

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROGRAMA DE ORIENTACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES
Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
KATYA MARTINEZ SALAS
MARIA DE JESUS VENTURA MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. YOLANDA OLGUIN GARCIA

REVISOR: LIC. JORGE ALVAREZ MARTINEZ

ASESORA METODOLÒGICA: MTRA. ALICIA MIGONI RODRÍGUEZ

ASESORA ESTADÍSTICA: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Nuestro agradecimiento:

Lic. Yolanda Olguín García

Por motivarnos a realizar esta investigación en el área de la discapacidad y compartir con nosotras su valiosa experiencia.

Mtra. Alicia Migoni Rodríguez

Por su apoyo y compromiso en la asesoría metodológica, y por sus valiosas aportaciones en la construcción de los Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI).

Dra. Corina Cuevas Renaud

Por su valioso apoyo, dedicación y paciencia en la asesoría estadística. Por ofrecernos y permitirnos trabajar en su espacio.

Lic. Jorge Álvarez Martínez

Por sus acertadas observaciones y sugerencias para enriquecer este trabajo.

Gracias padres, hermanos y amigos por acompañarme durante este proceso. Por su apoyo, por las horas de escucha, pero sobre todo por su confianza y hacerme saber que cualquier cosa que necesitará sólo tenía que decirlo...

Gracias también a mi compañera de Tesis porque estoy convencida de que hicimos un buen trabajo.

Y gracias principalmente a ti, porque aún sin nombrarte te has hecho presente en todo momento, has sido un apoyo fundamental.

No lo había comprendido pero ahora sé que estuviste conmigo.

Por último, sólo quiero recordarte lo que alguna vez me diste a leer
No se me ha olvidado, lo tengo muy presente

*“No existirá nunca una persona que posea
algo más que sus propios pensamientos.
Ni la gente ni los lugares ni las cosas
podrán ser poseídos mucho tiempo.
Recorremos un tramo del camino
con ellos, pero tarde o temprano,
todos tendremos que tomar nuestras
verdaderas posesiones –lo que hemos
aprendido, lo que pensamos- y seguir”...*

De Richard Bach

Por eso simplemente Gracias

María

Mamá

Gracias por dedicarme tu trabajo y esfuerzo diarios. Por no dudar ni por un instante que lo lograría alentarme, aún cuando la meta pareciera inalcanzable. Y por alentarme siempre a continuar...

Vanessa

Gracias por ser mi inspiración para alcanzar cada una de mis metas. Y por enseñarme que la perseverancia es indispensable para concluir lo que te propongas.

Juan Pablo

Gracias por enseñarme que todo es posible, aún cuando el camino se torne difícil. Por tomar mi mano y acompañarme con tu amor día a día.

David

Gracias por estar a mi lado, siempre que mi mala relación con la tecnología se hizo evidente.

Elena y Luis

Gracias por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida. Por enseñarme que con esfuerzo y dedicación las metas se cumplen.

Katya

INDICE	PAG.
Resumen	4
Introducción	5
CAPITULO 1	
<i>Antecedentes generales sobre discapacidad intelectual</i>	
Una visión de la discapacidad intelectual a través de la historia	10
Antecedentes en México	16
➤ Políticas y programas	19
Integración	
➤ Esfuerzos actuales para la atención e integración de las personas con discapacidad en México	20
➤ Fundamentos legales	23
➤ Contratación	24
Ley general de las personas con discapacidad	25
Estadísticas	26
➤ Principales resultados	27
➤ Tipo de la discapacidad	29
➤ Tipo y causa de la discapacidad	30
 CAPITULO 2	
<i>Discapacidad intelectual</i>	
¿Qué se entiende por discapacidad intelectual?	33
Conceptualización y clasificación adoptada por la AARM	35
Clasificación diagnóstica: AARM, DSM-IV-TR Y CIE-10	43
Etiología	46
Procesos cognitivos	53
➤ Atención	55
➤ Memoria	55
➤ Lenguaje	56
Rasgos de personalidad	56
Alteraciones del comportamiento	61
Impacto del miembro con discapacidad intelectual en la Familia	62
➤ Relación entre hermanos y discapacidad intelectual	66

INDICE	PAG.
CAPITULO 3	
<i>Sexualidad y discapacidad intelectual</i>	
Antecedentes sobre sexualidad	69
Definición de sexualidad	71
Definición de salud sexual	72
Desarrollo psicosexual	73
Derechos sexuales	76
Vida en pareja	79
Maternidad y Paternidad	79
CAPITULO 4	
<i>Agresión sexual en las personas con discapacidad intelectual</i>	
Conceptualizaciones	83
Definición de abuso	84
Comportamientos que implican abuso	84
Consecuencias Psicosociales y postraumáticas	85
➤ A corto plazo	85
➤ A largo plazo	86
Definición de violación	86
Modelos básicos de violación	87
Fase aguda: desorganización	89
Proceso a largo plazo	90
Factores de riesgo	91
Intervención/ Tratamiento	92
➤ Enfoques y modalidades de tratamiento	95
Medidas preventivas	99
Una aproximación a los programas preventivos de abuso sexual	100
Programas de orientación sexual	102
➤ Objetivos	103
➤ Metodología	104
➤ Características del facilitador	105
Legislación	107

INDICE	PAG
CAPITULO 5	
<i>Metodología</i>	
Planteamiento del problema	112
Objetivo general	112
Hipótesis conceptual	113
Hipótesis estadística	113
Variables	114
Definiciones conceptuales	114
Tipo de estudio	116
Diseño	116
Muestra	116
Muestreo	117
Criterios de inclusión	117
Criterios de exclusión	117
Descripción de los instrumentos	117
Descripción del Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual: carta descriptiva	126
CAPITULO 6	
Resultados	129
Discusión	142
Conclusiones	148
Limitaciones y sugerencias	151
Anexos	
Anexo No. 1 Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI)	153
Anexo No. 2 Programa de Orientación Sexual	169
Referencias	210

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo diseñar e implementar un *Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual* con el que se esperaba promover un cambio en el nivel de conocimientos y actitudes hacia su propia sexualidad.

Se trabajó con una población de 15 adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, usuarios de la institución de rehabilitación En-Co Mariposa Blanca A.C, cuyas edades oscilan entre los 17 y 52 años, el muestreo fue no probabilístico o intencional, la participación fue voluntaria.

El programa tuvo una duración de un mes y medio, se encontraba dividido en 10 sesiones y cada sesión en 3 bloques: biológico, psicológico y social. Se trató de un diseño pretest-postest con un solo grupo. Para esta evaluación construimos los *Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI)* que consta de 3 cuestionarios: Conocimientos sobre sexualidad, Actitudes hacia la propia sexualidad y Antecedentes de agresión sexual. Para verificar que el instrumento mide lo que pretende medir realizamos una validez de contenido interjueces.

Al finalizar la investigación uno de los cambios más importantes que el programa generó es que los participantes lograron asimilar los contenidos de temáticas básicas como: cambios puberales, formas de estimulación sexual, fecundación, embarazo, anticoncepción, salud e higiene sexual, identificación de los órganos sexuales masculino y femenino, y actitud hacia su cuerpo, contando así con mayor información y más recursos para poner en práctica nuevas pautas de comportamiento. Por lo que al término del programa los participantes poseían una orientación sexual más acorde con su realidad.

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad intelectual presentan una dificultad esencial para el aprendizaje y la ejecución de algunas tareas de la vida diaria (trabajo, comunicación, autocuidado, ocio, salud, seguridad, entre otras) debido a limitaciones sustanciales en la Inteligencia Conceptual, la Inteligencia Práctica y la Inteligencia Social (Verdugo & Jenaro, 1997).

En relación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual existen dos posturas extremistas. Por un lado se les ve como seres asexuados y por otro con una sexualidad mucho más exacerbada, lo que en ambos casos es falso. En realidad lo que sucede con ellos es que tienen una sexualidad mal encauzada y en la mayoría de los casos reprimida, lo que se manifiesta en sus conductas (Amor Pan, 1997).

Su comportamiento o conducta sexual depende de las actitudes respecto a la sexualidad, y esas actitudes, a su vez, son producto de la educación u orientación recibida (Corbella, & Sánchez, 1998).

Siendo la búsqueda del desarrollo armónico de la sexualidad esencial para procurar el bienestar del individuo, en sus relaciones interpersonales y con la sociedad (Álvarez, Botas, Brasa & Fernández, 2002).

En las personas con discapacidad intelectual, la falta de información sobre aspectos de sexualidad, el desconocimiento de los derechos sexuales, el poco contacto físico y afecto, la indiferencia, la sobreprotección, los conflictos o relaciones de dependencia y la actitud hacia su propia sexualidad son factores que los colocan en una situación de mayor riesgo, como agresiones sexuales, abuso y violación, generando en muchos casos, embarazos no deseados y no planeados. Sin olvidar, que por el sólo hecho de tener discapacidad intelectual ya son vulnerables.

En nuestra experiencia laboral en EN-CO Mariposa Blanca A.C., una institución de rehabilitación para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual, observamos que la población en general, carece de conocimientos básicos o tienen ideas erróneas acerca de lo que es la sexualidad, que les lleva a tener actitudes negativas hacia la propia expresión sexual, estar expuestos a experiencias de agresión sexual, o bien, tener una

autoimagen dañada a consecuencia de esto. Por tanto podremos llevar a acabo un Programa de orientación sexual con esta población, que permita atender las necesidades reales de la misma. Y como profesionales brindar una rehabilitación integral que contemple no sólo las habilidades adaptativas, el área social, familiar y laboral, sino también el área sexual.

Considerando que en este sentido, la preocupación Institucional se ha centrado, en tal caso, en proporcionar conocimientos y habilidades adaptativas, olvidando dos asuntos prioritarios en la rehabilitación e integración de las personas con discapacidad intelectual, la sexualidad y la salud vinculada con ella.

Hablarles de sexualidad y salud sexual a las personas con discapacidad intelectual les da la posibilidad de tener una vida más plena, sana y responsable, además es importante abordar estos temas desde una orientación básicamente preventiva, de fomento a la salud y de creación de condiciones que hagan muy difícil o virtualmente imposible la aparición de enfermedades (infecciones, VIH SIDA) o eventos no deseados en el campo de su vida sexual (embarazos no deseados, abortos) (López, 1996).

Poder hablar abiertamente contribuye a disminuir la vergüenza, los temores, la culpa y las conductas riesgosas facilitando un proceso de comunicación más abierto.

Un recurso urgente para contrarrestar las enormes deficiencias en el tema es un Programa de orientación sexual que permita el acceso a un espacio que no sólo es informativo sino formativo, y en el que los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual puedan expresar dudas, temores, necesidades e inquietudes sobre la propia sexualidad y la sexualidad en general. Además de proveer de recursos que les ayuden a prevenir y responder ante experiencias de agresión sexual.

Dentro de un programa como este, la formación debe contemplar dinámicas activo-participativas que involucren a los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual en la elección y reflexión de su conducta y expresión sexual. "Asimismo, sus contenidos se adaptarán a los objetivos, que surgen de los intereses, necesidades y características propias de esta población" (Ariza, Cesari & Gabriel y Galan, 1991).

Aún sin educación y orientación sexual, la conducta sexual siempre está presente y la información, lejos de perjudicar, fomenta formas más sanas de vivir la sexualidad (Barragán, 1991). Los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual al estar

informados tienen la posibilidad de conocerse mejor, de entender sus sensaciones y las de los demás, comprender sus cambios y el funcionamiento de su cuerpo y, sobre todo, aceptar su propia sexualidad como parte de su vida y lograr vivirla de una manera natural, en lugar de que llegue a ser una fuente de conflictos, miedos e incertidumbre. Por lo tanto, con este programa se busca promover un cambio en el nivel de conocimientos y actitudes hacia su propia sexualidad. Dicho programa consta de 10 sesiones de trabajo donde el contenido está adaptado para trabajar en dinámicas de grupo de modo que los participantes puedan asimilar la información a través de su propia experiencia, modificar los hábitos no favorables para su sexualidad y sobre todo tener una expresión sexual que como ya se mencionó sea saludable (Ver Anexo No. 2).

Siendo indispensable contar con un instrumento de evaluación antes de iniciar el programa, razón por la cual construimos los *Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI)*; que consta de tres cuestionarios, diseñados para explorar Antecedentes de agresión sexual de abuso y violación, evaluar el nivel de Conocimientos y las Actitudes hacia la propia sexualidad, en una población de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual (moderada a superficial). Los cuales fueron una primera aproximación que sirvió para conocer el efecto y cambios promovidos por el Programa de orientación sexual en los participantes (Ver Anexo No. 1).

Con el fin de sustentar teóricamente la presente investigación, se realizó una revisión sobre la discapacidad intelectual y la sexualidad.

En el Primer Capítulo se muestra la visión general que se ha tenido de la discapacidad intelectual a través de la historia, desde la prehistoria hasta la actualidad, así como los esfuerzos de la sociedad en materia legal, de políticas y programas para la atención e integración social y laboral de estas personas. También aparecen los datos estadísticos sobre el número de personas con discapacidad que existen en el mundo, las estimaciones de la discapacidad intelectual en la República Mexicana y en el Distrito Federal.

En el Segundo Capítulo se clarifican una serie de términos básicos que a menudo se utilizan como sinónimos, si bien su significado es diferente (deficiencia, discapacidad y minusvalía). Aparece la definición, conceptualización y clasificación adoptada por la

Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) y se hace un comparativo entre el sistema de 1992 y el sistema de 2002. Asimismo, se describe la clasificación diagnóstica propuesta por la AARM, el DSM-IV-TR y el CIE-10. En donde la AARM considera que la categorización de las personas no debe ser en función del nivel del C.I, sino tomando en cuenta los cuatro niveles de intensidad de los apoyos requeridos (intermitente, limitado, extensivo y generalizado). Mientras que el DSM-IV-TR y el CIE-10, utilizan un sistema de clasificación diagnóstica, en el que la gravedad de la discapacidad se especifica de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

También se presenta la clasificación etiológica propuesta por la AARM y el listado de las causas más significativas según los códigos y categorías especificados en dicha clasificación. Además se describen los procesos cognitivos (como el lenguaje, la memoria, el razonamiento, entre otros), los rasgos de personalidad, las alteraciones del comportamiento (conducta auto o heteroagresiva, conductas estereotipadas o autoestimulatorias, conducta antisocial, entre otras) y el impacto dentro del sistema familiar, en padres y hermanos, al convivir con un miembro con discapacidad intelectual.

En el Tercer Capítulo se dan algunos antecedentes sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y las actitudes de la sociedad hacia las manifestaciones sexuales de esta población. Continuando con la definición de sexualidad de Álvarez y Mazín (1990) en la que mencionan tres dimensiones sexuales: Biológica, Psicológica y Social, las cuales son descritas por Martínez (1998), siguiendo con el modelo de los cuatro holones sexuales (partes, elementos o subsistemas) propuesta por Rubio (1992) en el que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades que dan origen a los cuatro holones sexuales: Reproductividad, Género, Erotismo y Vinculación afectiva interpersonal. De igual manera se define lo que es la salud sexual y se abordan las características, que de acuerdo a las distintas etapas del desarrollo psicosexual presentan las personas con discapacidad intelectual. Asimismo se exponen sus derechos sexuales, las necesidades y posibilidades reales que tienen de formar una vida en pareja, y asumir una maternidad o paternidad responsable.

En el Cuarto Capítulo se hace referencia a las causas que hacen que las personas con discapacidad intelectual se encuentren en una situación de vulnerabilidad, con recursos limitados que los colocan en desventaja frente a las agresiones sexuales de abuso y/o

violación, con los riesgos de tener embarazos no planeados, no deseados e infecciones de transmisión sexual. Se presentan las conceptualizaciones del abuso sexual y violación, las consecuencias psicosociales y postraumáticas a corto y a largo plazo. Se mencionan los factores de riesgo y se describen brevemente la intervención y tratamiento a nivel inmediato y mediato, así como los diferentes enfoques y modalidades de tratamiento (individual, intervención cognitivo-conductual, terapia de juego, grupal y terapia de familia). Se pone énfasis en las medidas preventivas y se hace una aproximación a los programas preventivos de abuso sexual, en especial, a los Programas de orientación sexual; donde se plantean los objetivos que deben cubrir, la metodología a seguir y las características del facilitador. En el último apartado de este capítulo, aparece la legislación vigente para los delitos contra la libertad sexual, la seguridad sexual y el normal desarrollo psicosexual en el Código penal para el Distrito Federal y en el Código penal Federal.

El Quinto Capítulo contiene la metodología en la que se incluye la descripción del diseño y construcción del instrumento *CUSAADI* y la descripción del *Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual*.

En el Sexto Capítulo se muestran los resultados del análisis estadístico, los cuales se presentan en dos partes para facilitar su comprensión. La primera hace referencia a la descripción de los datos sociodemográficos que se obtuvieron de la muestra. La segunda, a la comprobación estadística de las hipótesis planteadas con respecto a los resultados obtenidos en la aplicación del *CUSAADI*, antes y después de la implementación del *Programa de orientación sexual*. Finalizando con la discusión, conclusiones, limitaciones y sugerencias.

En la última parte se presentan los Anexos. El Anexo No. 1 contiene el *CUSAADI*: Cuestionario de Antecedentes de agresión sexual (abuso y/o violación), Cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad, Cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad. En el Anexo No. 2 se encuentra el *Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual*.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES GENERALES SOBRE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Una visión de la discapacidad intelectual a través de la historia

En la prehistoria, se creía que a medida que las distintas tribus y agrupaciones humanas se movilizaban buscando mejores cotos de caza o después mejores tierras para realizar sus cultivos, decidían abandonar a su suerte a las personas discapacitadas, para no entorpecer los desplazamientos del resto de la tribu. Durante la época del florecimiento las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas con discapacidad, pues no querían que “en tan bella y floreciente civilización” existieran personas diferentes.

La historia de las personas con discapacidad intelectual es semejante a lo que ha sucedido con todas aquellas enfermedades de las que se desconocía su origen y a las que se les temía por su carácter contagioso. A los afectados por esas enfermedades se les ha rechazado en todas las sociedades pasadas y presentes bajo la supuesta creencia de que eran castigos sociales enviados por la divinidad como consecuencia de pecados colectivos (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

Kanner (1964, 104 citado en Molina, 1999) presenta lo siguiente para ilustrar las actitudes sociales en relación a la discapacidad intelectual: Martín Lutero creía firmemente que “esos seres no eran más que masas de carne, massa carnis, sin alma. Pues el diablo tenía el poder de corromper a las gentes dotadas de razón y de alma cuando las poseía. El diablo entonces habitaba en estos seres en el lugar de su alma”

“Los hombres también a lo largo del tiempo han dado diferentes tratamientos a las personas con algún tipo de discapacidad:

- Los israelitas no practicaron el infanticidio ni el aborto, pero si el alejamiento de la vida social; especialmente significativa es la prohibición de participar en el culto a cualquier persona defectuosa que encontramos en el levítico:
“Ninguno de tus descendientes en cualquiera de sus generaciones, si tiene un defecto corporal, podrá acercarse a ofrecer el alimento de su dios; pues ningún hombre que tenga defecto corporal ha de acercarse: ni ciego ni cojo ni deforme ni

monstruoso, ni el que tenga roto el pie o la mano, ni jorobado ni raquítrico ni enfermo de los ojos, ni el que padezca sarna o tiña, ni el eunuco. Ningún descendiente de Aarón que tenga defecto corporal puede acercarse a ofrecer los manjares que se abrasan en honor de Yahveh. Tiene defecto; no se acercará a ofrecer el alimento de su dios” –Lev 21, 17-21-

- Grecia marca el inicio de la medicina, en la que la idea de Phycis o naturaleza es un principio clave. Los trastornos mentales son considerados por primera vez fenómenos naturales aunque esta novedad tuvo escasa influencia en la sociedad y continuó vigente la idea de un castigo divino. La exclusión social era la norma, porque el ser humano se definía por el lenguaje y la razón, por lo que quienes carecían de razón no eran humanos o no lo eran del todo. El infanticidio no sólo era una práctica común, sino que se recomendaba por los grandes autores de la época. Platón consideraba que las personas con discapacidad intelectual y los débiles no debían existir en la ciudad.

Aristóteles escribía en la política: “En cuanto a la exposición o crianza de los hijos debe ordenarse que no se críe a ninguno defectuoso”

- En cuanto a Roma, el infanticidio también era corriente, así como la compra de personas con discapacidad intelectual para diversión.
- Celso recomendaba como tratamiento la “hipótesis del miedo”, que de una u otra forma seguía aplicándose hasta bien entrado el siglo XX; castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes, castración, etc.
- Los indios Masai asesinaban a sus niños discapacitados.
- La Chagga de África oriental utilizaba a sus discapacitados para ahuyentar al demonio.
- Los antiguos hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado.
- Los Junkun de Sudan consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran.
- Los Semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios.
- Para los nórdicos los discapacitados eran verdaderos dioses” (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

“La atención de las personas con discapacidad está condicionada por las actitudes y valores dominantes en cada época de la historia. Se distinguen cuatro períodos importantes.

- Antes del año 1800, la discapacidad intelectual no existía ni como problema científico ni mucho menos como problema sociopolítico, hay una total ignorancia y una nula preocupación hacia los discapacitados.
- En la primera mitad del siglo XIX, surge un interés por las personas con discapacidad intelectual en un clima de entusiasmo humanitario y romántico, que provoca unos primeros ensayos terapéuticos y educativos.
Pero no se diferenciaba del sordomudo, criminal, epiléptico o loco. Se consideraba a menudo como una variante de la demencia.
- Aproximadamente, a partir de 1870 hasta 1940, surge la imagen del discapacitado como una amenaza social y el esfuerzo de los pioneros a su favor se tiñe masivamente de componentes de temor y rechazo.
- Después de la segunda guerra mundial se produce una orientación hacia planteamientos más realistas y optimistas que conducen a el inicio de su “integración”.

Durante la Edad media, principalmente en Francia, se construyeron verdaderas fortalezas y ciudades amuralladas en donde se guardaban y escondían a centenares de personas con algún tipo de discapacidad. Surgen asilos, orfanatos, hospitales y en este período aparecen los precursores de la rehabilitación.

Prácticamente los lugares o centros donde se confinaban las personas con discapacidad intelectual se abocaban a la mera vigilancia y subsistencia. Los cuidados médicos estaban casi ausentes y no existía ningún tipo de terapia o rehabilitación.

La masificación, la pésima formación del personal y su poco número, la ignorancia, la superstición, la crueldad, la brutalidad y el egoísmo provocaron frecuentes abusos. Las prácticas sociales estaban presididas por el rechazo y la ignorancia, como otras tantas ocasiones. En esas condiciones, los internos eran tratados en masa y el interés por la persona disminuía hasta límites increíbles” (Amor Pan, 1997).

Luis Vives (1492-1540, citado en Amor pan, 1997) supone un anticipo en su actividad y orientaciones, en ideas tales como terapia ocupacional, rentabilidad social del discapacitado, rehabilitación e integración social para el trabajo etc.

Los cambios se van produciendo tanto en la concepción del trastorno como en el tratamiento de los afectados. Poco a poco el tema se desmarca de la demonología y pasa a un modelo organicista y biologicista.

En 1818, Esquirol (citado en Amor Pan, 1997), plantea por primera vez la definición de idiota, diferenciándola de la demencia y de la confusión mental. Según este autor, el retraso mental se caracteriza por ser un déficit intelectual constatable, de origen orgánico e incurable.

Pinel (1745-1826, citado en Amor Pan, 1997) fundador de la psiquiatría en Francia, fue uno de los primeros en señalar el peso de la herencia en la organización morfológica y en los aspectos funcionales y comportamentales. Muchos lo consideran el padre de la terapia ocupacional. Propugnaba un trato moral, basado en la creación de un entorno humano y la participación del interno.

El propio Langdon Down, el descubridor del síndrome que lleva su nombre, en 1866 etiquetó el síndrome clínico surgido como consecuencia de la trisomía del par 21 con el nombre de “mongolismo” por el aspecto asiático de esas personas. Según dicho autor, la única explicación que cabía dar a ese síndrome era un problema de degeneración racial. Según esta teoría, las razas se han jerarquizado, desde la más primitiva a la más evolucionada, que naturalmente resulta ser la raza blanca. Un mongólico, según el informe presentado por Down, es un individuo que por accidente regresa a las características morfológicas de una raza más primitiva que, en ese caso, era la mongólica (Kanner, 1964 citado en Molina, 1999).

Perron (1973,48 citado en Molina, 1999) explicaba lo que había entre las ideologías religiosas y sociales en los siguientes términos “se trata de un proceso durante el cual el hombre se descompone y vuelve a la brutalidad; abandonando cada vez más su dignidad de hombre, la que le confiere el respeto por la moral, vuelve al nivel del animal. Pues el hombre sólo es hombre gracias a un esfuerzo constante, prueba de su dignidad y su libertad. Está amenazado constantemente, si relaja este esfuerzo, si se abandona a sus instintos, olvidando los imperativos morales, con caer de nuevo en su nivel más primitivo; es lo que hacen los criminales, los locos, y, en el fondo de la degradación, los idiotas, cuyo estado es el testimonio y el resultado de la inmoralidad (la suya y la de sus padres). Por ello, la psiquiatría fue durante tanto tiempo tan claramente moralizante. La tarea del psiquiatra era devolver al loco al nivel del hombre; utilizaba las exhortaciones, incluso los castigos. Los calabozos, las cadenas con que se cargaba al loco antes de Pinel eran

desde luego, en primer lugar, una precaución contra sus fechorías, pero también un castigo y, por tanto, una terapéutica.

Ello demuestra palpablemente que, en el fondo del rechazo social, hay un desconocimiento de lo que realmente son capaces de hacer las personas con discapacidad intelectual, y, naturalmente un miedo hacia lo desconocido.

Son bastantes los autores que, apoyándose en las teorías evolucionistas de Darwin, las transfieren al campo de la herencia social y consideran la discapacidad intelectual como el producto de esa herencia social degenerativa, tal y como han mostrado Molina y Gómez (1992 citado en Molina, 1999).

“A falta de una terminología más precisa se les ha catalogado como anormales, subnormales, deficientes mentales, retrasados mentales o eufemísticamente como personas con necesidades especiales.

Durante la Primera guerra mundial un gran número de discapacitados intelectuales adultos, salieron de sus internados para combatir en el ejército norteamericano, a menudo en batallones de trabajo especializado. Finalizado el conflicto, fueron nuevamente conducidos a los internados, para permanecer otra vez ajenos a la vida social de su época.

En Alemania la figura de Adolfo Hitler: la mejora de la raza encontró su defensa más irracional y poderosa en su obra *Mein Kampf* (1924).

El mito de la superioridad de la raza fue un componente fundamental del nazismo, que culminó en la promulgación de la “ley de higiene racial” de 1933.

Se calcula que unas 100, 000 personas con discapacidad intelectual y otros trastornos asociados murieron durante la época nazi” (Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000).

“Diversas atrocidades se realizaron, “en busca de la raza perfecta”, en la cámara de gases o con la ingestión de sustancias letales que se proporcionaron en forma selectiva, antes que a nadie, a las personas con discapacidad intelectual para aniquilarlas tratando de construir un supuesto mundo de “seres perfectos”. El racismo, intolerancia y complejo de superioridad, imperaron en esa época no sólo para exterminar a los judíos, mujeres y ancianos; sino también a las personas con discapacidad.

En Estados Unidos la segunda guerra mundial volvió a suponer, como ocurrió en la anterior conflagración mundial, una valoración social de las personas con discapacidad intelectual (hombres y mujeres) por encima de lo que venía siendo habitual. La guerra supone una situación de emergencia social que requiere la movilización de todos los recursos materiales y humanos, incluidos las personas con discapacidad intelectual. Así, por ejemplo, el ejército de tierra considero suficiente una edad mental de 8 años y la marina exigió un mínimo de 10 años” (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

Cuando se volvió a una situación social de paz, de normalidad en la convivencia y trabajo, la consideración de las personas con discapacidad intelectual también volvió a una situación de “normalidad”.

En 1961 la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM) propone una definición de la que se derivaba la distinción en 5 niveles de discapacidad intelectual, que se va a convertir en la clasificación usualmente empleada, con ligeros matices, aún en la actualidad: límite (CI 83-67), ligero (CI 66-50), moderado (CI 49-33), severo (CI 32-16) y profundo (CI –16). De esta manera se abandona la división tripartita, más peyorativa y menos precisa (mental, imbécil e idiota) (Verdugo, 1995).

“El año de 1971 puede considerarse como el más importante del siglo XX para las personas con discapacidad intelectual ya que fue ese año cuando la ONU en su asamblea general del 20 de diciembre, aprobó por unanimidad la Declaración universal de los derechos de las personas con discapacidad intelectual de todo el mundo, basándose por ello en un texto que en el año 1968 había aprobado la liga internacional de Asociaciones Protectoras de Subnormales.

Para algunos expertos, la declaración universal de los derechos del “deficiente mental” solo es una lista de buenas intenciones, pero de difícil repercusión en las políticas concretas de cada país.

La ONU declaró el año 1981 “Año internacional del minusválido”, en un intento de realizar una evaluación de lo que había supuesto a favor de los minusválidos el período comprendido entre 1971 y 1981. Durante los días 2 al 7 de noviembre de 1981 se reunió en Torremolinos (Málaga) la conferencia mundial sobre las acciones y estrategias para la educación, la prevención e integración de los minusválidos, con asistencia de 103 países

y de 17 organizaciones internacionales no gubernamentales, como fruto de dicha conferencia fue aprobada por unanimidad una nueva declaración” (Molina, 1999).

¿Un listado más de buenas intenciones?...

En 1992 la AAMR adopta una nueva definición “el cambio de paradigma de 1992” (Amor Pan, 1997).

“En la sociedad moderna, dos tercios del mundo no cuentan con facilidades especiales, ni médicas, ni educativas para los discapacitados, y otros continúan poniéndoles rótulos, los segregan física, educativa y emocionalmente del resto de la población, con abusos, exclusión, carencia de oportunidades, marginación, falta de valoración, discriminación, indiferencia, negligencia, olvido y hasta vergüenza. Ese es el panorama real mundial hoy en día, que muestran los reportes de las organizaciones internacionales de discapacitados.

En todas partes del mundo han surgido padres y profesionales que inconformes con la realidad que ofrecen sus países a las personas con discapacidad intelectual, han tenido que crear los propios servicios. Así se fueron desarrollando los primeros grupos de manera informal, posteriormente estas organizaciones fueron creciendo y formando asociaciones legalmente constituidas con metas y objetivos derivados de una visión a largo plazo, a favor de los discapacitados” (Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000).

Antecedentes en México

En el caso de México, el pensamiento prehispánico se instaló en mitologías desarrolladas a partir de lo sagrado y lo profano “donde el mago y sacerdote se convierte en un conocedor, capaz de administrar hierbas curativas que combina con la fuerza de la magia, sin la cual no hay virtud en las medicinas ni en las intervenciones” (Alvarez, et al., 1960 p. 157 citado en INEGI, 2004).

Las causas de las deficiencias y las enfermedades en las comunidades prehispánicas, principalmente en la azteca, se encontraban asociadas a cuatro circunstancias: razones naturales, castigo divino, maleficios de algún enemigo y por la influencia de los astros (Álvarez, et al., 1960 citado en INEGI, 2004).

En la cultura náhuatl la dualidad en la explicación y tratamiento de las enfermedades y deficiencias, se manifiesta en las interpretaciones animistas fuertemente asociadas a supersticiones o abusiones, así como en el desarrollo de una amplia práctica terapéutica basada en la herbolaria, que fue causa de admiración entre los conquistadores (Rocha, 2001 citado en INEGI, 2004).

“La práctica terapéutica se basó principalmente en la herbolaria, sus avances quedaron manifiestos en los Códices Florentino y Badiano, donde se plasmaron complejos tratamientos para enfermedades, deficiencias y discapacidades, las cuales eran atendidas en sus múltiples manifestaciones.

La organización de los pueblos prehispánicos se modificó diametralmente con la llegada de los españoles, dando lugar a una nueva estructura social guiada por principios caritativos fuertemente apegados a la doctrina católica.

Durante la Colonia las instituciones de beneficencia, conformadas principalmente por religiosos, se encargaron de brindar protección y asistencia a los enfermos y los necesitados.

Estas organizaciones fundamentaron su acción en el pensamiento europeo, derivado del paradigma aristotélico-tomista, que da pie a una interpretación racional de la presencia de Dios en el mundo, con lo que cobraron relevancia la bondad, la caridad y la asistencia a los desprotegidos.

Desde los años cincuenta, se ha percibido en México una importante movilización social y civil, cuya demanda central consiste en promover el desarrollo de las personas con alguna discapacidad. Entre los protagonistas de este movimiento se encuentran las asociaciones religiosas, los padres de familia, maestros, médicos, terapeutas y psicólogos, que de manera independiente o como parte de la sociedad organizada fraguaron las bases de un movimiento social que vio sus más importantes logros en los años ochenta y noventa. De manera similar, las instituciones de asistencia privada han constituido un entramado social organizado, cuya presencia se ha consolidado a lo largo del tiempo.

En 1977 se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuya finalidad fue brindar asistencia social, como obligación del Estado y en beneficio de la población marginada, los incapacitados [*sic*] o las personas en desventaja social” (Fuentes, 1998 citado en INEGI 2004).

En México, hasta finales de los 70's, las alternativas de atención para las personas con discapacidad eran escasas o casi nulas.

En 1978, se funda legalmente una de las instituciones más reconocidas en cuanto a organizaciones de personas con discapacidad se refiere; Confederación mexicana de organizaciones a favor de la persona con discapacidad intelectual A.C (CONFE).

Esta institución desde sus inicios, se propone, entre uno de sus tantos objetivos, recabar recursos humanos y materiales que hicieran posible la mejoría en la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.

Varios años después, como parte de este proceso, se funda otra organización, cuya tarea primordial consistiría en la recaudación de fondos y la consecución de recursos para el logro de la misión. Surge entonces institución CONFE a favor de la persona con deficiencia mental, IAP, conformada por un patronato de personas altruistas con vocación de servicio y un compromiso inacabado para la causa; y con la labor inicial de construir un CENTRO NACIONAL DE CAPACITACIÓN en dónde se concentrarán servicios integrales para que las personas con discapacidad y sus familias recibieran orientación y apoyo acorde a sus necesidades, buscando mejorar su calidad de vida (Vidal, 2003).

“En enero de 1986, es promulgada la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que estableció entre los sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social a los inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias.

De 1988 a 1994, el DIF desarrolló el Programa de Asistencia a Minusválidos, que tuvo como objetivo proporcionar servicios de rehabilitación no hospitalaria a personas minusválidas que por circunstancias de marginación o económicas, son sujetos de asistencia social, con el propósito de facilitar la integración a su familia y a la sociedad, atender demandas y necesidades de personas discapacitadas por causas de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje y otras (DIF, 1994 citado en INEGI, 2004).

Derivado de los compromisos asumidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se creó en febrero de 1995 la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE), que diseñó un programa de acción para orientar las tareas a favor de este sector de la población. El

Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, planteó como objetivo:

Promover la integración de la personas con alguna discapacidad y su incorporación al desarrollo, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura que permitan la movilidad y el transporte, y de todo aquello que contribuya al bienestar y mejora de su calidad de vida, así como a difundir la cultura de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores de la unidad de la familia” (Fuentes,1998, p. 715 citado en INEGI, 2004).

Para cumplir con los objetivos del programa se establecieron ocho subprogramas: el Programa de Salud, Bienestar y Seguridad Social; Programa de Educación; Programa de Rehabilitación Laboral, Capacitación y Trabajo; Programa de Cultura, Recreación y Deporte; Programa de Accesibilidad, Telecomunicaciones y Transporte; Programa de Comunicación; Programa de Legislación y Derechos Humanos y el Programa del Sistema Nacional de Información sobre Población con Discapacidad (CONVIVE, 1999 citado en INEGI, 2004).

“Estos subprogramas se definieron con base en las propuestas planteadas en las *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*, promulgadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1993.

El trabajo de las organizaciones ciudadanas, las estructuras y programas de gobierno, así como las iniciativas de las personas con discapacidad, han generado un proceso de paulatino reconocimiento a su situación específica.

Cabe resaltar, que si bien en México la participación de distintos actores han rendido frutos en favor de las personas con discapacidad, es importante reconocer el papel que juega la sociedad civil en la promoción de acciones” (INEGI, 2004).

Políticas y programas

“El gobierno mexicano ha adoptado una política pública explícita de coordinación multisectorial para la atención de las personas con discapacidad, se incluyó en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, del que se deriva el Programa Nacional para la

Atención de las Personas con Discapacidad 2001-2006 que fue presentado en mayo del 2001. Para alcanzar los objetivos previstos en este programa, se acordó la creación del Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), integrado por los titulares de las secretarías de Desarrollo Social, Comunicaciones y Transportes, Educación Pública, Salud y Trabajo y Previsión Social, así como del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Oficina de Representación de la Presidencia de la República para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPISPCD).

El Consejo Nacional Consultivo constituye la instancia más importante para impulsar, orientar y vigilar que los programas sectoriales e institucionales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores de la unidad de la familia” (Fuentes,1998, p. 715 citado en INEGI, 2004).

Integración

Esfuerzos actuales para la atención e integración de las personas con discapacidad en México

La persona con discapacidad intelectual es un ser humano que merece un trato digno y respetuoso, sin importar el grado de limitación que presente. Es un ser humano poseedor de “amplias habilidades y valores”, que es necesario estimular, desarrollar e integrar dentro de la familia y la sociedad.

Desde la infancia, el joven o adulto con discapacidad intelectual, tiene que encontrar su lugar, no sólo en casa, sino también en la escuela y la comunidad. Tiene que aprender nuevos conceptos y habilidades que pueden estar más allá de sus capacidades, escuchando nuevas ideas y experimentando nuevos deseos que no alcanza a integrar por no poder confrontarlos con los de sus hermanos, compañeros, padres o maestros.

