecha: _____

Firma: _____

Anexo II: Encuesta estudiantes

Encuesta sobre Información de Sexualidad y Autocuidado en Adolescentes en Situación de Discapacidad

Objetivo de la Encuesta

Conocer el nivel de información de los adolescentes en situación de discapacidad respecto a la conceptualización de sexualidad y autocuidado.

* Indica que la pregunta es obligatoria

Edad *

Curso/Nivel *

Sexo *

Marca solo un óvalo.

☐ Femenino

☐ Masculino

1.- ¿Con qué género de identificas? *

Marca solo un óvalo.

☐ Hombre

☐ Mujer

☐ Otro

2.- ¿Has recibido información sobre sexualidad en la escuela?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

3.- ¿Con qué frecuencia tienes acceso a información sobre sexualidad?

Marca solo un óvalo.

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

☐ Siempre

4.- ¿Te sientes cómodo/a hablando sobre temas de sexualidad?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Muy incómodo/a
- ☐ Incómodo/a
- ☐ Neutral
- ☐ Cómodo/a
- ☐ Muy cómodo/a

5.- ¿Qué entiendes por sexualidad?

6.- ¿Consideras que la sexualidad es importante en tu vida?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nada importante
- ☐ Poco importante
- ☐ Neutral
- ☐ Importante
- ☐ Muy importante

7.- ¿Estás pololeando actualmente?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

8.- ¿Qué es para ti enamorarse?

9.- ¿Has tenido relaciones sexuales en el último tiempo? (6 meses)

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

10.- Si la respuesta anterior fue sí, ¿utilizaste algún método anticonceptivo?

Marca solo un óvalo.

☐ Sí

☐ No

11.- ¿Qué sabes acerca de los métodos anticonceptivos?

12.- Marca aquellos métodos anticonceptivos que conoces o has utilizado:

Marca solo un óvalo.

- ☐ Condón/preservativo
- ☐ Pastillas anticonceptivas orales
- ☐ Dispositivo intrauterino (T de cobre)
- ☐ Implanon
- ☐ Inyecciones anticonceptivas
- ☐ Ninguno

13.- ¿Conoces alguna enfermedad o infección de transmisión sexual?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

14.- Si la respuesta anterior fue sí, ¿Cuáles conoces?

15.- Cuando quieres obtener información sobre temas relacionados con el amor y la sexualidad, ¿A quién o quiénes consultas?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Matrona/Ginecólogo
- ☐ Orientador del establecimiento
- ☐ Redes sociales/Internet
- ☐ Padre/Madre.
- ☐ Otro.

16.- ¿Qué temas de sexualidad te gustaría aprender?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Educación sexual integral
- ☐ Anatomía y fisiología sexual
- ☐ Identidad de género y orientación sexual Consentimiento y
- ☐ relaciones saludables
- ☐ Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)
- ☐ Métodos anticonceptivos
- ☐ Autocuidado y bienestar sexual
- ☐ Violencia de género y acoso sexual
- ☐ Comunicación en las relaciones de pareja
- ☐ Otro_____

17.- ¿Cómo te gustaría que te enseñaran sobre educación sexual?

Marca solo un óvalo.

- ☐ A través de imágenes
- ☐ A través de videos
- ☐ Mediante material manipulativo
- ☐ Otro_____

18.- ¿Qué aspectos de la Educación sexual consideras tú que están más débiles y deben ser reforzadas?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Acceso a la información
- ☐ Falta de comunicación
- ☐ Vulnerabilidad
- ☐ Falta de autonomía
- ☐ Discriminación

19.- ¿Sabes lo qué significa "consentimiento al tener relaciones sexuales?"

20.- ¿Consideras que la educación sexual puede ayudarte a tomar decisiones informadas sobre tu cuerpo y relaciones?

21.- ¿Puedes identificar las partes de tu cuerpo que son privadas o íntimas?

Nombra algunas

22.- ¿Conoces la función de las partes íntimas del cuerpo, como el pene, la vagina y los senos?

23.- ¿Sabes por qué es importante conocer y respetar tu propio cuerpo?

24.- ¿Has vivido situaciones de discriminación en temas de sexualidad?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Si
- ☐ No

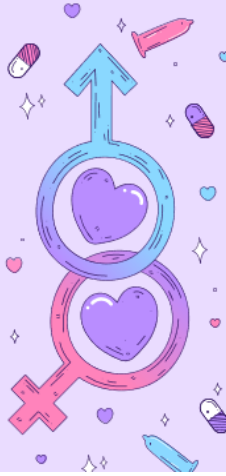
Anexo III: implementación de focus group



Universidad
de Concepción

TESIS EDUCACIÓN SEXUAL Y AUTOCUIDADO EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL LEVE

Estudiantestesisistas: Katherine González Cea
Marisella Pulgar Nanculef
Constanza Rivas Henríquez
Bárbara Silva Barra



OBJETIVO

Reflexionar y dialogar sobre la educación sexual y el autocuidado en estudiantes con discapacidad intelectual, identificando estrategias y recursos utilizados, así como evaluar la preparación docente y la participación familiar en su implementación.



TABLA DE CONTENIDO



- 01 ¿Cómo se incorpora en el currículum la temática de educación sexual?
- 02 ¿Reciben apoyo de entidades externas?
- 03 ¿Cómo se abordan aspectos como el consentimiento, relaciones de pareja saludables y prevención de abusos en la educación sexual de estudiantes con discapacidad?

TABLA DE CONTENIDO



❖❖ **04** ¿A estudiantes con discapacidad intelectual se les enseña de la misma manera o existen recursos y/o estrategias especializadas para educar sobre sexualidad?

❖❖ **05** ¿Existe alguna diferencia entre los estudiantes con discapacidad intelectual leve y sus compañeros en cuanto a la entrega de contenidos sobre sexualidad?

06 ¿Consideran que es importante educar a los estudiantes sobre sexualidad y autocuidado?

07 ¿Cómo han reaccionado los padres de estos estudiantes cuando se les plantea este tema? se involucra a las familias en estas temáticas?

Educar en sexualidad es
formar en autonomía,
respeto y bienestar para
todos.



Educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve

Objetivo: Recabar información respecto a la formación docente en educación sexual.

1. Edad

2. Género

Marca solo un óvalo.

- ☐ Femenino
☐ Masculino
☐ Otro especifique

3. Religión

Marca solo un óvalo.

- ☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Ninguna
☐ Otra, especifique:

4. ¿Cuál es su profesión?

5. ¿Ha recibido formación en la universidad o en su establecimiento para enseñar sobre sexualidad a los estudiantes?

6. En caso de haber respondido que sí, ¿de qué manera ha adquirido su formación?

7. ¿Se considera suficientemente preparado para impartir educación sexual a los estudiantes?

Marca solo un óvalo.