El encontrar un lugar en la familia es un problema difícil debido a la cantidad de contradicciones con que se enfrenta en ella, buscarlo en la comunidad es mucho más difícil (Jara, 2000 cap. XIV, p. 204). Lo que hace indispensable que exista un proceso de aproximación y adaptación de la familia hacia la persona con discapacidad intelectual

(Candel, 1998), pues resulta vital para el buen funcionamiento de ésta y de la propia persona. La integración hace referencia a la posibilidad de acceder a un ambiente normativo lo menos restrictivo posible. La integración de la persona con discapacidad intelectual en todos sus ámbitos de funcionamiento (familiar, escolar, laboral y social) supone la consecución de programas de integración con la implicación de todos los recursos y servicios necesarios. Por tanto, no se puede pretender que haya integración escolar, social y laboral, sino hay primero integración a la vida familiar. Es decir, suponer la participación, interacción y el formar parte de un grupo (Solís & Hernández, 2001).

“La integración debe ser tridimensional: funcional, personal y social. Con respecto a la integración funcional, implica el derecho a utilizar elementos ordinarios de la vida junto con el resto de los miembros de su comunidad como los transportes o los espacios de ocio. La integración personal se refiere al derecho a recibir y disfrutar de relaciones personales de aceptación por las personas de su entorno, como la familia o los amigos, con el fin de permitir el pleno desarrollo socioafectivo. Integración social implica la seguridad de obtener el respeto y la estima por parte de la comunidad facilitándoles las máximas oportunidades de participación social” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

La persona con discapacidad, especialmente, tiene que ser acompañado y apoyado para desarrollar sus capacidades y habilidades, pero no reemplazado en sus esfuerzos para aprender, rehabilitarse o adaptarse a la vida cotidiana, así como tampoco ser mimado con una sobredosis de gratificaciones.

El rechazo hacia las personas con discapacidad intelectual es una actitud que puede modificarse. El problema es que muchas veces es inconsciente y casi nunca se presenta en forma evidente, sino encubierto por otras actitudes como la exigencia desmedida, juzgar los fracasos como mala voluntad, flojera o falta de aplicación o, por el contrario no exigirle nada. A veces el rechazo se manifiesta como hostilidad, abierta o reprimida.

La aceptación es activa y promueve el desarrollo, la resignación es pasiva y obstruye o paraliza.

El primer punto de inserción social de la persona es su familia: ahí es dónde comienza la aceptación o el rechazo. Ahí también tiene derecho al reconocimiento de sus limitaciones, capacidades o aptitudes para realizar determinadas tareas o acciones. Porque a veces se

descarga en la sociedad lo que está ocurriendo en el núcleo familiar, culpándose a la primera de ser discriminatoria (Los hijos discapacitados y la familia, 1998).

Cada una de las personas con y sin discapacidad juega un determinado papel dentro de la comunidad aun cuando no exista una comunicación verbal entre sus miembros. Unos y otros se reconocen por la actividad que desempeñan, su estatus socioeconómico, su conducta manifiesta, su apariencia física, etc. ; de una u otra forma todos nos ubicamos dentro de un rol social más o menos reconocido y estereotipado por los otros. Es importante el papel que juega el entorno para fomentar el crecimiento, desarrollo, bienestar y satisfacción personal.

El rol de la persona con discapacidad intelectual dentro de su comunidad es uno de los más estereotipados. Es mantenido a una distancia prudente de los otros, se le niega la posibilidad de participar, se le considera "incapaz de controlar sus impulsos" coartando sus relaciones sociales. La comunidad lo estigmatiza, lo agrede y lo aísla. La familia responde a la agresión social segregando aún más a la persona. Centra sus actitudes y conductas en el déficit de la persona con discapacidad intelectual, le enseñan a percibirse disminuido, devaluado e incapaz.

Esto evidencia a una sociedad restrictiva, que impide a las personas con discapacidad ser aceptadas fácilmente. Siendo que el comportamiento social se desarrolla a través de la participación activa del individuo en sus encuentros sociales, en el curso de los cuales modifica el comportamiento de los demás y es influido por ellos (Solís & Hernández, 2001).

Sigue siendo necesario destacar que la discapacidad intelectual es una circunstancia referida a un valor del ser humano que se considera central (la inteligencia) y se privilegia frente a otras facultades de la persona (afecto, sinceridad...), de manera especial en una sociedad altamente tecnificada que promueve como valores supremos la eficiencia y la productividad. De ahí surgen los estereotipos sociales que tienden a desvalorizar, a rechazar y a segregar a la persona con discapacidad.

En general, la persona con discapacidad intelectual a diferencia de las otras discapacidades es a quien la sociedad limita más su participación, tiene pocas oportunidades de relacionarse socialmente con amigos o familiares. La burla o agresión se acentúa y la familia responde en dos direcciones; los sobreprotege o los ignora como

resultado del rechazo hacia su hijo, manteniéndolo en una actitud contemplativa ante la vida sin participar en ella.

Fundamentos legales

“Durante los años ochenta y principios de los noventa, se dieron importantes avances en el marco jurídico normativo en materia de atención y reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en México, que incluyeron modificaciones a la Ley General de Salud en favor de las personas con discapacidad (1984), a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986) y a la Ley General de Educación (1993). Asimismo, en 1994 se modificaron otras leyes federales, tales como la Ley de Estímulo y Fomento del Deporte, Ley General de Asentamientos Humanos y Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

En esta última, se indica la obligación de la Administración Pública Federal de establecer y ejecutar planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento a las personas con discapacidad, con la participación que corresponda a otras dependencias asistenciales, públicas y privadas” (INEGI, et al., 2001 citado en INEGI, 2004). Asimismo, en casi la totalidad de las entidades federativas, se han decretado hasta la fecha algunas leyes que promueven la integración de las personas con discapacidad.

“Amen de los antecedentes en otras leyes de la materia, las personas con discapacidad se encuentran consideradas entre las posibles víctimas del delito de discriminación laboral tipificado en el nuevo Código Penal para el Distrito Federal, razón por la que, cualquier trabajador con algún tipo de discapacidad que se sienta vulnerado en sus derechos laborales, podrá ejercer, además de las típicas acciones legales en materia puramente laboral, las acciones penales pertinentes, en el entendido de que se requiera probar fehacientemente el hecho de que la negativa del empleo, el despido o la restricción de los derechos laborales, obedecen precisamente a razones discriminatorias.

Código Penal para el Distrito Federal (Vigente desde el 13 de noviembre del 2002).

El avance legal más importante en México contra la discriminación en el trabajo es, sin duda, la tipificación del “Delito Penal de discriminación Laboral”, contenido en el Artículo 206 del código referido que a la letra dice:

Se impondrán de uno a tres años de prisión y de cincuenta a doscientos días de multa al que, por razón de edad, sexo, embarazo, estado civil, raza, procedencia étnica, idioma, religión, ideología, orientación sexual, color de piel, nacionalidad, origen o posición social, trabajo o profesión, posición económica, características físicas, discapacidad o estado de salud"... Fracción III: "Niegue o restrinja derechos laborales"... "Este delito se perseguirá por querrela" (Vázquez, 2004).

La información que a continuación aparece se obtuvo del Manual de orientación para empresarios 2002-2005 elaborado por la Dirección de equidad y género de la Secretaría del trabajo y previsión social como parte del programa empresa incluyente.

La Dirección General de Equidad y Género, de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, en el marco de la nueva cultura laboral, que reconoce la importancia de la persona humana como centro de las políticas públicas, con el propósito de fomentar la participación de las empresas y dependencias públicas en la generación de oportunidades de empleo para las personas con discapacidad, ha diseñado el programa denominado: *empresa incluyente "por una nueva cultura laboral"*.

Empresa incluyente es un programa que reconoce a las empresas que contratan a personas con discapacidad con todas las prerrogativas de la ley y cuentan con las condiciones necesarias para el desarrollo de las actividades dentro de sus procesos de trabajo.

Ante esta situación, se planteó la necesidad de elaborar un documento que permitiera establecer puntos de referencia a los empresarios entusiastas que decidieran formar parte de este programa, para que tuvieran una idea clara de los requerimientos para la inclusión de las personas con discapacidad en sus actividades laborales. El documento fue elaborado por organizaciones especializadas en la atención de este grupo de población, las cuales forman parte del Comité Operativo del Proyecto *empresa incluyente*.

Contratación

"La persona con discapacidad para integrarse a un empleo debe poseer independencia funcional (física, psicológica, familiar y social). Requiere tener hábitos laborales adecuados como: buena presentación, puntualidad, asistencia diaria, disposición para

cumplir con los horarios de la empresa, buena relación con la autoridad, actitudes positivas, entre otras.

La persona que aspire a ocupar un puesto dentro de la empresa, debe acreditar los mismos requisitos, valoraciones y exámenes que todos los demás empleados, así mismo, deberá sujetarse a los sistemas de evaluación, productividad y control de calidad que sean implantados por la empresa.

Se recomienda asesoría de especialistas en la rehabilitación de personas con discapacidad visual e intelectual con el fin de apoyar el proceso de integración laboral en forma adecuada.

Legalmente la contratación de las personas con discapacidad es igual que para todos los trabajadores. Están regidos por la Ley Federal del Trabajo y por la Ley del Seguro Social y les corresponden los mismos derechos y obligaciones” (Secretaría del Trabajo y Previsión social, 2002).

Ley general de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad gozan de los mismos derechos que los preceptos legales les confieren a todos los individuos.

En México todas las personas son iguales ante la ley; por ello, nadie puede privarlos de los derechos que tienen y que están consagrados en la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, así como en los diferentes códigos y reglamentos, y en la Declaración Universal de los Derechos humanos y demás legislación nacional e internacional.

Es necesario dar a conocer y difundir a la población general los derechos humanos de las personas con discapacidad, así como los medios de defensa que les garantizan el reconocimiento y respeto de los mismos, para obtener de la sociedad actitudes de solidaridad y trato digno.

El 10 de junio de 2005 fue publicada en el Diario Oficial de la Federación la nueva ley general de las personas con discapacidad, la que se encuentra a un vigente.

Estadísticas

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1983 publicó el Programa de acción mundial para las personas con discapacidad, en donde se estimaba que en el mundo había 500 millones de personas que presentaban dicha condición (Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia de la ONU, reporta que a nivel mundial el índice de población discapacitada es de 10 %, es decir, 600 millones de personas con discapacidad aproximadamente.

En México la población total es de 100, 367, 000 (OMS, 2003) de la cual tienen discapacidad entre 10 y 12 millones, según cálculos de la Secretaría de Salud.

En el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) la población total era de 97, 483, 412 en donde la población registrada con discapacidad era tan sólo del 1.8%. Estas cifras difieren considerablemente de las sugeridas por la OMS y por la Secretaría de Salud de nuestro país. Esta diferencia puede ser resultado de un inadecuado procedimiento de recopilación de datos por la población que no reporta y no especifica su condición de discapacidad.

“La experiencia de México en la captación de información sobre discapacidad es relativamente corta y la mayoría de los esfuerzos se han desarrollado a partir de un enfoque médico (enfermedad-deficiencia-rehabilitación), adicionalmente ha existido un problema sociocultural para el reconocimiento de la discapacidad: hay personas que la reconocen y la declaran sin ninguna dificultad; otras que la reconocen pero se niegan a declararla; otras que no se reconocen como tal, y en otros casos la ocultan. Por otro lado, en la mayor parte de las mediciones que se realizan sobre este tema, algún miembro de la familia es el que declara la presencia de uno de los integrantes en situación de discapacidad (es decir, se trata de un asunto de percepción), sin que se lleve a cabo una validación o certificación sobre la misma.

En México, existen tres fuentes de información que permiten el acopio de datos sobre la población con alguna discapacidad: los censos de población, las encuestas por muestreo y la explotación con fines estadísticos de los registros administrativos de las instituciones vinculadas con el fenómeno.

Un aspecto de particular importancia para estimar el monto de la población con alguna discapacidad, se relaciona con la forma cómo es definido y delimitado este concepto; al

respecto existen estudios que han demostrado que el monto de población puede disminuir o incrementarse sustantivamente, en función de la forma cómo se formulen las preguntas, cómo son interpretadas por los informantes y por las opciones de respuesta que se les presentan a éstos. Así, en un balance realizado por las Naciones Unidas donde se compara la experiencia de varios países, se resaltan las limitaciones de comparabilidad relacionadas con las variaciones de la definición utilizada, los procedimientos de selección y las unidades de observación, entre otros. Los resultados de su investigación muestran, entre los países, oscilaciones que van del 0.2% al 20.9% de población en condiciones de discapacidad.

Cabe señalar que el Censo de Población del 2000 es la primera experiencia en donde, retomando las recomendaciones internacionales, las necesidades de distintos usuarios y un ejercicio de prueba de la claridad de las preguntas para los informantes, se acordaron dos preguntas que se incluyeron en las boletas (censo y encuesta) que permitieron identificar el monto y tipo de discapacidad, con un enfoque combinado de discapacidad y deficiencia (censo), así como el origen de la discapacidad más importante.

La perspectiva que tienen los censos de población para proporcionar información sobre esta población, debe de tomar en cuenta, que su frecuencia regular es decenal; esto es, no será sino hasta el año 2010 cuando pueda volver a disponerse de información como la que esta fuente provee” (Velázquez, 2004).

Principales resultados

“El Censo del 2000 se convierte en la principal fuente de información en México para proporcionar una caracterización de la población con discapacidad. A continuación, se presentan algunos de los resultados más importantes de los dos últimos eventos realizados en el 2000.

En el 2000, a nivel nacional se identificaron 2 millones 241, 193 personas con discapacidad, las cuales representaron 1.8% de la población total; es mayor el porcentaje de hombres con discapacidad (52.6%) en comparación con el de mujeres (47.4%), esta situación es similar en todas las entidades federativas del país” (Velazquez, 2004).

“Según un estudio realizado, por lo menos el 70% de las personas con discapacidad vive en zonas dónde no se dispone de los servicios necesarios para ayudarles a superar sus limitaciones. Estos datos se obtuvieron de la actualización del 2003.

El Dossier informativo sobre las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, señala que un 98% de las personas discapacitadas que viven en los países en vías de desarrollo no tienen acceso a los servicios de rehabilitación.

7 % de los hogares en México tenían entre sus miembros al menos a 1 persona con discapacidad. La entidad con menor porcentaje de hogares en esta situación fue Quintana Roo (5%); en el extremo contrario se ubico Yucatán, dónde en 1 de cada 10 hogares habitaba al menos una persona con discapacidad

Asimismo, del total de hogares con algún miembro discapacitado el 9.03% percibe entre tres y cinco salarios mínimos, y el 13.78% no percibe ninguno.

El censo del 2000 reportó que la tasa de participación económica a nivel nacional fue de 49.3%, mientras que en la población con discapacidad apenas alcanzó 25%. Como es tradicional, la participación económica masculina se mantiene por arriba de la femenina. De cada 100 hombres con discapacidad en edad de trabajar, 36 lo hacen y en el caso de las mujeres apenas 13. La población económicamente inactiva con discapacidad representó 74%. De cada 100 hombres con discapacidad 63 son económicamente inactivos y en el caso de las mujeres 87 están en la misma situación.

Del total de hombres con discapacidad que declararon encontrarse económicamente inactivos, 17.9% estaban jubilados o pensionados, 15.5% se encontraban incapacitados para trabajar, 5.9% eran estudiantes, 1.7% se dedicaban a los quehaceres del hogar y 59% manifestaron dedicarse a otro tipo de inactividad.

Las percepciones monetarias por trabajo de la población con discapacidad son preocupantes: 22.6% recibieron menos de un salario mínimo al mes; 43.3% de uno a tres salarios mínimos; más de tres y hasta cinco salarios mínimos concentro al 7.3% y únicamente 6% contaba con un ingreso por trabajo mayor a cinco salarios mínimos. Las diferencias por sexo son más marcadas.

La discapacidad genera una pérdida económica anual de más de 75 millones de pesos por la improductividad de personas con discapacidad.

Para el año 2050 se calcula que la población total será de 145 millones y la población con discapacidad de 22 millones” (Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

Tipo de la discapacidad

“Se consideraron cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, y se agrupó el resto de los tipos en la categoría denominada otro tipo de discapacidad.

La discapacidad motriz es la más frecuente y afecta a 795, 406 personas (45.3%), de la población con discapacidad, y la proporción en mujeres (46.4%) es más alta que en los hombres (44.4%). En segundo lugar, se encuentra la discapacidad de tipo visual con 456, 398 personas (26%), siendo también el porcentaje de mujeres con este tipo de discapacidad (27.7%) mayor al de hombres (24.5%).

La **discapacidad intelectual** está presente en 283, 033 personas (16.1%), de la población con discapacidad; en este caso su prevalencia es mayor en los hombres (17.1%), que en las mujeres (15%).

Respecto a las discapacidades de tipo auditivo, que concentran 275, 488 personas (15.7%), de la población con discapacidad, nuevamente es más alta su presencia entre los varones.

Por su parte, las discapacidades del lenguaje se presentaron en 85, 454 personas (4.8%), de la población con discapacidad; en este tipo de discapacidad no se observó gran diferencia entre hombres y mujeres (Ver Gráfica No. 1).

El número de personas es aproximado y puede variar de acuerdo a los porcentajes manejados. La suma de los distintos tipos de discapacidad puede ser mayor al total por aquella población que presenta más de una discapacidad.

La presencia de los distintos tipos de discapacidad guarda una estrecha relación con la edad. Las discapacidades auditivas, motrices y visuales tuvieron mayor prevalencia entre las personas de 60 años y más, siendo las mujeres las más afectadas. Por su parte, las discapacidades del lenguaje y la **intelectual** se mantuvieron casi constantes entre los niños, jóvenes y adultos, reduciendo su incidencia entre las personas de la tercera edad.

Si se analiza la forma en la que se distribuyen los tipos de discapacidad en los grupos de edad, se observa que los más frecuentes entre los niños y las niñas de 0 a 14 años, fueron la **intelectual** (33.9%) y la motriz (35.1%).

Entre los jóvenes de 15 a 29 años, las **discapacidades de tipo intelectual** (36.4%) y motriz (31.4%) tienen mayor presencia. Las discapacidades de tipo motriz (43.25) son las más frecuentes entre las personas de 30 años y más y les siguen las visuales (28.7%); en la etapa de la tercera edad el orden es igual al de los adultos pero con mayores

proporciones (motriz, 55.1% y visual 30.5%) y se observa un gran incremento en las de tipo auditivas (21%)” (Ver gráfica No. 2) (Velázquez, 2004).

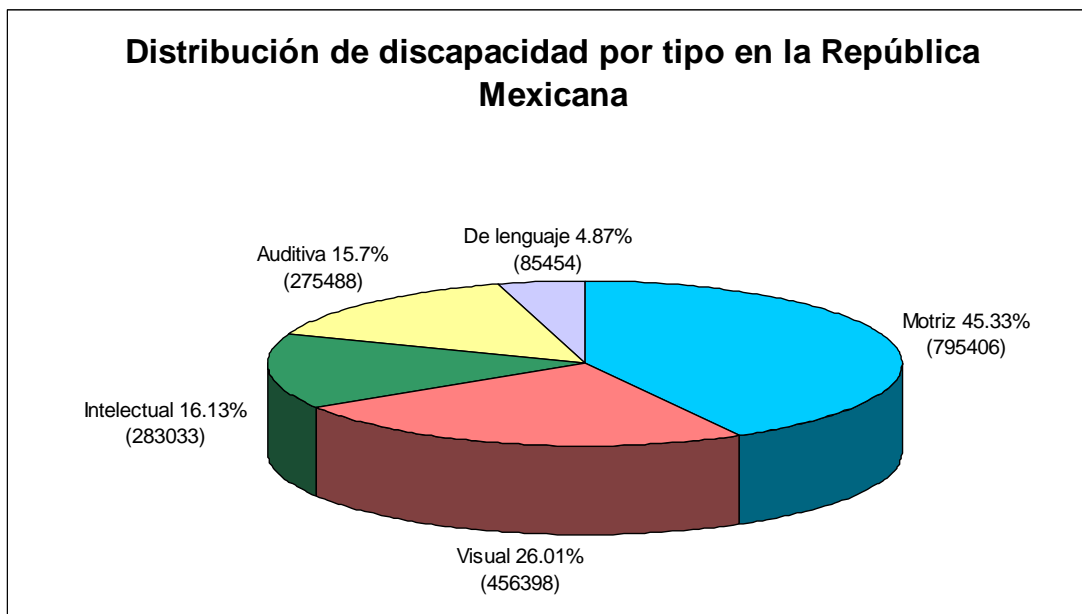
En el Distrito Federal 159, 754 (1.8%) personas presentan discapacidad, de las cuales aproximadamente 77, 943 (50.3%) tienen discapacidad motriz; 30, 623 (19.7%) visual; 26, 688 (17.2%) **intelectual**; 25, 108 (16.2%) auditiva y 4, 833 (3.1%) de lenguaje (Ver Gráfica No. 3).

Tipo y causa de la discapacidad

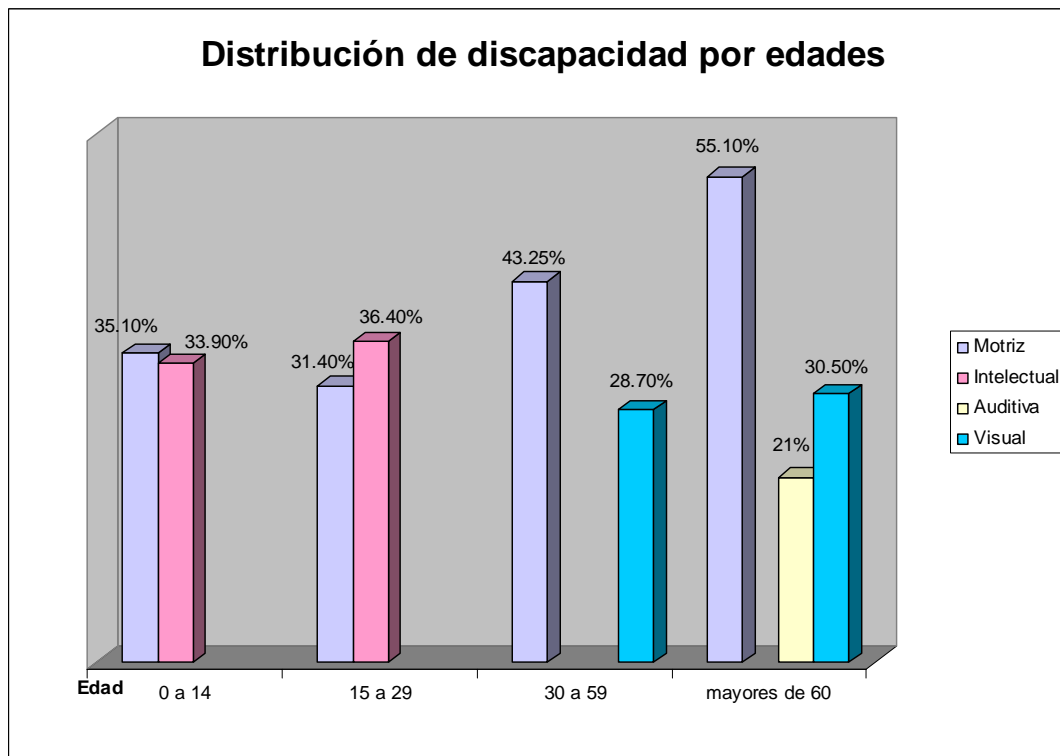
“Las discapacidades de tipo motriz se originaron principalmente por enfermedades (37.4%) y accidentes (24%); las discapacidades de tipo visual se relacionan principalmente con la edad avanzada (33.7%) y las enfermedades (33.1%). Por su parte, la **discapacidad intelectual** se asocia con problemas en el nacimiento (congénitos o perinatales 53.7%) y enfermedades (20%) (Ver Gráfica No. 4), las auditivas presentan un patrón similar a las visuales y en el caso de las del lenguaje predomina su origen a causas relacionadas en la gestación o al nacimiento (63.2%).

Es claro que la medición y caracterización de la población con alguna discapacidad no puede llevarse a cabo por medio de una sola fuente de información, sino a través del uso complementario de los datos que pueden aportar los censos, las encuestas y particularmente, los registros administrativos. No es, asimismo, labor de una sola institución, sino que se hace necesaria la participación de todas aquellas organizaciones o dependencias que tienen que ver con el fenómeno, ya sea porque le proporcionan alguna atención o servicio y por lo tanto son usuarias de la información; porque pueden poseer información individualizada, o porque pueden tener como función la producción de estadísticas sobre el tema” (Velázquez, 2004)

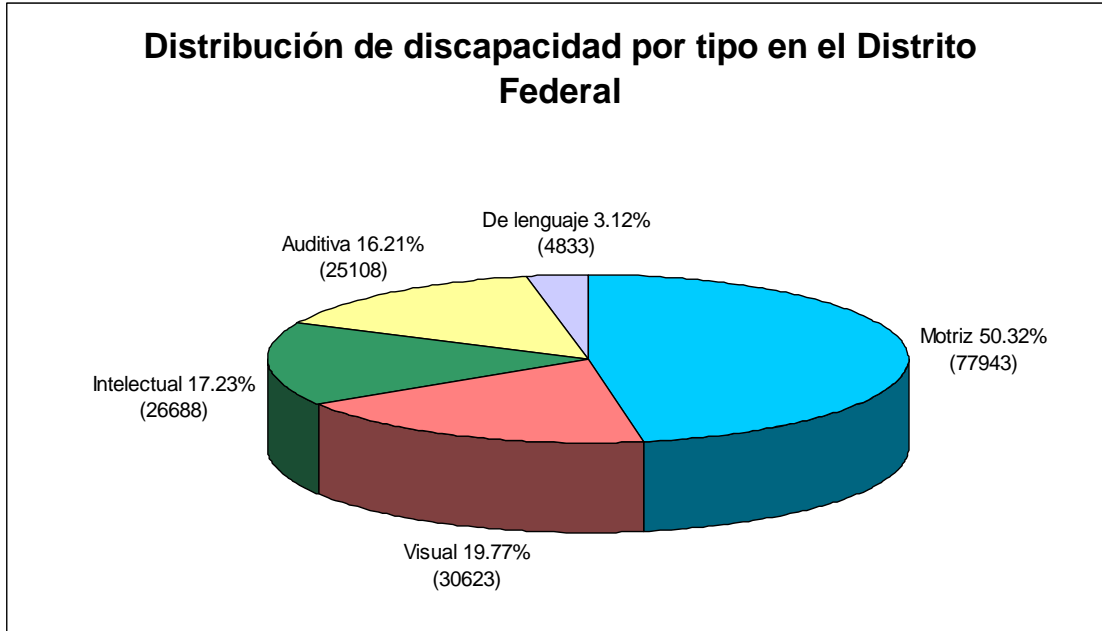
Gráfica No. 1 Distribución porcentual por tipo de discapacidad en la República Mexicana



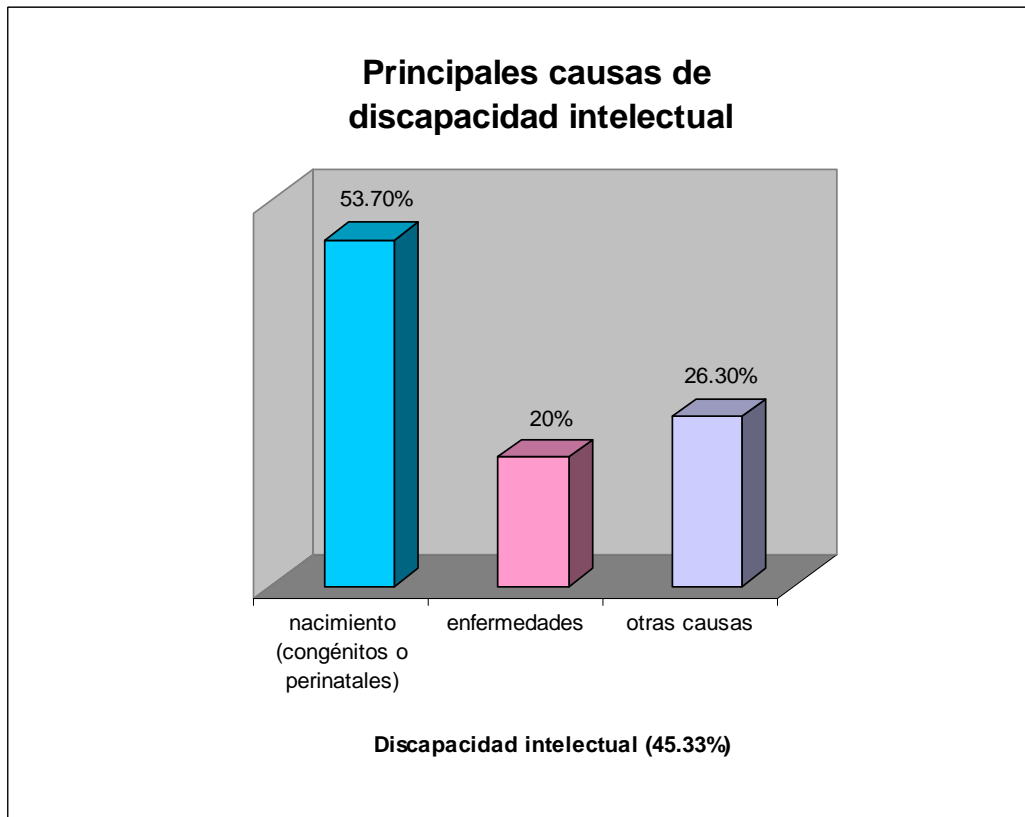
Gráfica No. 2 Distribución porcentual de discapacidad por edad



Gráfica No. 3 Distribución porcentual por tipo de discapacidad en el Distrito Federal



Gráfica No. 4 Distribución porcentual de las principales causas de discapacidad Intelectual



CAPITULO 2

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

¿Qué se entiende por discapacidad intelectual?

El término deficiencia mental ha sido sustituido por el de discapacidad intelectual en un intento por definir una condición, el resultado de la interacción entre la persona y el medio ambiente en que vive, sin utilizar un lenguaje descalificativo o peyorativo haciendo énfasis en que lo que importa es la persona y no sus posibilidades.

El término de *deficiencia y retraso mental* se descartó, ya que estigmatizaba y excluía a las personas que eran clasificadas como tales, y daba lugar a actitudes negativas hacia ellas. Como consecuencia viéndose afectado su nivel psicológico, cognitivo y social. Ocasionando que se olvidara que antes que nada y ante todo son personas que piensan, sienten y son iguales a nosotros, sólo que requieren apoyos para lograr el desarrollo máximo de sus potencialidades (Solís & Hernández, 2001).

Por esto se sigue buscando una definición que no sea una etiqueta o una clasificación, que se abra a un trato incluyente en el cual se reconozca y acepte a las personas con discapacidad Intelectual así como su derecho a participar dentro de la sociedad.

“Es fundamental clarificar una serie de términos básicos que a menudo se utilizan como sinónimos, si bien su significado es diferente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980 define y diferencia los términos de *deficiencia, discapacidad y minusvalía*.

Con *deficiencia* se refiere a la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica e implica consecuencias a nivel orgánico. Así, la deficiencia mental se referirá al daño cerebral que comporta un déficit cognitivo general.

Discapacidad hace referencia a la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, e implica consecuencias a nivel personal. La discapacidad intelectual se refiere a las limitaciones que presentan para desempeñar actividades concretas.

Minusvalía se refiere a la condición de desventaja que dificulta o impide al individuo desempeñar un rol normal en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales, e implica por tanto consecuencias a nivel social.

Actualmente los términos más en uso son: deficiencia o retraso mental, minusvalía psíquica y discapacidad intelectual. La minusvalía psíquica hace referencia a la situación social de desventaja, y es además un término más amplio que el de retraso mental, ya que incluye las demencias y otros trastornos psiquiátricos. Tanto la deficiencia como el retraso mental se utilizan para referirse a la causa estructural o funcional de base. La discapacidad intelectual, sin embargo, incide en las dificultades para ejecutar determinadas tareas o actividades.

- A modo de ejemplo podríamos encontrarnos con una persona que presenta como deficiencia un retraso mental moderado; como discapacidad, una incapacidad para adquirir habilidades académicas funcionales como la lectura funcional, habilidades sociales como la conducta social adecuada, habilidades comunicativas como el lenguaje oral, y como minusvalía, una dificultad para hacer uso de determinados recursos comunitarios: utilización de servicios de ocio, educativos, administrativos y sanitarios, comercios, transportes públicos o determinadas oportunidades laborales.

En el sistema 2002 de la Asociación Americana de Retraso Mental (AARM), se mantiene el término retraso mental, aunque la nomenclatura que se viene imponiendo es la de discapacidad intelectual, incluso la propia asociación está valorando la posibilidad de modificar su denominación por la de Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual. Sin embargo, el término de discapacidad intelectual, al igual que el de minusvalía psíquica, sigue resultando impreciso al poder obedecer a otras causas distintas del “retraso”, como la enfermedad mental o la demencia” (Rodríguez & Pablo-Blanco, 2004).

“La AARM (1992) describe a la discapacidad Intelectual como limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual, caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de los servicios de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas-funcionales, ocio y trabajo.

Al hablar de discapacidad intelectual se hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Es entonces que se define como una dificultad esencial en el aprendizaje y ejecución de determinadas habilidades de la vida diaria. Deben existir limitaciones funcionales relacionadas con la inteligencia conceptual, práctica y social. Dichas áreas están afectadas específicamente en la discapacidad intelectual, mientras que otras capacidades personales (p. e. salud y temperamento) pueden no estarlo” (Verdugo, 1995).

Inteligencia conceptual. También se conoce como inteligencia académica o analítica y se refiere a la capacidad para resolver problemas abstractos, para usar y comprender procesos simbólicos tales como el lenguaje.

Inteligencia práctica. Incluye la capacidad para manejar los aspectos físicos y mecánicos de la vida, tales como cuidado de uno mismo, las competencias que demande el día a día y las actividades vocacionales. Se pueden considerar como las capacidades de las personas para adaptarse con éxito a los ambientes reales a los que se enfrentan y a ejercer algún grado de control sobre sus ambientes.

Inteligencia social. Implica la capacidad para comprender y manejarse de forma efectiva con acontecimientos y objetos sociales e interpersonales, incluyendo la capacidad para actuar manifestando los deseos propios en las relaciones interpersonales, para manifestar las habilidades sociales apropiadas, ser empático y reflexivo, y para lograr los resultados deseados en las relaciones interpersonales” (Schalock, 1999).

Conceptualización y clasificación adoptada por la AAMR

“La nueva concepción de la discapacidad intelectual adoptada por la AAMR pone énfasis en el ambiente frente al individuo, donde la discapacidad intelectual no se considera un rasgo absoluto, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno. Dicha concepción se centra en tres elementos clave: capacidades, contexto y funcionamiento.

Esto se muestra gráficamente en la siguiente figura.

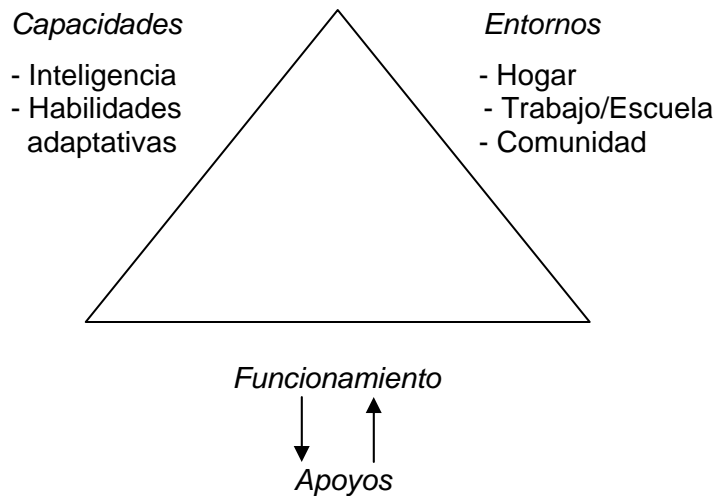


Figura No. 1 Concepción de la discapacidad adoptada por la AARM

Por *capacidades* se entienden aquellos atributos que hacen posible un funcionamiento adecuado en la sociedad. Incluye tanto las capacidades inherentes de un individuo como su habilidad para funcionar en un contexto social.

El *entorno* se concibe como aquellos lugares donde la persona se encuentra.

El *funcionamiento* se refiere a la capacidad de la persona para afrontar los desafíos de la vida diaria en los diferentes contextos o entornos.

En la base del triángulo (Figura No. 1) aparece el funcionamiento para enfatizar que el *sistema de 1992* es un modelo funcional. Las capacidades se presentan en el lado izquierdo del triángulo para indicar que el funcionamiento en la discapacidad intelectual está relacionado específicamente con las limitaciones en inteligencia y habilidades adaptativas. El lado derecho del triángulo representa los contextos en los que vive la persona con discapacidad, aprende, trabaja, se socializa e interactúa. El modelo muestra también que la presencia o falta de apoyos influye en el funcionamiento de la persona.

La tarea esencial no va a ser diagnosticar y clasificar a los individuos con discapacidad intelectual y con esa información determinar los tratamientos y servicios que necesitan sino evaluarlos multidimensionalmente en base a su interacción con los contextos en los que se desenvuelve y, basándose en esa evaluación del individuo y el ambiente determinar los tratamientos y servicios necesarios. Por ello no se clasificará a los sujetos en virtud de su Cociente Intelectual (C.I) sino que se clasificará el tipo e intensidad de

apoyos que necesita. De esta manera más que establecer un sistema de clasificación basado en los niveles de inteligencia del sujeto (ligero, moderado, severo y profundo), se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con discapacidad intelectual (limitado, intermitente, extensivo o generalizado). Siendo la nueva definición un enfoque multidimensional que pretende ampliar la conceptualización de la discapacidad intelectual.

La AAMR establece cuatro dimensiones diferentes de evaluación:

Dimensión I: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas.

Dimensión II: consideraciones psicológicas/emocionales.

Dimensión III: consideraciones físicas/salud/etiológicas.

Dimensión IV: consideraciones ambientales.

Teniendo presente estas cuatro dimensiones, el proceso de evaluación se estructura en una serie de tres pasos que comienza con el diagnóstico diferencial de discapacidad intelectual, continúa con la clasificación y descripción del sujeto en base a sus potencialidades y limitaciones en las distintas dimensiones, y en relación al medio en que se desenvuelve, finalizando con la determinación de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones propuestas.

El proceso de tres pasos aparece en el siguiente cuadro:

PRIMER PASO	
Diagnóstico del retraso mental	
Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas	Determinar su selección para recibir los apoyos necesarios Se diagnostica retraso mental si: 1. El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o inferior. 2. Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas. 3. La edad de comienzo es inferior a los 18 años.
SEGUNDO PASO	
Clasificación y descripción	
Dimensión II: Consideraciones psicológicas/emocionales Dimensión III:	Identificar los puntos fuertes y débiles, así como la necesidad de apoyos 1. Describir los puntos fuertes y débiles del individuo en relación a los aspectos psicológicos/emocionales.

Consideraciones físicas/salud/ etiológicas	2. Describir el estado general físico y de salud del sujeto e indicar la etiología de su discapacidad.
Dimensión IV: Consideraciones ambientales	3. Describir el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.
TERCER PASO Perfil e intensidad de los apoyos necesarios Identificación de los apoyos necesarios Identificar el tipo y la intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro dimensiones siguientes: 1. Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas 2. Dimensión II: Consideraciones psicológicas/emocionales. 3. Dimensión III: Consideraciones físicas/de salud/etiológicas. 4. Dimensión IV: Consideraciones sobre el entorno.	

La relación entre las capacidades de la persona y las demandas de su entorno determinan su nivel de funcionamiento. Cuando el entorno es óptimo la persona es autónoma, cuando no es así, requerirá de apoyos que le ayuden a funcionar adecuadamente.

Los apoyos se definen como los recursos y estrategias que promueven los intereses de individuos con o sin discapacidades; que les capacitan para acceder a recursos, información y relaciones en entornos de trabajo y de vida integrados, y que incrementan su interdependencia/independencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción personal, social, emocional y sexual.

Los apoyos pueden provenir de diferentes fuentes, ya sea uno mismo, otros, la tecnología o los servicios. El primer apoyo son los propios recursos, habilidades, destrezas y valores. Cuando éstos no son suficientes o no se sabe cómo emplearlos, se recurre a la ayuda de familiares, amigos, compañeros, vecinos y maestros. Lo ideal sería que la persona con discapacidad encuentre estos apoyos de manera natural en su medio ambiente. Además, para algunas personas será fundamental contar con respaldos tecnológicos cuando requieran adaptaciones para simplificar el uso de objetos o materiales en la vida cotidiana. Por último, están los apoyos de rehabilitación que, además de habilitar orientan para asistir adecuadamente a la persona.

En cuanto a la intensidad de los apoyos ésta varía en función de cada persona, la severidad de la discapacidad, las distintas situaciones y fases de la vida. Deben abarcar las posibles facetas de la vida de la persona (hogar, trabajo, comunidad y salud, entre otras). Los resultados que se esperan obtener de su utilización son contribuir al desarrollo personal, social y emocional; fortalecer la autoestima y sentido de valía del individuo y ofrecer oportunidades para contribuir a la sociedad. Y son como sigue:

Intermitente. Apoyo en los aspectos que son necesarios. Se caracterizan por la naturaleza episódica, la persona no siempre necesita el/los apoyo/s o son apoyos a corto plazo que se necesitan durante las transiciones de una etapa a otra de la vida (p.e. pérdida del empleo, crisis médicas, emocionales, etc.). Cuando se proporcionan, la intensidad de los apoyos intermitentes puede ser alta o baja.

Limitado. Cuando el tiempo en que la persona recibe apoyo es restringido y su propósito específico. Pueden requerir menos personal que les asista y menor costo que los niveles más intensos de apoyo (p.e. entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante la adolescencia a la fase adulta).

Extensivo. Caracterizados por apoyos regulares (diarios) al menos en algunos ambientes (hogar o trabajo) y no limitados en el tiempo (apoyo a largo plazo).

Generalizado. Caracterizado por su constancia y alta intensidad; proporcionado en los distintos contextos o en varios ambientes; necesario para la supervivencia de la persona, con posibilidad de mantenerlo durante toda la vida. Los apoyos generalizados implican a más personal asistencial y son más invasivos que los apoyos extensivos o los limitados (mayor intrusión).

Se sabe que una persona está recibiendo el apoyo adecuado cuando éste contribuye a su desarrollo personal, social y emocional, fortalece su autoestima y cuando no solamente recibe ayuda sino que se le ofrecen oportunidades y se valoran sus aportaciones” (Verdugo, 1995).

“Diez años después de la definición de 1992 (novena edición), que supuso un cambio de paradigma en la conceptualización del retraso mental (dejó de considerarse algo que estuviera en la persona para considerarse la expresión de la interacción entre la persona con condiciones concretas de limitación en dos o más áreas de habilidades adaptativas y el entorno; dejó de considerarse también una condición estática -inmutable- para pasar a ser una condición que varía en función de los apoyos que reciba: toda persona puede

progresar si se le ofrece el apoyo adecuado), en el año 2002 aparece la décima edición en la que se revisa la anterior conceptualización pero no supone un nuevo cambio de paradigma.

En ella se intentan recoger las aportaciones surgidas durante estos últimos diez años, tanto en lo que se refiere a potenciar los aspectos positivos como a corregir los negativos.

La nueva definición del 2002 dice así:

"El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años."

Con respecto a la definición de la novena edición, se añade una dimensión a las cuatro existentes: Participación, Interacciones y Roles Sociales, lo que la acerca a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud.

Podríamos establecer la siguiente correspondencia entre las dos últimas ediciones de los años 1992 y 2002:

- La Dimensión I de 1992: Rendimiento intelectual y capacidad de adaptación, con la Dimensión I de 2002: Aptitudes intelectuales.
- La Dimensión II de 1992: Consideraciones psicológicas y emocionales, con la Dimensión II de 2002: Nivel de adaptación (conceptual, práctica, social) y la Dimensión III de 2002: Participación, interacción y rol social.
- La Dimensión III de 1992: Consideraciones físicas y de salud, con la Dimensión IV de 2002: Salud (salud física, salud mental, etiología).
- La Dimensión IV de 1992: Consideraciones ambientales, con la Dimensión V de 2002: Contexto social (ambiente, cultura, oportunidades).

También se apuesta por que la conducta adaptativa puede representarse por las habilidades conceptuales, sociales y prácticas (en vez de por las diez habilidades hasta ahora consideradas). A su vez se ofrecen más claves acerca de la evaluación y determinación de la intensidad de los apoyos que requiere una persona. Se definen los

apoyos como: *"Recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por los profesionales y agencias"*.

En concreto se propone un Modelo del Proceso de Planificación y Evaluación del Apoyo en cuatro pasos:

1. Identificar áreas relevantes de apoyo.
2. Identificar, para cada área, las actividades relevantes.
3. Evaluar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo.
4. Escribir el Plan Individualizado de apoyos.

Los aspectos clave del modelo de apoyos son:

- *"El modelo se basa en un enfoque ecológico que lleva a comprender que la conducta depende de evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de una persona y las competencias y habilidades adaptativas requeridas para funcionar en un contexto.*
- *Los apoyos que mejoran el funcionamiento individual pueden estar influidos por factores protectores y riesgo idiosincrásico con respecto a la salud física y psicológica, por el entorno y sus demandas y por otras discapacidades relacionadas.*
- *La discrepancia entre habilidades y requisitos se evalúa en términos de nueve áreas de apoyo potencial: desarrollo humano, enseñanza y educación, vida en el hogar, vida en la comunidad, empleo, salud y seguridad, área conductual, área social y protección y defensa.*
- *Para cada una de estas nueve áreas de apoyo se determina la intensidad de los apoyos necesarios.*
- *Los apoyos tienen varias funciones que actúan reduciendo la discrepancia entre una persona y los requisitos de su entorno. Estas funciones de apoyo son: enseñanza, amistad, planificación financiera, ayuda en el empleo, apoyo conductual, ayuda en la vida en el hogar, acceso a y uso de la comunidad, y ayuda en lo referente a la salud.*

- *Las fuentes de estas funciones de apoyo pueden ser bien naturales o bien basadas en servicios. En este sentido, los servicios deberían considerarse como un tipo de apoyo proporcionado por las agencias y/o por profesionales.*
- *Los resultados personales deseados a través del uso de los apoyos incluyen la mejora de la independencia, relaciones, contribuciones, participación en la escuela y en la comunidad y bienestar personal".*

El sistema de 2002 mantiene, con respecto al de 1992:

- a. El término de retraso mental, si bien la propia organización está a punto de modificar su nombre para pasar a denominarse American Association on Intellectual Disabilities (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual).
- b. La orientación funcional y el énfasis en los apoyos.
- c. Los tres criterios de diagnóstico, dándose información sobre las pruebas más adecuadas para la valoración de estos aspectos:
 - Capacidad intelectual (si bien se determina más exactamente con el criterio de dos desviaciones típicas por debajo de la media).
 - Conducta adaptativa.
 - Edad de comienzo.
- d. El énfasis en la intensidad de los apoyos como el foco principal de un sistema de clasificación, aún cuando para determinados propósitos se admite de nuevo la clasificación en relación con el nivel de funcionamiento intelectual.

Esta nueva definición nos sugiere una serie de reflexiones a tener en cuenta para una mejor comprensión del cambio en la concepción sobre el retraso mental y para servirnos de base en la descripción de lo que ha supuesto el nuevo paradigma en los países iberoamericanos.

- En primer lugar destacamos el tiempo que se ha invertido para llegar a la actual definición, que la propia AARM no da por cerrada, sino que abre un periodo de transición para una nueva definición, que ajuste más los claros y oscuros de la actual.
- En segundo lugar la utilización de términos que no satisfacen plenamente. Así, se reconoce que el término "retraso mental", probablemente no es el más satisfactorio y que habrá que llegar a conseguir uno sin ningún matiz estigmatizante. En la

actualidad se apuesta por el de discapacidad intelectual, pero no ha logrado el consenso necesario para su postulación.

- En tercer lugar la propia longitud de la definición, donde cada vez intervienen matices que hacen difícil su extensión para la comprensión por parte de personas que no dispongan de una formación específica.
- En cuarto lugar la existencia de premisas específicas para la aplicación de la definición, que crea claras diferencias en la concepción que se aplica a dos personas, que en sí mismas pueden tener capacidades iguales pero que dependiendo de factores externos, podrán ser catalogadas de forma distinta.

Todo lo anterior no es un intento de invalidar la definición, ni de restar importancia a los trabajos realizados para llegar a esta nueva concepción, sino que, al contrario, refleja la complejidad de una tarea en la que nos vemos inmersos por tratar de situar en igualdad de condiciones a nuestros semejantes con ciertas características diferenciales.

Estamos en el buen camino y no son más que nuestros prejuicios y necesidades sociales las que hacen difícil encontrar los términos exactos que reflejen con claridad la complejidad del ser humano” (Egea, 2004).

Clasificación diagnóstica: AARM, DSM-IV-TR y CIE-10

Tradicionalmente a las personas discapacitadas se les ha clasificado de acuerdo a múltiples criterios: psicométricos, educativos, administrativos, clínicos, etc. El uso de etiquetas y categorías ha perjudicado notablemente a estas personas, ya que están expuestas a:

- a) Que la designación sea inamovible una vez asignada la categoría.
- b) Atribuir idénticas características a todas las personas que se incluyen en una categoría determinada.
- c) Que las categorías establecidas para una finalidad suelen extenderse para otros fines.
- d) Justifica las expectativas que se tienen sobre la persona.

El modelo de la AARM considera que la categorización de las personas en función del nivel del CI, fomenta el punto de vista de que la discapacidad intelectual es una cualidad estática de la persona, lo que limita las posibilidades de mejora. Por ello, estableció el

sistema basado en 4 niveles de intensidad de los apoyos requeridos (intermitente, limitado, extensivo y generalizado). Los apoyos no son directamente comparables con los niveles de discapacidad ya que se basan en las posibilidades y limitaciones de las personas en las nueve áreas distintas, lo que se opone a considerar un solo factor, como es el caso del CI. Además, los apoyos son modificables y reevaluables y no descripciones estáticas de una discapacidad propia de las funciones intelectuales. Y lo más importante, las descripciones de los apoyos necesarios no constituyen predicciones sobre la capacidad de la persona.

Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría en el DMS-IV-TR (APA, 2002 citado en González-Pérez, 2003), al igual que la CIE-10 (OMS, 1992 citado en González-Pérez, 2003), utiliza un sistema de clasificación diagnóstica, en el que la gravedad de la discapacidad se especifica de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

El establecimiento de niveles es una consecuencia derivada del reconocimiento de que existe una gran variabilidad en las aptitudes y habilidades de las personas discapacitadas. En este sentido, y aunque al igual que el resto de las personas no existe un discapacitado intelectual idéntico a otro, las características más representativas de cada nivel son las siguientes (González-Pérez, 2003):

Discapacidad intelectual profunda. “La mayoría presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su discapacidad. Grave retraso en áreas sensoriomotoras y de comunicación. En la mayoría de los casos, suele manifestarse la etiología orgánica causante a través de déficits somáticos que afectan a la motricidad o neurológicos graves que generan problemas visuales, auditivos o epilepsia” (González-Pérez, 2003). Son personas totalmente dependientes, necesitan atención personalizada y ayuda para realizar cualquier actividad que requiera autonomía. Pueden presentar movimientos constantes de cabeza y emitir sonidos o gritos sin sentido. Durante los primeros años de la niñez presentan graves alteraciones en su desarrollo sensoriomotor. “Para alcanzar un desarrollo adecuado, necesitan un ambiente muy estructurado con ayuda y supervisión constante. En los años escolares, con la enseñanza y programas adecuados, pueden mejorar su desarrollo motor, las habilidades de comunicación y el cuidado personal. En la edad adulta pueden realizar tareas simples en centros protegidos y con estrecha supervisión” (González-Pérez, 2003).

Discapacidad intelectual severa. “Las causas de su déficit son en su mayoría de tipo biológico” (González-Pérez, 2003). Su desarrollo motor es pobre, puede comunicarse con un lenguaje sencillo (balbucea, emite sílabas o palabras sueltas). Se le pueden enseñar hábitos sanitarios elementales, también puede desarrollar destrezas de autoprotección hasta un mínimo útil en un medio controlado y bajo supervisión completa. Presenta problemas de coordinación motriz (poco control de su cuerpo), torpeza en sus movimientos, para caminar y su capacidad de autonomía es escasa. Sin embargo, se beneficia de la enseñanza sistemática de hábitos.

“Apenas pueden aprender habilidades académicas funcionales, aunque pueden llegar a aprender algunas palabras imprescindibles para su supervivencia” (González-Pérez, 2003).

Discapacidad intelectual moderada. “Además de las causas orgánicas, el ambiente sociofamiliar contribuye en muchos casos al desarrollo de la discapacidad” (González-Pérez, 2003). Disposición social pobre pero puede beneficiarse de enseñanzas sociales y ocupacionales, así como lograr su autocuidado. Presenta un lenguaje oral aunque con bastantes dificultades de expresión. Improbables progresos académicos más allá de la primera enseñanza. Dificilmente llega a dominar las técnicas instrumentales básicas, como lectura y escritura. Puede llegar a viajar solo en sitios familiares. Puede lograr su automantenimiento en trabajos no calificados o semicalificados, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y supervisadas, en condiciones de trabajo protegido. Necesita supervisión y guía cuando se encuentra con dificultades económicas y sociales. Presenta un desarrollo motor aceptable. Su lenguaje pobre o “torpeza” en algunas áreas denotan su condición. “Durante la adolescencia pueden tener problemas en las relaciones interpersonales por la dificultad para reconocer los convencionalismos sociales” (González-Pérez, 2003).

Discapacidad intelectual leve. “El origen de la discapacidad en su mayor parte es de tipo psicosocial. Con frecuencia no se distinguen de otros niños sin discapacidad hasta edades posteriores, aunque su desarrollo suele ser más lento de lo normal” (González-Pérez, 2003). Puede desarrollar destrezas sociales y de comunicación hasta lograr más autonomía, pero puede necesitar guía o ayuda cuando se encuentra con pequeñas dificultades económicas, sociales y de relaciones personales. Su retraso suele ser en actividades perceptivo motrices y su nivel intelectual le permite aprender conocimientos académicos hasta cubrir la enseñanza elemental (educación primaria), en algunos casos

más allá. Presenta dificultades en el aprendizaje de técnicas instrumentales: problemas específicos en lecto-escritura y cálculo. Es capaz de desenvolverse en un trabajo comunitario, sobre todo cuando se requieren tareas rutinarias. Con una formación adecuada puede participar sin ningún tipo de problemas en la vida social básica. “En la vida adulta pueden adquirir habilidades sociales y laborales con una autonomía mínima para integrarse en el mundo laboral” (González-Pérez, 2003).

Estas clasificaciones son sólo de tipo cuantitativo y permiten conocer el nivel de desarrollo intelectual, sin olvidar que cada persona es diferente y no por el hecho de pertenecer a una categoría todos sus miembros tienen iguales características, se deben respetar las diferencias y responder a las necesidades individuales de cada sujeto independientemente de su pertenencia a una u otra categoría.

La única intención de categorizar de esta manera es formar un grupo con una capacidad intelectual que se ubique dentro de un mismo rango de tal modo que todos puedan asimilar los contenidos de un determinado programa y sea posible llevar a cabo los objetivos planteados para esa población.

Etiología

“La etiología es un constructo multifactorial compuesto de cuatro categorías de factores de riesgo (biomédica, social, conductual y educativa) que interactúan en el tiempo a lo largo de la vida y de generación en generación.

La consideración de la etiología es fundamental, ya que ésta puede ir asociada a determinados problemas de salud, además puede permitir un adecuado tratamiento que minimice las manifestaciones de la discapacidad.

La etiología es útil en fines de investigación y administración, ya que permite la construcción de grupos normativos para la aplicación de programas específicos. La comprensión de la etiología permitirá desarrollar una clasificación precisa y funcional.

Una de las mayores dificultades de cara a asignar la etiología del trastorno se deriva de la ausencia de conocimientos suficientes en la identificación de la etiología de muchos casos. El desconocimiento de la etiología específica no significa en ningún caso que ésta no exista, y en el diagnóstico deberá constatar que se trata de una etiología de origen desconocido.

Actualmente se defiende una visión acerca de la etiología de la discapacidad intelectual de carácter multifactorial.

El ser humano es resultado de la interacción entre su herencia biológica y el entorno. La discapacidad intelectual, como cualquier condición del individuo, resulta de la acción conjugada entre los dos tipos de determinantes: el patrimonio genético y el conjunto de influencias ambientales de la persona. El peso de ambos factores variará en cada caso particular.

Resulta imprescindible hacer una serie de diferenciaciones terminológicas. En primer lugar, se conoce por *factores genéticos* aquellos que vienen determinados por la carga genética que aportan ambos padres, son *factores prenatales*. En segundo lugar el término *congénito* abarca factores prenatales *no hereditarios* que sobrevienen durante el embarazo. En tercer lugar, los *factores ambientales* hacen referencia a aquellas condiciones no genéticas que afectan al individuo desde el momento de su existencia, e incluyen multitud de causas cuyo origen es claramente externo (procesos infecciosos, procesos traumáticos, absorción de drogas, etc.), así como otras causas cuya repercusión es más directa y difícil de medir (estados de deprivación, abuso, etc.).

A continuación se hace referencia a la tradicional distinción entre variables etiológicas de origen biológico y variables de origen ambiental, si bien esta clasificación se encuentra en desuso dado que se ha comprobado la multifactorialidad e interactividad en la etiología de la discapacidad intelectual” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

“Biológicas. En la historia médica del sujeto deberán recogerse datos relevantes en el período prenatal, perinatal y postnatal.

Para determinar una etiología prenatal son posibles las siguientes estrategias de valoración: examen físico extenso, historial exhaustivo de la familia, análisis cromosómico, análisis de factores metabólicos, análisis toxicológicos de la madre, así como una tomografía computarizada (TAC) o resonancia magnética cerebral (RM) para valorar el desarrollo cerebral.

La revisión de informes de la madre y de informes del nacimiento y neonatales resulta necesaria para valorar factores perinatales. En cuanto a la aparición posnatal son importantes también la historia médica detallada, pruebas de rayos X, TAC o RM, estudios toxicológicos, medidas corporales, historial nutricional, historial social, la evaluación psicológica y la observación en sus entornos.

Ambientales. Es necesario recoger datos sobre sus ambientes con el fin de evaluar posibles factores sociales, conductuales y educativos. Se deben valorar características relevantes de su entorno individual, familiar, escolar o laboral, y comunitario y cultural, así como analizar y comprender la naturaleza de las interacciones recíprocas entre esos elementos ambientales.

Es importante aclarar que la parálisis cerebral no constituye un diagnóstico en sí mismo, sino una categoría que sirve para agrupar a aquellas personas que, con o sin discapacidad intelectual, tienen en común un déficit en su funcionamiento motor debido a una lesión cerebral de origen ambiental en o alrededor del nacimiento. Las causas de la lesión del sistema nervioso central pueden ser diversas (hipoxia perinatal, procesos infecciosos o traumáticos, etc.).

Las manifestaciones de la parálisis cerebral dependerán así mismo de la localización y extensión de la lesión” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

Clasificación etiológica actual:

“La clasificación etiológica propuesta por la AARM es el resultado de la interacción de dos factores: el momento de aparición (prenatal, perinatal y posnatal) y el tipo de factor causante del trastorno. En lo referente a los factores causales de la etiología se diferencian cuatro grupos. Los *factores biomédicos* se relacionan con procesos biológicos como desórdenes genéticos y nutricionales. Los *factores sociales* se relacionan con la interacción social y familiar, como la estimulación y la respuesta del adulto. Los *factores conductuales* se refieren a comportamientos potencialmente causales como el abuso de sustancias en el embarazo o acciones peligrosas. Los *factores educacionales* hacen referencia a la disponibilidad de apoyos que promuevan el desarrollo intelectual y de habilidades adaptativas.

Aparece el listado de causas más significativas según los códigos y categorías especificados en la clasificación sobre la etiología de la AARM” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004):

1. Causas prenatales:

- A) *Trastornos cromosómicos:*

- A.1. Autosomas: Trisomía 21 (síndrome de Down), Trisomía 13 (síndrome de patau), Trisomía 18 (síndrome de Edwards), síndrome de Lejeune (maullido del gato).

A.2. Asociado al cromosoma X: síndrome de X frágil.

A.3. Otros trastornos del cromosoma X: síndrome XO (Turner), síndrome XXY (Klinefelter), síndrome XYY.

B) Trastornos sindrómicos:

B.1. Trastornos neurocutáneos: esclerosis tuberosa de Bourneville, neurofibromatosis o enfermedad de Von Recklinghausen. Síndrome de Sturge-Weber.

B.2. Trastornos musculares: distrofia miotónica de Steinert.

B.3. Trastornos oculares.

B.4. Trastornos craneofaciales: síndrome de Apert.

B.5. Trastornos esqueléticos.

B.6. Otros síndromes: síndrome de Prader-Willi.

C) Errores congénitos del metabolismo:

C.1. Trastornos del metabolismo de los aminoácidos: fenilcetonuria, enfermedad de la orina ("Jarabe de Arce")

C.2. Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono: galactosemia.

C.3. Trastorno del metabolismo de los mucopolisacáridos: síndrome de Hurler.

C.4. Trastorno de los mucolípidos.

C.5. Trastornos del ciclo de la urea.

C.6. Trastorno de los ácidos nucleicos: síndrome de Lesch-Nyhan.

C.7. Trastornos del metabolismo del cobre.

C.8. Trastornos mitocondriales.

C.9. Trastornos peroxisomales.

D) Trastornos del desarrollo de la formación del cerebro:

D.1. Defectos del cierre del tubo neural: anelcefalía, espina bífida, encefalocele.

D.2. Defectos en la formación del cerebro: hidrocefalia.

D.3. Defectos en la migración celular.

D.4. Defectos intraneuronales.

D.5. Defectos cerebrales adquiridos.

D.6. Microcefalia primaria.

E) Influencias ambientales:

- E.1. Malnutrición intrauterina.
- E.2. Drogas, toxinas y teratógenos: talidomida, trimetadona, fenitoína, alcohol.
- E.3. Enfermedades maternas: varicela, diabetes mellitus, hipotiroidismo.
- E.4. Irradiación durante el embarazo.

F) otras desconocidas.

2. Causas perinatales:

A. Trastornos intrauterinos:

- A.1. Insuficiencia placentaria aguda: toxemia de embarazo.
- A.2. Insuficiencia placentaria crónica: retraso del crecimiento intrauterino, posmaturidad.
- A.3. Parto y alumbramiento anómalos: prematuridad, accidentes del cordón umbilical, traumatismo obstétrico.
- A.4. Gestación múltiple.

A) Trastornos neonatales:

- B.1. Encefalopatía isquémica hipóxica.
- B.2. Hemorragia intracraneal.
- B.3. Hidrocefalia poshemorrágica.
- B.4. Leucomalacia periventricular.
- B.5. Crisis neonatales.
- B.6. Alteraciones respiratorias.
- B.7. Infecciones: septicemia, meningitis, neumotórax (herpes simple, VIH, Rubéola, sífilis, toxoplasmosis).
- B.8. Traumatismo craneal en el nacimiento.
- B.9. Trastornos metabólicos: hipotiroidismo, hipoglucemia.
- B.10. Trastornos nutricionales.

3. Causas posnatales:

A) Lesiones craneales:

- A.1. Conmoción cerebral.

- A.2. Contusión craneal.
- A.3. Hemorragia intracraneal.
- A.4. Subaracnoidea.
- A.5. Parenquimatosa.

B) Infecciones:

- B.1. Encefalitis.
- B.2. Meningitis.
- B.3. Infecciones por hongos.
- B.4. Infecciones parasitarias.
- B.5. Infecciones víricas lentas o persistentes.

C) Trastornos de mielinización:

- C.1. Trastornos posinfecciosos.
- C.2. Trastornos posinmunización.
- C.3. Enfermedad de Schilder.

D) Trastornos degenerativos:

- D.1. Trastornos sindrómicos: síndrome de Rett.
- D.2. Polidistrofias.
- D.3. Trastornos de los ganglios basales: enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson.
- D.4. Leucodistrofia.
- D.5. Tipo de comienzo tardío.
- D.6. Trastornos de los espingolípidos: enfermedad de Tay-Sachs.
- D.7. Otros trastornos de lípidos.

E) Trastornos epilépticos:

- E.1. Espasmos infantiles.
- E.2. Epilepsia mioclónica.
- E.3. Síndrome de Lenox-Gastaut.
- E.4. Epilepsia focal progresiva (Rasmussen).
- E.5. Estados epilépticos inducidos por lesión cerebral.

F) *Trastornos tóxico-metabólicos:*

F.1. Encefalopatía tóxica-aguda.

F.2. Síndrome de Reye.

F.3. Intoxicaciones: plomo, mercurio.

F.4. Trastornos metabólicos: deshidratación, isquemia cerebral, anoxia cerebral, hipoglucemia.

G) *Malnutrición:*

G.1. Proteínas-calorías: Kwashiorkor.

G.2. Alimentación intravenosa prolongada.

H) *Deprivación ambiental:*

H.1. Desventajas psicosociales.

H.2. Negligencia y abuso infantil.

H.3. deprivación sensorial-social crónica.

I) *Síndrome de hipoconexión.*

“Conocer la etiología facilita a la familia el consejo genético y la toma de decisiones al respecto. Por otro lado, permite conocer y prever posibles fenotipos comportamentales asociados, así como problemas de salud específicos. En algunos casos la etiología puede ser tratable, por lo que posibilita la adopción de medidas preventivas que minimicen el retraso. Y sobre todo la clarificación de los factores de riesgo ofrece oportunidades sustanciales para la prevención de la discapacidad.

En relación a la necesaria actuación preventiva es fundamental continuar, fortalecer y mejorar tanto las campañas informativas actuales dirigidas a la población general y de riesgo, como los programas de atención temprana orientados a los niños afectados o a aquellos considerados de alto riesgo.

En la actualidad se habla de tres tipos de actuaciones preventivas: la *prevención primaria* hace referencia a aquellas estrategias dirigidas a evitar situaciones que podrían originar la aparición de la discapacidad intelectual. Con respecto a la *prevención secundaria* nos referimos a aquellos esfuerzos dirigidos a prevenir la aparición de la discapacidad habiéndose presentado una etiología específica de discapacidad intelectual. La

prevención terciaria incluye actuaciones para minimizar la intensidad de las limitaciones funcionales asociadas a la etiología o para prevenir otros problemas asociados.

La prevención ha de desarrollarse desde un enfoque ecológico e interactivo que dirija sus esfuerzos hacia los distintos factores de riesgo etiológicos y el modo de interactuar de estos factores en los distintos contextos” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

Procesos cognitivos en las personas con discapacidad intelectual

Se cree comúnmente que todas las personas con discapacidad intelectual tienen las mismas características y limitaciones, que apenas existen diferencias entre ellas.

Las personas con discapacidad intelectual se distinguen del resto de la población en función de una característica: su déficit cognitivo. Quizás sea éste el único elemento que tengan en común las personas con esta discapacidad. Sin embargo, esta característica no es suficiente para conferir un carácter homogéneo al amplio grupo de sujetos así conceptuados.

Las variaciones individuales son muchas como sucede en la población general, lo importante es saber que la persona es el resultado de la interacción entre una base biológica y el entorno en el que vive. De la conjunción de ambos elementos, herencia y ambiente, surge el individuo con sus características específicas (Amor Pan, 1997).

El factor común que comparten los distintos cuadros, es la existencia de un daño o lesión cerebral que conduce a un déficit intelectual o cognitivo general. La ausencia o deficiencia en el desarrollo de las funciones intelectuales superiores (como el lenguaje, la memoria o el razonamiento) determina las limitaciones en las habilidades adaptativas (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004). De la investigación sobre el tema, se puede deducir que las personas con discapacidad intelectual presentan mayor lentitud en su proceso evolutivo (Amor Pan, 1997).

“La falta de desarrollo cognitivo puede provocar dificultades para comprender conceptos abstractos. El que una persona esté privada del pensamiento abstracto le excluirá de ciertos roles dentro de la sociedad, pero no le excluye en absoluto de todos, al ser el pensamiento concreto suficiente para acceder al mundo laboral y afectivo y conseguir un buen ajuste personal, familiar y social, integrándose de esta manera en la sociedad.

En la evaluación de los procesos cognitivos hay que tener en cuenta el uso de medicación, ya que ésta puede provocar efectos en la atención y concentración y por tanto en el rendimiento en tareas de funcionamiento cognitivo.

La evaluación neuropsicológica incluye la valoración de funciones emocionales, ejecutivas e intelectuales, y dentro de estas últimas deben abarcarse funciones receptoras (sensación, atención, percepción), memorísticas, expresivas y del pensamiento.

Existen déficits cognitivos asociados a diferentes síndromes, pero en general en las personas con discapacidad intelectual los estudios han señalado algunas disfunciones comunes. Aparecen dificultades en el aprendizaje que se concretan en una mayor lentitud en la adquisición y dificultad en el mantenimiento y consolidación de los aprendizajes” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004). En relación con el aprendizaje, es importante mencionar que intervienen cuatro factores que son: maduración, experiencia, transmisión social y equilibración. Cada uno de estos procesos, aunque no actúan aisladamente, deben ser estimulados permanentemente para lograr el máximo desarrollo de las capacidades del individuo.

“Respecto a la memoria se encuentra una menor amplitud, fallas en el uso de estrategias de almacenamiento y recuperación de la información, dificultades en la memoria serial (orden de los acontecimientos) y problemas con la memoria procedimental. También se han detectado dificultades para la integración de la información apareciendo limitaciones para aunarla en un todo común. Las disfunciones de atención se han manifestado más claramente en la atención selectiva, sostenida y en la focalización de ésta. Una característica ampliamente contrastada se refiere al aumento en la latencia de la respuesta provocada por una mayor lentitud en el procesamiento de la información.

Los déficits en el lenguaje y la comunicación son muy variables. Desde dificultades en la comunicación prelingüística (contacto ocular, gestos comunicativos) o problemas con repertorios más complejos. En general se aprecia un retraso en la aparición del lenguaje y dificultades variables en todos sus componentes. Respecto a la fonología pueden aparecer problemas de articulación y de discriminación de fonemas. La morfosintaxis muestra problemas de comprensión y producción de concordancias morfológicas, preposiciones, tiempos y oraciones complejas. En el léxico tiende a presentarse una menor amplitud del vocabulario, menor contenido semántico y menor información asociada al léxico. Por último, en cuanto a los aspectos pragmáticos pueden mostrarse problemas referenciales (inversión pronominal) y problemas del uso del lenguaje en

distintos contextos sociales, pudiendo resultar el discurso extraño, ambiguo e incoherente” (Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

Estas características son producto de la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental, es decir, que su comportamiento corresponde al observado en personas de menor edad.

“**Atención.** Las deficiencias que presentan las personas con discapacidad intelectual en esta área son los siguientes:

- Dificultad para atender inicialmente a dimensiones relevantes de los estímulos. Un estímulo dado tiene varias dimensiones (forma, color, tamaño, posición, etc.). Normalmente las personas aprenden qué dimensiones y qué aspectos de esas dimensiones contienen la información necesaria para seleccionar el estímulo adecuado o para actuar adecuadamente ante él. También presentan dificultad para atender a más de una dimensión y necesitan más tiempo para acumular información suficiente para hacer una discriminación correcta.
- Dificultades en el procesamiento atencional automático en personas con CI inferior a 55. Los procesos controlados son intencionales, voluntarios y requieren atención. Los automáticos se considera que no requieren atención, ocurren sin intención y no están afectados por la práctica ni la retroalimentación. Además, se sugiere que el procesamiento automático está basado en la madurez temprana y es invariable a lo largo del desarrollo y los niveles de inteligencia.

La persona con discapacidad intelectual tiene dificultad para pasar de una tarea a otra. Una cierta tendencia a la distracción, lo que dificulta los procesos de aprendizaje y adaptación. Le cuesta mucho interrumpir una conducta para pasar a otra, interesarse por la nueva tarea, focalizar su atención en ella y mantenerla, para, finalmente, intentar solucionarla” (Amor Pan, 1997).

“**Memoria.** Las personas con discapacidad intelectual parecen tener la integridad estructural necesaria para que la *memoria sensorial* funcione, pero parece que carecen del desarrollo de habilidades atencionales-perceptivas, necesarias para extraer información relevante del estímulo.

En cuanto a la *memoria a corto plazo*, está aceptado que las personas con discapacidad intelectual manifiestan problemas en ella. No hay suficientes pruebas que aclaren si las diferencias entre ellos y la población regular se deben a deficiencias estructurales solamente o también a deficiencias funcionales. Si bien estas personas no producen estrategias nemotécnicas espontáneamente, si pueden aprender a usarlas y el mantenimiento de la estrategia adquirida es relativamente fácil de conseguir. Sin embargo, se ha obtenido menos éxito en su generalización a situaciones nuevas.

Finalmente, los problemas en la *memoria a largo plazo* se centran más en la accesibilidad que en la disponibilidad de la información: las personas con discapacidad intelectual tiene problemas para recuperar la información almacenada y son más lentos que las que no presentan discapacidad en su habilidad para procesar información semántica permanentemente almacenada en la memoria. Pero las investigaciones muestran que las instrucciones de codificación semántica, junto a un tiempo de estudio marcado por el propio sujeto, mejoran su rendimiento” (Amor Pan, 1997).

“Lenguaje. La persona con discapacidad intelectual se caracteriza por la pobreza de su lenguaje, de su juicio, de su capacidad de discernir y sus dificultades de abstracción. No sólo presentan prevalecía mucho mayor de los desórdenes de locución (dificultad de hablar), sino que también manifiestan desórdenes del lenguaje (deficiencias en el conocimiento y manejo de la lengua). Su lenguaje es pobre en vocabulario, de estructuras sintácticas incompletas y a veces incorrectas. La consecuencia es una comunicación verbal sujeta a amplias restricciones, que obligará a simplificar la manera de dirigirse a estas personas y a cerciorarse que ha comprendido realmente lo que se ha querido indicarle” (Amor Pan, 1997).

Rasgos de personalidad

La personalidad se refiere al conjunto amplio de características que constituye a cada ser humano y que lo diferencia de cualquier otro. Se refiere no sólo a la conducta manifiesta (consciente o inconsciente), sino también a las actitudes internas y las tendencias de acción e inhibiciones.

La persona no es el resultado exclusivo y directo de un modelo genético impuesto por los padres, sino que se apoya en dicho modelo para construir su propia personalidad. El grupo cultural garantiza la inserción del individuo en el sistema social al que pertenece y

en el que se va a modelar su concreta personalidad. Por consiguiente, debe reconocerse la importancia que tiene el elemento sociocultural en la configuración de lo que llegará a ser el sujeto.

Muchas veces es el ambiente en el que se desenvuelve la persona con discapacidad intelectual el que no favorece e incluso actúa como elemento contrario a la estructuración de su personalidad.

Muchas de sus conductas son reacciones de defensa para escapar de una situación que se vive con una fuerte carga de ansiedad, en momentos de creciente estimulación ambiental o interna, lo que está estrechamente relacionado con la baja tolerancia a la frustración que presentan estas personas.

La dificultad para regular y/o controlar sus impulsos es más evidente conforme la capacidad intelectual está más limitada.

El papel de la familia en el desarrollo de la personalidad del ser humano también es fundamental. Esto cobra un significado especial en el campo de la discapacidad intelectual, en la medida en que es agente básico del proceso de habilitación e inserción posteriores.

La discapacidad intelectual puede ser el origen de tensiones emocionales muy fuertes dentro de la familia, que muchas veces avivan las tensiones personales de los padres, los cuales, a su vez, las remiten a su hijo.