☐ Si

☐ No

8. ¿Qué temas se encuentra cómodo abordando con sus estudiantes respecto a la sexualidad?

9. ¿Cree que es importante que los docentes reciban formación en educación sexual? ¿Por qué?

Fotografías de focus group hacia docentes



Anexo IV: Implementación de talleres

Taller N°1 “Más allá de lo visible: taller de autocuidado”



Objetivo: fortalecer las habilidades de autocuidado a través del reconocimiento de las partes íntimas del cuerpo, sus funciones, y la comprensión de los métodos anticonceptivos junto con su adecuado uso.

Normas durante la actividad



Mantener
silencio



Prohibido el
uso de celular



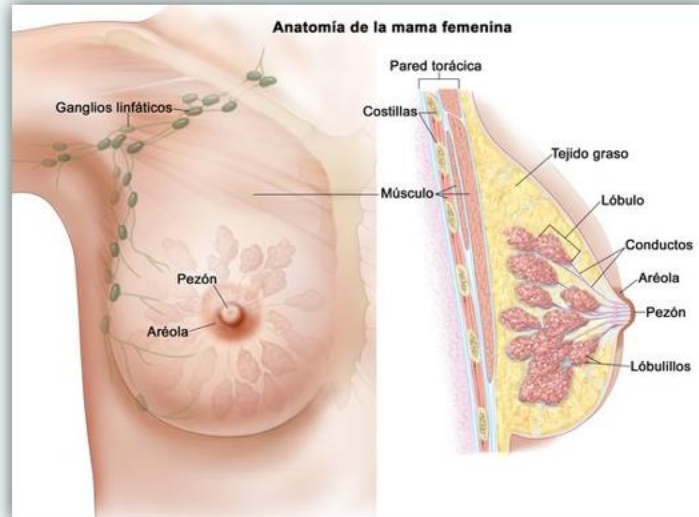
No reír a
carcajadas

**¿Qué significa
para ti
cuidar tu
cuerpo?**

**Partes íntimas o
privadas de tu cuerpo**

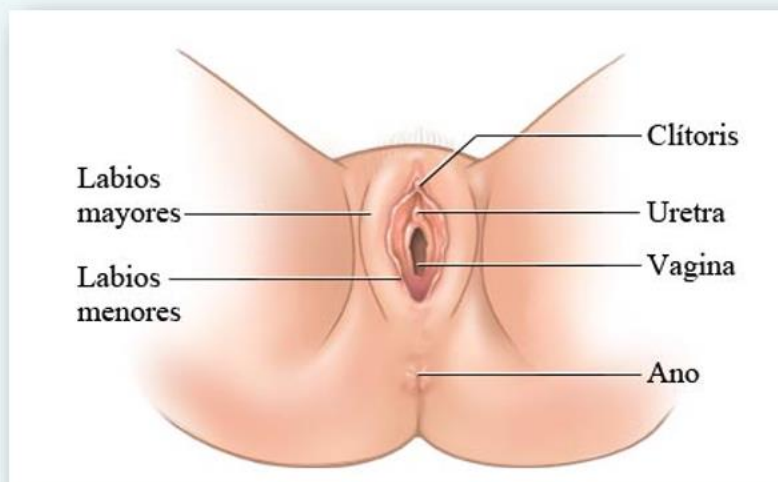


Mamas Femeninas



Aparato reproductor femenino

Externo

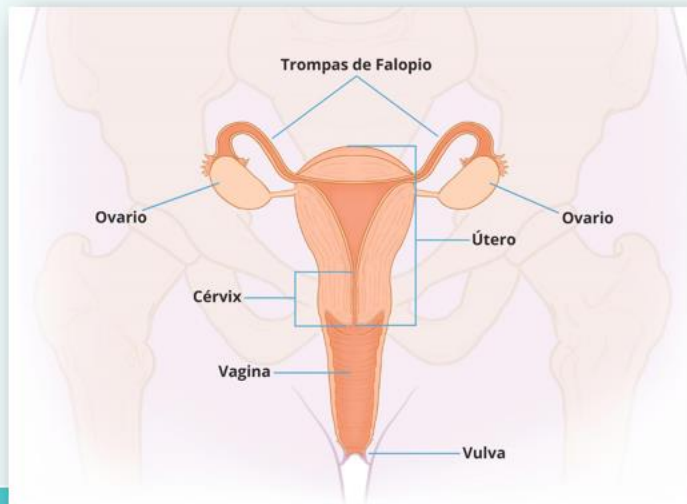


Funciones aparato reproductor femenino externo:

- **Labios mayores:** pliegues de piel que limitan la vulva por fuera. Presentan un orificio entre ambos y su función es evitar la entrada de bacterias y protege la vagina.
- **Labios menores:** pliegues de piel que se están dentro de los labios mayores. Su función es mantener la temperatura y evitar que se introduzcan partículas extrañas al meato urinario y al conducto vaginal.
- **Clitoris:** órgano eréctil con fibras de tejido nervioso. Está situado en la conjunción superior de los labios internos de la vulva. Su función es proporcionar placer a la mujer.
- **Uretra:** Tubo a través del cual la orina pasa fuera del cuerpo.
- Vagina: tubo muscular elástico que hace que se comunique el útero con los órganos genitales externos. Está entre la uretra y el recto y termina en un orificio alrededor de los labios mayores.
- **Ano:** encargado de liberar las heces del cuerpo.

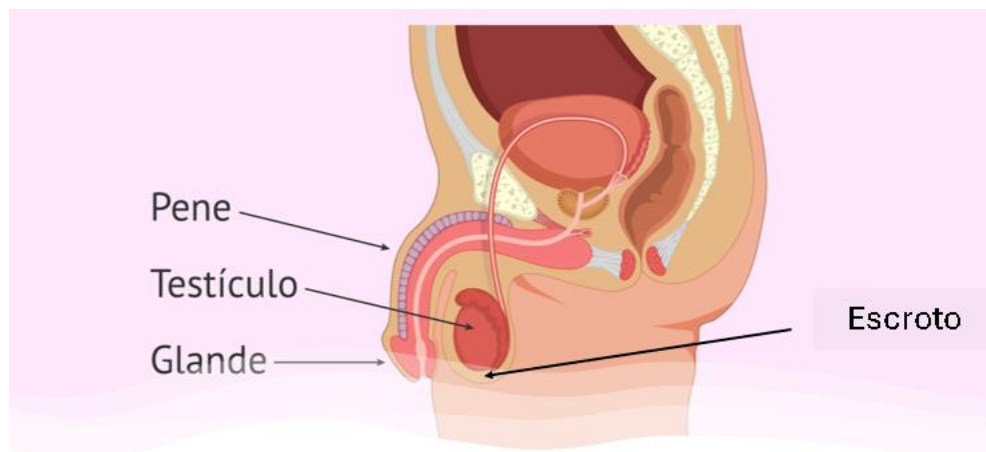
Aparato reproductor femenino

Interno



Funciones aparato reproductor femenino interno:

- **Trompas de falopio:** conectan el útero con los ovarios. Su función es guiar al óvulo desde el ovario hasta el útero y donde se produce la fertilización del óvulo por el espermatozoide.
- **Ovarios:** son las gónadas femeninas. Están uno a cada lado del útero. Su función es producir un óvulo cada 28 días (por lo general) y producen las hormonas sexuales de estrógenos y progesterona.
- **Útero:** órgano musculoso y hueco que está en la parte inferior del vientre. El útero tiene tres capas que son el endometrio, músculos lisos y tejido elástico. Es el órgano de la gestación.
- **Cérvix o cuello uterino:** permite que los fluidos, como la sangre menstrual pasen del útero a la vagina y se ensancha después del parto.
- **Vulva:** permite la entrada de espermatozoides. Además, protege a los órganos genitales internos de agentes infecciosos y proporciona lubricación y placer sexual.



Aparato reproductor masculino

Funciones aparato reproductor masculino

- **Escroto:** estructura que envuelve a los testículos encargada de regular a una temperatura más baja que el resto para fabricar y almacenar los espermatozoides
- **Testículo derecho e izquierdo:** encargados de fabricar y almacenar los espermatozoides. También producen la hormona masculina “testosterona”.
- **Pene:** utilizado para orinar y efectuar relación sexual.
- **Glande:** por allí sale la preeyaculación, el semen y la orina.



**Semáforo
de
comportamientos**



Situaciones



1) Un médico te explica cómo será tu chequeo de salud.

(semáforo verde)

Explicación: situación segura porque el médico está realizando un chequeo necesario para cuidar de tu salud.

2) Un compañero de clase te dice que le muestres tu ropa interior.

(semáforo rojo)

Explicación: esta es una situación peligrosa. Nunca debes hacer esto, y debes decir "no" y buscar ayuda de un adulto de confianza.

3) Te sientes incómodo/a cuando alguien hace chistes sobre tus partes íntimas.

(semáforo amarillo)

Explicación: si no te sientes bien con esos comentarios, es válido expresar tu incomodidad y alejarte de la situación.

4) Un adulto de confianza te habla sobre la importancia de cuidar tus partes íntimas.

(semáforo verde)

Explicación: Es seguro porque el adulto está compartiendo información útil y necesaria para tu salud.

5) Un amigo te muestra un video inapropiado sobre partes íntimas.

(semáforo rojo)

Explicación: Esta es una situación peligrosa. No debes ver ese tipo de contenido y es importante hablar con un adulto.

6) Te piden que guardes un secreto sobre algo incómodo que te ocurrió.

(semáforo rojo)

Explicación: Los secretos que te hacen sentir mal nunca están bien. Debes contarle a un adulto de confianza.

7) Un conocido te invita a un lugar privado y tú no te sientes cómodo/a.

(semáforo amarillo)

Explicación: Si no te sientes seguro/a en esa situación, es importante escuchar tu intuición y rechazar la invitación.

¡Felicitaciones, excelente trabajo!



Métodos anticonceptivos



ANILLO VAGINAL

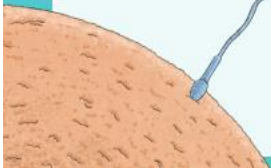
Pequeño anillo flexible
que se coloca en el
fondo de la vagina

INFORMACIÓN
PARA PADRES

Métodos anticonceptivos:

¿Qué son?

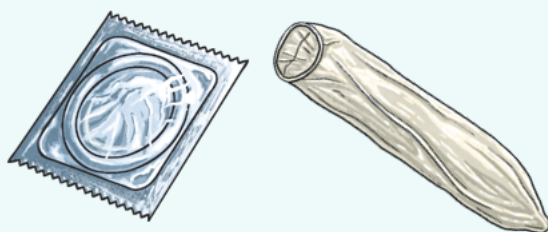
Métodos o técnicas utilizadas para prevenir
el embarazo.



Preservativos para hombres

Un condón es una funda de látex que un hombre puede usar en su pene durante las relaciones sexuales.

Si eyacula espermatozoides, los espermatozoides quedarán atrapados en el condón y no podrán viajar a la vagina de la mujer y no podrán fertilizar su óvulo.



¿Cómo usar correctamente el condón?



1 Verifica la fecha de caducidad y que el empaque no esté roto.



2 Abre el empaque por la orilla, con la yema de los dedos y con mucho cuidado de no romper el preservativo.



5 Después de eyacular y antes de perder la erección, retira el condón sujetando el extremo abierto para que no se derrame el espermatozoides.



3 Toma la punta del condón y colócalo en la punta del pene erecto.



6 Envuelve el preservativo en papel higiénico y deposítalo en la basura.



4 Aprieta la punta del preservativo y deslízalo hasta que cubra todo el pene.

Debes usar de forma correcta el condón en todas las relaciones sexuales.
En los centros de salud pública los condones se entregan de forma gratuita.
Tómate el examen de VIH que está disponible para todas las Personas en la red pública y privada de salud.
RECUERDA! Sacar tu pene antes de la eyaculación no te protegerá más que un condón.



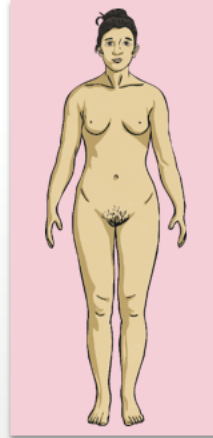
Preservativos para mujeres

Los condones femeninos se parecen a los condones que un hombre usa en su pene, pero son más grandes.



También están hechos de material de látex delgado.

Se introducen en la vagina antes de las relaciones sexuales.



INSTRUCCIONES PARA EL USO CORRECTO DEL CONDÓN FEMENINO



1 **Verifica la fecha** de vencimiento y el buen estado del condón. Ábrelo con los dedos donde indica la flecha. **No uses tijeras ni dientes.**



2 **Relájate y ponte en una posición cómoda**, parada con un pie sobre una silla, recostada o en cuclillas. **Aprieta los lados del anillo interno** en el extremo cerrado del condón y deslízalo dentro de la vagina.



3 **Introduce el dedo índice o medio dentro del condón** y empuja hasta donde sea posible. Asegúrate que no se haya retorcido y se ajuste a la pared de la vagina.



4 Una vez puesto, **deja que el anillo externo sobresalga cubriendo los labios de la vagina** y protegiendo parcialmente los órganos sexuales externos. El condón cubre el interior y cuello del útero, cuya apertura es tan pequeña que es imposible que el condón pase por ese espacio.