No es raro observar que el miembro familiar diferente y molesto suele ser escogido para polarizar toda la tensión familiar. Esa posición de catalizador puede proporcionarle sentimientos de culpa, insuficiencia y carencia de valor, que se ven agravados por el hecho de que este sujeto suele ser excluido de otros grupos sociales y no encuentra así válvulas de escape para la tensión interior acumulada.

En general, las personas con discapacidad intelectual suelen tener un bajo nivel de autoestima. El individuo va conociendo, a través de la mirada de los otros, particularmente de su propia familia, sus peculiaridades y sucesivas dificultades en el dominio de situaciones y en la realización de tareas y se va haciendo progresivamente "consciente" de que es diferente a los demás, sobre todo durante la adolescencia. Dificultades que no ve en los hermanos o en los niños de su alrededor y que adquieren diversos significados según cómo los demás las connoten. Existe una repercusión emocional del reconocimiento de la propia limitación y una cierta resistencia a aceptarla, que puede provocar una baja autoestima y una imagen devaluada de sí mismo" (Amor Pan, 1997).

“A la persona con discapacidad intelectual le caracteriza una baja autoestima, así como una gran inestabilidad emocional. En cuanto a la baja autoestima, depende crucialmente de dos factores, críticos en toda autoestima: la imagen que de ellos tienen y le transmiten quienes les rodean; y la percepción que se tiene de la eficacia propia, de los resultados y consecuencias de los propios actos. La labilidad emocional en ellos no equivale a inestabilidad en su conducta, más bien rutinaria, ni tampoco en sus sentimientos, donde predomina el apego. Se limita a las emociones en cuanto a estados de ánimo, un terreno donde todas las personas son bastante inestables; y les afecta a ellos más, como a los niños, porque manejan mal las expectativas de refuerzo” (Fierro, 1997 cap. III, p. 78).

“La baja autoestima y la soledad son un sentimiento bastante común en estas personas, que pueden provocar una depresión manifiesta o, a veces, esa depresión puede estar enmascarada y ser expresada mediante un equivalente depresivo. El adolescente con discapacidad intelectual es especialmente vulnerable a esos sentimientos de insuficiencia y autoimagen negativa.

Estas personas presentan una acusada necesidad de aceptación y aprobación social, precisamente porque experimentan que carecen de ella la mayor parte de las veces.

Se encuentran a menudo en la persona con discapacidad intelectual respuestas estereotipadas o inadecuadas: ecolalia, balanceo, movimientos rítmicos de los dedos, autoagresión, masturbación, etc. Son muchos los autores que consideran que esas conductas se deben a problemas ambientales: falta de estimulación, institucionalización, situaciones frustrantes o que provocan demasiada excitación, etc. Esos comportamientos son mecanismos adaptativos que permiten al individuo escapar de la tensión que le produce su entorno y de la dificultad que experimenta al encarar las situaciones nuevas y/o conflictivas de la vida diaria, al tiempo que le sirven de autoestimulación compensatoria.

La persona con discapacidad intelectual manifiesta mucho más que el resto de la población esas conductas, ya que se encuentra más a menudo con problemas que desbordan su capacidad de ajuste. Su deseo de mantener la interacción con el otro y de asegurar su aprobación a través de la sumisión y la persistencia se hace patente en estas circunstancias. Las personas que carecen del sentido de la propia competencia enfrentan mucho peor las dificultades. De esta manera, se genera una mayor dependencia de la

persona con discapacidad intelectual en relación a los esfuerzos positivos y negativos procedentes de su entorno vital, debido a que su condición le hace depender más de éste.

La persona con discapacidad intelectual se haya especialmente sometida al estrés en su interacción con el medio y la ansiedad es frecuente en ella. El ajuste y la tolerancia social son más difíciles de establecer para ella. Por esta razón, puede necesitar orientación y asistencia para resolver de manera satisfactoria estas situaciones y evitar que la resolución de esa tensión se produzca por el camino de la frustración. Al respecto, Montobbio y Casapietra (citado en Amor Pan, 1997) afirman que las personas con discapacidad intelectual jóvenes y adultas muestran poca resistencia a las frustraciones, y que esta carencia es más un resultado de su historia afectiva y educativa que del daño orgánico que se halla en la base de la discapacidad.

Lo que se descubre en la estructura del yo de la persona con discapacidad intelectual pudiera ser una situación de honda perplejidad, intensamente teñida de angustia, en un intento desesperado de luchar contra la percepción de que su existencia es esencialmente un fracaso como ser humano, la impotencia por llegar a ser algo que merezca la aprobación social. El comportamiento de estas personas representa un intento por mantener la propia estima, constantemente puesta en entredicho por su propia limitación y las reacciones de su entorno” (Amor Pan, 1997).

La persona con baja capacidad intelectual encuentra mayores dificultades en su adaptación a situaciones nuevas y en consecuencia experimenta inseguridad y ansiedad, ante la novedad en la situación (Fierro, 1997 cap. III, p. 76).

- La persona con discapacidad intelectual suele mantener una gran dependencia afectiva y comportamental respecto a otras personas. Los sujetos manifiestan apego en variados modos, en formas por lo general más infantiles que las correspondientes a su edad cronológica. Son, pues muy dependientes tanto en su comportamiento y relaciones como en sus afectos. Además, en la edad adulta lo son en grado superior a otras personas (Fierro, 1997 cap. III, pp. 76-77).
- “Caracteriza a la discapacidad intelectual una fuerte externalidad de las claves o guías directivas para la acción. Eso aparece tanto en sus bajas expectativas de eficacia propia, cuando en el predominio de atribuciones de causalidad externas y de un “lugar de control” externo. Tanto en su modo de atribuir acontecimientos a causas, como en sus creencias y expectativas, juzgan que lo que sucede y

también lo que les sucede, lo que ha ocurrido en el pasado o bien ocurrirá en el futuro, está fuera de sus manos, más allá de su control, y que depende de otras personas o de factores del destino.

- Una persona con déficit cognitivo tiene especial dificultad para desarrollar comportamientos autorreferidos, o sea, relativos a ella misma, y que implican una reflexión al menos física, corporal (p.e. cuidar de su cuerpo), pero sobre todo mental: autoobservarse, autoconocerse, cultivar la autoconciencia. Son comportamientos que integran lo que muchos autores conceptúan como el “sí mismo” (“self”) y donde suelen colocar el núcleo de la personalidad. La importancia de esos procesos mentales o comportamentales autorreferidos radica en su papel autorregulador; y el déficit o el bajo desarrollo de esa autorregulación equivale a una muy poderosa regulación externa, extraña” (Fierro, 1997 cap. III, p. 77).
- A semejanza del niño, también la persona con discapacidad intelectual experimenta gran dificultad para aplazar el refuerzo, para actuar movido por incentivos distantes. En relación con ello no le es fácil tampoco el manejo de las relaciones entre medios y fines, que son a la vez relaciones entre una conducta consumatoria y la correspondiente conducta instrumental (Fierro, 1997 cap. III, pp. 77-78).
- No le es fácil tampoco adoptar un proyecto de vida, no ya explícito, sino incluso tácito. La dificultad arranca del plano más elemental donde se fragua un proyecto de vida: en el proceso de decisión. Este proyecto es una actividad de naturaleza cognitiva. En él se articulan el pensamiento y la acción. Por tanto, disfunciones y bloqueos que se produzcan en el proceso de decidir van a manifestarse y a repercutir en acciones, en comportamientos, en los actos más significativos y decisivos de la vida (Fierro, 1997 cap. III, p. 78).

Hay también a veces patologías específicas -alteraciones comportamentales, psicopatológicas- a las que quizá son más vulnerables por su propio déficit, pero que seguramente en máxima medida se originan en el trato social, familiar y educativo, que reciben (Fierro, 1997 cap. III, p. 75).

Entre ellas destaca la rigidez comportamental. Los sujetos con discapacidad intelectual son capaces de estar y de persistir mucho más tiempo que otras personas en una tarea determinada, por repetitiva que ésta sea (Fierro, 1997 cap. III, p. 76).

Alteraciones del comportamiento

“Existen alteraciones del comportamiento características de las personas con discapacidad intelectual (conducta auto o heteroagresiva, conductas estereotipadas o autoestimulatorias, conducta antisocial, entre otras) diferenciadas de la manifestación de síntomas psicopatológicos y que a menudo son las que dificultan su adaptación al medio. Las alteraciones de conducta pueden deberse a distintas causas. Pueden constituir un síntoma de un trastorno psicopatológico subyacente, ser un síntoma de un trastorno médico, la forma de expresión de la persona o una manifestación de un fenotipo comportamental. Especialmente en personas con discapacidad severa, los problemas de conducta representan una respuesta de adaptación a su entorno y a menudo un medio de comunicarse como se demuestra en numerosos estudios recientes” (Carr, Horner y Turnbull, 1999; Horner, 2000 citado en Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

“Así, una misma autolesión puede constituir un medio de comunicación de una demanda (sed, hambre, etc.) que no se sabe expresar, un medio de estimulación, el resultado de una alteración psiquiátrica, deberse a un problema físico o de salud (cefalea, dolor de oídos o problema dental), un medio de evitar una situación no deseada, una demanda de atención, deberse a una baja tolerancia a la frustración o servir para evitar una situación que le produce estrés, como un entorno con exceso de ruido o desorden o por cambios bruscos en su rutina habitual.

Los fenotipos comportamentales son patrones conductuales específicos característicos de determinados síndromes. Estas patologías pueden ir asociadas a ciertos rasgos de personalidad, trastornos psicopatológicos determinados y también a alteraciones conductuales particulares.

Las personas con síndrome de Down se caracterizan por su pasividad, dependencia, hiperactividad en la infancia y testarudez. El síndrome de Angelman se caracteriza por un temperamento alegre, risa paroxística, aleteos y palmoteos con manos y brazos, falta de habla, andar extraño (atáxico), hiperactividad, hiperexcitabilidad y dificultades en el sueño. La irritabilidad aparece con frecuencia en trastornos por sustancias tóxicas (plomo, mercurio). En el síndrome de Williams son comunes comportamientos tales como la hiperactividad, la locuacidad, la elevada sociabilidad, ansiedad excesiva, déficit de atención y trastornos del sueño. El fenotipo comportamental del síndrome de Cornelia de

Lange consiste en conductas autoagresivas (golpearse, morderse), conductas heteroagresivas, rasgos autistas e hiperactividad. En el síndrome de Prader-Willi aparece la baja tolerancia a los cambios, hiperfagia, agresividad, conducta autolesiva y trastornos del sueño. Sujetos con Esclerosis tuberosa de Bourneville se caracterizan por su hiperactividad, comportamientos obsesivos y rituales, trastornos del sueño y conductas auto o heteroagresivas. En el síndrome de Lesch-Nyham son características las autolesiones compulsivas graves (morderse los labios, dedos y parte interna de la boca). En las personas con síndrome de Rett son características las crisis de llanto y agitación nocturna, conductas autolesivas y estereotipias manuales. En el síndrome X Frágil, aparece un lenguaje perseverante, la evitación del contacto ocular, aversión al contacto físico, hiperactividad y agitación o mordedura de manos. Las personas con Fenilcetonuria suelen ser impulsivas, irritables y pueden presentar agresividad. Y por último, la Galactosemia se ha asociado con ansiedad y conductas de evitación social.

Los estudios publicados muestran una disminución en las tasas de prevalencia de los trastornos de conducta, según aumenta la edad del sujeto, y un aumento de dichas tasas a mayor grado de afectación cognitivo o funcional, muy relacionada con dificultades sensoriales y de comunicación” (Harrison, 1987 citado en Rodríguez & de Pablo-Blanco, 2004).

Impacto del miembro con discapacidad intelectual en la Familia

La familia es el escenario fundamental en el que las personas construyen sus hábitos, valores, actitudes y creencias más íntimas en relación con la sociedad y las normas de convivencia. Dentro de la familia las personas realizan sus primeras experiencias de aprendizaje del lenguaje, habilidades cognitivas y valores sociales. Los padres son los primeros maestros, son las personas que cuidan y enseñan (González-Pérez, 2003).

Los padres experimentan con frecuencia sentimientos de aislamiento, con cierta sensación de exclusión, enfrentados en solitario a un problema de difícil solución, con una fuerte dosis de ansia.

La aparición de un hijo con discapacidad intelectual supone una herida grave para los padres, que ven lesionada su vida diaria y truncadas sus esperanzas. Ningún padre está preparado para recibir a un hijo con estas características. Lo que los padres esperan es un hijo “normal”, sano y sin defectos (Amor Pan, 1997).

Como pone de relieve Guillote (citado en Amor Pan, 1997), “esperar un bebé es fabricar un niño imaginario. Es tener un proyecto más o menos claro. Se le da de antemano un estatuto y un cometido”. El niño con discapacidad intelectual viene a desbaratar los deseos, proyecciones e imágenes que sus padres se habían formulado con respecto a él. Por regla general la imagen que se crean de sí mismos resulta ampliamente negativa, reforzada por las opiniones populares sobre la herencia. Cuando las necesidades y expectativas de los padres no son satisfechas, experimentan una pérdida del hijo que se había esperado y deseado.

Se han descrito con riqueza de matices las dimensiones del trauma que experimentan los padres cuando descubren la situación de su hijo. Una sensación de desconcierto y frustración, un cierto sentimiento de culpabilidad, una profunda impotencia, la ansiedad por el porvenir del niño, la alternancia entre esperanza y desaliento, los problemas materiales de la vida diaria. Todo ello contribuye a crear en los padres unas actitudes y comportamientos que van a desempeñar un papel fundamental en la personalidad del hijo. En este contexto, no se debería olvidar que el ser humano –de manera especial el niño- observa y absorbe los modos de defensa y las actitudes de quienes le rodean (Amor Pan, 1997).

“Sin embargo la realidad puede ser distinta porque el potencial humano hace que la madre, el padre, la propia persona con discapacidad intelectual y la familia como unidad sean capaces de desarrollar los mecanismos que les permitan superar las vivencias negativas, elaborar dificultades y conflictos personales, avanzando en el proceso de ajuste a la situación real y facilitando el crecimiento de la persona con discapacidad intelectual.

Es todo un largo proceso que hay que recorrer y para el que el apoyo de algún profesional con experiencia resulta muy valioso, cuando no imprescindible, así como la cercanía de otros padres en la misma situación.

Los padres desde que tienen un hijo con discapacidad viven las siguientes etapas del duelo:

- *Shock*. La reacción inicial de los padres al conocer la noticia de que su hijo tiene una discapacidad es la de sorpresa, negación e incredulidad. La crisis de lo

inesperado supone un cambio sustancial importante para la familia. Casi todos los padres tienen grandes perspectivas ante el nacimiento de un hijo y con la noticia experimentan una gran desilusión. El shock inicial puede durar desde unas horas hasta varios días. Esta fase no tiene la misma gravedad en todos los padres. Algunos padres lo aceptan resignadamente, como en los casos en que la familia lo sospechaba seriamente, y otros reaccionan culpándose a sí mismos o culpando a otros.

- *Cólera.* En uno u otro momento los padres reaccionan con rabia, agresividad o enfado hacia los profesionales que les informan de la discapacidad del hijo (médicos, profesores, etc.) o hacia las personas a las que consideran responsables (médicos, familiares portadores de una enfermedad, etc.). Este tipo de emociones no son ataques personales, sino el reflejo del sufrimiento de lo que están padeciendo.
- *Culpa.* Es la reacción emocional más frecuente. El sentimiento de culpa y el sentimiento de vergüenza que lo acompaña son bastante irracionales, ya que excepto en muy raros casos, los padres no han hecho nada mal para tener un hijo discapacitado. En muchos casos los padres no se sienten culpables por tener un hijo discapacitado, sino por las reacciones que sienten hacia él.
- *Depresión o pena.* Casi todos los padres que tienen un hijo discapacitado grave padecen una pena crónica durante toda la vida. La depresión, pena o dolor es una reacción natural, aunque muchos padres procuran ocultarla en público. Un cierto nivel de depresión está ajustado al problema, pero el estancamiento en esta fase suele conducir a un resultado negativo en la interacción con el hijo.
- *Rechazo y sobreprotección.* En esta fase se dan reacciones de ambivalencia que son señales de una adaptación deficiente. Así un patrón de conductas frecuentes es la sobreprotección. Algunos padres suelen compensar el sentimiento del rechazo dedicando todo su tiempo a su hijo discapacitado, hasta olvidarse totalmente de lo demás. Con frecuencia tratan al hijo como si tuviera una discapacidad mayor de la que presenta. Estos padres renuncian a su vida social para dedicarse por completo al cuidado de su hijo.

- *Adaptación y orientación.* La mayoría de los padres logran resolver de forma suficiente su crisis y aceptan a su hijo discapacitado como es. La aceptación supone el equilibrio entre reconocer la discapacidad de su hijo y poner los medios para contrarrestarla en lo posible, sin dejar que el trastorno domine por completo las interacciones familiares. El proceso de adaptación incluye algunas características como las siguientes: los padres aceptan al hijo de forma conciente percibiendo sus deficiencias, como los padres afrontan de forma realista la discapacidad, lo que ya no les impide hablar libremente de su hijo, los padres buscan los mejores recursos y atenciones, sin obsesionarse con una cura milagrosa y los padres aceptan que no deben dedicar tanto tiempo y atención que descuide al resto de la familia” (González-Pérez, 2003).

Estas etapas y reacciones no se dan en todas las familias con la misma intensidad. Es difícil predecir de qué modo la familia se adaptará al nacimiento de un niño discapacitado. Una variable que parece importante es el *nivel socioeconómico y cultural de los padres*. Los padres de clase media reaccionan de manera diferente a los padres con bajos ingresos. La diferencia radica en que las familias de bajos ingresos están más preocupadas por el presente, por los problemas de la vida diaria, mientras que las familias de clase media, al estar más capacitadas para hacer frente a los problemas diarios, se preocupan más por el futuro de su hijo. Otro determinante claramente relacionado es el *conocimiento que tienen los padres sobre la naturaleza de la discapacidad intelectual*. Los padres que saben cuál es la causa de la discapacidad de su hijo no suelen presentar sentimientos de culpa ni de vergüenza. De aquí la importancia de asesorar a los padres proporcionándoles información acerca de la discapacidad intelectual. Aunque quizá el determinante individual más importante de la reacción de los padres ante el nacimiento de su hijo discapacitado, sea *el nivel de adaptación de los propios padres*. Los matrimonios estables tienen menos dificultades para aceptar al hijo. Parece ser que la presencia de un hijo discapacitado no genera nuevos problemas sino que agrava los problemas ya existentes.

Algunos estudios realizados por Stoneman y col. (1987 citado en Freixa, 1993) mencionan que la atención está enfocada en el hijo varón y no en la hija, pues han encontrado que los padres aceptan más a una hija con discapacidad que a un hijo apoyándose en la

creencia de que el rol de la mujer en la sociedad sigue siendo más pasivo y no se le pide que obtenga mayor participación en ella.

Relación entre hermanos y discapacidad intelectual

Los hermanos de las personas con discapacidad intelectual también pueden sentir ansiedad, depresión, vergüenza, rechazo hacia su hermano y tienen un bajo autoconcepto principalmente cuando perciben el comportamiento de sus padres como falso respecto al hijo afectado (Freixa, 1993).

Existen diferentes factores y circunstancias que hacen que los hermanos sean más o menos vulnerables a los problemas de adaptación.

La edad y el orden de nacimiento del hermano normal parecen tener una función mediatizadora en el éxito y adaptación de éste, aunque estos factores interactúan con el sexo y la edad del hermano con discapacidad. Los hermanos de mayor edad que el discapacitado son más adaptables socialmente que los hermanos más pequeños. Los hermanos de mayor edad han vivido sus primeros años en un ambiente familiar "normal" mientras que los más pequeños, sobre todo con una diferencia de edad menor de 3 años, han nacido en unas familias marcadas por la presencia de un miembro con discapacidad. Sin embargo, entre los de mayor edad, los hermanos son especialmente vulnerables a los problemas de ajuste y de adaptación (Farber, 1960; Grossman, 1972; Gath, 1974, Kew, 1975; Cleveland y Miller, 1977; Breslau y col., 1981; Breslau, 1982, Mchale y Gamble, 1987 citado en Freixa, 1993).

Por lo tanto, el sexo y el orden de nacimiento están relacionados con la adaptación de los hermanos. Los primogénitos y los hermanos de mayor edad están menos afectados por la presencia tardía del hermano con discapacidad, mientras que los hermanos más jóvenes tienen más dificultades de ajuste.

El estatus socioeconómico familiar es también una variable para determinar el impacto del hermano con discapacidad, ya que las experiencias de los hermanos parecen variar como función de la clase social.

Los hermanos de clases familiares más bajas tienden a asumir más responsabilidades de cuidado (Farber, 1960, Gath, 1974 citado en Freixa, 1993). Mientras que los de clase

media están más afectados por las cuestiones referentes al estigma y a la aceptación del discapacitado (Gossman, 1972 citado en Freixa, 1993).

Cuando la familia pasa a través del ciclo vital, la responsabilidad de las funciones recae en los otros subsistemas. Funciones que inicialmente son realizadas por los padres, pueden ser más tarde asumidas por los hermanos. Este factor se hace más patente en las familias con hijos discapacitados ya que éste produce un impacto en estas funciones que pueden afectar a los hermanos normales.

Crocker (1981 citado en Freixa, 1993) ha observado seis factores dinámicos que pueden variar a través de las familias y afectar la manera en cómo el hermano normal experimenta el hecho de convivir con un hermano con discapacidad cambiando así las funciones familiares. Estos factores son los siguientes:

1. Los patrones normales familiares están alterados. Las tareas domésticas tienen que organizarse de forma diferente para adaptar las necesidades especiales del discapacitado y las actividades familiares tienen que planificarse cuidadosamente para acomodarse a las necesidades del discapacitado.
2. Los hijos compiten por la atención de sus padres ya que éstos dedican más atención, cuidado y energía al hijo con discapacidad por sus necesidades inherentes y a la vez han de crear mecanismos de defensa y adaptarse a esta situación. Muchas veces, los recursos financieros tienen que gastarse en el hijo con discapacidad más que en los otros hijos por los servicios complementarios que necesita.
3. Los hermanos pueden tener conceptos erróneos sobre la discapacidad. A los más pequeños les molestan las responsabilidades que tienen sobre su hermanito discapacitado mientras que a los mayores les preocupa el hecho de si pueden tener hijos con alguna discapacidad.
4. Los hermanos actúan, la mayoría de las veces, como padres sustitutos. Asumen responsabilidades mayores al resto de sus compañeros y esto puede afectar su vida social.

5. Los hermanos se sienten obligados a compensar la deficiencia de su hermano. Algunas veces los padres manifiestan esta expectativa explícitamente mientras que otras veces lo hacen implícitamente. Sin embargo, aunque los padres no lo afirmen abiertamente los hermanos sienten una presión indirecta para tener éxito académico, social y profesional ya que su hermano discapacitado no puede.

6. Las reacciones de los padres, van cambiando y siguen experimentando ciclos de dolor, angustia y conflictos en el curso de la vida del hijo discapacitado. Estos sentimientos cambiantes y este estrés confunden a los hermanos (Freixa, 1993).

Los padres y los hermanos de personas con discapacidad afrontan numerosas y variadas dificultades para adaptarse a la situación y poder formar una familia estable. Los problemas afectan a las relaciones interpersonales, al desarrollo personal y a la organización familiar. La presencia de una discapacidad dentro del sistema familiar introduce elementos que provocan una evolución anómala, tanto mayor cuanto más grave es la discapacidad intelectual del hijo (González-Pérez, 1993 citado en González-Pérez 2003).

Y el problema se agrava cuando el miembro con discapacidad manifiesta intereses y conductas sexuales que la familia no sabe como abordar.

CAPITULO 3

SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Antecedentes sobre sexualidad

“La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual ha sido considerada en todas las épocas históricas como uno de los más importantes problemas que había que resolver, aunque casi siempre la solución que se ofrecía consistía en reprimirla, utilizando para ello diversos procedimientos más o menos represivos. Sin embargo, es a partir de la década de los años sesenta, con la aparición de las corrientes liberalizadoras de los comportamientos sexuales, cuando se llevan a cabo más estudios y publicaciones sobre el tema.

En todas las ideologías pseudocientíficas clásicas con respecto a las personas con discapacidad intelectual, ha existido la creencia generalizada de que uno de los rasgos más típicos de estas personas era una exacerbada e irrefrenable conducta sexual, la cual era entendida como una especie de compensación de su déficit cognitivo. Por ello, con el fin de preservar a los niños y jóvenes “normales” de los perversos efectos de dicho comportamiento sexual, se defendía el internamiento de estas personas en instituciones específicas y cerradas para ellas.

A partir de esa creencia mitológica, es muy corriente encontrar en los principales tratados sobre la educación de estas personas, programas destinados a aminorar su apetito sexual, a través de técnicas que van desde fuertes descargas eléctricas en los genitales, hasta dietas especiales, pasando por una serie de actividades físicas destinadas a extenuarlos (una muestra de este tipo de programas puede encontrarse en Molina y Gómez, 1992 citado en Molina, 1999). Otros en cambio se valían de la enseñanza religiosa o de los fármacos para lograr los mismos fines” (Molina, 1999).

“Otros autores más románticos e idealistas pensaban que las personas con discapacidad intelectual eran asexuadas, semejantes a los ángeles, y a partir de esa creencia consideraban que no había porqué plantearse el tema de la educación sexual. Algunos, incluso, entendían que la única manera de liberar a estas personas de sus ataduras mentales era permitirles una vida sexual totalmente libre y sin restricción alguna posible.

Dentro de este conjunto de creencias mitológicas, las más relacionadas con testimonios científicos eran las que entendían que las personas con discapacidad intelectual sólo podían procrear hijos igualmente discapacitados, como consecuencia de las leyes hereditarias, toda vez que una buena parte de autores defendían, a finales del siglo antepasado, pasado y aún presente, que la discapacidad intelectual es una enfermedad de origen hereditario. Obviamente la solución propuesta por este grupo de autores era la de su esterilización.

Probablemente, el país donde se llevó a cabo la esterilización de los jóvenes con discapacidad intelectual con mayor entusiasmo fue Suecia. En el año 1934, el parlamento sueco aprobó una ley que permitía la esterilización de los discapacitados intelectuales, basándose en el derecho a la sexualidad de dichas personas y en su escasa capacidad para educar a sus hijos. Según Grunewald, Hall y Roren (1989 citado en Molina, 1999), las principales víctimas de esa ley fueron las mujeres con discapacidad intelectual. Dicha ley fue abolida en 1976 y, desde entonces, nadie puede ser esterilizado sin su consentimiento, ni tampoco una persona que, aun consintiéndolo, no entienda la importancia de la esterilización, aunque sean sus padres o tutores quienes lo soliciten” (Molina, 1999).

En la actualidad, la segregación y la marginación, aunque no adquieren los tintes dramáticos e inhumanos de un pasado todavía muy reciente, siguen afectando seriamente a las personas con discapacidad intelectual, aunque adopten formas más sutiles. Es en el terreno de las relaciones sociales y del derecho a la intimidad y a una vida propia donde inciden con mayor frecuencia e intensidad. Y siguen existiendo actitudes negativas en ciertos sectores de la sociedad, profesionales o no, debido a sus propios temores, inexperiencia, desinformación, fanatismo, etc, que propicia que se perciba a la sexualidad, tanto la propia como la de los demás, más como un problema, que como una oportunidad de compartir afecto y de relacionarse con otros.

Como afirma certeramente Guldi (1983, 43 citado en Molina, 1999), “todavía hoy queda lejos una nueva cultura sobre la sexualidad, ya que, entre la pornografía comercial por un lado, y las posturas más avanzadas por otro, queda la mayor parte de la población, que recibe no sólo mensajes directos (esos pornográfico-comerciales precisamente), sino, y sobre todo, una serie de estímulos, como los publicitarios, por ejemplo, de los que se

deduce que una acción sexual óptima sólo pueden tenerla aquellas personas cuyo comportamiento coincide con los modelos impuestos, llenos de fascinación, virilidad, etc.; por otra parte, nos encontramos con una serie de revistas pseudo-científicas, las cuales tratan la sexualidad desde un punto de vista casi exclusivamente cuantitativo y en la que no es tan importante la calidad y la serenidad ligada a la sexualidad, las prisas, la resignación, el conformismo, la indiferencia y los estereotipos reducen todo a la más pura banalidad. Y en esta dimensión, que tiene momentos positivos, pero que en su mayor parte tiene un carácter regresivo, es donde hay que situar la problemática de la sexualidad en la persona deficiente”.

¿Qué es la sexualidad?

Para Álvarez y Mazín (1990) la sexualidad es el punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación y el papel sexual (social) y la identidad sexogenérica (psicológico), surge el concepto básico de sexualidad. Hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, psicológico y social. Por tanto la sexualidad nos remite al ser humano sexual que es, piensa y convive con otros seres humanos, que también son, piensan y conviven.

Se le ubica en una **dimensión biológica, psicológica y sociocultural** para facilitar su estudio, pero sin considerarlas como dimensiones aisladas sino en constante interacción.

La primera dimensión constituye lo corpóreo: anatomía y fisiología dónde radican las diferencias esenciales entre el hombre y la mujer; la segunda: está integrada por procesos mentales de raciocinio, sentimientos, emociones, actitudes, etc.; la tercera: consiste en la sujeción y condicionamiento de cada persona a la dinámica de las relaciones humanas del grupo al que pertenece (Martínez, 1998, p. 832).

Pero para que la integración del conocimiento sobre la sexualidad humana sea posible, se requiere de modelos conceptuales integradores.

Por esta razón Eusebio Rubio Auriol (1992, p. 29) propone “**el modelo de los cuatro holones sexuales**” en el que la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones, partes, elementos o subsistemas sexuales: **la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación**

afectiva interpersonal. La significación e integración mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia conforman su sexualidad.

Holón de la reproductividad humana: por reproductividad se entiende, tanto la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares (que no idénticos) a los que los produjeron, como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad (p. e. Concepción, embarazo, parto, maternidad, paternidad...) (Rubio, 1992, p. 32).

Holón de género: entendemos género como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como a las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias (p. e. Masculinidad, feminidad, roles sexuales, anatomía genital, estereotipos sociales...) (Rubio, 1992, p. 34).

Holón del erotismo: por erotismo entendemos los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias (p. e. Fisiología de la respuesta sexual, experiencias autoeróticas, homofobia...) (Rubio, 1992, p. 35).

Holón de la vinculación afectiva interpersonal: por vinculación afectiva entendemos la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se deriva (p. e. Enamoramiento, formación y ciclo de pareja...) (Rubio, 1992, p. 36).

¿Qué es la salud sexual?

La salud sexual forma parte de la salud del ser humano y se refiere al estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad (OMS, 2002 citado en Aguilar & Mayén, 2005). Esta encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual. (Conferencia internacional de población y desarrollo del Cairo, 1994 citado en Aguilar & Mayén, 2005). No es sólo la ausencia de enfermedad

o disfunción, requiere un abordaje respetuoso y positivo, así como la posibilidad de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. (OMS, 2002 citado en Aguilar & Mayén, 2005).

Desarrollo Psicosexual

“Según Morgenstern y Gordon el desarrollo psicosexual de la persona con discapacidad intelectual leve o moderada sigue las mismas pautas que las del sujeto normal, con la salvedad de que el niño con discapacidad intelectual requiere de más tiempo para el avance de una etapa a otra. Según Morgenstern esto puede deberse a su menor tolerancia al estrés, a su debilidad yoica y a su pobre relación con la gente y con las cosas” (Jara, 2000, cap. XIV, p. 205).

Las etapas del desarrollo psicosexual por las que se atraviesa son las siguientes:

“En la infancia (de los 0 a 6 años)

El niño tiene necesidades vitales que trata de satisfacer a toda costa: búsqueda del placer y del afecto como seguridad. En el primer año de vida el placer se centra en la boca (fase oral de 0-1 año), que es el primer órgano mediante el cual el niño puede experimentar placer, al mismo tiempo que es el medio para conocerse y descubrir el mundo que le rodea.

Al final de ese primer año el erotismo oral deja paso a la fase anal (1 a 3 años), en la que la mucosa anal y uretral proporciona placer, estimulado por el aprendizaje del control de sus necesidades. El contacto con los padres a través de mimos, caricias y abrazos influye de forma importante en la capacidad posterior de establecer relaciones afectivas estrechas con otras personas y en la aceptación de la propia sexualidad.

La fase fálica (3 a 6 años) marca el despertar del interés sexual, curiosidad que conduce a la exploración de su cuerpo y a descubrir los órganos sexuales: el cuerpo es fuente de placer y el niño estimula este placer.

Hacia los 4 o 5 años el niño intensifica el sentimiento de su yo físico; se consolida el conocimiento de las diferencias anatómicas entre los sexos y se construye un lenguaje corporal más adecuado. El juego posee un gran interés para el desarrollo del niño, tanto a nivel cognitivo y relacional, como en términos afectivos.

En la segunda infancia (de 7 a 11 años)

Establece sus primeros vínculos de amistad y compañerismo. Siente necesidad de intimidad personal. Aunque los impulsos sexuales están en relativa calma y el interés se desplaza hacia lo cognitivo y las actividades sociales, lo cierto es que es el momento en que el niño empieza a mostrar interés por el sexo opuesto y la exploración de la sexualidad, pero hay una mayor dirección hacia el mismo sexo, la sexualidad se centra en la región genital y se manifiesta en una curiosidad solitaria que procede por medio del tacto y existe un deseo y una realización de juegos sexuales” (Amor Pan, 1997).

En la pubertad (de los 12 a los 13 años)

“Al igual que todos los jóvenes, las personas con discapacidad intelectual, al llegar a la pubertad atraviesan exactamente por los mismos cambios biológicos (crecimiento físico, cambios hormonales, caracteres sexuales secundarios, nuevas funciones como: ciclo menstrual y eyaculación, capacidad reproductora, etc), que se experimentan por las alteraciones endocrinas a nivel anatomofisiológico, y experimentan el incremento del impulso sexual en la misma forma (masturbación, juegos homosexuales y deseos heterosexuales), en todo caso, la diferencia fundamental entre un adolescente con discapacidad y uno considerado “normal”, se ubica en el nivel cognoscitivo y de socialización, y no en el biofisiológico” (Jara, 2000, cap. XIV).

Por ejemplo, “un púber con síndrome de Down experimentará los mismos signos de maduración, como son el desarrollo del pecho, el vello púbico, el olor del cuerpo, pero pueden presentar retraso en su desarrollo en comparación con los pubertos de población regular, además, en los hombre los genitales son usualmente más pequeños y menos desarrollados, algunos de ellos tienen dificultad para alcanzar una erección total y la eyaculación no es siempre posible, sin embargo, aunque el semen de los hombres con síndrome de Down muestra escasa cantidad de espermios y con formas anormales existe la posibilidad de que engendren. En las mujeres, la menarquía puede retrasarse levemente y la menstruación se establece en períodos regulares con muchos ciclos anovulatorios” (Trumble, 1993). En el caso del síndrome de Prader-Willi presentan un desarrollo sexual incompleto, la pubertad puede adelantarse o atrasarse, en las mujeres se observa con frecuencia amenorrea u oligomenorrea. No se ha estudiado la fertilidad en ninguno de los sexos.

En esta etapa tienen lugar también cambios psicológicos profundos, derivados de las transformaciones corporales y en relación con el mundo de los adultos: necesidad de amar y ser amado, búsqueda de la propia identidad e independencia, inseguridad y ansiedad.

Es sabido que la posibilidad de la crítica que se establece con el acceso al pensamiento formal, no es alcanzada por el joven con discapacidad intelectual, de modo que para llegar a lograr una identidad, generalmente lo hace adquiriendo roles femeninos y masculinos estereotipados por la cultura.

En la adolescencia (de 14 a 18/20 años)

“Los adolescentes exploran los cambios experimentados en el propio cuerpo y desean conocer el cuerpo del otro: la curiosidad, el deseo de experimentar y explorar cosas nuevas es una de las grandes actitudes del adolescente.

La conducta sexual se convierte en el principal foco de atención durante la adolescencia, la masturbación es una conducta bastante generalizada, sobre todo en los varones, como fuente de placer, para descargar tensiones y como expresión de las fantasías eróticas. Las conductas homosexuales son también frecuentes, sin que denote que realmente existe una preferencia homosexual, sino que son una manifestación más de ese deseo de exploración y encuentro. La práctica del coito en esta edad es cada vez más frecuente, aunque se realice en condiciones inadecuadas e ignorando lo que significa realmente.

El sexo se convierte en un medio de autoafirmación y demostración de la aptitud para tomar decisiones autónomas y críticas con los valores de los padres” (Amor Pan, 1997).

“En cuanto a las conductas sexuales se puede sugerir que cuando los niveles de discapacidad son más bajos “más simples son estas conductas” (autosatisfacción masturbatoria más frecuente en jóvenes con discapacidad intelectual profunda y severa) y, por el contrario, aquellas conductas que requieren mejor nivel de socialización (juegos y caricias eróticas, relación heterosexual, etc.) sólo se dan en personas con discapacidad intelectual ligera o media” (Molina, 1999).

“La adolescencia suele ser un tiempo difícil para todos los jóvenes con y sin discapacidad, pues no sólo se están desarrollando físicamente sino también psicosocialmente. Durante esta fase todos los adolescentes se esfuerzan por tratar de comprender quiénes son y qué pueden llegar a ser (identidad), están intentando comprender a su manera, cómo

llevarse con los demás (relaciones e intimidad), y saber cómo hacerse independientes” (Couwenhoven, 2001).

“Según Morgenstern (citado en Jara, 2000, cap. XIV, p. 206), el adolescente con discapacidad intelectual empieza a luchar por su identificación con sus amigos “normales”; quiere verse y parecer igual que los otros, quiere incorporar lo que ve y oye en la calle, en la casa y en los medios de comunicación acerca de los jóvenes; quiere hacer citas, ir a fiestas, ser como los muchachos que viven cerca de su casa. Incluso para mantener la ilusión de ser igual a los demás, se jacta de tener novias y hasta de haber tenido relaciones sexuales, a pesar de no haber tenido ninguna de estas experiencias.

Durante la adolescencia, el crecimiento y desarrollo de la persona con discapacidad intelectual no difiere de otros jóvenes, es necesario, reforzar o fortalecer su sentido de identidad, procurar que asuma su rol sexual y alcance un cierto nivel de independencia” (Jara, 2000, cap. XIV, p. 206).

Fernández de Quero (1990 citado en Molina, 1999) afirma que la expresión de la sexualidad está modulada por los valores culturales de la sociedad en la que uno vive. Por ello, el desarrollo psicosexual de las personas con discapacidad intelectual, al igual que el de las personas “regulares o normales”, está modulado por los conocimientos y por la escala de prejuicios y valores que tengan las personas que les rodean.

Derechos sexuales

Se ha reconocido que en la medida que una sociedad y todos los grupos en su interior, fundamentalmente la familia, adopte una actitud más abierta ante la expresión de la sexualidad, las personas con discapacidad intelectual serán más responsables y se sentirán más satisfechas consigo mismas (Gordon, 1980 citado en Garrido, 2000, cap. XVI, p. 234).

Los derechos sexuales son derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos, deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por toda la sociedad.

También, se trata de promover el derecho a la información sexual que no permita la discriminación por razones de sexo, género, orientación o preferencia sexual, discapacidad física o intelectual, hacer posible la toma de decisiones autónomas, en la medida de sus posibilidades, sobre la vida sexual, hacer posible el conocimiento, el

control y disfrute del cuerpo, libre de violencia, de actitudes y conductas lesivas contra la dignidad de la persona. La libertad sexual abarca la posibilidad de que las personas puedan expresar su sexualidad excluyendo las formas de coacción sexual, explotación y abuso en cualquier situación que interfiera los derechos de los demás (Álvarez et. al., 2002).

“La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales, las personas con discapacidad intelectual tienen el derecho sexual a:

- *La Libertad sexual.* Abarca la posibilidad de las personas con discapacidad intelectual a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier período y situación de la vida.
- *La Integridad sexual y seguridad del cuerpo.* Incluye el control y disfrute de su cuerpo libre de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- *La Equidad sexual.* Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, preferencia sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, intelectual o sensorial.
- *El Placer sexual.* Incluye el autoerotismo como fuente de bienestar físico y emocional.
- *La Expresión sexual emocional.* La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto y la expresión con un contenido afectivo.
- *La Información sexual.* La información debe estar libre de presiones externas y ser difundida de forma apropiada sin distinción de sexo, género, raza, preferencia sexual, edad, clase social, religión o discapacidad física, intelectual o sensorial.
- *La Educación sexual.* Es un proceso que dura toda la vida e involucra a todas las instituciones sociales.
- *La Atención clínica de la salud sexual.* La atención debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.
- *La Orientación Sexual.* Supone ayudar a esclarecer ciertas ideas, aclarar dudas y dar herramientas para que de una manera auto sugestiva, la persona

esté en condiciones de tomar decisiones responsables y congruentes en relación a su propia sexualidad y a la sexualidad en general, lo que a su vez involucra algunos de los puntos anteriores” (Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, 1999).

Pero no sólo es el reconocer y promover los derechos sexuales de las personas con discapacidad intelectual, también se deben tener en cuenta las actitudes de la familia y otros adultos hacia la sexualidad de estas personas, pues por un lado se encuentra la percepción que tienen de la discapacidad intelectual y por otro de la sexualidad en general, sobre la cual recaen una serie de mitos, creencias y costumbres que distorsionan tanto su conceptualización como su vivencia.

Por lo que se puede decir que la actitud de quienes rodean a las personas con discapacidad intelectual puede determinar y afectar la actitud que a su vez ellos asuman de su propia sexualidad. Sin olvidar que el entorno familiar y social determinará en gran parte esta conflictiva (Jara, 2000 cap. XIV, p. 202).

Como resultado de dichas actitudes, existen muchas restricciones en la conducta sexual humana. Del mismo modo, existen diferencias entre diversas culturas aún dentro de la misma población: lo que en uno está prohibido en otro es alentado. Por lo que podemos ver, nuestra sociedad sigue siendo sexo represiva. (Álvarez, 1990).

En la declaración universal de “los derechos de los deficientes mentales” (1970), se incluye el derecho a casarse y tener hijos, un derecho que ha causado controversia y sigue siendo discutido.

Por otra parte, de acuerdo a la carta de derechos sexuales de las personas con discapacidad (Sha'ked, 1981 citado en Carrasco, 1998), se establece su prerrogativa a tomar las decisiones que afecten su vida en particular y nadie tendrá derecho a disponer por ellos, a menos que se encuentren “en un estado de inconciencia o semiconciencia tal, que les impida analizar juiciosamente todas las alternativas posibles al problema que se desea resolver, en tal caso, las decisiones serían tomadas por la familia en función de la persona con discapacidad” (Carrasco, 1998).

Vida en pareja

En pro de una vida afectiva y sexual sana para las personas con discapacidad intelectual, y partiendo del hecho ampliamente demostrado de que son muchas las personas con discapacidad intelectual que poseen perfecta conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y tienen experiencias sexuales con mayor o menor satisfacción, algunos autores como Ramón-Laca (1990 citado en Molina, 1999) piensan que experimentar la sexualidad a través de una relación de pareja es una necesidad tan normal y natural para estas personas como lo es para cualquiera de nosotros, además, defienden la existencia de matrimonios protegidos (Molina, 1999).

Sin embargo, el entorno familiar y social dificulta su realización en éste aspecto. En general los padres no ven con agrado las manifestaciones socio-sexuales de sus hijos y tienden a reprimirlos, tratan de desalentar cualquier muestra de interés por alguien e intentan convencerlos de que es mejor tener sólo amigos. Una de las principales razones por las que se oponen a que sus hijos tengan pareja son los temores de que en algún momento escapen de su control y practiquen relaciones sexuales coitales, que puedan traer como consecuencia embarazos no deseados y todo lo que esto implicaría para la familia.

Aunque el tema del matrimonio entre personas con discapacidad intelectual usualmente despierta angustia y recelo, los hechos al respecto contradicen muchas de las expectativas. El matrimonio entre estas personas, contrariamente a lo que se cree, en muchas ocasiones se acompaña de efectos benéficos. El tener una vida parecida al común denominador de la comunidad pareciera tener un efecto estabilizador. "Katz, por ejemplo, señala que con preparación adecuada, entrenamiento y, ayuda comprensiva y continua, los adultos levemente retrasados logran un ajuste marital tan bueno como el de los adultos sin retraso en las mismas circunstancias socioeconómicas" (Rubio, 1984 citado en Rosete, 1998).

Maternidad y paternidad

Muchos padres consideran que la orientación socio-sexual no es suficiente y piensan en la conveniencia de recurrir a la esterilización como una alternativa más efectiva para

ambos géneros, con el propósito de protegerlos del abuso sexual y de la paternidad irresponsable.

De hecho, la esterilización no afecta el deseo sexual ni la capacidad de sostener relaciones sexuales o experimentar el orgasmo y por ética, sólo debe aplicarse con la autorización del interesado. La esterilización sin el consentimiento del individuo resulta en sí una respuesta negligente que puede afectarlos psicológicamente (Carrasco, 1998).

Pero por su discapacidad, aún en la actualidad, se pone en tela de juicio la posibilidad de consentir que tengan hijos libremente. Se reargumenta que no debe permitírseles se reproduzcan, porque podrían procrear hijos indiscriminadamente, heredar la discapacidad intelectual a sus hijos y, porque carecen de capacidad para estimularlos emocional e intelectualmente.

Entonces como lo asegura Rubio (1984 citado en Rosete, 1998) la solución de prevenir y desalentar la procreación entre individuos con discapacidad intelectual no necesariamente es la más lógica ya que no resuelve de manera satisfactoria el conflicto. Debe reconocerse el derecho de estas personas, a expresar sus emociones respecto a la paternidad y maternidad y, aplicarse acciones educativas y de orientación en lugar de forzarla en un sentido u otro. Además si se toma en cuenta que los niveles leve y moderado de discapacidad intelectual son los que tienen mayores posibilidades de procrear, es una ventaja que las medidas educativas y de orientación tienen mucho mayor eficacia también en ellos (Rosete, 1998).

Siendo indispensable esforzarse por la educación que las personas con discapacidad intelectual requieren, para tener una percepción realista de sus habilidades parentales y de las responsabilidades que la paternidad implica (Held, 1992 citado en Rosete, 1998).

“Sólo en los casos en los que la discapacidad intelectual del padre tiene su origen en alteraciones genéticas, la probabilidad de que tenga un hijo igualmente con discapacidad intelectual se incrementa de una manera importante. Pero la mayoría de las personas con discapacidad intelectual han tenido como causa de su discapacidad el daño cerebral sufrido en relación con el embarazo o parto de su madre, y en su mayoría se ubican en la categoría de leves, en estos casos el riesgo de que sus hijos hereden la discapacidad intelectual no es superior que en cualquier otro grupo.

De hecho el desarrollo intelectual de un hijo depende en gran parte del ambiente en que se críe, y en parte de la capacidad que hereda de sus padres. Por tanto, la posibilidad de tener un hijo con discapacidad intelectual es mayor cuanto menor sea el cociente intelectual de los padres. Aunque también cuanto más grave es una deficiencia

intelectual, y más deficiencias tiene una persona, menor será la probabilidad de que la persona en cuestión pueda tener hijos” (Grunewald, Hall & Roren, 1989 citado en Rosete, 1998).

Pitceathly y Chapman (1985 citado en Rosete, 1998) refieren a Craft y Craft (1979) quienes señalaron algunas variables que influyen en la posibilidad de que los hijos lleguen a presentar discapacidad intelectual, éstas son: a) retraso intelectual de ambos padres en oposición al de sólo uno de ellos, b) el CI de los padres, c) la causa de la discapacidad intelectual, d) el porcentaje de incidencia de abortos o hijos muertos previamente, y e) factores prenatales relacionados con el nivel socioeconómico. Así que las personas con discapacidad intelectual que piensan tener hijos deben tener acceso al asesoramiento genético, dado sus temores y preocupaciones ante la posibilidad de que su hijo sea igualmente retrasado, mismos que se consideran están más fundamentados en influencias psicológicas y sociales, que genéticas. Siendo aquí donde entra en juego el argumento de las dificultades de las personas con discapacidad intelectual para estimular intelectual y emocionalmente a sus hijos, cuestionándose su competencia paternal.

Todavía mucha gente desaprueba la paternidad de las personas con discapacidad intelectual, y no por el peligro de perpetuar algún defecto genético, sino por la importancia del asunto de la estimulación intelectual y emocional, suponer que si ambos padres presentan discapacidad intelectual no pueden dar a sus hijos el tipo de estimulación requerida para crecer normalmente (Brenton, 1975 citado en Rosete, 1998).

“Las personas con discapacidad intelectual que poseen experiencia y una personalidad más o menos madura tienen el mismo tipo de problemas con su paternidad que cualquier otro padre o madre, tal y como lo pone de manifiesto la experiencia de miles de parejas que han podido constituir una familia y tener hijos. Sin embargo, los problemas son diferentes a los de la mayoría de las personas “normales” cuando se encuentran con situaciones críticas o excepcionales que imponen demandas mayores a su capacidad para planificar y tomar decisiones, lo cual demuestra, a su vez, que todos los padres y madres con discapacidad intelectual necesitan el apoyo sostenido de instituciones que les den seguridad para enfrentarse con los múltiples problemas que conlleva la paternidad en las sociedades modernas, supertecnologizadas y cargadas de crisis profundas en la jerarquización de valores” (Molina, 1999).

Se debe entonces distinguir entre la capacidad de los padres retrasados leves para estimular emocionalmente al hijo, de su capacidad para hacerlo intelectualmente, siendo importante recordar que los padres con discapacidad intelectual no carecen totalmente de

la capacidad para estimular intelectualmente a su hijo. De hecho la capacidad para estimular emocionalmente no depende en absoluto del intelecto y cierto es que cuanto mejor funcionan emocionalmente los padres, mejor podrán estimular incluso intelectualmente a sus hijos (Grunewald, Hall & Roren, 1989 citado en Rosete, 1998).

Sin embargo, que exista la posibilidad de que las personas con discapacidad intelectual accedan a la maternidad o paternidad propicia que sus padres y educadores confundan los términos sexualidad y procreación limitándoles otras posibilidades de expresión socio-sexual, tales como la experiencia de amar y ser amados, acariciados y valorados por su pareja (Carrasco, 1998). También los padres de las personas con discapacidad intelectual, sienten temor de que sus hijos ejerzan su sexualidad, pues tienen la creencia de que lo harán precozmente, de forma indiscriminada o exacerbada, limitando sus recursos y colocándolos en desventaja frente a las agresiones de abuso y/o violación.

CAPITULO 4

AGRESIÓN SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El hecho de depender de alguien hace que las personas con discapacidad intelectual se encuentren en una situación de vulnerabilidad, que los deja en total desprotección ya que existe la posibilidad de que estén inclinados u obligados a obedecer por miedo.

En algunas ocasiones estas personas reciben poco contacto físico y escasas demostraciones de afecto, la sobreprotección de los padres, la no aceptación de su sexualidad, la falta de información sobre la misma, negarles la posibilidad de tener una pareja que les permita sentirse amados y deseados, al mismo tiempo desconocen que ciertas partes de su cuerpo no deben ser tocadas si no lo desean, aspectos que solos o en su conjunto pueden propiciar que ellos accedan a recibir demostraciones afectivas o sexuales de otras personas que sólo buscan gratificarse de ellos.

Además de estar expuestos a agresiones sexuales (abuso y/o violación), embarazos no planeados no deseados, infecciones de transmisión sexual. No se les ha hablado de su cuerpo, ni de cómo cuidarlo, ni sobre conductas públicas y privadas, ni sobre las formas y lugares del cuerpo para recibir tocamientos y afecto sin que se atente contra su integridad personal.

Conceptualizaciones

En la agresión sexual la sexualidad es utilizada como instrumento que marca de manera impresionante la imposición de poder y la ira sobre otro ser al cual se deshumaniza y se degrada, despojándolo de sus capacidades de libre elección sobre su cuerpo y el ejercicio de su sexualidad. Aunado a lo anterior, se rompe y corrompe la seguridad, la confianza, el autoconcepto y la esencial libertad interna de un ser humano (González, Meléndez, Rosas & Pérez, 1997).

Toda agresión sexual (abuso y violación) puede plantear no sólo problemas médicos y psicológicos, sino también implicaciones legales. De ahí que los términos utilizados por psicólogos, médicos, asistentes sociales y juristas no siempre sean coincidentes, lo cual determina la ausencia de una definición suficientemente precisa que sea aceptada por toda la comunidad científica (Enciclopedia de la sexualidad vol. IV, 1993).

Algunos autores diferencian el abuso sexual de la violación, según la edad en la que ocurrió la agresión (menos de 12 años o mayor de 18, respectivamente).

Para cuestiones legales la consideración, además de la edad, es si hubo o no penetración peneana o con cualquier objeto vía vaginal, anal u oral.

Abuso sexual. Por abuso sexual se entiende toda acción o acto de contenido sexual que realiza una persona valiéndose de su condición física, edad o autoridad para ejercer poder sobre otro, que se encuentra en una situación de desventaja (menor de 12 años, o que no tiene la capacidad para entender el significado del hecho), “a través de chantajes, amenazas, imposición de la autoridad y manipulación emocional, haciéndole sentir responsable de cualquier consecuencia que el abuso sexual pueda traer a sus padres, a algún ser querido, al agresor o a sí mismo” (González, 1995 citado en González, 1997), si no guarda silencio y lo relata, con la finalidad de obtener gratificación, placer o satisfacción sexual a costa de él.

Comportamientos que implican abuso sexual

- Desnudez forzada y/o impuesta (exponer partes íntimas; pechos, genitales, nalgas, vouyerismo).
- Exposición de imágenes, material escrito o sonidos sexuales con fines de manipular y dominar sexualmente (películas, revistas, grabaciones o comentarios sexuales a la persona).
- Exposición a la observación de actos sexuales entre adultos.
- Tocamiento corporal con fines de manipulación sexual (el agresor toca partes íntimas; pecho, nalgas, genitales, el agresor induce a la víctima a tocar sus partes íntimas, el manoseo puede ser sobre o debajo de la ropa).
- Actos de masturbación en los que se involucre a la víctima (besos lamiendo o mordisqueando partes del cuerpo, succionando, besando, lamiendo o mordisqueando alguna parte del cuerpo ya sea el agresor o la víctima), felación, cunnilingus.
- Penetración oral, anal y/o genital (penetración peneana, penetración digital u objetal) (González, 1997).

Los abusos sexuales conllevan riesgos importantes de tipo emocional para las víctimas. Reacciones que se hacen más fuertes cuando el agresor ha sido un familiar o cuando el abuso se produce de forma repetitiva, ya que en estos casos es más probable que la víctima se sienta culpable por no evitarlo.

El abuso sexual tiene consecuencias importantes que son determinadas por los siguientes factores: edad, sexo, aspectos contextuales e individuales como son la frecuencia, severidad, y la existencia o ausencia de violencia durante el abuso entre otros. (López, 1996 citado en Pérez, 2001). Las consecuencias del abuso sexual pueden presentarse a corto o largo plazo.

Uno de los efectos de la agresión sexual, tanto si ocurre en la infancia como posteriormente, es el daño que causa a la autoestima y a la imagen que tiene de sí misma la víctima (autoimagen) (Conrad & Milburn 2002).

Consecuencias psicosociales y postraumáticas

Las consecuencias son determinadas por dos tipos de factores: 1) Factores circunstanciales en las que se dio el abuso tales como: la edad a la que empezó el abuso; la naturaleza de éste (que tan sofisticado fue; si tuvo un período breve o largo, ocasional o frecuente; si fue acompañado por abuso físico o no; los problemas que suceden alrededor, la red social con la que la víctima cuenta y el grado de relación que exista con el agresor); 2) Factores de personalidad y recursos intelectuales que la víctima posea (La Fontaine, 1990, Blume, 1995 citado en González et. al., 1997).

Corto plazo (López, 1996 citado en Pérez, 2001):

- Hacia el agresor y/o familiares: desconfianza, miedo, hostilidad, abandono del hogar, conducta antisocial.
- Hacia si mismo: vergüenza, culpa, estigmatización, baja autoestima, cambio de humor, ideas suicidas (que aumentan con la edad y el poco apoyo de la madre), fatiga, dolencias corporales.
- Tono afectivo: ansiedad, angustia, depresión, emociones negativas, etc.
- Sexualidad: exceso de curiosidad, inhibición sexual, precocidad de conductas, prostitución o conductas sexualizadas como la masturbación compulsiva.

- Problemas escolares y falta de concentración.
- Otros, pérdida de apetito, cambios en hábitos de sueño y alimenticios.

Largo plazo:

Existen flashbacks, problemas con la concentración, con la memoria, sentimientos de extrañeza ante otros, evitación de actividades sociales, en general problemas sociales relacionados con la falta de autocuidado (pobre higiene, desnutrición, aislamiento social), pobre amor propio, depresión, culpa, ansiedad, fobias y conducta autodestructiva. Dificultades en las relaciones sexuales, abuso de alcohol y drogas, dificultad para confiar e intimar, tiene una sensación de impotencia y vulnerabilidad a la revictimización. Se dice que las mujeres tienden a internalizar los efectos del abuso lo que consecuentemente les provoca más estados de depresión y ansiedad. Los hombres por el contrario tienden a externalizar los efectos (McDonald, 1995 citado en Pérez, 2001). Pueden aparecer síntomas de estrés postraumático.

Violación. Se refiere a “cualquier hecho que sobrepase los límites corporales y psicológicos de la persona. Es una acción forzada en la cual hay o no penetración vaginal, anal u oral del pene o cualquier otro sustituto del mismo, con carencia de consentimiento. Este tipo de agresión da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo” (Burgess, 1985; González, 1995 a: citado en González & Rosas, 1995).

En todos los casos de violación forzada se presentan tres componentes: poder, ira y sexualidad.

La violación es siempre y principalmente un acto agresivo. En algunos casos, el asalto parece constituir una descarga de ira. En otros casos, la agresión llega a expresarse más como un medio para controlar la situación que como un motivo de ira –una expresión de poder y conquista-.

En un caso distinto la agresión misma se vuelve erotizada, de modo que el agresor obtiene placer al controlar a su víctima y lastimarla.

En todo acto de violación, tanto la agresión como la sexualidad están implicadas, y la sexualidad se vuelve el medio para expresar las necesidades y sentimientos agresivos que operan en el agresor y la razón de su asalto. Se pueden distinguir tres modelos básicos de violación: **1) la violación por ira**, en la que la sexualidad se vuelve un acto

hostil; **2) la violación por poder**, en la que la sexualidad se vuelve una expresión de conquista; **3) la violación sádica**, en la que la ira y el poder se erotizan (Groth & Birnbaum, 1980).

Modelos básicos de Violación

Violación por ira

El asalto se caracteriza por la brutalidad física. Se usa más fuerza real en la perpetración del crimen que en lo que sería necesario si el intento fuera simplemente para vencer a la víctima y alcanzar la penetración sexual. El sexo se convierte en el medio por el que el agresor puede degradar a su víctima. Es el arma que el agresor usa para expresar su rabia. En vez de buscar satisfacción sexual, busca lastimar, castigar, degradar y humillar a su víctima, y ve el sexo como un arma para ser usada con este fin.

Tales crímenes parecen ser impulsivos y accidentales. Su lenguaje es ofensivo (maldiciendo, blasfemando, diciendo obscenidades, haciendo comentarios degradantes) y el asalto mismo es relativamente corto, algunas veces es cuestión de unos cuantos minutos. El asalto descarga la ira reprimida del agresor y le da satisfacción temporal de su confusión interna, aunque él no encuentre el asalto sexualmente gratificante. Los asaltos sexuales del agresor por ira tienden a ser esporádicos (Groth & Birnbaum, 1980).

Violación por poder

El poder parece ser el factor dominante que motiva al agresor. En estos asaltos, el intento del agresor no es lastimar a su víctima sino poseerla sexualmente. La sexualidad se vuelve un medio de satisfacción para los sentimientos principales de insuficiencia y sirve para expresar poder, fuerza, control, autoridad e identidad. Existe una necesidad desesperante de parte del agresor para asegurarse a sí mismo sobre su suficiencia y competencia como hombre. La violación le permite sentirse fuerte, poderoso y que tiene el control sobre alguien más. Es a través del asalto sexual que él busca imponer su poder, potencia y reafirmar su identidad. Es a través de la violación que él espera negar sentimientos profundamente arraigados de insuficiencia, falta de valor y vulnerabilidad, y ocultar dudas perturbadoras sobre su masculinidad.

Tales crímenes son preintencionados aunque el asalto real podría depender de la oportunidad. El agresor por poder, tampoco encuentra el crimen sexualmente placentero, ya que nunca va de acuerdo con su fantasía y podría experimentar una eyaculación prematura o retardada durante el asalto. Su lenguaje es imperativo (da ordenes) e

inquisitorio (le hace a la víctima preguntas personales), y el asalto podría ser de una duración prolongada. Su modus operandi es abordar, controlar y conquistar. Al no sentirse en control de su propia vida el agresor por poder trata de negar sus sentimientos de impotencia y vulnerabilidad al tener el control sexual de alguien más (Groth & Birnbaum, 1980).

Violación sádica

Tanto la sexualidad como la agresión están fusionadas en una experiencia simple y psicológica conocida como sadismo. La agresión misma es erotizada, y este agresor encuentra el deliberado e intencional abuso sexual de su víctima intensamente excitante y gratificante. Dichos asaltos usualmente implican esclavitud y tortura, conductas ritualistas y víctimas simbólicas (es decir, las víctimas parecen compartir ciertas características comunes en la apariencia o profesión). En algunos casos, el agresor es un individuo que no puede alcanzar la satisfacción sexual a menos que su víctima se resista físicamente; él se excita solamente cuando la agresión está presente, y encuentra placer al tomar a una mujer contra su voluntad. En casos extremos, el agresor sádico podría matar a su víctima y mutilar su cuerpo. En casos menos extremos, él podría, en vez de tener relaciones sexuales reales con ella, usar algún tipo de objeto o instrumento para violarla, como un palo o una botella (Groth & Birnbaum, 1980)

Se agrega a lo anterior la clasificación de **violación por confianza** o bajo convencimiento ya que es importante señalar que la violación no siempre es cometida por un extraño. En el estudio realizado por González (1995a citado en González, et. al., 1997), se encontró que el 47 % de los casos el agresor era un conocido, así la violación puede ocurrir en cualquier tipo de relación hombre-mujer. Esta violación es un ataque en el cual el agresor consigue su fin a través de engaños, de manipulación emocional, traición y de violencia. Además existe interacción entre el asaltante y su víctima antes del ataque (Burgess y Holmstrom, 1974; González, 1995 citado en González, et. al., 1997).

La violación es compleja y multideterminada. Tanto la ira como el poder son los componentes dominantes, y la violación, en vez de ser una expresión principalmente de deseo sexual es, de hecho, el uso de la sexualidad para expresar poder e ira. La violación es entonces un acto seudosexual, un modelo de conducta sexual que tiene que ver más con la condición social, la hostilidad, el control y el dominio que con el poder o la

satisfacción sexual. Es la conducta sexual en función de las necesidades principalmente no sexuales.

Entonces, la violación no es la expresión agresiva de la sexualidad tanto como es la expresión sexual de la agresión. Para este fin, podrían servir varios motivos en la psicología del agresor: la violación se puede experimentar como una forma para lastimar (ira), violar (desprecio), controlar (supremacía), explotar (poder) y destruir (sadismo).

La violación afecta profundamente desde los primeros momentos del ataque y dicho estado puede prolongarse a veces durante años. Si no se recibe la atención adecuada, las víctimas suelen experimentar sensación de soledad, impotencia y total aturdimiento. Por regla general la respuesta de la víctima ante esta situación de tremendo estrés encaja en pautas identificables.

Burgess y Holmstrom (1974 citado en González, et. al., 1997) describen dos fases, las cuales varían mucho según la edad, la personalidad de la víctima y la circunstancialidad del ataque, así como de los servicios asistenciales disponibles y el trato que reciben de los demás (Kolodny, Masters y Jonson, 1987 citado en González, et. al., 1997).

La fase aguda: Desorganización

“Las víctimas describen una gama amplia de emociones en las horas inmediatas al ataque. El impacto físico y emocional del incidente puede ser tan intenso que la víctima queda en un estado de shock y de incredulidad.

Reacciones físicas

Las víctimas describen un sentimiento de dolencia por todo el cuerpo, otras especificarán el área del cuerpo que ha sido el foco de la fuerza del atacante como: la garganta, el pecho, los brazos o las piernas.

Las víctimas también reportan síntomas específicos del área del cuerpo que ha sido lastimado.

Disturbios en los patrones del sueño: dificultades para conciliar el sueño, insomnio, pesadillas.

Desórdenes de alimentación: pérdida de apetito, dolor estomacal, náuseas.

Reacciones emocionales

El sentimiento principal que expresan las víctimas es: el miedo al daño físico, la mutilación y la muerte: siendo éste el principal sentimiento, lo que explica el porque las víctimas desarrollan una vasta cantidad de síntomas llamados Síndrome de trauma por violación. Sus síntomas son una reacción de estrés agudo ante la amenaza implícita de muerte.

Otros sentimientos expresados por las víctimas son: la humillación, degradación, culpa, vergüenza, aturdimiento, enojo, venganza entre otros. Debido a la amplia variedad de sentimientos expresados durante la fase inmediata, las víctimas están propensas a experimentar cambios en su estado emocional.

Las víctimas también reportan el sentirse irritadas con la gente durante las primeras semanas cuando los síntomas son agudos. Se dan cuenta que sus reacciones emocionales son desproporcionadas en relación al estímulo real.

Pensamientos

La víctima continuamente trata de bloquear los pensamientos sobre el asalto en su mente, pero el recuerdo del asalto persiste continuamente. Hay un fuerte deseo de la víctima de anular lo ocurrido.

El tiempo de permanencia en la fase aguda varía de una víctima a otra. Los síntomas inmediatos pueden durar unos cuantos días a unas semanas.

Proceso a largo plazo

La violación trastorna la vida de la víctima, no tan sólo en los días y semanas inmediatos al incidente, sino después de muchas semanas y meses. La víctima presenta los siguientes síntomas durante el proceso de reorganización a largo plazo.

Cambios en el estilo de vida

Muchas víctimas sólo son capaces de reasumir un nivel mínimo de funcionamiento aún después de que la fase aguda termina. Otras víctimas responden a la violación quedándose en casa, atreviéndose tan sólo a salir de casa acompañada de una amiga (o), ausentándose o dejando de ir a trabajar o a la escuela.

Sueños y pesadillas

Son un síntoma mayor en las víctimas de violación y ocurren durante ambas fases, la aguda y la de largo plazo. El contenido es con frecuencia violento, y esto perturba a la víctima.

Fobias

Una defensa psicológica común que se observa en las víctimas, es el desarrollo de miedos y fobias específicas a las circunstancias de la violación. Las víctimas desarrollan reacciones fóbicas a una amplia variedad de circunstancias y objetos. La víctima puede desarrollar miedos específicos relacionados con características notadas en el atacante, tales como: olores o características físicas" (González et. al., 1997).

Como consecuencia de la violación, las mujeres se enfrentan a diversas dificultades sexuales (Masters & Jonson, 1970; Becker, 1986 citado en González, et. al., 1997). Entre los trastornos más graves se encuentran la aversión sexual, el vaginismo (que consiste en la contracción sostenida de la vagina que impide la penetración), disminución del deseo sexual, anomalías en la lubricación vaginal, pérdida de sensaciones genitales, dolor durante el coito y anorgasmia (Kolodny, 1983; Masters y Jonson, 1987 citado en González, et. al., 1997). Como consecuencia de la violación las mujeres suelen evitar el contacto personal y social con los hombres.

Factores de riesgo:

- No estar en capacidad física de defenderse, ni tener desarrolladas habilidades para comunicar o contar lo que les sucede.
- No tener recursos físicos o emocionales para enfrentar el abuso.
- Una socialización sexual inadecuada (sin información, sin límites claros, sin modelos).
- Un núcleo familiar que no le ofrece un adecuado soporte y en el hogar enfrenta indiferencia, sobreprotección, conflictos o relaciones de dependencia.
- No haber recibido estímulos favorables al desarrollo de habilidades de autoprotección.
- Tener carencias afectivas que pueden favorecer el enganche emocional con su potencial abusador.

- Exceso de confianza en conocidos y extraños.
- Educación y socialización para ser complacientes y obedientes, o por imposición.
- Medidas de seguridad ineficaces o programas de orientación y prevención inexistentes.

Intervención / Tratamiento

Cuando hay una agresión, existe un rompimiento del equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo (Burgess y Holstrom, 1965; González & Rosas, 1995), necesitando reestablecer el equilibrio a través de lo siguiente:

A nivel inmediato, que la familia ubique lo ocurrido, sin irse a los extremos, su influencia es muy importante y decisiva para el fortalecimiento y asimilación de lo sucedido. El trabajo con la víctima es reelaborar lo ocurrido quitando el contenido sexual del hecho (Duarte 1992: 13 citado en González & Rosas, 1995). El problema fue el abuso de poder no la sexualidad. En este proceso, hay que tener en cuenta los valores y represiones que la familia ya había conformado antes de la agresión en cuanto a la “sexualidad”, el cuerpo, el respeto, la autoridad”, etc.

El abordar el autoconcepto de la víctima, su autoestima, su desculpabilización y sus posibilidades de defensa y límites no pueden ser aislados de la familia y el medio en que se vive.

Con el tratamiento inmediato se puede prevenir la manifestación de comportamiento destructivo y disfuncional y restringir la experiencia traumática, hacia alternativas de manejo menos destructivas y más funcionales, la mayoría de las víctimas pueden ser ayudadas de tal manera que puedan vivir vidas “felices” y productivas, a pesar de las heridas emocionales (Sgroi, 1982 citado en Meléndez, 2003).

Cuando se descubre la agresión se produce una reacción inicial de impacto en toda la familia: padres y otros hijos. Cambia el estilo de vida de la misma y a la ansiedad de la víctima se unen los miedos de los familiares: ¿Si me aproximo lo interpretará cómo un contacto físico?. Consecuentemente se altera la forma de relacionarse víctima/familiares en las conversaciones de la familia, el contacto físico-íntimo y en los hábitos diarios. Las víctimas tienen gran dificultad para hablar de lo que ha sucedido, su silencio refleja el miedo y angustia que sufren; cuando comienzan a hablar se produce una mejoría

inmediata siempre que la reacción de la familia sea de apoyo sin angustia (Soria & Hernández, 1994).

Nivel mediato. Es decir a largo plazo, se tendrán que ampliar redes, abrir posibilidades de romper con ese imperio y repliegue de la subjetividad, a la intimidad familiar para no ser tan vulnerables a la nociva influencia.

Una vez evaluado el impacto de la agresión sexual se debe proceder a elaborar y aplicar un plan de tratamiento consistente en fijar los objetivos a partir de la evaluación realizada, establecer una secuencia de prioridades según la urgencia del problema, seleccionar las técnicas de tratamiento que requiera cada objetivo, discutir el plan con el paciente y con otros miembros de la familia cuando sea necesario y, finalmente, poner en práctica el plan (Bolton, Morris y MacEachron, 1989 citado en Cantón, 2002, cap. 6, p. 326).

Los objetivos terapéuticos generales en el tratamiento de la agresión sexual (abuso y/o violación) son:

1. Reorganizar la estructura del yo que ha sido rota e invadida.
2. Recuperar el control sobre los límites yoicos.
3. Recuperar el control sobre los límites corporales.
4. Reorganizar la autoimagen.
5. Trabajar sobre el autocopncepto.
6. Manejo de la culpa.
7. Recuperación del entorno familiar.
8. Recuperación y utilización de la red social.
9. Orientación médica.
10. Orientación legal (González & Rosas, 1995).

Torres Gómez de Cádiz, Rivero, Herce y Achúcarro 1996 (citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 217) proponen tres objetivos básicos para el tratamiento en los casos de abuso sexual:

a) *Evitar la repetición del abuso:* implica en primer lugar adoptar las medidas oportunas para garantizar la protección inmediata de la víctima, en segundo lugar y a más largo

plazo, el tratamiento pretende incidir sobre los factores causales del abuso sexual con el fin de impedir su reaparición.

b) *Tratar las posibles secuelas físicas y psicológicas del abuso*: éstas constituyen lo que se conoce como el daño primario del abuso sexual (Furniss, 1991 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 217) y, pueden incluir una amplia gama de problemas físicos, dificultades y trastornos psicológicos cuyo tipo e intensidad varía dependiendo de factores diversos (Friedrich, 1990; López, 1995 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 217): edad de inicio del abuso; su duración; el grado de violencia o amenazas asociado al mismo; la diferencia de edad entre el abusador y el abusado; la cercanía relacional; la presencia o no de figuras parentales protectoras; el grado de secreto ligado al abuso.

c) *Evitar los efectos iatrogénicos del abuso*: junto al daño primario es preciso tener en cuenta frecuentes efectos nocivos ligados al impacto que la revelación del abuso y la intervención del sistema supuestamente “protector” suelen acarrear a la víctima y a su familia. Por ejemplo: el escándalo y la marginación que a menudo rodean al descubrimiento del abuso; los problemas ligados a la falta de coordinación entre las diferentes entidades y profesionales que suelen intervenir en estos casos; la traumatización que puede generar en la víctima su participación en posibles procedimientos judiciales ligados al carácter delictivo de los abusos sexuales; y, particularmente en los casos de incesto, el frecuente conflicto y/o ruptura de la pareja parental; la separación de la víctima de su familia en el intento de protegerle; la posibilidad de que el padre abusador sea encarcelado, lo que a menudo conlleva no sólo dificultades emocionales y de relación con el resto de los miembros de la familia, sino también en un empeoramiento de las posibilidades materiales de subsistencia del grupo familiar (Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, pp. 217-218).

“No existe un único abordaje terapéutico de la agresión sexual siendo diferentes las modalidades de tratamientos utilizados frente a este problema. Algunas de estas cuestiones son tratadas en todos los miembros de la familia (p. e. los temas de negación, secreto, responsabilidad y culpa), mientras otras reciben una atención preferente o más específica en alguno de los sujetos implicados. Entre los temas recurrentes en la intervención terapéutica con estos casos se pueden citar los siguientes:

- a) Actitudes y fenómenos de negación entorno a la agresión sexual.
- b) Secretismo entorno a la agresión y patrones de comunicación familiar.

- c) Sentimientos típicos (culpa, vergüenza, baja autoestima, ira y pérdida de confianza).
- d) Cuestiones relativas a la sexualidad.
- e) Aislamiento social de la familia y dependencia entre sus miembros.
- f) Cuestiones relativas al abuso de poder y autoridad.
- g) Fracaso en la protección de la víctima.
- h) Límites generacionales inapropiados.
- i) Dificultades particulares en cada uno de los miembros (depresión, conductas autodestructivas, problemas sexuales, déficit en empatía, abuso de alcohol y otras drogas, falta de habilidades sociales, etc.)” (Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, pp. 218-219).

Enfoques y modalidades de tratamiento

Es posible establecer una clasificación de los tipos de tratamiento de los casos de agresión sexual atendiendo a diferentes aspectos como: la persona a la cual va dirigida el tratamiento (víctima, otros familiares); la modalidad terapéutica elegida para desarrollar el tratamiento (individual, grupal, diádica y/o familiar).

El modelo terapéutico subyacente al tratamiento empleado (psicodinámico, cognitivo-conductual, biológico, sistémico).

Hay que considerar que incluso dentro de una misma modalidad existen diferentes planteamientos y estilos de tratamiento (Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 219).

En el tratamiento terapéutico de la agresión sexual en personas con discapacidad intelectual se tendrán que hacer las adaptaciones necesarias de acuerdo a las características de la población tomando en cuenta: su capacidad intelectual, su falta de capacidad de insight, su dificultad para verbalizar sus problemas emocionales.

Utilizar técnicas de terapia de juego puede ser efectivo sobre todo si el nivel de discapacidad es moderado.