5 **Sujeta bien el anillo exterior y guía el pene de tu pareja dentro de la abertura del condón**, asegurándote de que no se deslice hacia un costado entre el condón y las paredes de la vagina. Una vez que el pene está dentro del condón, no tienes que seguir sosteniendo el anillo exterior.



6 Para retirar el condón, **toma el anillo exterior y retuércelo**. Así evitarás que el semen se derrame, por lo cual es mejor hacerlo antes de levantarte. Suavemente, quítate el condón y deséchalo en la basura. Los condones no se pueden volver a utilizar; usa uno nuevo cada vez que tengas relaciones sexuales.

RECUERDA

- El condón se puede insertar unas horas antes de las relaciones sexuales o justo antes de ellas.
- Si el anillo exterior ha sido empujado hacia el interior de la vagina, retíralo y utiliza un condón nuevo.

La píldora anticonceptiva

Una píldora anticonceptiva es una tableta que una mujer toma por vía oral.

La píldora puede detener o reducir la ovulación, lo que significa que los ovarios no liberan un óvulo.



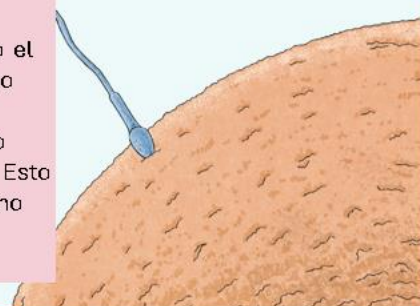
Si no se libera un óvulo, los espermatozoides que entran en la vagina durante las relaciones sexuales no pueden llegar al óvulo ni fecundarlo, por lo que no se puede concebir ningún bebé.

La píldora anticonceptiva

Otras píldoras anticonceptivas, que también toman las mujeres, funcionan de otras maneras.

Otras píldoras anticonceptivas espesan la mucosidad en el cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides entren en el útero.

Algunas píldoras anticonceptivas funcionan engrosando el revestimiento del útero para que sea menos probable que un óvulo fertilizado se adhiera. Esto significa que el óvulo no se convertirá en un embrión.



Inyecciones anticonceptivas



Las hormonas que previenen el embarazo también se pueden inyectar en una mujer para evitar que libere un óvulo de sus ovarios.

Un médico o enfermera administra la inyección anticonceptiva cada ocho semanas o cada 13 semanas (dependiendo del tipo de inyección que se use).

¡A jugar!

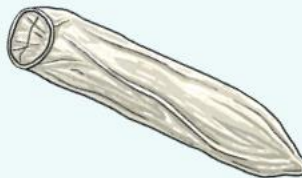
Pista 1: “este método se toma a diario y ayuda a prevenir embarazos liberando hormonas”

Respuesta: píldora anticonceptiva



Pista 2: “este método se introduce sobre el pene y previene el paso de los espermatozoides”

Respuesta: condón



Continuamos...

Pista 3: "pequeño dispositivo en forma de T que se inserta en el útero".

Respuesta: DIU



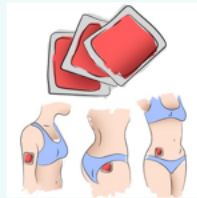
Pista 4: "este método se administra con una inyección cada 3 meses"

Respuesta: inyección anticonceptiva



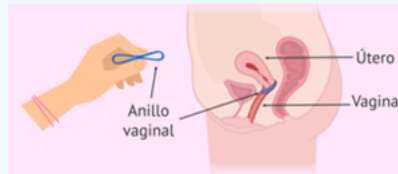
Pista 5: "es de plástico, cuadrado, se pega en la piel y libera hormonas".

Respuesta: parche anticonceptivo



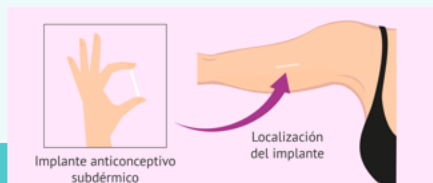
Pista 6: "flexible que se inserta dentro de la vagina".

Respuesta: anillo anticonceptivo



Pista 7: "se inserta en el brazo"

Respuesta: implante anticonceptivo

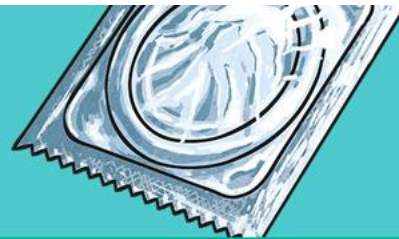
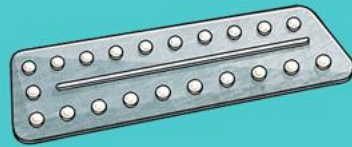
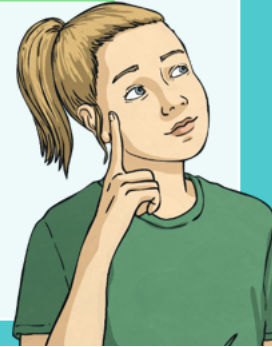


Para ir cerrando

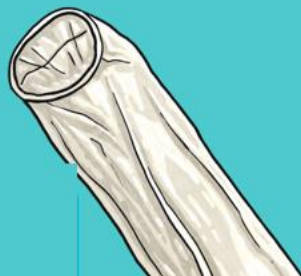
Pensemos en lo que hemos aprendido y respondamos a las siguientes preguntas:

¿Qué aprendiste el día de hoy sobre tu cuerpo y de cómo cuidarlo??

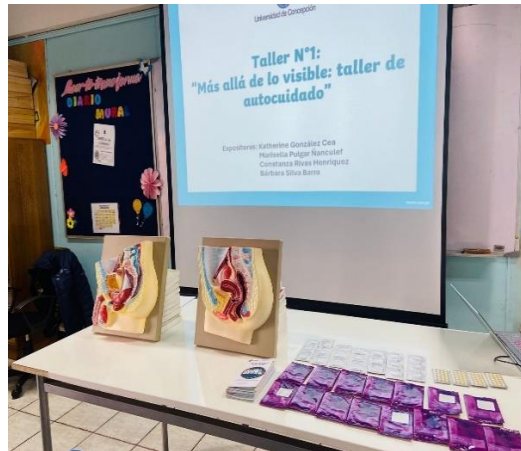
¿Para qué se utilizan los métodos anticonceptivos?