En el *tratamiento individual* los enfoques cognitivo-conductuales tienen un papel preponderante entre las opciones terapéuticas preferidas por los profesionales (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 220), aunque no son infrecuentes los abordajes psicodinámicos centrados en la terapia de juego o terapia artística (Marvasti, 1989 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997). Existen

también enfoques “mixtos” que aúnan técnicas cognitivo-conductuales con elementos propios de los tratamientos de corte más psicodinámico (dibujo, juego, dramatizaciones...) (Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 220).

Intervención cognitivo conductual

No se trata de una terapia clásica sino más bien de un proceso de aprendizaje guiado o educativo, esto es, el psicólogo debe contrastar los efectos, cogniciones y comportamientos presentados por la víctima en su intento de recuperación y facilitarle la readecuación o cambios de los mismos.

Las técnicas utilizadas pueden ser muy diversas y su posible aplicación fluctúa en función de la víctima. No obstante, hay algunas que pueden considerarse básicas (Soria & Hernández, 1994):

- Técnicas de explicación de los sentimientos de autoinculpación y autoresponsabilidad en el suceso.
- Técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones. Concretamente, detención del pensamiento.
- Técnicas de discusión. Sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas.

Según las características de la víctima:

- Desensibilización sistemática. Esencialmente ante el temor a pasar por el lugar de los hechos.
- Técnicas de relajación. Si se observa un nivel de tensión imposibilitador de comportamientos básicos y/o alteraciones psicofisiológicas significativas a medio plazo.
- Visualización. Ayuda a situarse en lugares, ante personas, etc. Que inducen temor a la víctima.
- Técnica de los pensamientos distorsionados. Ello es importante cuando se produjo una grave agresión física a la víctima y estuvo expuesta a un riesgo de muerte, hubo intento de homicidio o existe un grave temor inducido por las amenazas personales o familiares ulteriores del agresor.

Terapia de juego. Es un método psicoterapéutico basado en la psicodinamia y desarrollo mental principalmente entendido para ayudar a aliviar el daño emocional de la víctima, a

través de una variedad de juego imaginativo y expresivo, de materiales semejantes a: títeres, muñecos, arcilla, juegos de mesa, materiales artísticos y objetos en miniatura (Meléndez, 2003).

El *tratamiento grupal* posee elementos terapéuticos propios y característicos que pueden resultar especialmente apropiados para el tratamiento de las víctimas de agresión sexual (disminución del sentido de aislamiento intenso y de anormalidad a través de compartir con otros que han sufrido experiencias similares, mejores posibilidades de trabajar las habilidades sociales, la posibilidad de ver que otros se encuentran mejor y progresan favorece sentimientos de esperanza...) (Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 220).

El conocimiento de otras personas que han estado en contextos similares y han sabido como reaccionar y adaptarse ofrece la posibilidad de explicar libremente sus sentimientos. Ello refuerza los vínculos sociales de la víctima y su percepción de apoyo social e indirectamente reduce la sensación de estigmatización social. El apoyo básico presentado por dichos grupos se refiere a (Soria & Hernández, 1994):

- Afrontamiento con problemas prácticos.
- Estrategias para recuperar el control de su vida.
- Ayuda práctica directa.
- Transmisión de información desconocida para la víctima.
- Refuerzo del sentimiento de autoestima personal.

En un trabajo no publicado (Soria, 1990 citado en Soria & Hernández, 1994), dicho autor parte de un modelo de intervención grupal de Munné (1989 citado en Soria & Hernández, 1994) y establece cuatro niveles de actividad básicos de análisis en grupos de víctimas sexuales:

- Nivel temático. En él se centra la evaluación de la agresión sexual como un proceso, cómo afrontar el mismo para retornar a la vida cotidiana, centrándose la tarea en el “aquí y ahora”.
- Nivel funcional o de interacción grupal. En él deben potenciarse los elementos de éxito en la readaptación y las capacidades personales de autoeficacia en el afrontamiento.

- Nivel cognitivo. Es el ámbito central de la intervención. En él se analizan los procesos atributivos, las creencias sociales sobre la agresión sexual y sus efectos sobre la víctima, la evaluación cognitiva del suceso, etc. La intervención debe centrarse en introducir información sobre los procesos básicos y sus efectos.
- Nivel afectivo. Debe permitirse la libre expresión de sentimientos, esencialmente de odio y, al mismo tiempo, potenciarse el apoyo emocional grupal a partir de un marco comprensivo y de aceptación personal.

La intervención se desarrolla en tres fases y cada persona se sitúa en una de ellas en función de la percepción personal de la agresión y su proceso evolutivo de readaptación (Soria & Hernández, 1994).

I Fase: Percepción de la agresión.

A lo largo de la misma debe favorecerse la comunicación interpersonal y la participación de todos los miembros, para ello la empatía se convierte en el elemento clave. Cualquier sentimiento personal debe poderse expresar libremente. Las actitudes individuales de los participantes deben ser discutidas y relacionadas con la reacción emocional ante las víctimas de agresión sexual. Deben evitarse las analogías entre los diferentes sucesos, pero sí permitirse y potenciarse la libre expresión de los sentimientos aparecidos durante el mismo y que cimentaron el comportamiento de la víctima.

II Fase: Apoyo grupal.

En un primer momento se trabaja con las víctimas pero, posteriormente, pueden introducirse víctimas secundarias (familiares, testigos presenciales, etc.). En ambos casos el objetivo esencial es potenciar la relación grupal desarrollando cada uno de los niveles señalados. El enfoque debe dirigirse hacia el futuro y los medios psicosociales de recuperación.

III Fase: Prevención de la segunda victimización.

El objetivo es la preparación de la víctima para su rol judicial, esencialmente como testigo del suceso, no obstante debe establecerse un análisis comparativo de los cambios aparecidos en la vida cotidiana de la víctima y una discusión de sus expectativas futuras” (Soria & Hernández, 1994).

La terapia de familia pretende conseguir unas interrelaciones más apropiadas dentro de la misma (resolviendo los problemas y conflictos en las relaciones familiares). La terapia de familia resulta necesaria, ya que la aplicación sólo de una terapia individual o de grupo puede hacer que los padres se sientan amenazados por el tratamiento de la víctima y los cambios subsiguientes y decidan suspender el tratamiento. Por otra parte, la terapia individual y de grupo también es necesaria, tanto para que la víctima consiga desarrollar su sentido de autonomía y de individualidad que le permita controlar aspectos básicos de su propio cuerpo, mente y acciones, como para que los padres puedan abordar aspectos de su propia experiencia vital personal y de las relaciones de pareja (Cantón, 2002, cap. 6, p. 327).

Medidas preventivas

En los programas de orientación sexual para personas con discapacidad se deben incluir aspectos relacionados con la agresión sexual, para que conozcan que estos riesgos existen, aprendan a reconocer los abusos y comuniquen lo que les ocurre.

Es importante que no sientan vergüenza ni culpa, y que sepan que pueden superar la experiencia. Se tiene que distinguir claramente la diferencia entre la sexualidad que debe ser algo placentero, agradable, voluntario, y la agresión sexual, que si bien utiliza la sexualidad como medio de agredir o someter, no debe de conectarse con la vivencia posible de la propia intimidad. El problema no es la sexualidad sino el abuso de poder.

Además de información necesitan ser orientados para que desarrollen ciertas habilidades que les permitan identificar y enfrentarse a las situaciones de riesgo.

“Es útil y necesario ser reiterativos en cuanto al conocimiento, contacto y respeto a su cuerpo, y hacerles tomar conciencia que hay sensaciones, actitudes, caricias o gestos, que pueden agradarles, molestarlos, inquietarlos, ser desagradables, confusos, y que por tanto deben ejercitar para reconocerlos y para poder comunicarlo cuando éstos no sean de su agrado o los molesten.

Hay que dejarles claro que no todas las personas pueden tocarlos como tampoco pueden ellos tocar a todos.

Cuando no hay aceptación o consentimiento: estoy abusando del otro, estoy invadiendo su intimidad que no me pertenece” (Villa, 1999, cap. 14, p. 164).

Solo ellos tienen derecho a decidir sobre su propio cuerpo, quién, cómo y cuándo lo toca. No deben ceder a peticiones de otras personas que les desagraden o les haga sentir incómodos (estimulaciones sexuales; besos, caricias, tocamientos). El discapacitado por su parte debe aprender a pedir respeto hacia su cuerpo e intimidad, sin importar de quien se trate. Aprender a decir un no verbal, firme y rotundo ante la insistencia de que accedan a una petición en donde se pone de manifiesto el abuso sexual y/o violación.

Cuando se encuentren en la vía pública deben tener claro que caminar por calles o parques solitarios, oscuros o que no conozcan es peligroso. Y si se encontraran ante agresiones sexuales su respuesta debe ser resistirse físicamente (morder, empujar, golpear), gritar pidiendo ayuda si hay gente próxima que pueda oírlos, alejarse inmediatamente si es posible. Y sobre todo deben estar conscientes de que todo lo que hagan para defenderse está bien, es con el único fin de defender su cuerpo y su persona. Insistir en que si alguien los ha agredido sexualmente lo más importante es hablarlo, ya que después de esto se sentirán más tranquilos y poco a poco superarán dicha experiencia.

Una aproximación a los programas preventivos de abuso sexual

El contexto en el que se aplican estos programas es habitualmente el medio escolar, siendo el personal docente del propio centro o algún profesional especializado el encargado de impartirlo.

Los *objetivos básicos* de este tipo de programas son dos (Hazard y cols., 1991; López, 1995 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 211):

- a) disminuir la vulnerabilidad de las víctimas ante el riesgo de sufrir abusos sexuales (un objetivo ligado a la prevención primaria), y
- b) alentar a las víctimas a revelar los abusos, en caso de no poder haber sido evitados (objetivo asociado a la prevención secundaria).

Son dos también los *componentes* principales que incluyen estos programas con el fin de adecuarse a los objetivos perseguidos (O' Donohue y cols., 1992; Hazzard y cols., 1991; López, 1995 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 211). Por un lado, existe un componente informativo, ofreciéndose a las víctimas conocimientos sobre conceptos básicos relativos a los abusos sexuales y, por otro, hay un componente de entrenamiento

en habilidades supuestamente útiles para evitar episodios sexualmente abusivos. Los *contenidos específicos* incluidos en ambos componentes pueden variar de un programa a otro, aunque los principales temas contemplados suelen ser (Abrahams, Casey y Daro, 1992; Húrtele y Miller-Perrin, 1992; Finkelhor y Dziuba-Leahterman, 1995 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 211):

- ❑ Informaciones para discriminar entre situaciones que pueden entrañar riesgo de abuso sexual (lugares apartados, estar solo en determinados sitios, ofrecer información personal, aproximación de un extraño, etc.).
- ❑ Cuestiones para aprender a distinguir entre caricias adecuadas e inadecuadas (propiedad del cuerpo, partes íntimas, visita al médico, contacto durante el aseo, caricias entre padres e hijos, situaciones de contacto físico con sus iguales...).
- ❑ Mantenimiento y revelación de secretos (los “buenos” y “malos” secretos, cuándo decir un secreto, etc.).
- ❑ Entrenamiento en asertividad (decir “no”, expresar sentimientos de disgusto, defensa del propio punto de vista...).
- ❑ Información sobre la red de apoyo que pueden encontrar en su comunidad (familia, amigos, la policía, profesores...).

En cuanto a la *metodología* estos programas pueden variar pero, en general después de una breve introducción sobre su uso, presentan los diferentes módulos temáticos especificando distintas actividades didácticas en relación a cada uno de ellos. Tal aprendizaje está organizado básicamente según la siguiente secuencia (Liang & cols., 1993, citados en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 212):

- Reconocimiento: la víctima debe reconocer que la situación es segura o potencialmente abusiva.
- Decir No: la víctima debe rechazar verbalmente al agresor y/o escapar de la situación.
- Comunicárselo a alguien: debe informar del incidente a una persona responsable.
- Comunicar lo ocurrido: la víctima debe realizar una revelación informativa a esa persona.

Estos programas contemplan también la utilización de numerosos recursos materiales (libros, marionetas, películas, muñecas...) (López, 1995 citado en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 212). Suelen emplear en su planteamiento didáctico un enfoque conductual que enfatiza, además de la transmisión de información, técnicas como: el modelado, los ensayos conductuales y el refuerzo social en el aprendizaje de habilidades (Wurtele & cols., 1992a: Húrtele, Gillispie, Currier & Franklin, 1992b citados en Torres Gómez de Cádiz, 1997, cap. 9, p. 212).

Programas de orientación sexual

Para Ariza, Cesari & Gabriel y Galan (1991), al hablar de educación y orientación sexual, es básico reconocer el lugar que ocupa la propia sexualidad en la vida y aceptar al otro con su sexualidad, condiciones previas al diálogo, que tiene como finalidad orientar y ayudar a crecer, no imponiendo una visión concreta de la realidad de la sexualidad en este caso calcada en la propia visión personal.

Nadie duda del sentido del diálogo al abordar la sexualidad humana, ni de la necesidad de educar con y para el diálogo. Pero comprender y aceptar la necesidad no hace que ya exista realmente dicho diálogo.

Las formas de educar fundamentadas en el diálogo son las más arduas, pero sin duda son las que configuran la meta de la verdadera orientación sexual.

En el proceso de la educación y la orientación sexual la finalidad del diálogo es conducir al alumno al reconocimiento progresivo de sí mismo, de su personalidad sexuada y de los demás. Es una forma de preparación para poder establecer más adelante un diálogo que implique su ser masculino o femenino.

Por lo tanto, el diálogo y la comunicación son imperativos en todo programa de orientación sexual, que se ostente de ser un buen programa. Asimismo, sus contenidos han de adaptarse a unos objetivos, y éstos han de surgir de los intereses, necesidades y características propias de una determinada población.

"Los contenidos deben ser presentados cuando son significativos para la persona, ésta los puede entender y son funcionales en relación con su vida cotidiana (Amor Pan, 1997).

La meta de la orientación sexual no es suprimir o controlar la expresión sexual, sino demostrar las diversas posibilidades de relación humana que la sexualidad ofrece (Shultz & Williams, 1975). Un Programa de orientación sexual debe influir sobre tres áreas: nivel cognoscitivo (proporcionar conocimientos), nivel afectivo (conformar actitudes y valores) y nivel operacional (dotar de habilidades) (Álvarez & Mazin, 1990). La conducta sexual en el hombre es instintiva pero a diferencia de los animales es susceptible de ser moldeada por la sociedad y por el contenido afectivo de lo humano (Lugo, 2002).

Objetivos

- Facilitar el entendimiento del desarrollo de su cuerpo, el cambio de actitud y la expresión de sentimientos hacia la propia sexualidad.
- Que aprendan acerca de la higiene y del cuidado de su cuerpo como una medida de salud sexual.
- Ofrecerles los apoyos necesarios para que estén en condiciones de protegerse a sí mismos de agresiones sexuales, embarazos no planeados, no deseados y de infecciones de transmisión sexual.
- "Motivarlos para que manifiesten sus dudas e inquietudes, sobre la sexualidad, preparándolos para que puedan participar en las decisiones que se tomen con respecto a su vida sexual y afectiva.
- Proporcionar conocimientos sobre la sexualidad y erradicar concepciones equivocadas" (Reyes & Villalba, 1997).
- Clarificar que comportamientos sexuales corresponden a un espacio público o privado.

En un Programa de orientación sexual se deben incluir las siguientes temáticas: partes del cuerpo humano, maduración y cambios corporales, conocimientos de anatomía y fisiología, diferenciación de género, higiene personal, menstruación, autoerotismo, masturbación, zonas erógenas, virginidad, relaciones sexuales y relaciones coitales, capacidad reproductiva (embarazo), anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, sexo seguro y voluntario, pornografía, autonomía, autoestima, asertividad,

autoimagen, relaciones interpersonales y habilidades sociales; conductas públicas y privadas, derechos y responsabilidades en la conducta sexual, agresión sexual (abuso y violación), entre otros.

Es necesario que reconozcan el funcionamiento de su cuerpo pero, también, es esencial que reconozcan las formas de interacción y de relación interpersonal que se juzgan apropiadas en nuestra cultura, y que puedan distinguir entre lo que es una expresión de afecto y lo que es un abuso. También es fundamental apoyar la construcción de la autoestima y su asertividad para que sean capaces de disfrutar de su propia sexualidad, de protegerse y de aprender que pueden y deben decir no, si no quieren que una persona haga algo que los afecte.

"La educación sexual no es un manual práctico en el que se dice lo que hay que hacer para que todo funcione a la perfección y así tener relaciones sexuales armoniosas y placenteras, sino más bien trata de ayudar a la persona asentirse a gusto con su propia sexualidad y ayudarle en su vida relacional" (Amor Pan, 1997).

A pesar de esto, uno de los obstáculos para impartir educación y orientación sexual, sigue siendo la creencia de que al dar información a las personas, éstas aceleran sus experiencias, ampliarán su curiosidad y querrán poner en práctica todos sus conocimientos. Así, aunque esto no suceda ni sea de ninguna manera el objetivo de la educación y la orientación sexual, los temores y prejuicios siguen existiendo y obstaculizando la implementación de estos programas (Hiriart, 1999).

Metodología

- "Hay que tratar al discapacitado como tratamos a los individuos de igual edad cronológica a la suya, pero teniendo en cuenta las particularidades de su funcionamiento mental.
- El segundo criterio a tener en cuenta son las características evolutivas de los alumnos. Cada edad tiene unas características que habrá que observar también en el ámbito de la sexualidad. Se nace sexuado, pero el individuo se va haciendo sexualmente maduro. Esta madurez se consigue a lo largo de las diferentes etapas evolutivas, que han de ser tenidas en cuenta si la educación sexual que se quiere ofrecer ha de resultar satisfactoria.

- Tradicionalmente se ha considerado que el desarrollo y los intereses relacionados con la sexualidad comienzan en la pubertad; sin embargo, la realidad confirma que esta dimensión está presente desde el comienzo de la vida y que las experiencias de la infancia van a influir poderosamente en la vida adulta. Si la sexualidad comienza con la vida misma, la educación de esa sexualidad debe estar presente de modo adecuado desde los primeros momentos de la vida de la persona y ha de continuar no sólo a lo largo de toda la etapa educativa, sino que debe permanecer abierta en cuanto el sujeto lo demande.
- Se debe tener en cuenta la forma que el sujeto tiene de percibir el mundo, lo cual condiciona sus conocimientos, su afectividad y sus relaciones con los demás" (Amor Pan, 1997).
- "La información necesita ser presentada de una forma concreta, con apoyos visuales, usar terminología sencilla y con una frecuente repetición.
- Presentar el material en pequeños pasos, cada uno con objetivos claros, como para que puedan ser cumplidos.
- Brindar retroalimentación inmediatamente después de completar una tarea.
- Promover la práctica de la tarea para facilitar el aprendizaje" (Rosete, 1998).
- Insistir en el desempeño completamente correcto de una tarea antes de continuar con la siguiente (Whelan & Speake, 1979 citado en Rosete, 1998).
- Emplear dinámicas activo-participativas que los involucren directamente y a veces vivencialmente en la reflexión, al valorar opciones personales de actuación que se ajusten a sus circunstancias particulares (Casas & Varela, 1998).
- Escuchar atentamente las preguntas y contestar la información que el participante realmente solicita (Reyes & Villalba, 1997).

Características del facilitador

- "El facilitador (a) debe ser una persona entrenada en habilidades básicas para orientar e informar a individuos, grupos y comunidades, que pueda facilitar un ambiente y una relación apropiados para que el participante, con la información recibida, tenga más herramientas para responsabilizarse de su persona y de las elecciones que haga.
- También es importante que el facilitador (a) propicie la aceptación de la diversidad.

- Su papel es fomentar la autoexploración y hacer evidentes los recursos personales del participante, ayudarlo a que se fortalezca, para que éste último pueda tomar responsablemente los riesgos y decisiones que sólo a él le competen” (Hernández, 2002).
- Se requiere de un proceso de preparación y entrenamiento para que el facilitador (a) pueda desarrollar, pulir y perfeccionar todas estas habilidades (Barrios, 1994 citado en Hernández, 2002).
- "Educar la sexualidad de los participantes integralmente, desde un punto de vista biopsicosocial y cultural.
- El facilitador (a) debe asumir su responsabilidad, sin delegarla a otras personas.
- Tener información general de la sexualidad y elementos teóricos del desarrollo psicosexual" (Reyes & Villalba, 1997).
- El facilitador (a) debe tener mucha paciencia y un amplio conocimiento de las diferentes etapas evolutivas por las que atraviesa la persona con discapacidad intelectual (Amor Pan, 1997).

Legislación

Código penal para el distrito federal

Publicación inicial 16/07/2002 vigente al 1/01/ 2006

Título quinto delitos contra la libertad y la seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual

Capítulo 1 Violación

Artículo 174.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con personas de cualquier sexo, se le impondrá prisión de seis a diecisiete años.

Se entiende por cópula, la introducción del pene en el cuerpo humano por vía vaginal, anal o bucal.

Se sancionará con la misma pena antes señalada, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano, distinto al pene, por medio de la violencia física o moral.

Si entre el activo y el pasivo de la violación existiera un vínculo matrimonial, de concubinato o de pareja, se le impondrá la pena prevista en este artículo, en estos casos el delito se perseguirá por querrela.

Artículo 175.- Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena, al que:

- I. Realice cópula con persona menor de doce años de edad o con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o
- II. Introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento, instrumento o cualquier parte del cuerpo humano distinto del pene en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo.

Si se ejerciera violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Artículo 176.- Al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual, la obligue a observarlo o la haga ejecutarlo, se le impondrá de uno a seis años de prisión.

Si se hiciera uso de violencia física o moral, la pena prevista se aumentará en una mitad.

Artículo 178.- Las penas previstas para la violación y el abuso sexual, se aumentarán en dos terceras partes, cuando fueron cometidos:

- I. Con intervención directa o inmediata de dos o más personas;
- II. Por ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, el padrastro o la madrastra contra su hijastro, éste contra cualquiera de ellos, amasio de la madre o del padre contra cualquiera de los hijos de éstos o los hijos contra aquellos. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que ejerciere sobre la víctima, así como los derechos sucesorios con respecto del ofendido;
- III. Por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el sentenciado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión;
- IV. Por la persona que tenga al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en ella depositada;
- V. Fuere cometido al encontrarse la víctima a bordo de un vehículo particular o de servicio público; o
- VI. Fuere cometido en despoblado o lugar solitario.

Texto vigente

Última reforma publicada DOF 19/05/2006

Código penal federal

Título decimoquinto

Delitos contra la Libertad y el Normal Desarrollo Psicosexual

Capítulo I

Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación

Artículo 259 Bis.- Al que con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación, se le impondrá sanción hasta de cuarenta días de multa. Si el hostigador fuese servidor público y utilizare los medios o circunstancias que el cargo le proporcione, se destituirá de su cargo. Solamente será punible el hostigamiento sexual, cuando se cause un perjuicio o daño.

Sólo se procederá contra el hostigador, a petición de parte ofendida.

Artículo 260.- Al que sin el consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo, se le impondrá pena de seis meses a cuatro años de prisión.

Si se hiciere uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

Artículo 261.- Al que sin propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo o la obligue a ejecutarlo, se le aplicará una pena de dos a cinco años de prisión.

Si se hiciera uso de la violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentarán hasta en una mitad.

Artículo 262.- Al que tenga cópula con persona mayor de doce años y menor de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

Artículo 263.- En el caso del artículo anterior, no se procederá contra el sujeto activo, sino por queja del ofendido o de sus representantes.

Artículo 264.- (Se deroga)

Artículo 265.- Al que por medio de la violencia física o moral realice cópula con persona de cualquier sexo, se le impondrá prisión de ocho a catorce años.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión
Secretaría General
Secretaría de Servicios Parlamentarios
Centro de documentación, Información y Análisis
Última Reforma DOF 19/05/2006

Para los efectos de este artículo, se entiende por cópula, la introducción del miembro viril en el cuerpo de la víctima por vía vaginal, anal u oral, independientemente de su sexo.

Se considera también como violación y se sancionará con prisión de ocho a catorce años, al que introduzca por vía vaginal o anal cualquier elemento o instrumento distinto al miembro viril, por medio de la violencia física o moral, sea cual fuere el sexo del ofendido.

Artículo 265 Bis.- Si la víctima de la violación fuera la esposa o concubina, se impondrá la pena prevista en el artículo anterior.

Este delito se perseguirá por querrela de parte ofendida.

Artículo 266.- Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena:

- I. Al que sin violencia realice cópula con persona menor de doce años de edad;
- II. Al que sin violencia realice cópula con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo;
y
- III. Al que sin violencia y con fines lascivos introduzca por vía anal o vaginal cualquier elemento o instrumento distinto del miembro viril en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, o por cualquier causa no pueda resistirlo, sea cual fuere el sexo de la víctima.

Si se ejerciera violencia física o moral, el mínimo y el máximo de la pena se aumentará hasta en una mitad.

Artículo 266 Bis.- Las penas previstas para el abuso sexual y la violación se aumentará hasta en una mitad en su mínimo y máximo, cuando:

- I. El delito fuere cometido con intervención directa o inmediata de dos o más personas;
- II. El delito fuere cometido por un ascendiente contra descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, o por el padrastro o amasio de la madre del ofendido en contra del hijastro. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o la tutela, en los casos en que ejerciere sobre la víctima;
- III. El delito cometido fuere cometido por quien desempeñe un cargo o empleo público o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancias que ellos

le proporcionen. Además de la pena de prisión el condenado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión;

- IV. El delito fuere cometido por la persona que tiene al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en él depositada.

CAPITULO II

(Se deroga)

Artículo 267.- (Se deroga)

Artículo 268.- (Se deroga)

Artículo 269.- (Se deroga)

Artículo 270.- (Se deroga)

Artículo 271.- (Se deroga)

CAPITULO 5

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema

Los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual carecen de conocimientos básicos o tienen ideas erróneas acerca de lo que es la sexualidad, siendo una población expuesta a experiencias de gran impacto psicológico como las agresiones sexuales de abuso y violación sexual, generando con esto embarazos no deseados, no planeados, y con ello una tarea ante la cual la joven con discapacidad tiene un compromiso y una responsabilidad que en base a su capacidad intelectual puede no llegar a asumir. Esto también representa un problema para la familia de origen que tiene que tomar decisiones, nulificando la participación de la joven madre, para ejercer una función materna.

De aquí la necesidad de crear Programas de orientación sexual que les proporcionen las herramientas suficientes no sólo para el disfrute y expresión sana de su propia sexualidad sin culpas, temores y vergüenza considerando sus capacidades y limitaciones, sino que además posean la orientación que ayude a prevenir, saber responder ante experiencias de agresión sexual y asumir su responsabilidad y toma de decisión. De esta forma se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué resultado tendrá un Programa de orientación sexual en el nivel de conocimientos y la actitud hacia la propia sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual?

Objetivo General

- Diseñar un Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual.
- Implementar un Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual con el que se espera promover un cambio en el nivel de conocimientos y actitudes hacia su propia sexualidad.

Hipótesis conceptual

Amor Pan (1997) menciona que las personas con discapacidad intelectual tienen derecho a disfrutar y manifestar su sexualidad, así como a la orientación sexual adaptada a sus posibilidades, que permita desarrollar sus capacidades y lograr un cambio favorable de actitudes hacia la sexualidad. De acuerdo a como se viva y experimente la sexualidad se determinará la actitud hacia la aceptación de uno mismo, la comprensión del propio cuerpo, la facilidad para establecer relaciones afectivas o de comunicación con los demás, entre otros.

La educación y orientación sexual favorece la expresión de una sexualidad libre, espontánea y responsable (Ariza, et. al., 1991). Por esto es importante diseñar e implementar programas de orientación sexual a nivel institucional en donde los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual puedan expresar dudas, temores, necesidades e inquietudes sobre su propia sexualidad y la sexualidad en general.

En los que se empleen dinámicas activo-participativas que los involucre directamente y a veces vivencialmente en la reflexión, al valorar opciones personales de actuación que se ajusten a sus circunstancias particulares (Casas & Valera 1998).

Se considera que la participación de los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual en un Programa de orientación sexual tendrá un resultado favorable en el nivel de conocimientos y la actitud hacia su sexualidad.

Hipótesis estadística

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual como resultado de su participación en un Programa de orientación sexual.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimientos sobre sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual como resultado de su participación en un Programa de orientación sexual.

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia su propia sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual como resultado de su participación en un Programa de orientación sexual.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en las actitudes hacia su propia sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual como resultado de su participación en un Programa de orientación sexual.

Variables

- *Variable independiente:* Programa de orientación sexual.
- *Variables dependientes:* Nivel de conocimientos sobre sexualidad y cambio de actitudes hacia la propia sexualidad.

Definiciones conceptuales

- *Programa.* Farré, Laceras y Casas (1999) definen un programa como la organización y el desarrollo de alternativas sobre un acontecimiento o actividad puntual, con una estructura que permite trabajar con cierto orden y eficacia.
- *Orientación sexual.* Para Hiriart (1999) orientar no es aconsejar, ni implica decir que haría uno en el caso de otra persona, ni opinar cuál es la mejor opción o solución. Orientar no es dar consejos ni soluciones; no se trata de trazar un camino que todos deban seguir, ni demostrar lo que a nuestro juicio es correcto. Orientar supone ayudar a esclarecer ciertos puntos, aclarar dudas y dar herramientas para que de una manera autogestiva, el individuo esté en condiciones de tomar decisiones responsables y congruentes.
- *Programa de orientación sexual.* Considerando la definición que hacen Farré, Laceras y Casas (1999) de un programa. Se puede decir entonces, que un Programa de orientación sexual se refiere a una experiencia de aprendizaje graduada y planificada que no sólo es informativa sino formativa, un proceso integral (Shultz & Williams, 1975).

Siendo así que todo Programa de orientación sexual además de brindar conocimientos sobre anatomía, fisiología, crecimiento y desarrollo, forma actitudes

que capacitan al individuo para que pueda crear sus propios valores que le permitan tener una vida sexual sana, consciente y responsable.

La meta de la orientación sexual no es suprimir o controlar la expresión sexual, sino demostrar las diversas posibilidades de relación humana que la sexualidad ofrece (Shultz & Williams, 1975).

Un Programa de orientación sexual debe influir sobre tres áreas: proporcionar conocimientos (nivel cognoscitivo), conformar actitudes y valores (nivel afectivo) y dotar de habilidades (nivel operacional) (Álvarez & Mazin, 1990).

La conducta sexual en el hombre es instintiva pero a diferencia de los animales es susceptible de ser moldeada por la sociedad y por el contenido afectivo de lo humano (Lugo, 2002).

- *Sexualidad.* El punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación y el papel sexual (social) y la identidad sexogenérica (psicológico), surge el concepto básico de sexualidad. Hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad (Álvarez & Mazín, 1990). Es hablar del ser en tres dimensiones: biológica (constituye lo corpóreo: anatomía y fisiología dónde radican las diferencias esenciales entre el hombre y la mujer), psicológica (esta integrada por procesos mentales de raciocinio, sentimientos, emociones, actitudes) y social (consiste en la sujeción y condicionamiento de cada persona a la dinámica de las relaciones humanas del grupo al que pertenece) (Martínez, 1998).
- *Nivel de conocimientos.* Información y conceptos organizados, incluido la solución de problemas, que manejan los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual sobre la sexualidad.
- *Actitud hacia la sexualidad.* Según Farré, Laceras y Casas (1999) la predisposición y comportamientos sexuales para valorar favorable o desfavorablemente objetos, ideas, conceptos, situaciones y sujetos que lo rodean y que, por lo tanto, influyen su comportamiento, están influidos de modo considerable por nuestras creencias, pensamientos, sentimientos y percepciones acerca de la sexualidad.

El comportamiento sexual depende de las actitudes respecto a la sexualidad, y estas actitudes son producto de la educación y orientación sexual recibida (Corbella & Sánchez, 1998).

Tipo de Estudio

Descriptivo, transversal y de campo.

Se realizó una investigación de tipo descriptivo. Se pretendía medir el nivel de conocimientos y actitud hacia la sexualidad de un grupo de personas con el propósito de dar un panorama del fenómeno al que se hace referencia (Hernández, 2003).

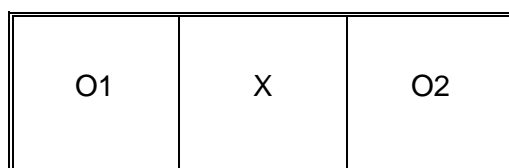
Transeccional o transversal porque nos interesaba medir el fenómeno en el presente sin tomar en cuenta su evolución a través del tiempo.

Y de campo porque se llevó a cabo en el medio en el que se encuentra el individuo, es decir, en una situación real (Namakforoosh, 1996).

Diseño

Se trató de un diseño pretest-postest con un solo grupo. Una vez elegido el grupo se le aplicó una escala de actitudes hacia la sexualidad, así como también un cuestionario de conocimientos enfocado a la misma temática (pretest), posteriormente se llevó a cabo el Programa de orientación sexual.

Al finalizar el programa nuevamente se les aplicaron los instrumentos (postest).



Muestra

La muestra se obtuvo de la población que asiste a la institución de rehabilitación EN-CO Mariposa Blanca A.C., 15 adolescentes y adultos con discapacidad intelectual de entre 17 y 52 años de edad, 6 de sexo femenino y 9 de sexo masculino.

Muestreo

No probabilístico o intencional, los sujetos no fueron asignados de forma aleatoria. La muestra no representó a toda la población ya que se trató de un estudio para una población específica.

De un universo de 25 sujetos se pidió a 15 de ellos, que cumplieran con los criterios de inclusión y la autorización de sus padres o tutores, participar en un Programa de orientación sexual.

Criterios de inclusión

1. Usuarios de la Institución de rehabilitación EN-CO Mariposa Blanca A.C.
2. Adolescentes y adultos con discapacidad intelectual (hombres y mujeres), cuya edad osciló entre los 17 y 52 años.
3. Con un Cociente Intelectual (C.I) de 36 a 51 y de 52 a 70, que los ubicó dentro de la categoría de moderado a superficial.

Criterios de exclusión

1. Se prescindió de la participación de aquella persona que mostró conductas disruptivas dentro del programa.
2. Se prescindió de la participación de aquella persona que por iniciativa de los padres o tutores se solicitó abandonara el programa.

Descripción de instrumento

Se utilizó el cuestionario múltiple; Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI) que consta de 3 cuestionarios, los cuales diseñamos para explorar antecedentes de agresión sexual de abuso y violación, evaluar el nivel de conocimientos y las actitudes hacia la propia sexualidad, en una población de adolescentes y adultos con discapacidad intelectual (moderada a superficial).

La construcción del CUSAADI tenía como objetivo conocer el efecto del Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual. Tiene un

formato estructurado, sin orden de dificultad, por su material es de lápiz-papel. El cuestionario de Antecedentes de agresión sexual es de aplicación individual, mientras que los cuestionarios de Conocimientos sobre sexualidad y Actitudes hacia la propia sexualidad son de aplicación colectiva.

El CUSAADI contiene diferentes tipos de reactivos. En el caso del cuestionario de Antecedentes de agresión sexual se encuentran reactivos de respuesta abierta, de localización y dicotómicas. Se califica dependiendo de si la respuesta es afirmativa o negativa, con puntajes de 1 y 0 respectivamente. En el de Conocimientos sobre sexualidad aparecen reactivos de opción múltiple y de localización. Se califica con 1 la respuesta correcta y con 0 la respuesta incorrecta. En tanto que el cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad sólo contiene reactivos dicotómicos. Se califica con 1 considerando si la respuesta es positiva y 0 si es negativa (Ver Tabla No. 1 y No. 2).

El CUSAADI cubre 3 áreas o dimensiones de la sexualidad: biológico, psicológico y social, y cuatro elementos u holones sexuales: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal.

Basándonos en las 3 dimensiones de la definición de sexualidad que da Álvarez (1979), en la descripción que de ellas hace Martínez (1998), y en el modelo de los cuatro holones sexuales propuesto por Rubio (1992).

Desde que iniciamos la construcción de los cuestionarios realizamos 15 correcciones en cuanto a las instrucciones, estructuración y tipos de reactivo, eliminación y elaboración de nuevos reactivos, y presentación de imágenes. Los primeros cuestionarios tenían un total de 66 reactivos; 16 reactivos en el cuestionario de Antecedentes de agresión sexual, 22 en Conocimientos y 28 reactivos en Actitudes, número de reactivos que vario durante la construcción de los cuestionarios. Hasta llegar a un total de 87 reactivos, entonces el cuestionario de Antecedentes de agresión sexual tenía en la sección para mujeres 25 reactivos, en la sección para hombres 23, en Conocimientos había 30 reactivos y en Actitudes 57.

Para verificar que el instrumento mide lo que pretende medir realizamos una validez de contenido interjueces.

Pedimos a 15 expertos en las áreas de Educación Especial, Educación Sexual, Psicología Educativa y Psicología Clínica que revisaran cada uno de los reactivos y las opciones de

respuesta e indicaran si la conceptualización y redacción era la adecuada, además de hacer las observaciones y sugerencias respectivas. También debían categorizar cada reactivo asignándole una dimensión y un holon sexual (Ver Tabla No. 3 y No. 4).

Hecho lo anterior, se llevó a cabo el análisis estadístico para obtener las frecuencias y porcentajes que permitieran conocer el consenso de los jueces en la categorización y eliminación de los reactivos. Se consideró suficiente el 60 % de acuerdo entre los jueces para que reactivos con constructo teórico permanecieran en los cuestionarios. Sin embargo, 6 de los reactivos que no cubrían este porcentaje no fueron eliminados al ser representativos de las áreas y holones sexuales que fundamentan teóricamente al CUSAADI. Además de aportar información importante cualitativa y cuantitativamente.

Los análisis estadísticos se hicieron por computadora utilizando el programa SPSS para Windows versión 11.

El instrumento quedó conformado por:

El cuestionario de Antecedentes de agresión sexual con 25 reactivos para la sección de mujeres y 23 reactivos para la sección de hombres, además de 2 imágenes de figuras humanas al desnudo, 1 femenina y 1 masculina.

El de Conocimientos sobre sexualidad con 23 reactivos, 3 de ellos muestran imágenes, 2 de los órganos sexuales externos, masculino y femenino, 1 de métodos anticonceptivos. Y el de Actitudes hacia la propia sexualidad integrado por 24 reactivos (Ver Anexo No. 1)

Tabla No. 1 Criterios de calificación del Cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad

REACTIVO	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
1	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
2	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
3	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
4	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
5	Para las opciones de respuesta el inciso c es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y b con 0 puntos.
6	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
7	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
8	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
9	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
10	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
11	Para las opciones de respuesta el inciso c es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y b con 0 puntos.
12	Para las opciones de respuesta el inciso c es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y b con 0 puntos.

13	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
14	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
15	Para las opciones de respuesta cada uno de los incisos se calificará con 1 punto y con 0 puntos si es que no están marcados.
16	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
17	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
18	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
19	Para las opciones de respuesta el inciso a es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos b y c con 0 puntos.
20	Para las opciones de respuesta el inciso b es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y c con 0 puntos.
21	Para las opciones de respuesta el inciso c es correcto y se calificará con 1 punto. Los incisos a y b con 0 puntos.
22	Para las opciones de respuesta por cada acierto se calificará con 1 punto.
23	Para las opciones de respuesta por cada acierto se calificará con 1 punto.

Tabla No. 2 Criterios de calificación del Cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad

REACTIVO	CRITERIO DE CALIFICACIÓN
+1	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-2	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
-3	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
-4	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+5	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-6	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+7	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-8	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
-9	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+10	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
+11	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
+12	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-13	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+14	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-15	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+16	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-17	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+18	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.

-19	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+20	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-21	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.
+22	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
+23	Para las opciones de respuesta el inciso a se calificará con 1 punto, el inciso b con 0 puntos.
-24	Para las opciones de respuesta el inciso b se calificará con 1 punto, el inciso a con 0 puntos.

Tabla No. 3 Dimensión y Holón asignados a cada reactivo en el Cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad.

Reactivo	Dimensión	%	Holón	%
1	B	100	Rh	66.7
2	B	100	Rh	66.7
3	B	100	Rh	60
4	B	100	Rh	53.3
5	B	100	Rh	73.3
6	B	53.3	Ero	86.7
7	S	80	Ero	73.3
8	B	86.7	Ero	66.7
9	B	46.7	Ero	46.7
10	P	66.7	Ero	86.7
11	B	100	Rh	80
12	B	60	Rh	93.3
13	B	100	Rh	86.7
14	B	100	Rh	93.3
15	S	53.3	Rh	100
16	B	86.7	Rh	73.3
17	B	100	Rh	80
18	B	53.3	Rh	66.7
19	B	60	Gen	46.7
20	B	66.7	Gen	60
21	B	100	Rh	60
22	B	93.3	Gen	60
23	B	93.3	Gen	60

Dimensión

P= Psicológico

S= Social

B= Biológico

Holón

Rh= Reproductividad

Ero= Erotismo

Gen= Género

**Tabla No. 4 Dimensión y Holón asignados a cada reactivo en el
Cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad**

Reactivo	Dimensión	%	Holón	%
1	P	93.3	Gen	60
2	P	86.7	Gen	53.3
3	P	86.7	Ero	73.3
4	P	80	Ero	80
5	P	73.3	Vai	66.7
6	P	80	Gen	66.7
7	P	93.3	Gen	73.3
8	S	60	Gen	60
9	P	93.3	Gen	66.7
10	B	60	Gen	73.3
11	B	66.7	Gen	60
12	B	73.3	Gen	60
13	P	93.3	Ero	100
14	P	86.7	Ero	100
15	S	80	Ero	93.3
16	S	66.7	Vai	93.3
17	S	66.7	Vai	86.7
18	P	53.3	Vai	86.7
19	S	66.7	Vai	93.3
20	P	86.7	Ero	80
21	P	73.3	Ero	73.3
22	S	66.7	Vai	66.7
23	S	66.7	Rh	73.3
24	P	80	Ero	100

Dimensión

P= Psicológico

S= Social

B= Biológico

Holón

Rh= Reproductividad

Ero= Erotismo

Gen= Género

Vai= Vinculación afectiva interpersonal

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CARTA DESCRIPTIVA

Este programa se llevó a la práctica bajo el esquema de un taller vivencial que permitió la participación dinámica e integración de los participantes. En un espacio en donde se comentaron y se compartieron experiencias, en un ambiente de confianza y bienestar.

Tuvo como objetivo incrementar, clarificar, modificar y/o enriquecer los conocimientos, las sensaciones y emociones que los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual tenían acerca de la sexualidad, promoviendo con esto un cambio de actitud.

Las dinámicas se llevaron a cabo en un espacio cerrado, amplio, con buena ventilación e iluminación, con un mobiliario de doce sillas acojinadas, tres mesas redondas, y seis colchonetas, para que los participantes se sintieran cómodos y se desplazarán sin dificultades.

El programa constó de 10 sesiones de 1 hora 40 minutos, 2 veces por semana. En la primera sesión se dio la bienvenida y se llevó a cabo la dinámica de presentación, de los participantes y del programa. En la última sesión se hizo el cierre.

De la sesión No. 2 a la No. 9 las temáticas se consideraron desde tres bloques o aspectos: biológico, psicológico y social, dando un tiempo de 30 minutos, respectivamente, para cada sesión y un descanso de 5 minutos (Ver Anexo No. 2).

Sesiones No. 2, 3 y 4

Objetivos:

- Que los participantes conozcan el nombre y función de los órganos sexuales.
- Que reconozcan los cambios que ocurren en su cuerpo, dejando muy claro que las sensaciones y emociones resultantes de esto son distintas en la infancia, pubertad/adolescencia y adultez. De tal manera que conlleve a una mejora en la autoestima donde las personas den mayor valor a otros aspectos como el cuidado de la higiene y arreglo personal favorecedores de su imagen social.

Temáticas: Anatomía, fisiología y salud sexual, pubertad, maduración sexual y cambios físicos y emocionales.

Sesión No. 5

Objetivos:

- Que los participantes conozcan diferentes formas de estimulación sexual u opciones para ejercer su sexualidad.
- Que los participantes conozcan el concepto de intimidad y aprendan a diferenciar conductas públicas y privadas según el contexto.
- Que los participantes descubran y experimenten lo que les despierta estar en contacto con su propio cuerpo y en la proximidad y/o contacto físico con otro.

Temáticas: Conducta sexual, formas de estimulación sexual, sensaciones corporales, conductas públicas y privadas.

Sesión No. 6

Objetivos:

- Que los participantes conozcan como ocurre la fecundación, el transcurso de un embarazo, los cambios físicos y emocionales que lo acompañan, hasta el parto.
- Que los participantes reflexionen sobre las posibilidades reales de tener un hijo, los cuidados que necesita, asumir su rol como padre o madre, que sea planeado y deseado.

Temáticas: Fecundación, embarazo y parto.

Sesión No. 7

Objetivos:

- Que los participantes conozcan las características más importantes de las infecciones de transmisión sexual más comunes.
- Que los participantes identifiquen signos y síntomas en ellos mismos y/o en la pareja.
- Enfatizar en el seguimiento de medidas preventivas para evitar un contagio.
- Que los participantes pongan en práctica medidas preventivas para evitar un contagio.

Temáticas: Infecciones de transmisión sexual.

Sesión No. 8

Objetivos:

- Que los participantes conozcan la gran variedad de métodos anticonceptivos que existen.
- Fomentar el uso de métodos anticonceptivos como una medida preventiva.
- Que los participantes consideren el uso de métodos anticonceptivos como una medida preventiva.

Temáticas: Salud reproductiva y anticoncepción.

Sesión No. 9

Objetivos:

- Que los participantes clarifiquen el concepto de agresión sexual (abuso y/o violación).
- Que los participantes identifiquen situaciones de riesgo.
- Que los participantes diferencien los límites y los contactos y/o acercamientos físicos permitidos según la relación de la que se trate.
- Facilitar la expresión de experiencias acerca de algún acontecimiento de agresión sexual.

Temáticas: Agresiones sexuales (abuso y/o violación).

CAPITULO 6

RESULTADOS

El objetivo de la presente investigación fue promover un cambio en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la propia sexualidad en adolescentes y adultos con discapacidad intelectual como resultado de su participación en un Programa de orientación sexual.

A continuación se mostrará el orden en el que se presentan los resultados para facilitar su comprensión.

La primera parte hace referencia a la descripción de los datos sociodemográficos que se obtuvieron de la muestra. Y la segunda, a la comprobación estadística de las hipótesis planteadas con respecto a los resultados obtenidos en la aplicación de los Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI), antes y después de la implementación del Programa de orientación sexual.

Es conveniente recordar que el CUSAADI consta de 3 cuestionarios: Conocimientos sobre sexualidad, Actitudes hacia la propia sexualidad y Antecedentes de agresión sexual. La construcción del CUSAADI tenía como objetivo conocer el efecto del Programa de orientación sexual para adolescentes y adultos con discapacidad intelectual.

Para verificar que el instrumento mide lo que pretende medir realizamos una validez de contenido interjueces.

Hecho lo anterior se llevó a cabo un análisis estadístico para obtener las frecuencias y porcentajes que permitieran conocer el consenso de los jueces en la categorización y eliminación de los reactivos. Se consideró suficiente 60 % de acuerdo entre los jueces para que los reactivos permanecieran en los cuestionarios. Sin embargo, 6 de los reactivos que no cubrían este porcentaje no fueron eliminados al ser representativos de las áreas y holones sexuales que fundamentan teóricamente al CUSAADI. Además de aportar información importante cualitativa y cuantitativamente.

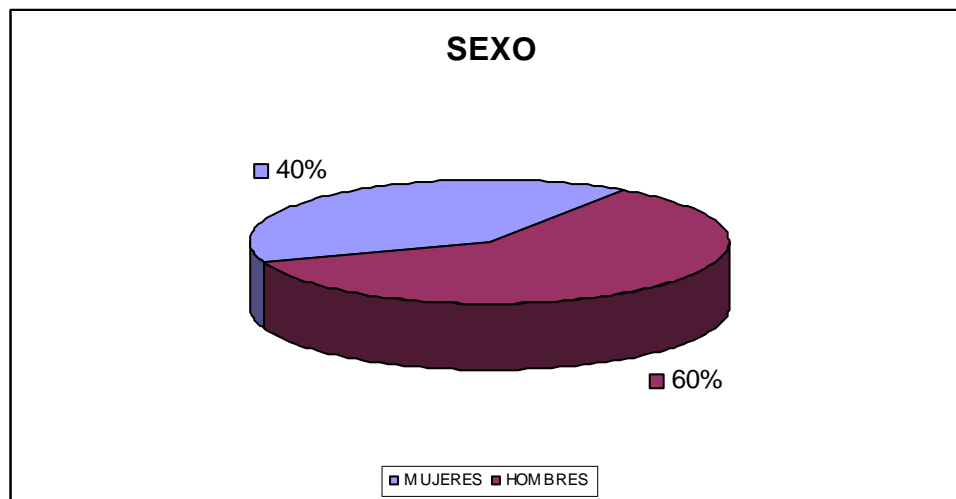
Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS para Windows versión 11.

Datos sociodemográficos

En cuanto a la edad se observa que el rango en el cual se distribuye la muestra es entre 17 y 52 años.

En lo que respecta al sexo 60% son hombres, mientras que las mujeres representan 40%.

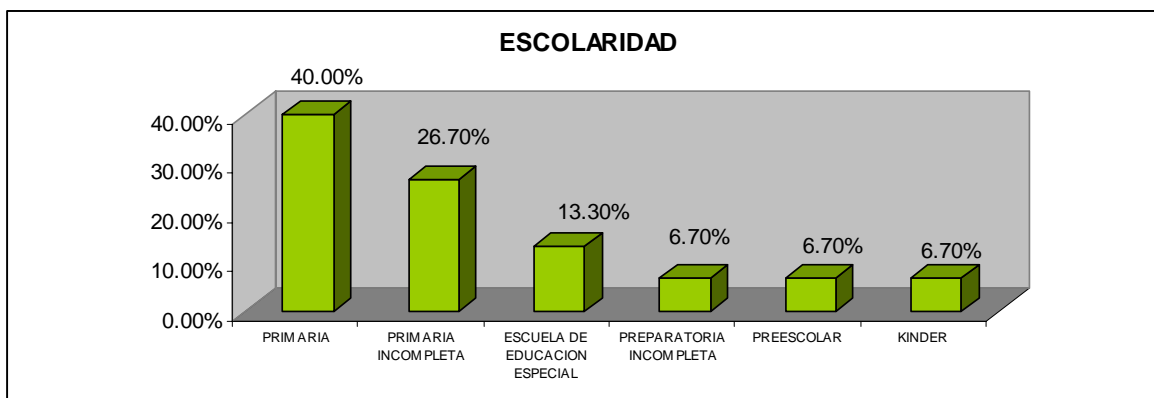
Gráfica No. 1 Distribución porcentual del sexo



En lo referente a su escolaridad se puede señalar que 40% tiene un nivel académico de primaria concluida mientras que 26.7% la dejó inconclusa. Seguido por 13.3% que asistió a Instituciones de Educación Especial.

En tanto que para el nivel de preparatoria incompleta, preescolar y Kinder se obtuvo 6.7% respectivamente.

Gráfica No. 2 Distribución porcentual del nivel académico



Resultados de la aplicación Pretest-Postest del CUSAADI

En el análisis estadístico no paramétrico se seleccionó la prueba de McNemar, ya que estudia los cambios en dos muestras relacionadas (los mismos sujetos medidos en dos ocasiones) y medidas nominales.

El criterio para considerar diferencias estadísticamente significativas fue menor o igual a .05 ($\alpha \leq .05$) en la aplicación pretest-postest del CUSAADI.

Cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad

Los reactivos que tuvieron una significancia menor o igual al .05 ($\alpha \leq .05$) fueron el 2, 6, 9, 11, 13, 20 y 25 relacionados con las temáticas de cambios puberales, formas de estimulación sexual, fecundación, embarazo, anticoncepción y salud e higiene sexual, además de los reactivos 27, 30, 31, 32 y 33 relacionados con la identificación de los órganos sexuales externos masculino y femenino.

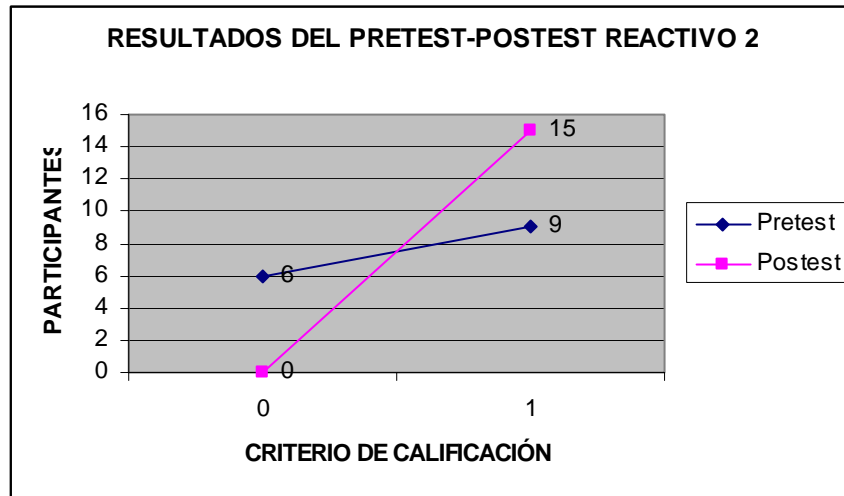
En todos estos reactivos la puntuación de los participantes cambio de 0 a 1, incrementándose así el número de aciertos y por lo tanto su nivel de conocimientos sobre sexualidad.

Tabla No.1 Significancia estadística de los reactivos del cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad

Reactivos	$\alpha \leq .05$ Significancia estadística
2. ¿Qué es la menstruación?	.031
6. ¿Qué es la masturbación?	.016
9. Una relación sexual coital es cuando hay:	.016
11. La fecundación es la unión de:	.016
13. El bebe se forma y crece en:	.008
20. Marca con una cruz los anticonceptivos que conoces: DIU	.004
25. El hombre mantiene saludables sus órganos sexuales:	.031
27. Anota el número 1 en la línea que indica la vulva.	.004
30. Coloca el número 5 en la línea en que se encuentra la entrada vaginal.	.039
31. Anota el número 1 en la línea que señala el pene.	.031
32. Pon el número 2 en la línea dónde se localiza el escroto.	.039
33. Anota el número 4 en la línea que señala el glande.	.016

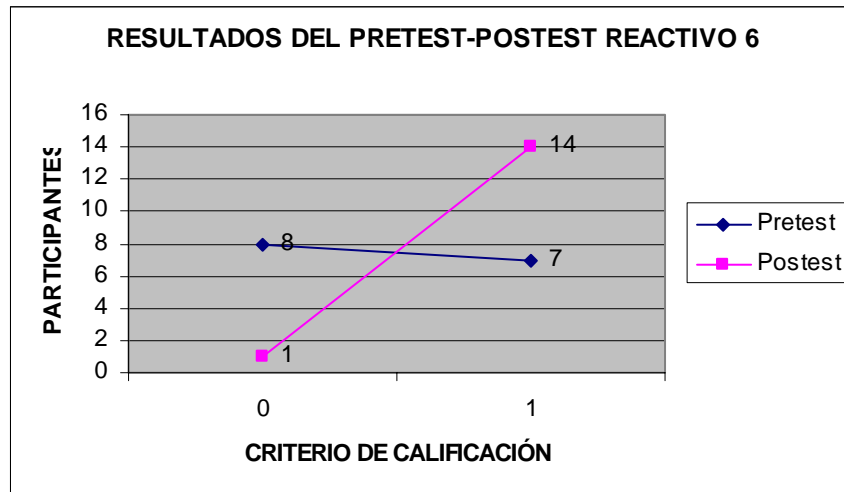
En seguida se presentan las gráficas de los cambios obtenidos en el pretest-postest de los reactivos con significancia estadística.

Gráfica No. 3 Cambios del Pretest-Postest reactivo 2
¿Qué es la menstruación?



En el pretest 6 participantes calificaron con 0 y 9 participantes con 1. Mientras que en el postest el total de los participantes, 15, calificaron con 1.

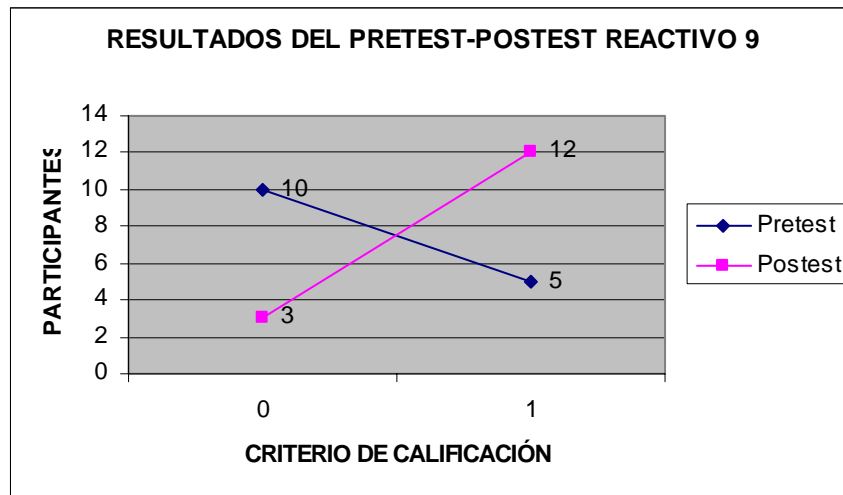
Gráfica No. 4 Cambios del Pretest-Postest reactivo 6
¿Qué es la masturbación?



En el pretest 8 participantes calificaron con 0 y 7 participantes con 1. Mientras que en el postest 14 participantes calificaron con 1 y solo 1 participante se mantuvo en 0.

Gráfica No. 5 Cambios del Pretest-Postest reactivo 9

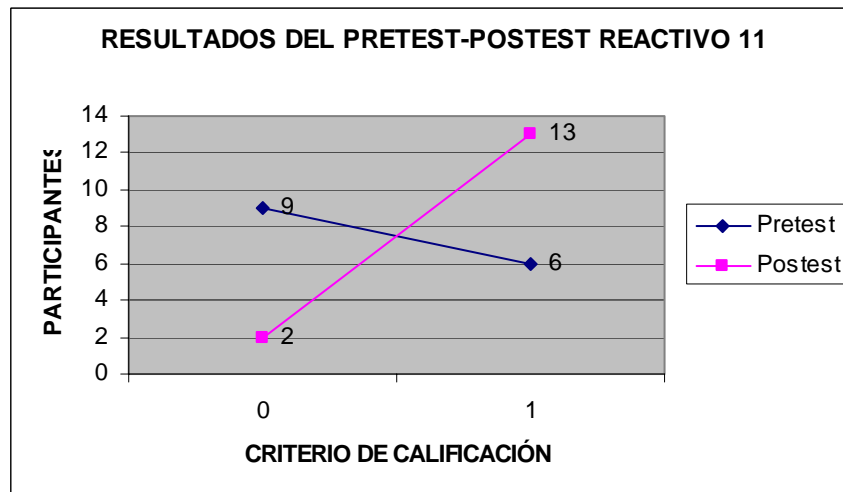
Una relación sexual coital es cuando hay:



En el pretest 10 participantes calificaron con 0 y 5 participantes con 1. Mientras que en el posttest 12 participantes calificaron con 1 y 3 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 6 Cambios del Pretest-Postest reactivo 11

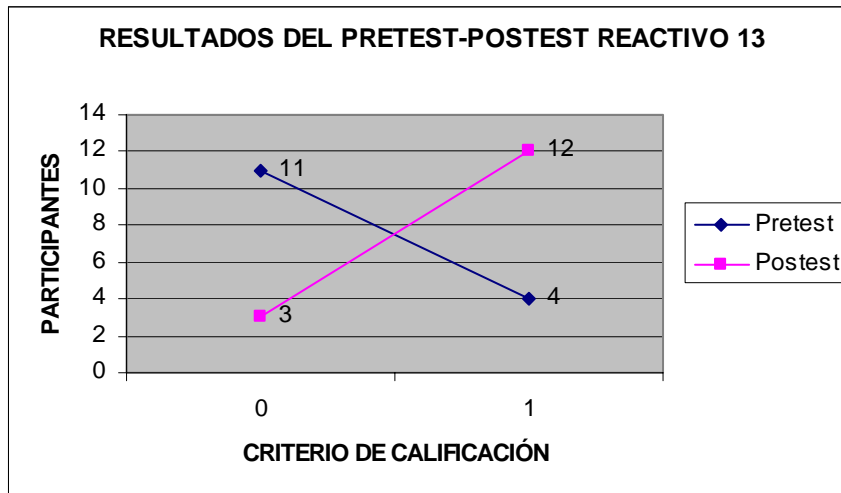
La fecundación es la unión de:



En el pretest 9 participantes calificaron con 0 y 6 participantes con 1. Mientras que en el posttest 13 participantes calificaron con 1 y 2 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 7 Cambios del Pretest-Postest reactivo 13

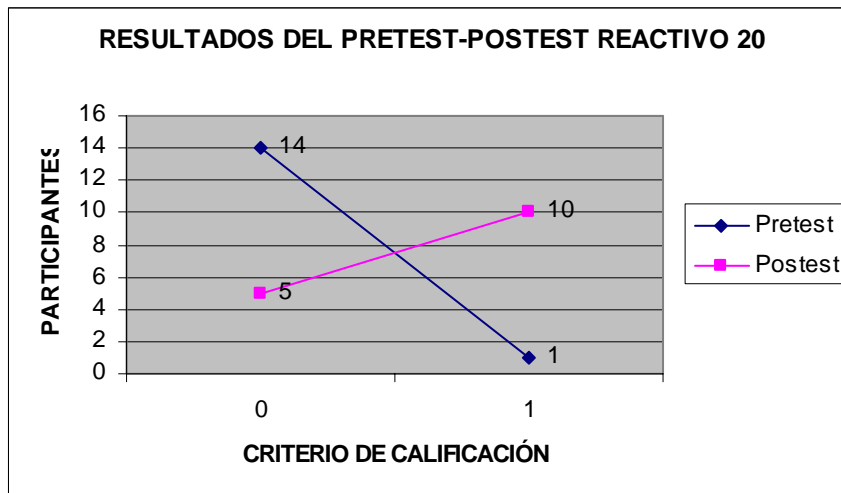
El bebé se forma y crece en:



En el pretest 11 participantes calificaron con 0 y 4 participantes con 1. Mientras que en el postest 12 participantes calificaron con 1 y 3 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 8 Cambios del Pretest-Postest reactivo 20

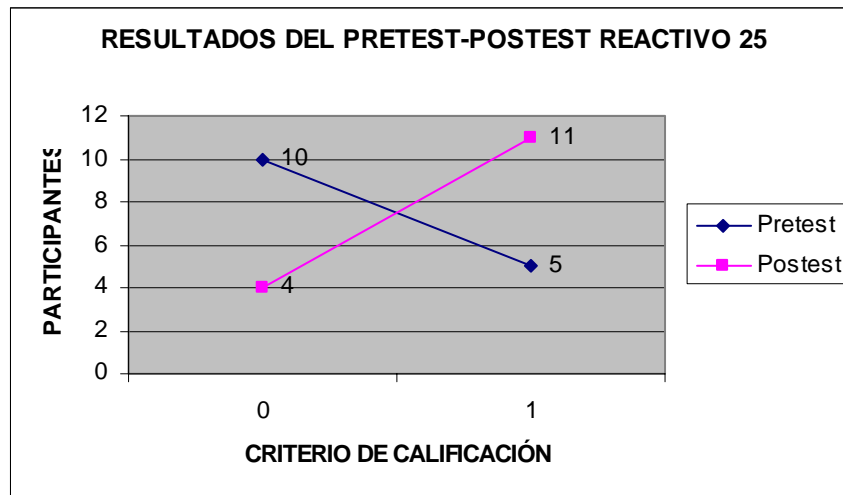
Marca con una cruz (x) los anticonceptivos que conoces: DIU



En el pretest 14 participantes calificaron con 0 y 1 participante con 1. Mientras que en el postest 10 participantes calificaron con 1 y 5 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 9 Cambios del Pretest-Postest reactivo 25

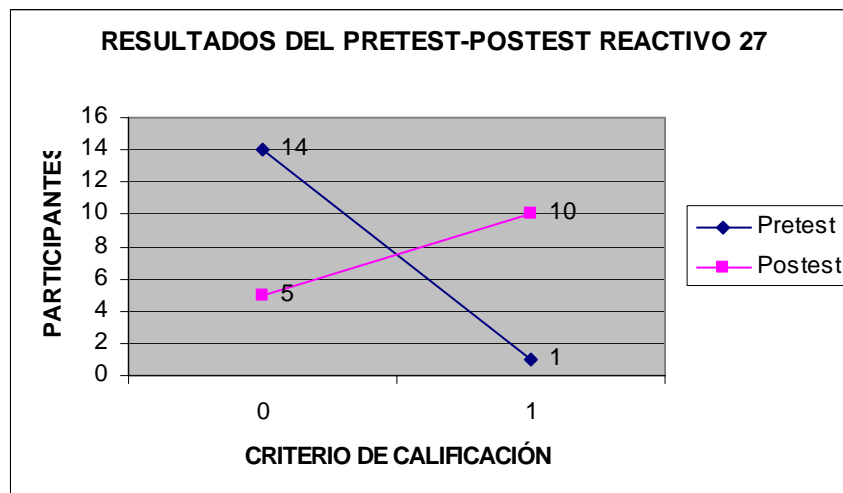
El hombre mantiene saludables sus órganos sexuales:



En el pretest 10 participantes calificaron con 0 y 5 participantes con 1. Mientras que en el posttest 11 participantes calificaron con 1 y 4 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 10 Cambios del Pretest-Postest reactivo 27

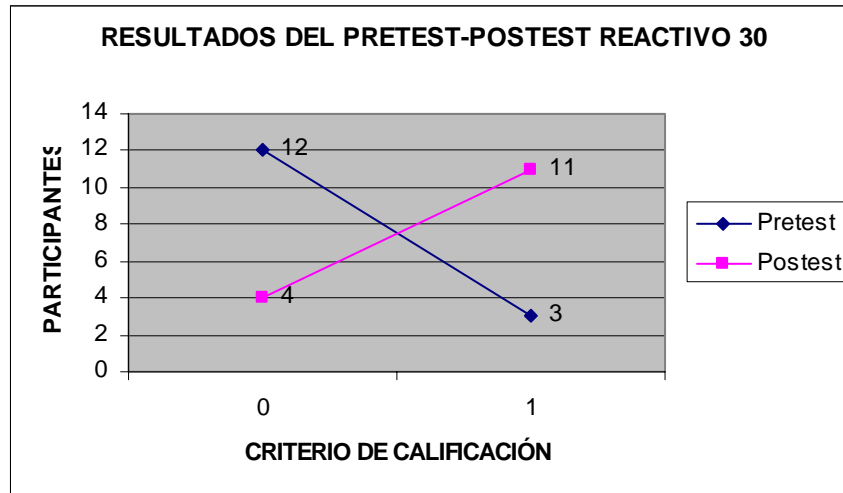
Anota el número 1 en la línea que indica la vulva.



En el pretest 14 participantes calificaron con 0 y 1 participante con 1. Mientras que en el posttest 10 participantes calificaron con 1 y 5 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 11 Cambios del Pretest-Postest reactivo 30

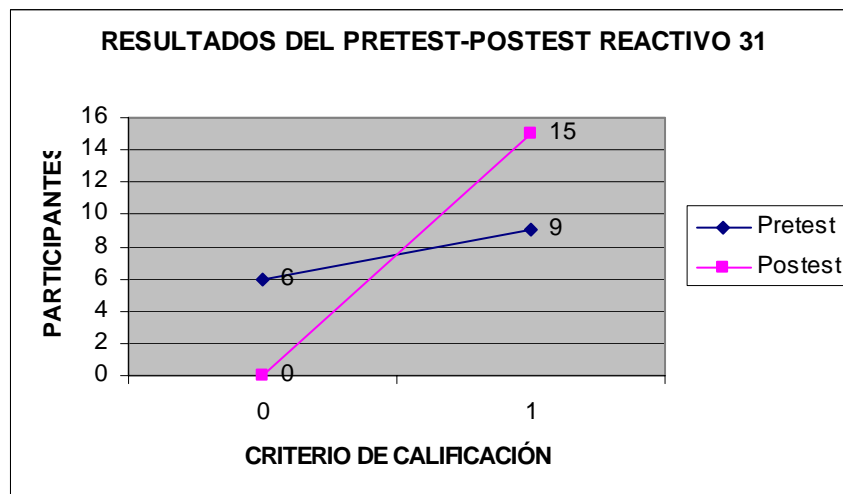
Coloca el número 5 en la línea en que se encuentra la entrada vaginal.



En el pretest 12 participantes calificaron con 0 y 3 participantes con 1. Mientras que en el posttest 11 participantes calificaron con 1 y 4 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 12 Cambios del Pretest-Postest reactivo 31

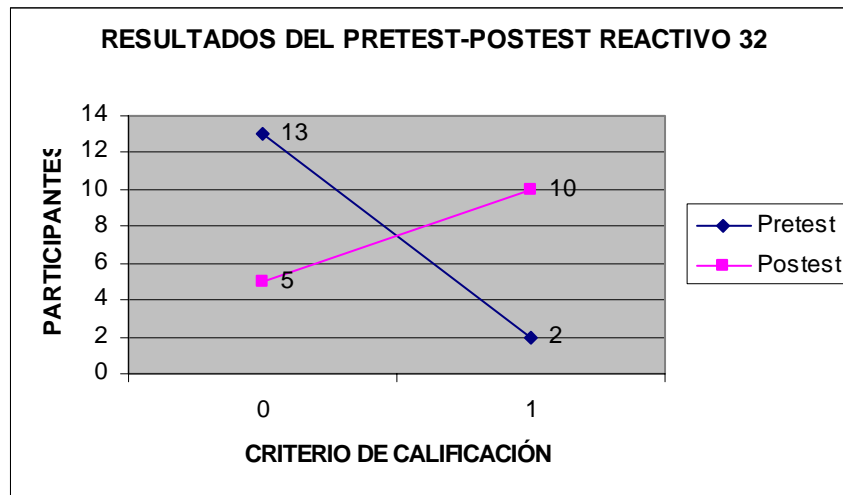
Anota el número 1 en la línea que señala el pene.



En el pretest 6 participantes calificaron con 0 y 9 participantes con 1. Mientras que en el posttest el total de los participantes, 15, calificaron con 1.

Gráfica No. 13 Cambios del Pretest-Postest reactivo 32

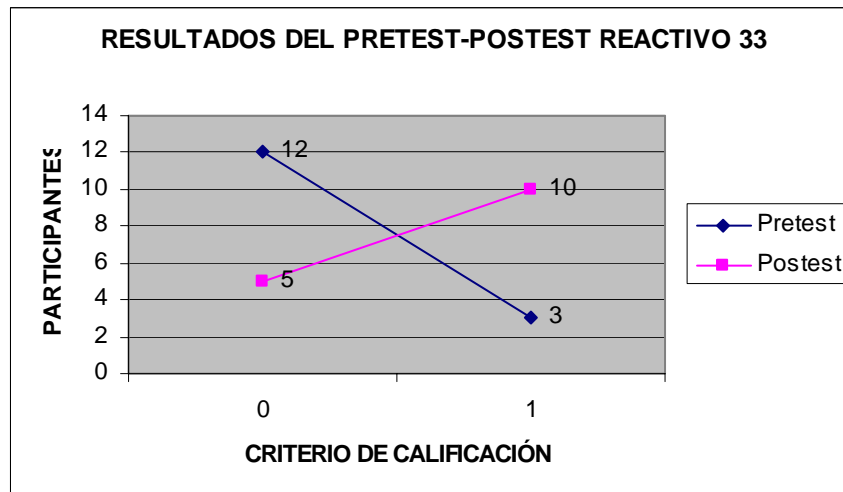
Pon el número 2 en la línea dónde se localiza el escroto.



En el pretest 13 participantes calificaron con 0 y 2 participantes con 1. Mientras que en el postest 10 participantes calificaron con 1 y 5 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 14 Cambios del Pretest-Postest reactivo 33

Anota el número 4 en la línea que señala el glande.



En el pretest 12 participantes calificaron con 0 y 3 participantes con 1. Mientras que en el postest 10 participantes calificaron con 1 y 5 participantes se mantuvieron en 0.

Cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad

En el cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad, los reactivos que tuvieron una significancia menor o igual al .05 ($\alpha \leq .05$) fueron el 1, 2, 3, 13 y 24 relacionados con la actitud hacia su cuerpo y las formas de estimulación sexual.

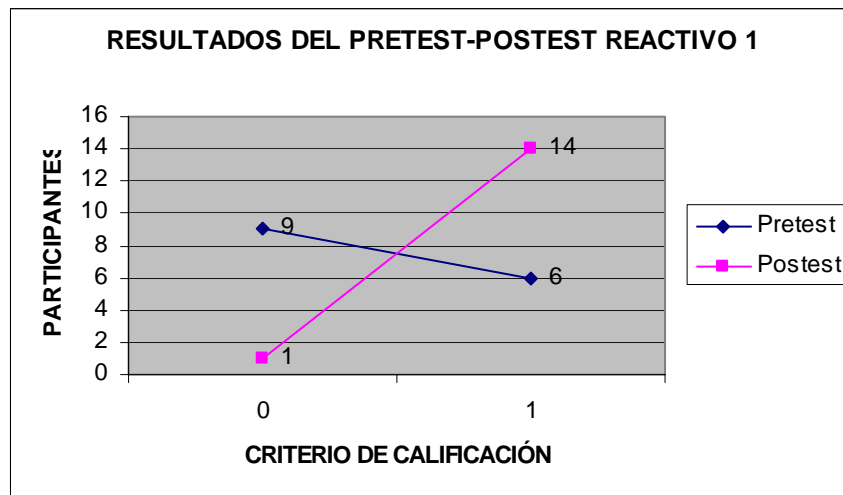
En estos reactivos la puntuación de los participantes cambio de 0 a 1 incrementándose la puntuación y cambiando sus actitudes de negativas a positivas.

Tabla No. 2 Significancia estadística de los reactivos del cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad

Reactivos	$\alpha \leq .05$ Significancia estadística
1. Quiero a mi cuerpo.	.008
2. Me desagrada mi cuerpo.	.008
3. Me desagradan mis genitales.	.004
13. Me siento mal cuando acaricio mi cuerpo.	.031
24. Me molesta ver revistas de parejas teniendo relaciones sexuales.	.031

En seguida se presentan las gráficas de los cambios obtenidos en el pretest-postest de los reactivos con significancia estadística.

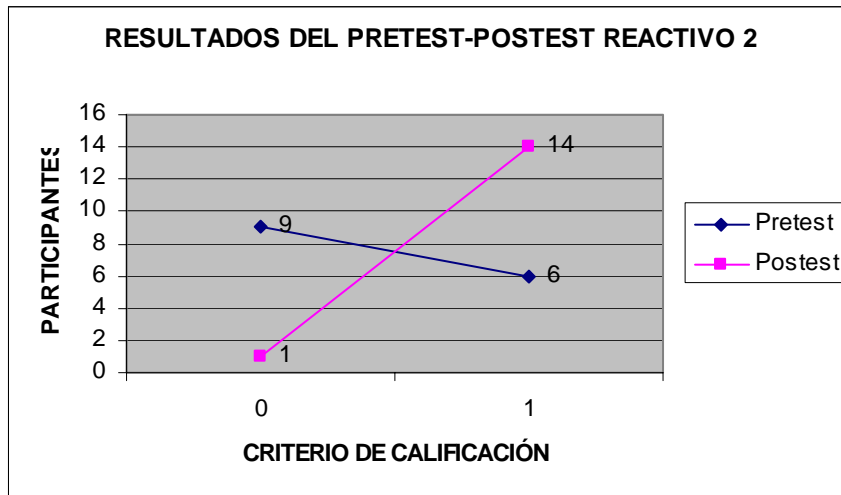
Gráfica No. 15 Cambios del Pretest-Postest reactivo 1
Quiero a mi cuerpo.