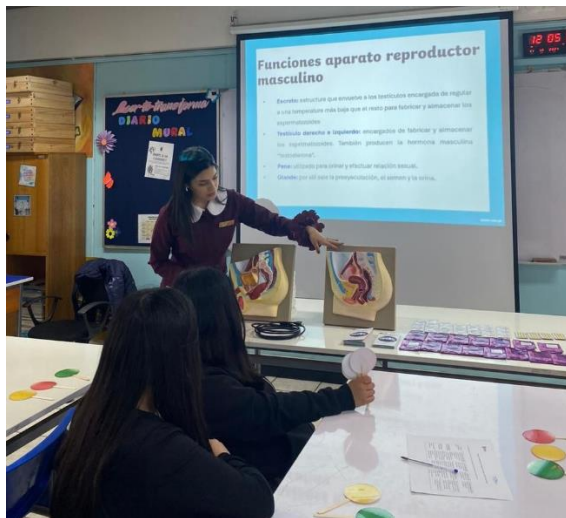


Muchas gracias por su participación



Fotografías Taller N°1: “Más allá de lo visible: taller de autocuidado”





Tríptico taller N°1

Métodos anticonceptivos de barrera

Condón masculino

Es una funda delgada de látex u otros materiales que se coloca sobre el pene erecto. Actúa como barrera, evitando que los espermatozoides entren en la vagina y protegiendo contra infecciones de transmisión sexual (ITS). Es un método anticonceptivo temporal y de fácil acceso.

Condón femenino

Es una funda de poliuretano o nitrilo que se introduce en la vagina antes de la relación sexual. Forma una barrera que evita el contacto entre el semen y la vagina, protegiendo contra embarazos e infecciones de transmisión sexual (ITS). Es un método anticonceptivo reversible y de uso temporal.

Métodos anticonceptivos hormonales

Dispositivo intrauterino (DIU) Mirena

Es un pequeño aparato en forma de "T", se coloca en el útero y libera una hormona llamada levonorgestrel, la cual espesa el moco cervical y adelgaza el revestimiento del útero, evitando el embarazo. De larga duración y reversible, con efecto hasta por 5 años.

Orales

Las pastillas anticonceptivas orales son hormonas que se toman diariamente para prevenir la ovulación y evitar el embarazo. Son un método reversible y eficaz.

Métodos anticonceptivos definitivos

Vasectomía

Es una cirugía sencilla que bloquea los conductos deferentes, evitando que los espermatozoides se mezclen con el semen. Es un método anticonceptivo permanente para hombres.

La ligadura de trompas

Es una cirugía en la que se bloquean o cortan las trompas de Falopio, impidiendo que los óvulos lleguen al útero. Es un método anticonceptivo permanente para mujeres.

Métodos anticonceptivos No hormonal

Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

Es un pequeño aparato en forma de "T" que se coloca en el útero. Libera iones de cobre que impiden la fertilización del óvulo y es un método anticonceptivo de larga duración y reversible.

Diafragma

Es un método anticonceptivo en forma de cúpula flexible de silicona o látex que se coloca dentro de la vagina, cubriendo el cuello uterino. Se usa junto con espermicida para bloquear el paso de los espermatozoides y prevenir el embarazo. Es un método no hormonal y reversible.

Universidad de Concepción

Facultad de EDUCACIÓN

Taller N°1 "Más Allá de lo Visible: Taller de Autocuidado"

Taller para fortalecer la educación sexual y autocuidado en adolescentes en situación de discapacidad intelectual leve.

Katherine Vaneza Osvaldez Cea
Marisela Jacqueline Pulgar Ronciguel
Constanza Lorena Rivas Henríquez
Barbara Krishna Silva Barra

Métodos anticonceptivos

¿Qué son?

Son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo es recomendable utilizarlos desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil.

¿Cuál es la importancia de los métodos anticonceptivos?

Los métodos anticonceptivos son importantes porque permiten a las personas controlar su fertilidad, prevenir embarazos no deseados, planificar familias y protegerse contra infecciones de transmisión sexual (ITS). Además, contribuyen a la salud reproductiva y a la autonomía de las personas en decisiones sobre su vida sexual.

¿Cuáles son las consecuencias de no utilizar métodos anticonceptivos?

No usar métodos anticonceptivos puede llevar a embarazos no planificados, mayor riesgo de ITS, complicaciones de salud y estrés emocional.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos pueden incluir:

- Pastillas: Náuseas, cambios de humor y aumento de peso.
- DIU: Sangrado irregular y calambres.
- Condones: Irritación o alergias.
- Inyecciones: Cambios en el ciclo menstrual y fatiga.
- Implantes: Sangrado irregular y cambios de humor.

Métodos anticonceptivos de emergencia

¿Qué son?

Son todos los métodos hormonales que se usan en casos de emergencia, luego de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado.

Características

No es un método para uso regular debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección. **NO previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/ SIDA.**

¿Cuáles encontramos?

- Píldora del día después: Se toma hasta 72 horas después, y contiene levonorgestrel o acetato de ulipristal. Inhibe o retrasa la ovulación para evitar que el óvulo sea fertilizado.
- DIU de cobre: Se puede insertar hasta 5 días después de la relación sexual. Libera iones de cobre, que crean un ambiente hostil para los espermatozoides, impidiendo la fertilización.

Efectividad

- Píldora del día después: Tiene entre un 85% y 95% de efectividad, dependiendo de qué tan pronto se tome.
- DIU de cobre: Es más del 99% efectivo si se inserta dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección.

Métodos anticonceptivos naturales

¿Qué son?

Son técnicas que permiten evitar el embarazo sin usar hormonas ni dispositivos. Se basan en la observación del cuerpo y el ciclo menstrual.

Características

Los métodos anticonceptivos naturales se basan en la observación de los ciclos del cuerpo, como la temperatura basal y el moco cervical, para identificar los días fértiles y evitar relaciones sexuales en esos días. No utilizan hormonas ni dispositivos, lo que los hace de bajo costo y sin efectos secundarios. Sin embargo, su eficacia es variable y depende de un seguimiento cuidadoso y constante, por lo que **NO SE RECOMIENDAN**.

¿Cuáles encontramos?

Método del ritmo o calendario

- Se calcula el ciclo menstrual para evitar relaciones sexuales en los días fértiles. Funciona contando los días del ciclo. Efectividad: 75%-88%.

Método de la temperatura basal

- Se toma la temperatura corporal diariamente para detectar el aumento que ocurre durante la ovulación. Evita relaciones sexuales en esos días. Efectividad: 76%-88%.

Método del moco cervical

- Se observa la textura y cantidad del moco cervical, que cambia durante la ovulación. Se evitan relaciones sexuales en los días fértiles. Efectividad: 77%-90%.

Taller N°2 “Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”



Universidad
de Concepción



Facultad de
EDUCACIÓN
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

TALLER N°2 “SEXUALIDAD CONSCIENTE: CUERPO, MENTE Y CORAZÓN”



Expositoras: Katherine González
Marisella Pulgar
Constanza Rivas
Bárbara Silva

EN LA ESCALA DEL PERRITO...

¿Cómo te sientes hoy?



TEMAS A TRATAR:

- * ¿Qué es la sexualidad?
- * Relaciones saludables
- * Enfermedades de transmisión sexual

**¿QUÉ ES LA
SEXUALIDAD?**



¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?



La sexualidad es más que solo sexo; abarca nuestras emociones, identidad, y cómo nos relacionamos con nuestros cuerpos y los demás. Incluye la atracción, el deseo y la intimidad, y se desarrolla a lo largo de la vida, influenciada por experiencias y valores. Comprender la sexualidad en su totalidad es fundamental para establecer relaciones saludables.

- Emociones
- Identidad
- Cuerpo
- Relaciones

Emociones

La sexualidad no es solo lo que hacemos con los demás, también tiene que ver con cómo nos sentimos con nosotros mismos. Afecta nuestra autoestima, nuestras emociones y cómo nos vemos como personas. Si te sientes bien contigo mismo, es más fácil tener relaciones saludables con los demás.



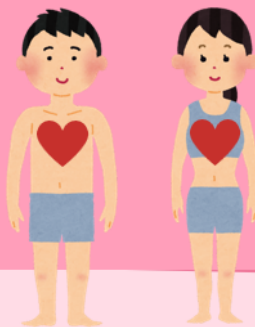
Identidad

La sexualidad está muy relacionada con quién eres. Cada uno de nosotros tiene una identidad, y parte de esa identidad incluye cómo nos sentimos en cuanto a nuestra orientación sexual o nuestra forma de expresarnos como chicos o chicas. Es algo único para cada persona.



Cuerpo

La sexualidad también se trata de cómo nos sentimos con nuestro cuerpo. Es importante estar cómodos y respetar nuestro cuerpo, conocerlo y entender que está bien decir qué te gusta o no te gusta cuando interactúas con otros.



Relaciones

La sexualidad influye en cómo nos relacionamos con los demás, cómo mostramos cariño o afecto, y cómo establecemos límites. Todas nuestras relaciones, ya sean de amistad, pareja o familiares, se ven influenciadas por cómo entendemos nuestra sexualidad.



¡A JUGAR!



KAHOOT



<https://create.kahoot.it/details/37a0fca1-9e3d-4e85-bb92-4de57059987f>

RELACIONES SALUDABLES

- Divídanse en dos grupos.
- Cada grupo debe elegir una canción que crean que representa las relaciones actuales. (3 minutos)
- Discutan en su grupo por qué piensan que esa canción refleja bien las relaciones de hoy en día.
- Luego, cada grupo compartirá su elección con la clase, explicando brevemente por qué la eligieron.
- Al final, reproduciremos un extracto de cada canción para escucharla.



✧ ACTIVIDAD: COCINANDO RELACIONES DE PAREJA SANAS

- 1 Cada uno de ustedes recibirá un post-it.
- 2 En él, escriban lo que consideran que es el "ingrediente" clave para una relación de pareja sana. Por ejemplo: respeto, confianza, comunicación.
- 3 Una vez que terminen, peguen su post-it en la pizarra.
- 4 Después, discutiremos todos los elementos que mencionaron para identificar los aspectos más importantes de una relación sana.



INGREDIENTES PARA UNA RELACIÓN SANA:

RECIPPE

= _____

000000	_____
000000	_____
000000	_____
000000	_____
000000	_____
000000	_____
000000	_____
000000	_____



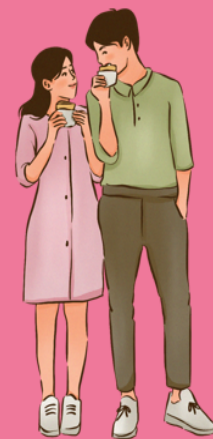
En una relación de pareja saludable, existen varios elementos clave que ayudan a mantener un vínculo positivo y equilibrado:

Respeto : Cada persona valora los sentimientos, límites y opiniones del otro. Se reconocen mutuamente como iguales.

Comunicación : Es fundamental expresar pensamientos y emociones de manera abierta y honesta, escuchando activamente al otro.

Confianza : La seguridad mutua permite que cada miembro de la pareja se sienta cómodo y seguro, sin miedo a traiciones.

Consentimiento : Las decisiones importantes se toman en conjunto, respetando siempre los límites personales y asegurándose de que ambos estén de acuerdo en todas las situaciones.



EL CONSENTIMIENTO

¿CÓMO RECIBIR CONSENTIMIENTO?

1 RESPONSABILIDAD
Quien busca o inicia una actividad sexual debe asumir la responsabilidad de obtener el consentimiento de su contraparte.

2 PREGUNTA SIEMPRE
Cada vez que empiecen una actividad sexual vuelve a pedir permiso. Una buena manera de iniciar un diálogo puede ser:
"NO PASA NADA SI DICES QUE NO, PERO ¿TE GUSTARÍA...?"

3 PRESTA ATENCIÓN
Siempre que tengas relaciones sexuales, presta atención a las expresiones físicas y verbales de tu compañero sexual.

4 CONSCIENCIA
Asegúrate de que tu pareja sea capaz de dar permiso conscientemente.

5 NADA DE PRESIÓN
No presiones a tu pareja para que te diga "sí".

6 TIPO DE PREGUNTAS
Haz preguntas directas como:
¿ESTÁS CÓMODO?
¿TE GUSTA?
¿TE PUEDO TOCAR AQUÍ?
Si la respuesta es "no", silencio, neutral o cualquier cosa que no sea un "sí", debes parar de inmediato.



Consentimiento es el acuerdo mutuo y voluntario entre dos personas para participar en una actividad, ya sea física, emocional o de cualquier otro tipo. Este acuerdo debe ser informado, es decir, todas las personas involucradas deben comprender plenamente a qué están dando su consentimiento, y se debe expresar de forma clara, libre de presión o manipulación.

Se puede revocar en cualquier momento. Esto significa que, aunque una persona haya dado su consentimiento inicialmente, tiene todo el derecho de cambiar de opinión y retirarlo en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones. Una vez revocada, la actividad debe detenerse inmediatamente.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

¿QUÉ SON?

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se propagan de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, como el sexo vaginal, anal u oral. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos y pueden afectar diversas partes del cuerpo, especialmente los genitales. Se han identificado y descrito más de 30 tipos diferentes de ETS, pero en estas fichas nos enfocaremos en las más comunes.



¿CUÁLES SON?

VIH/SIDA



Virus de la inmunodeficiencia humana
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TRANSMISIÓN

Relaciones sexuales desprotegidas, el intercambio de agujas contaminadas o de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Fatiga/Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudores nocturnos
- Entre otros

TRATAMIENTO

- Actualmente no hay cura para el VIH/SIDA, pero existen medicamentos antirretrovirales que pueden controlar la infección y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



¿CUÁLES SON?

GONORREA



La gonorrea es una infección bacteriana de transmisión sexual que afecta los genitales, el recto y la garganta, causando dolor y secreciones.

TRANSMISIÓN

Se contagia principalmente a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, incluso si no hay síntomas presentes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Secreción uretral
- Dolor al orinar
- Dolor abdominal bajo
- Sangrado vaginal irregular

TRATAMIENTO

Se puede tratar con antibióticos, pero es importante buscar atención médica para evitar complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) o la infertilidad.

¿CUÁLES SON?

CLAMIDIA

La clamidia es una ITS común causada por bacterias, que a menudo no presenta síntomas. Puede tratarse con antibióticos y prevenirse usando protección en las relaciones sexuales.

TRANSMISIÓN

La clamidia se transmite por contacto sexual sin protección (vaginal, anal u oral) con una persona infectada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor al orinar
- Flujo vaginal o uretral anormal
- Dolor abdominal bajo
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado entre períodos (en mujeres)

TRATAMIENTO

La clamidia se trata con antibióticos como azitromicina o doxiciclina. Ambas parejas deben recibir tratamiento para evitar reinfección y abstenerse de relaciones sexuales hasta completar el tratamiento.



¿CUÁLES SON?

SÍFILIS

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*.

TRANSMISIÓN

Se contagia principalmente a través de contacto directo con una úlcera de sífilis durante el sexo vaginal, anal u oral.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Úlceras indoloras en los genitales
- Sarpullido en el cuerpo
- Dolor de cabeza
- Fiebre y fatiga

TRATAMIENTO

Se puede curar con antibióticos si se detecta y trata a tiempo. Sin tratamiento, puede causar daños graves a varios órganos del cuerpo.



¿CUÁLES SON?

HERPES GENITAL

El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple (VHS), que puede ser de tipo 1 o tipo 2.

TRANSMISIÓN

Se transmite principalmente a través del contacto piel con piel durante las relaciones sexuales con una persona infectada.

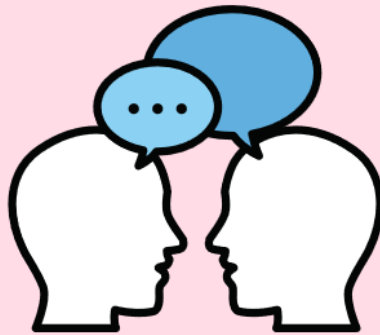
SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Ampollas dolorosas en los genitales o alrededor del ano
- Comezón
- Dolor al orinar

TRATAMIENTO

No hay cura para el herpes genital, pero los medicamentos antivirales pueden reducir la frecuencia y la gravedad de los brotes.

¡A JUGAR!



1. ¿La sexualidad sólo tiene que ver con relaciones sexuales?
2. ¿Qué facilita tener relaciones saludables con los demás?
3. ¿Es importante sentirse bien con uno mismo para tener relaciones saludables?
4. ¿La sexualidad se desarrolla sólo en una etapa de la vida?
5. ¿Qué elementos son claves para tener una relación sana?
6. Nombra 3 enfermedades de transmisión sexual

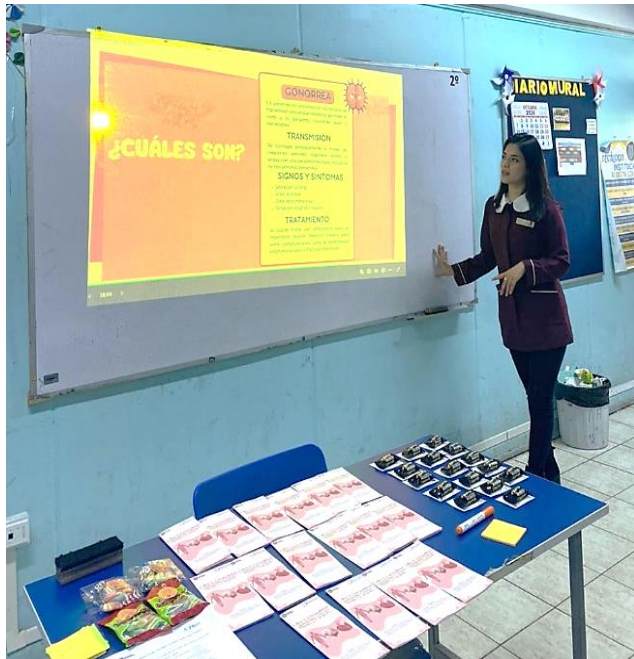


¡GRACIAS!



EL BIENESTAR EN LA RELACIÓN DE PAREJA COMIENZA CON EL RESPETO, LA COMUNICACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD MUTUA, INCLUYENDO EL CUIDADO DE LA SEXUALIDAD Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, PARA CONSTRUIR UN VÍNCULO BASADO EN LA CONFIANZA Y EL AMOR SALUDABLE.

Fotografías Taller N°2: “Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”





Trípico taller N°2

VPH



El VPH (virus del papiloma humano) es una infección de transmisión sexual que puede causar verrugas genitales y cáncer.

TRANSMISIÓN

A través del contacto piel con piel durante las relaciones sexuales con una persona infectada, incluyendo el contacto genital-genital, genital-oral y genital-anal.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Verrugas genitales
- Cambios en el cuello uterino que pueden conducir al cáncer

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico, pero las verrugas genitales pueden ser tratadas con medicamentos o procedimientos médicos. La vacunación también puede prevenir ciertos tipos de VPH que pueden causar cáncer.

ELEMENTOS CLAVE DE UNA RELACIÓN DE PAREJA SANA

Las relaciones de pareja son fundamentales para nuestro bienestar emocional. Para que sean sanas y duraderas, es esencial cultivar cuatro elementos clave: respeto, comunicación, confianza y consentimiento. Estos pilares fortalecen el vínculo y promueven un ambiente de apoyo y crecimiento mutuo.



RESPECTO



El respeto implica valorar y considerar los sentimientos, opiniones y deseos de la pareja. En una relación sana, ambos se tratan con dignidad y se aceptan mutuamente, fomentando un ambiente donde cada persona se siente valorada.

COMUNICACIÓN

La comunicación efectiva es fundamental para resolver conflictos y expresar emociones. En una relación sana, ambos miembros pueden hablar abiertamente sobre sus pensamientos y sentimientos, escuchando y entendiendo al otro sin juicios.



CONFIANZA



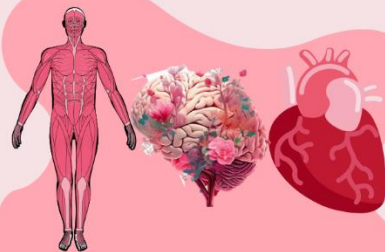
La confianza es la base de cualquier relación sana. Implica la seguridad de que la pareja es honesta y leal. Esta confianza se construye a través de la transparencia, el cumplimiento de promesas y el apoyo mutuo.

CONSENTIMIENTO

El consentimiento se refiere a la aprobación clara y entusiasta de cada persona para participar en actividades dentro de la relación. En una relación sana, el consentimiento es mutuo, informado y puede ser retirado en cualquier momento, respetando los límites de cada uno.



Taller N°2 Sexualidad Consciente: Cuerpo, Mente y Corazón



Autoras:

Katherine Vanesa González Cea
Marisella Jacqueline Pulgar Nanculef
Constanza Lorena Rivas Henríquez
Barbara Krishna Silva Barra

Enfermedades de transmisión sexual



¿QUÉ SON?

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se propagan de una persona a otra principalmente a través del contacto sexual, como el sexo vaginal, anal u oral. Estas infecciones pueden ser causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos y pueden afectar diversas partes del cuerpo, especialmente los genitales. Se han identificado y descrito más de 30 tipos diferentes de ETS, pero en estas fichas nos enfocaremos en las más comunes.

¿CUÁLES SON?

VIH/SIDA



Virus de la inmunodeficiencia humana
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

TRANSMISIÓN

Relaciones sexuales desprotegidas, el intercambio de agujas contaminadas o de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Fatiga Fiebre
- Pérdida de peso
- Sudores nocturnos
- Entre otros

TRATAMIENTO

- Actualmente no hay cura para el VIH/SIDA, pero existen medicamentos antirretrovirales que pueden controlar la infección y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



GORRREA



La gonorrea es una infección bacteriana de transmisión sexual que afecta los genitales, el recto y la garganta, causando dolor y secreciones.

TRANSMISIÓN

Se contagia principalmente a través de relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, incluso si no hay síntomas presentes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Secreción uretral
- Dolor al orinar
- Dolor abdominal bajo
- Sangrado vaginal irregular

TRATAMIENTO

Se puede tratar con antibióticos, pero es importante buscar atención médica para evitar complicaciones como la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) o la infertilidad.

CLAMIDIA



La clamidia es una ITS común causada por bacterias, que a menudo no presenta síntomas. Puede tratarse con antibióticos y prevenirse usando protección en las relaciones sexuales.

TRANSMISIÓN

La clamidia se transmite por contacto sexual sin protección (vaginal, anal u oral) con una persona infectada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor al orinar
- Flujo vaginal o uretral anormal
- Dolor abdominal bajo
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado entre periodos (en mujeres)

TRATAMIENTO

La clamidia se trata con antibióticos como azitromicina o doxiciclina. Ambas parejas deben recibir tratamiento para evitar reinfección y abstenerse de relaciones sexuales hasta completar el tratamiento.

SÍFILIS



La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*.

TRANSMISIÓN

Se contagia principalmente a través de contacto directo con una úlcera de sífilis durante el sexo vaginal, anal u oral.

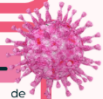
SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Úlceras indolores en los genitales
- Sarpullido en el cuerpo
- Dolor de cabeza
- Fiebre y fatiga

TRATAMIENTO

Se puede curar con antibióticos si se detecta y trata a tiempo. Sin tratamiento, puede causar daños graves a varios órganos del cuerpo.

HERPES GENITAL



El herpes genital es una infección de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple (VHS), que puede ser de tipo 1 o tipo 2.

TRANSMISIÓN

Se transmite principalmente a través del contacto piel con piel durante las relaciones sexuales con una persona infectada.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Ampollas dolorosas en los genitales o alrededor del ano
- Comezón
- Dolor al orinar

TRATAMIENTO

No hay cura para el herpes genital, pero los medicamentos antivirales pueden reducir la frecuencia y la gravedad de los brotes.

Anexo V: Autoevaluación taller N°1

Autoevaluación taller N°1:

“Más allá de lo visible: taller de autocuidado”

A continuación, marca con una X en la columna que mejor refleje cómo te sentiste durante el taller:

Criterios	Lo hice excelente (😄)	Lo hice muy bien (😊)	Lo hice bien (🙂)	Necesito mejorar (😞)
1. Participación activa	Participé de manera activa en todas las actividades, levantando tarjetas y respondiendo con seguridad.	Participé en la mayoría de las actividades, levanté tarjetas con algunas dudas.	Participé en algunas actividades, pero con poca seguridad.	Participé muy poco o no participé en las actividades.
2. Comprensión de las partes privadas	Identifiqué con mucha claridad las partes íntimas del cuerpo y comprendí bien su función.	Identifiqué las partes privadas del cuerpo y entendí su función con algunas dudas.	Identifiqué algunas partes, pero tuve dudas sobre su función.	Tuve muchas dificultades para identificar las partes privadas o comprender su función.
3. Reflexión sobre situaciones de riesgo (actividad semáforo)	Reflexioné bien sobre las situaciones del semáforo y tomé decisiones correctas para mi autocuidado.	Reflexioné bien sobre la mayoría de las situaciones, aunque tuve algunas dudas.	Reflexioné sobre algunas situaciones, pero con algunas dudas.	No reflexioné ni tomé decisiones adecuadas sobre mi autocuidado.
4. Conocimiento de métodos anticonceptivos	Conocí y entendí muy bien los métodos anticonceptivos que se presentaron en el taller.	Conocí los métodos anticonceptivos con algunas dudas.	Conocí algunos métodos, pero no entendí completamente su función.	No logré comprender los métodos anticonceptivos presentados.

Anexo VI: Autoevaluación taller N°2

Autoevaluación taller N°2:

“Sexualidad consciente: cuerpo, mente y corazón”

A continuación, marca con una X en la columna que mejor refleje cómo te sentiste durante el taller:

Criterio	Pregunta de autoevaluación	Opciones de respuesta
Participación	¿Participé activamente en las actividades grupales y dinámicas?	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
Comprensión sobre sexualidad	¿Entendí que la sexualidad no solo incluye las relaciones sexuales, sino también emociones, identidad y cómo me siento con mi cuerpo?	☐ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ No lo entendí
Dinamismo en Kahoot	¿Me sentí cómodo/a y participé en la dinámica de "Verdadero o Falso" con Kahoot?	☐ Sí ☐ No
Relaciones saludables	¿Entendí los elementos clave de una relación sana?	☐ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ No lo entendí
Reflexión personal	¿Expresé con claridad lo que considero que es un “ingrediente” importante en una relación sana	☐ Sí ☐ No
Conocimiento sobre ETS	¿Logré comprender qué son las enfermedades de transmisión sexual, cómo se transmiten y cómo prevenirlas?	☐ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ No lo entendí
Juego de preguntas sobre ETS	¿Participé activamente en el juego por equipos sobre las ETS y aprendí nuevas formas de prevención?	☐ Sí ☐ No