En el pretest 9 participantes calificaron con 0 y 6 participantes con 1. Mientras que en el postest 14 participantes calificaron con 1 y solo 1 participante se mantuvo en 0.

Gráfica No. 16 Cambios del Pretest-Postest reactivo 2

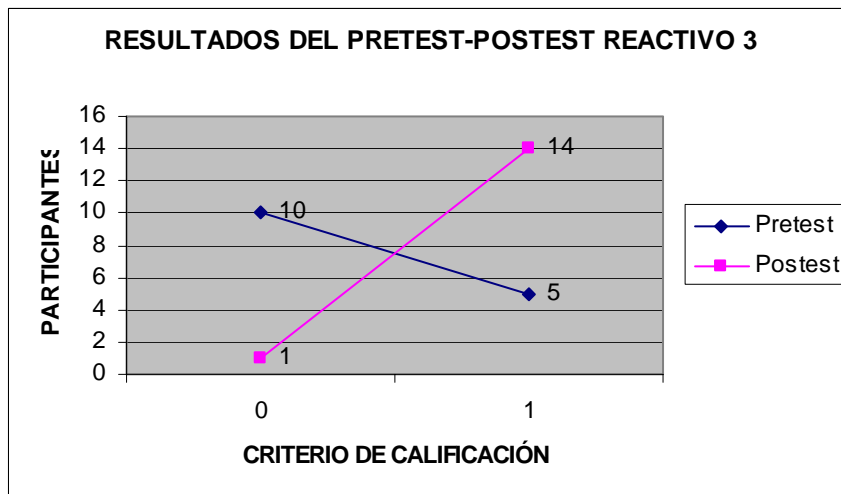
Me desagrada mi cuerpo



En el pretest 9 participantes calificaron con 0 y 6 participantes con 1. Mientras que en el posttest 14 participantes calificaron con 1 y solo 1 participante se mantuvo en 0.

Gráfica No. 17 Cambios del Pretest-Postest reactivo 3

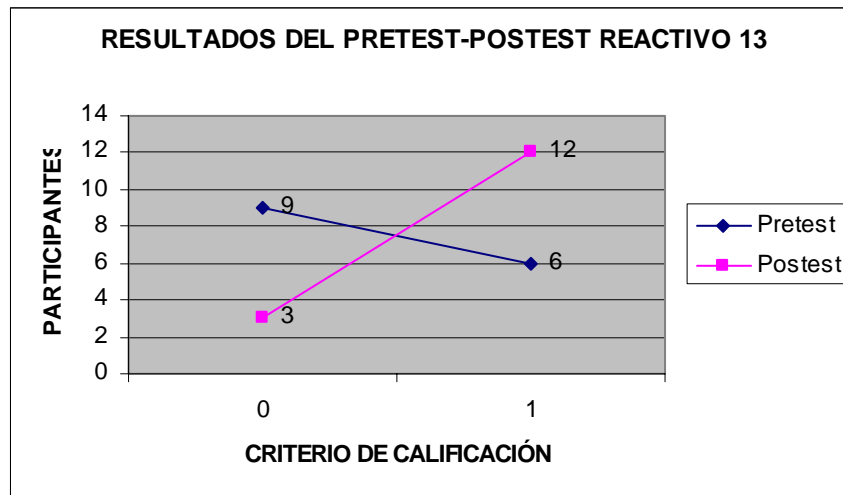
Me desagradan mis genitales



En el pretest 10 participantes calificaron con 0 y 5 participantes con 1. Mientras que en el posttest 14 participantes calificaron con 1 y solo 1 participante se mantuvo en 0.

Gráfica No. 18 Cambios del Pretest-Postest reactivo 13

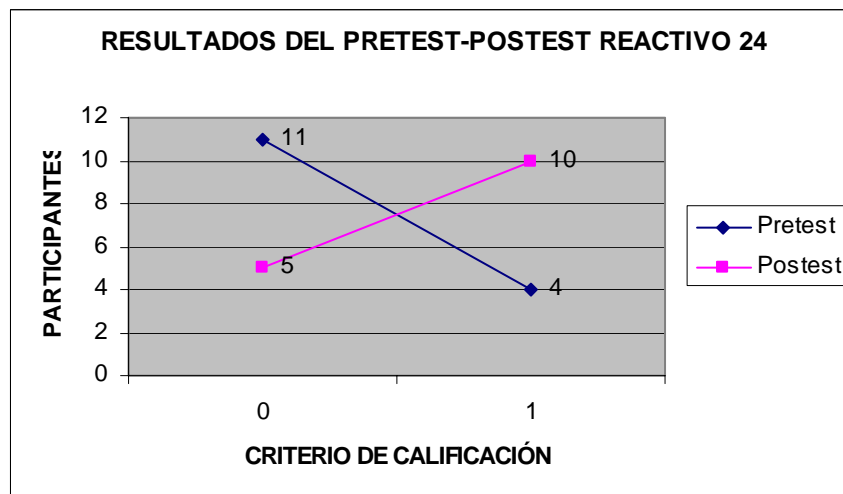
Me siento mal cuando acaricio mi cuerpo.



En el pretest 9 participantes calificaron con 0 y 6 participantes con 1. Mientras que en el posttest 12 participantes calificaron con 1 y 3 participantes se mantuvieron en 0.

Gráfica No. 19 Cambios del Pretest-Postest reactivo 24

Me molesta ver revistas de parejas teniendo relaciones sexuales.



En el pretest 11 participantes calificaron con 0 y 4 participantes con 1. Mientras que en el posttest 10 participantes calificaron con 1 y 5 participantes se mantuvieron en 0.

Cuestionario de Antecedentes de Agresión sexual (abuso y/o violación)

En el cuestionario de Antecedentes de agresión sexual ningún reactivo se contestó de manera afirmativa y durante el programa ningún participante señaló haber vivido experiencias de agresión sexual. Por lo tanto no se realizó ningún análisis estadístico.

En el resto de los reactivos, tanto en el cuestionario de Conocimientos sobre sexualidad como en el cuestionario de Actitudes hacia la propia sexualidad, no se encontraron cambios significativos por lo que se rechazan las hipótesis de investigación al no verse reflejado en el análisis estadístico la efectividad del programa en su totalidad.

Sin embargo, los reactivos que tuvieron una significancia estadística aportan información sobre las temáticas básicas que deben abordarse con esta población. Por lo tanto deben ser retomadas en futuras investigaciones.

DISCUSIÓN

En la aplicación pretest de los Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI) pudieron detectarse en los participantes deficiencias en el manejo de información sobre sexualidad y en las actitudes hacia su sexualidad en temáticas básicas como: cambios puberales, formas de estimulación sexual, fecundación, embarazo, anticoncepción, salud e higiene sexual, identificación de los órganos sexuales masculino y femenino, y actitud hacia su cuerpo. Por lo que el Programa de orientación sexual fue un recurso importante en estas áreas, ya que les dio la oportunidad de incrementar su nivel de conocimientos y formarse una actitud positiva y sana hacia la propia sexualidad, logrando entonces un cambio en sus ideas, actitudes y conductas respecto a estos temas. Dejando de ver como propias las ideas y creencias de sus padres, en muchos casos deformadas y erróneas.

No obstante, una de las limitaciones que el instrumento tuvo, fue el no contener reactivos representativos de temáticas referentes al establecimiento de relaciones interpersonales, agresión sexual (abuso y/o violación) y concepto de intimidad. De tal manera que no fue posible evaluar cuantitativamente sus conocimientos y actitudes hacia estas temáticas. Aún cuando el instrumento tiene un cuestionario de Antecedentes de agresión sexual, éste sólo explora si los participantes han vivido situaciones de abuso y/o violación pero no evalúa los conocimientos y actitudes que poseen en el tema.

Por otro lado hubo variables que fueron contempladas pero que no pudieron ser controladas. Variables tales como: la implementación del programa que se realizó en un periodo muy breve, la cantidad de información que se maneja fue tan amplia que no se disponía del tiempo para poder profundizar en un tema. Y a pesar de que los participantes poseen una capacidad intelectual que está en un rango de moderado a superficial, tienen dentro de las limitaciones propias de su discapacidad, una baja capacidad de razonamiento y abstracción, dificultades para establecer relaciones interpersonales donde se vinculen afectivamente y para expresar verbalmente sus ideas y emociones.

De esta manera, aunque en el análisis estadístico el 30% del total de los reactivos tuvieron una significancia menor o igual a .05 ($\alpha \leq .05$), los cambios que aquí se reflejaron no son suficientes pues se esperaba obtener en el 80% esta significancia, influyendo las

limitaciones del instrumento y las variables antes mencionadas, por lo que no fue posible demostrar la efectividad del programa en su totalidad rechazándose las hipótesis de investigación.

Esto impidió que los participantes asimilaran los contenidos de todo el programa y que los cambios que se generaron tuvieran mayor repercusión en sus ideas, emociones, actitudes y conductas.

Otros obstáculos fueron la falta de información sobre conductas públicas y privadas, conocimientos básicos y expresión inadecuada de la propia sexualidad. Además los participantes mostraban actitudes sumisas, pasivas y de sometimiento a las conductas de figuras de autoridad. Esto podía propiciar que ellos accedieran a actos de abuso sexual, ya que desconocían que el cuerpo posee partes íntimas que otros no deben tocar. Convirtiéndose en una problemática tanto para los padres como para la institución.

En relación a esto, Hiriart (1999) comenta que uno de los obstáculos para impartir educación y orientación sexual, sigue siendo la creencia de que al dar información a las personas, éstas aceleran sus experiencias, ampliarán su curiosidad y querrán poner en práctica todos sus conocimientos. Así, aunque esto no suceda ni sea de ninguna manera el objetivo de la educación y la orientación sexual, los temores y prejuicios siguen existiendo y obstaculizando la implementación de estos programas

Al comenzar el programa, aunque el grupo se conocía y tenía una convivencia diaria en otras actividades, los participantes no tenían iniciativa para acercarse o abordar a los otros. No buscaban el diálogo entre sí mostrándose un tanto distantes. Evidenciando que "la forma que tienen de percibir el mundo condiciona sus conocimientos, su afectividad y sus relaciones con los demás" (Amor Pan, 1997).

También se mostraban reservados, con una actitud pasiva, manifestaban vergüenza y pena al hablar, al externar comentarios lo hacían en voz baja, se encontraban ansiosos riendo constantemente.

Debido a que la sexualidad es un tema en el que han sido reprimidos, viviéndolo con culpa y siendo castigados por cualquiera de sus manifestaciones e intereses hacia este tema. Hablar de sexualidad para ellos fue complicado pues implicaba hablar de su propia

intimidad. Al respecto Álvarez (1990) menciona que existen muchas restricciones en la conducta sexual humana. Del mismo modo, existen diferencias entre diversas culturas aún dentro de la misma población: lo que en uno está prohibido en otro es alentado. Por lo que nuestra sociedad sigue siendo sexo represiva.

La información con la que contaban estaba fragmentada e incompleta y en algunos casos distorsionada. La forma como la obtuvieron fue a través de programas y campañas de salud en radio y televisión, de amigos, en su casa y muy pocos en talleres de sexualidad. El vocabulario que utilizaban para referirse a las partes de su cuerpo y a términos sexuales era limitado e inapropiado. Por ejemplo sustituían la palabra pene nombrándolo “pajarito”, la menstruación por “la visita”. Por lo que siguiendo la recomendación de Rosete (1998) la información necesitó ser presentada de una forma concreta, con apoyos visuales, usando terminología sencilla y con una frecuente repetición.

Conforme transcurría el programa se fue creando un ambiente de confianza y respeto mutuo facilitando el diálogo entre los participantes, un proceso nada sencillo que les dio la posibilidad de que su participación fuera cada vez más activa y espontánea. Compartían sus experiencias, comentarios e inquietudes.

Coincidiendo con Ariza, et. al. (1991) en que el diálogo conduce al reconocimiento progresivo de sí mismo, de su personalidad sexuada y de los demás. Es una forma de preparación para poder establecer más adelante un diálogo que implique su ser masculino y femenino.

Durante el programa se fue percibiendo una mayor integración grupal. Todos tenían algo que decir, era obvio que el lenguaje era más amplio y rico; tanto a nivel verbal como corporal a través de gesticulaciones y movimientos.

Conforme se abordaban los temas y se trabajaban las dinámicas respectivas, las dudas de los participantes eran más específicas, pero aún cuando se utilizó un lenguaje sencillo y concreto, y se asumió una actitud directiva, la capacidad mental disminuida de los participantes influyó y esto derivó en que algunos no comprendieron toda la información. Pues como mencionan Rodríguez y de Pablo-Blanco (2004) la falta de desarrollo cognitivo puede provocar dificultades para comprender conceptos abstractos, pero el pensamiento

concreto es suficiente para acceder al mundo laboral y sexo-afectivo y conseguir un buen ajuste personal, sexual, familiar y social, integrándose de esta manera en la sociedad.

Hubo dinámicas en las que los participantes tuvieron dificultades para ejecutar las actividades como les era indicado. Un ejemplo es el uso correcto del condón en el modelo. Los participantes tenían dificultades para seguir los pasos como les era indicado; omitían o confundían el orden, perdían de referencia el cuidado, fineza y precisión que debían tener para hacerlo.

La actitud de los participantes también influyó en los resultados del programa. Se encontraban a la expectativa del tema y de la dinámica que se iba a trabajar. Su atención se centró en las temáticas que para ellos despertaron mayor interés, verbalizaban sus inquietudes, se mostraban receptivos y realizaban preguntas constantemente.

Manifestaban su entusiasmo a través del lenguaje preverbal: se sonrojaban y reían, aunque permanecían sentados se movían con frecuencia, lo que fue más evidente en temáticas relacionadas con el conocimiento de su cuerpo y el del sexo opuesto, y en el de las relaciones de pareja, dónde expresaban su deseo de vincularse afectiva y sexualmente, tocarse, abrazarse, acariciarse, enamorarse y fantasear.

Algunos autores como Ramón-Laca (1990, citado en Molina, 1999) en pro de una vida afectiva y sexual sana para las personas con discapacidad intelectual, y partiendo del hecho ampliamente demostrado de que son muchas las personas con discapacidad intelectual que poseen perfecta conciencia de su sexualidad, manifiestan inquietud por el tema y tienen experiencias sexuales con mayor o menor satisfacción, piensan que experimentar la sexualidad a través de una relación de pareja es una necesidad tan normal y natural para estas personas como lo es para cualquiera de nosotros.

Las dinámicas que se trabajaron en estos temas les dio la oportunidad de ampliar su repertorio de manifestaciones afectivas, saber como se establece una relación y como puede pasar de la amistad al noviazgo. Tomando en cuenta que para Amor Pan (1997) la educación sexual no es un manual práctico en el que se dice lo que hay que hacer para que todo funcione a la perfección y así tener relaciones sexuales armoniosas y placenteras, sino más bien trata de ayudar a la persona asentirse a gusto con su propia sexualidad y ayudarle en su vida relacional.

Poco a poco se fueron familiarizando con los términos sexuales haciendo uso de ellos en forma correcta, y con esto disminuyeron sus sentimientos de vergüenza, ya que utilizaban un lenguaje y actitudes más acordes. Sin embargo aún tenían problemas para identificar por su nombre los órganos sexuales, sobre todo los relacionados con la mujer.

Conforme avanzó el programa incorporaron en su cuidado personal, hábitos de salud e higiene sexual tales como el aseo y exploración de su cuerpo y genitales.

En lo relacionado con el cuidado de su persona, desarrollaron habilidades de autodefensa, identificando situaciones de agresión sexual, aprendieron a discriminar los contactos o acercamientos físicos que tienen que ver con una relación de amistad, de noviazgo, de fraternidad; de aquella que es agresiva y hostil en lo sexual. También aprendieron a decir “no” cuando en realidad así lo deseaban, y por tanto a sentirse propietarios de su cuerpo e intimidad, y a buscar ayuda en caso de que se sintieran acosados, por conductas de exhibicionismo hacia ellos, por propuestas encaminadas a una relación sexual sin que hubiera conocimiento de esa persona, tocamientos que les desagraden y extraños que los abordan, comunicándolo a sus padres, tutores, maestros, psicólogos de la institución.

Al finalizar el programa uno de los cambios más importantes que el programa generó es que los participantes contaban con mayor información y más recursos para poner en práctica nuevas pautas de comportamiento. Remitiéndonos Shultz y Williams (1975), en que la meta de la orientación sexual no es suprimir o controlar la expresión sexual, sino demostrar las diversas posibilidades de relación humana que la sexualidad ofrece.

Había más claridad en la expresión de sus afectos, su interacción social se vio favorecida, diferenciaban más fácilmente entre sensaciones de bienestar y malestar, entre conductas públicas y privadas según el contexto, y quedó más claro el concepto de intimidad. Por lo que al término del programa los participantes poseían una orientación sexual más acorde con su realidad. Considerando que para Álvarez y Mazin (1990) un Programa de orientación sexual debe influir sobre tres áreas: nivel cognoscitivo (proporcionar conocimientos), nivel afectivo (conformar actitudes y valores) y nivel operacional (dotar de habilidades).

No obstante, se debe tener en cuenta que esta población tiene la sexualidad que sus padres o tutores permiten o aceptan. Sus relaciones afectivas y su sexualidad van a depender mucho de los contextos en los que los dejen estar y del control que se ejerza en esas situaciones. Todo esto señala que la sexualidad ésta matizada de lo permitido y prohibido de sus padres, así como de los miedos y tabúes de éstos que los acercan más a la oportunidad de estar al alcance de personas que pueden abusar fácilmente de ellos.

Pues algo que ha fallado en los padres como se señaló anteriormente es no considerar que estas personas también tienen sexualidad como una parte más de su personalidad, y que ésta no está negada por su discapacidad intelectual. De tal manera que los han debilitado y no fortalecido para hacer frente a todos estos peligros de una sociedad que requiere de una educación sexual más amplia y profunda que genere actitudes de compromiso y responsabilidad sobre la misma. Reconociendo al igual que Gordon (1980, citado en Garrido, 2000, cap. XVI, p. 234), que en la medida que una sociedad y todos los grupos en su interior, fundamentalmente la familia, adopte una actitud más abierta ante la expresión de la sexualidad, las personas con discapacidad intelectual serán más responsables y se sentirán más satisfechas consigo mismas

Por esta razón hubiera sido conveniente que sus padres o tutores asistieran en forma paralela a un taller o programa de sexualidad en dónde pudieran haber abordado sus propias necesidades, dudas, temores, dificultades, intereses e inquietudes, y con esto clarificar y ampliar sus conocimientos para así poder entender y comprender mejor la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual.

CONCLUSIONES

En la última década el tema de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual ha tomado una relevancia equiparable a los esfuerzos para la atención e integración de esta población.

Sin embargo, en el trabajo institucional hemos observado que los esfuerzos en el área sexual siguen siendo insuficientes, pues no existe la apertura para desarrollar ampliamente Programas de orientación sexual que puedan ser incorporados a los programas educativos y de capacitación de las mismas instituciones, como parte de una rehabilitación integral.

Esto obedece a las limitaciones de las instituciones y del personal que en ellas laboran; sus miedos, tabúes y falta de capacitación les dificulta abordar temáticas y situaciones que impliquen conductas sexuales.

Incluso la Asociación Americana de Retraso Mental (1992) y (2002) al definir retraso, desarrollar su definición y hablar de apoyos, olvido considerar la dimensión sexual que sólo puede suponerse incluye en la dimensión emocional.

Fernández de Quero (1990 citado en Molina, 1999) afirma que la expresión de la sexualidad esta modulada por los valores culturales de la sociedad en que uno vive. Por ello, el desarrollo psicosexual de las personas con discapacidad intelectual, al igual que el de las personas “regulares o normales” está modulado por los conocimientos y por la escala de prejuicios y valores que tengan las personas que les rodean.

En la actualidad, ciertos sectores de la sociedad, profesionales o no, continúan con actitudes negativas debido a sus propios temores, inexperiencia, desinformación, fanatismo, que propicia que se perciba a la sexualidad, tanto a la propia como la de los demás, más como un problema, que como una oportunidad de compartir afecto y de relacionarse con otros.

Negar sus manifestaciones e intereses sexuales, además de limitar las posibilidades de su integración y normalización, aumentaba los riesgos asociados a la actividad sexual: infecciones de transmisión sexual, embarazos no planeados, no deseados y agresiones sexuales. Y aún cuando se exploró y no se detectaron situaciones de agresión sexual de abuso y/o violación, esto no quiere decir que no fueran vulnerables o estuvieran expuestos a ello.

Ante estos riesgos los padres expresaban su deseo de recurrir a la esterilización para ambos géneros, como una alternativa efectiva para protegerlos de la paternidad y maternidad irresponsable y de la agresión sexual, perdiendo de vista así la capacidad que sus hijos, con discapacidad intelectual de moderada a superficial, tienen para afrontar estas situaciones y que ellos como padres son copartícipes de la orientación sexual que sus hijos pueden recibir.

Amor Pan (1997) menciona que las personas con discapacidad intelectual tienen derecho a disfrutar y manifestar su sexualidad, así como a la orientación sexual adaptada a sus posibilidades, que permita desarrollar sus capacidades y lograr un cambio favorable de actitudes hacia la sexualidad. De acuerdo a como se viva y experimente la sexualidad se determinará la actitud hacia la aceptación de uno mismo, la comprensión del propio cuerpo, la facilidad para establecer relaciones afectivas o de comunicación con los demás, entre otros.

Para Hiriart (1999) orientar sexualmente supone ayudar a esclarecer ciertos puntos, aclarar dudas y dar herramientas para que de una manera autogestiva, el individuo esté en condiciones de tomar decisiones responsables y congruentes.

La educación y orientación sexual favorece la expresión de una sexualidad libre, espontánea y responsable (Ariza, et. al., 1991). Por esto fue importante diseñar e implementar el Programa de orientación sexual en donde los adolescentes y adultos con discapacidad intelectual pudieron expresar dudas, temores, necesidades e inquietudes sobre su propia sexualidad y la sexualidad en general. Además de proveer de recursos que les ayude a prevenir y responder ante experiencias de agresión sexual.

Siendo así que todo Programa de orientación sexual además de brindar conocimientos sobre anatomía, fisiología, crecimiento y desarrollo, forma actitudes que capacitan al individuo para que pueda crear sus propios valores que le permitan tener una vida sexual sana, consciente y responsable. Los programas deben desarrollar dinámicas con una forma de aprendizaje a través de la práctica y utilizar un lenguaje claro y concreto de causa efecto para que la información sea más fácil de asimilar y el aprendizaje más significativo.

También deben emplear dinámicas activo-participativas que los involucren directamente y a veces vivencialmente en la reflexión, al valorar opciones personales de actuación que se ajusten a sus circunstancias particulares (Casas & Varela, 1998).

Así mismo, los contenidos tienen que adaptarse a los objetivos y éstos deben desarrollarse considerando los intereses, necesidades y características de la población (Ariza, et. al., 1991).

Las técnicas empleadas en el desarrollo de las dinámicas fueron la demostración, el modelamiento, la exposición, juego de roles, dramatizaciones, preguntas dirigidas, mesas de trabajo y como materiales se emplearon modelos anatómicos de plastilina, esquemas, láminas, muestrarios y artículos de papelería.

El empleo de estas técnicas y el uso de auxiliares didácticos pretendían que los participantes adquirieran aprendizajes significativos; es decir que: aprendieran a aprender, aprendieran a hacer y aprendieran a ser (Ariza, et. al., 1991).

Sin embargo, no se trato de poner condiciones utópicas, sino de tener en cuenta con seriedad sus capacidades, posibilidades y limitaciones para no cometer errores con intervenciones no realistas.

Es indispensable contar con instrumentos de evaluación antes de iniciar un programa. Asimismo, es importante recordar que en esta investigación los Cuestionarios de Sexualidad para Adolescentes y Adultos con Discapacidad Intelectual (CUSAADI) se construyeron específicamente para esta población y fueron una primera aproximación que sirvió para conocer el efecto y cambios promovidos por el Programa de orientación sexual en los participantes.

Por lo tanto la evaluación sirve para detectar los puntos más sensibles y poder dar la información y orientación que promueva la conducta sexual sana y promueva el sentido de compromiso y responsabilidad.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Limitaciones

Aunque los participantes poseen una capacidad intelectual que está en un rango de moderada a superficial, tienen dentro de las limitaciones propias de su discapacidad, una baja capacidad de razonamiento y abstracción, dificultades para establecer relaciones interpersonales donde se vinculen afectivamente y para expresar verbalmente sus ideas y emociones; lo que dificultó que los participantes asimilaban los contenidos de todo el programa y que los cambios que se generaron tuvieran mayor impacto en sus ideas, emociones, actitudes y conductas.

Otra de las dificultades en la implementación del programa es que existía una carencia importante de materiales, estrategias y recursos que ayudarán a los profesionales de la salud en las acciones de orientación en lo relacionado con la sexualidad en general.

Prácticamente en todas las sesiones del programa fue necesario su diseño y elaboración considerando las características y particularidades de esta población.

El programa además perdió continuidad en algunas sesiones debido a cambios en la hora y día asignados por la institución. Cambios que la institución realizó para llevar a cabo otros eventos.

También la asistencia de los participantes fue variable, algunos no asistían por problemas de salud y otros por estar sujetos a las actividades de sus padres o tutores. El tiempo estimado para el desarrollo de ciertas dinámicas tuvo que ajustarse a los requerimientos del grupo.

Además los padres eran personas sobrepreocupadas y sobreprotectoras de sus hijos, se negaban a aceptar su sexualidad y les impedían la posibilidad de tener una pareja que les permitiera amar, sentirse amados y deseados.

En cuanto a las limitaciones que el instrumento tuvo fue el no contener reactivos representativos de temáticas referentes al establecimiento de relaciones interpersonales, agresión sexual (abuso y/o violación) y concepto de intimidad. De tal manera que no fue posible evaluar cuantitativamente sus conocimientos y actitudes hacia estas temáticas.

Aún cuando el instrumento tiene un cuestionario de Antecedentes de agresión sexual, éste sólo explora si los participantes han vivido situaciones de abuso y/o violación pero no evalúa los conocimientos y actitudes que poseen en el tema.

Sugerencias

Para facilitar la interacción entre los participantes y la expresión verbal de ideas y emociones es recomendable que en sesiones previas a la implementación del programa se manejen dinámicas que fortalezcan sus habilidades sociales y de comunicación.

Si durante las dinámicas los participantes presentaran alguna dificultad para realizar las actividades o seguir instrucciones, las instructoras deberán emplear técnicas como el modelamiento y asumir una actitud directiva.

En la elaboración del material se tiene que considerar que éste sea visualmente llamativo y muy concreto. Con dimensión, relieve y/o textura para facilitar su manipulación así como la comprensión de la información.

Sería conveniente que los padres o tutores asistieran en forma paralela a un taller o programa de sexualidad en donde pudieran abordar sus propias necesidades, intereses e inquietudes, así como las dudas o temores que tienen hacia sus hijos con discapacidad respecto a este tema.

Las instituciones dedicadas a la atención de las personas con discapacidad intelectual podrían incluir en sus programas y como parte de una rehabilitación integral no sólo las habilidades adaptativas, el área social, familiar y laboral, sino también el área sexual.

En la construcción de instrumentos de evaluación para Programas de orientación sexual pueden incluirse reactivos referentes al establecimiento de relaciones interpersonales, agresión sexual (abuso y/o violación) y concepto de intimidad, con la intención de evaluar cuantitativamente sus conocimientos y actitudes hacia estas temáticas.

**CUESTIONARIOS DE SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**(CUSAADI)
CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES DE AGRESIÓN SEXUAL
(ABUSO Y/O VIOLACIÓN)**

**Autoras
María Ventura Mendoza y Katya Martínez Salas**

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

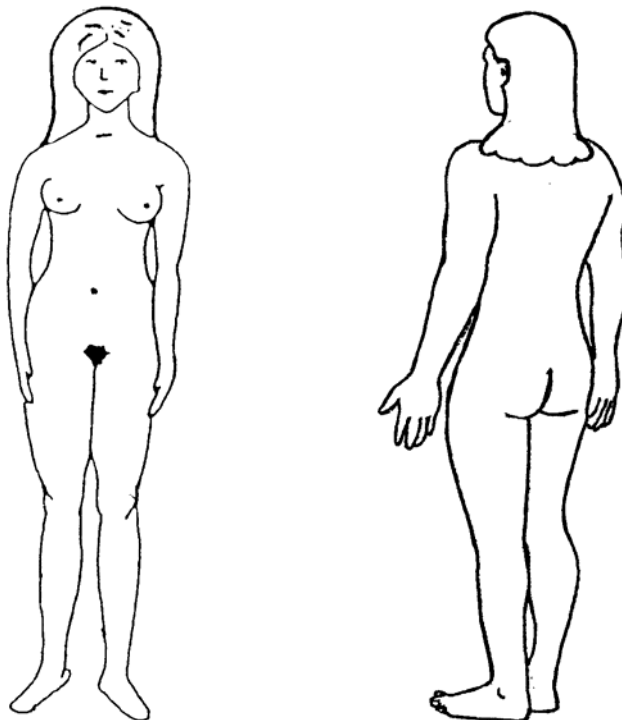
Escolaridad: _____

Religión: _____

SECCIÓN PARA MUJERES

1. ¿Han acariciado tu cuerpo? No Si

2. Tacha en el esquema con color rojo las partes de tu cuerpo que han acariciado, aunque estuvieras vestida.



3. ¿Alguien te ha pedido que acaricies alguna parte de su cuerpo? No Si

4. ¿Lo has hecho? No Si

5. Tacha en el esquema con color azul las partes de su cuerpo que te ha pedido que acaricies (se presentara el esquema de la figura femenina o masculina según corresponda, ver figuras mapeadas pp. 159 y 160).

6. ¿Alguien te ha enseñado sus genitales? No Si

7. ¿Alguien te ha pedido que te quites la ropa? No Si

8. ¿Lo has hecho? No Si

9. ¿Alguien ha tratado de quitarte la ropa a la fuerza? No Si

10. ¿Lo ha logrado? No Si

11. ¿Alguien te ha pedido que le des un beso a su pene? No Si

12. ¿Lo has hecho? No Si

13. ¿Alguien te ha pedido que pongas tu boca en su pene o vulva? No Si

14. ¿Lo has hecho? No Si

15. ¿Alguien a puesto su boca en tus genitales? No Si

16. ¿Alguien ha metido su pene en tu boca? No Si

17. ¿Alguien a metido sus dedos en tu ano (por donde haces "popo")? No Si

18. ¿Alguien ha metido su pene en tu ano? No Si

19. ¿Alguien ha metido algún objeto en tu ano? No Si

20. ¿Qué objeto? _____

21. ¿Alguien ha metido su lengua en tu vagina? No Si

22. ¿Alguien ha metido sus dedos en tu vagina? No Si

23. ¿Alguien ha metido su pene en tu vagina? No Si

24. ¿Alguien a metido algún objeto en tu vagina? No Si

25. ¿Qué objeto? _____

Nota: En caso de que las respuestas del sujeto sean afirmativas se preguntará lo siguiente en cada reactivo.

a) ¿Quién lo hizo?

- | | | |
|---------------|--------------|------------------------------|
| 1.Papá | 4.Padrastro | 7.Primo (a) |
| 2.Mamá | 5.Abuelo (a) | 8.Vecino (a) |
| 3.Hermano (a) | 6.Tío (a) | 9.Otra persona ¿Quién? _____ |

b) ¿Qué estabas haciendo?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1.Bañándome | 4.Estaba haciendo del baño |
| 2.Iba a dormir | 5.Cambiándome la ropa |
| 3.Jugando ¿A qué? _____ | 6.Otro ¿Qué hacían? _____ |

c) ¿En qué lugar se encontraban?

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1.Casa | 4.Lugar público |
| 2.Casa de un familiar | 5.Calle |
| 3.Escuela | 6.Otro lugar ¿Dónde? _____ |

d) ¿Cómo te sentiste? 1.Me desagrado / 2.Me Agrado / 3.Con miedo, 4.vergüenza, 5.angustia, 6.dolor

e) ¿Había alguien más? No Si ¿Quién? _____

f) ¿Lo hiciste a la fuerza? No Si

g) ¿Te lo hicieron a la fuerza? No Si

h) ¿Te dijo que si lo contabas te iba a pasar algo a ti o a quien más quieres? No Si

i) ¿Cuándo ocurrió o qué edad tenías? _____

j) ¿Cuántas veces ocurrió? 1.una vez 2.varias veces

k) ¿Se lo contaste a alguien? No Si

l) ¿A quién? _____

m) ¿Por qué? _____

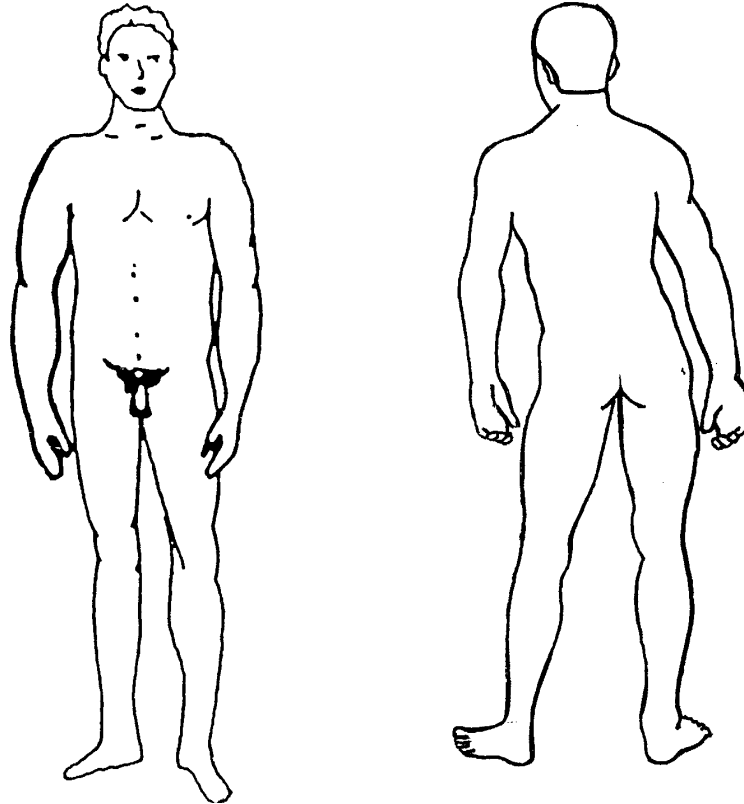
n) ¿Cómo reaccionó o qué te dijo cuando se lo contaste? _____

Observaciones de lenguaje no verbal _____

SECCIÓN PARA HOMBRES

1. ¿Han acariciado tu cuerpo? No Si

2. Tacha en el esquema con color rojo las partes de tu cuerpo que han acariciado, aunque estuvieras vestido.



3. ¿Alguien te ha pedido que acaricies alguna parte de su cuerpo? No Si

4. ¿Lo has hecho? No Si

5. Tacha en el esquema con color azul las partes de su cuerpo que te ha pedido que acaricies (se presentara el esquema de la figura femenina o masculina según corresponda, ver figuras mapeadas pp. 159 y 160).

6. ¿Alguien te ha enseñado sus genitales? No Si

7. ¿Alguien te ha pedido que te quites la ropa? No Si

8. ¿Lo has hecho? No Si

9. ¿Alguien te ha pedido que te bajes los pantalones? No Si

10. ¿Lo has hecho? No Si

11. ¿Alguien ha tratado de quitarte la ropa a la fuerza? No Si

12. ¿Lo ha logrado? No Si
13. ¿Alguien ha agarrado tu pene con sus manos? No Si
14. ¿Alguien te ha pedido que le des un beso a su pene? No Si
15. ¿Lo has hecho? No Si
16. ¿Alguien te ha pedido que pongas tu boca en su pene o vulva? No Si
17. ¿Lo has hecho? No Si
18. ¿Alguien ha puesto su boca en tus genitales? No Si
19. ¿Alguien ha metido su pene en tu boca? No Si
20. ¿Alguien ha metido sus dedos en tu ano (por dónde haces "popo")? No Si
21. ¿Alguien ha metido su pene en tu ano? No Si
22. ¿Alguien ha metido algún objeto en tu ano? No Si
23. ¿Qué objeto? _____

Nota: En caso de que las respuestas del sujeto sean afirmativas se preguntará lo siguiente en cada reactivo.

a) ¿Quién lo hizo?

- | | | |
|---------------|--------------|------------------------------|
| 1.Papá | 4.Padrastro | 7.Primo (a) |
| 2.Mamá | 5.Abuelo (a) | 8.Vecino (a) |
| 3.Hermano (a) | 6.Tío (a) | 9.Otra persona ¿Quién? _____ |

b) ¿Qué estabas haciendo?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 1.Bañándome | 4.Estaba haciendo del baño |
| 2.Iba a dormir | 5.Cambiándome la ropa |
| 3.Jugando ¿A qué? _____ | 6.Otro ¿Qué hacían? _____ |

c) ¿En qué lugar se encontraban?

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1.Casa | 4.Lugar público |
| 2.Casa de un familiar | 5.Calle |
| 3.Escuela | 6.Otro lugar ¿Dónde? _____ |

d) ¿Cómo te sentiste? 1.Me desagrado / 2.Me Agrado / 3.Con miedo, 4.vergüenza, 5.angustia, 6.dolor

e) ¿Había alguien más? No Si ¿Quién? _____

f) ¿Lo hiciste a la fuerza? No Si

g) ¿Te lo hicieron a la fuerza? No Si

h) ¿Te dijo que si lo contabas te iba a pasar algo a ti o a quien más quieres? No Si

i) ¿Cuándo ocurrió o qué edad tenías? _____

j) ¿Cuántas veces ocurrió? 1.una vez 2.varias veces

k) ¿Se lo contaste a alguien? No Si

l) ¿A quién? _____

m) ¿Por qué? _____

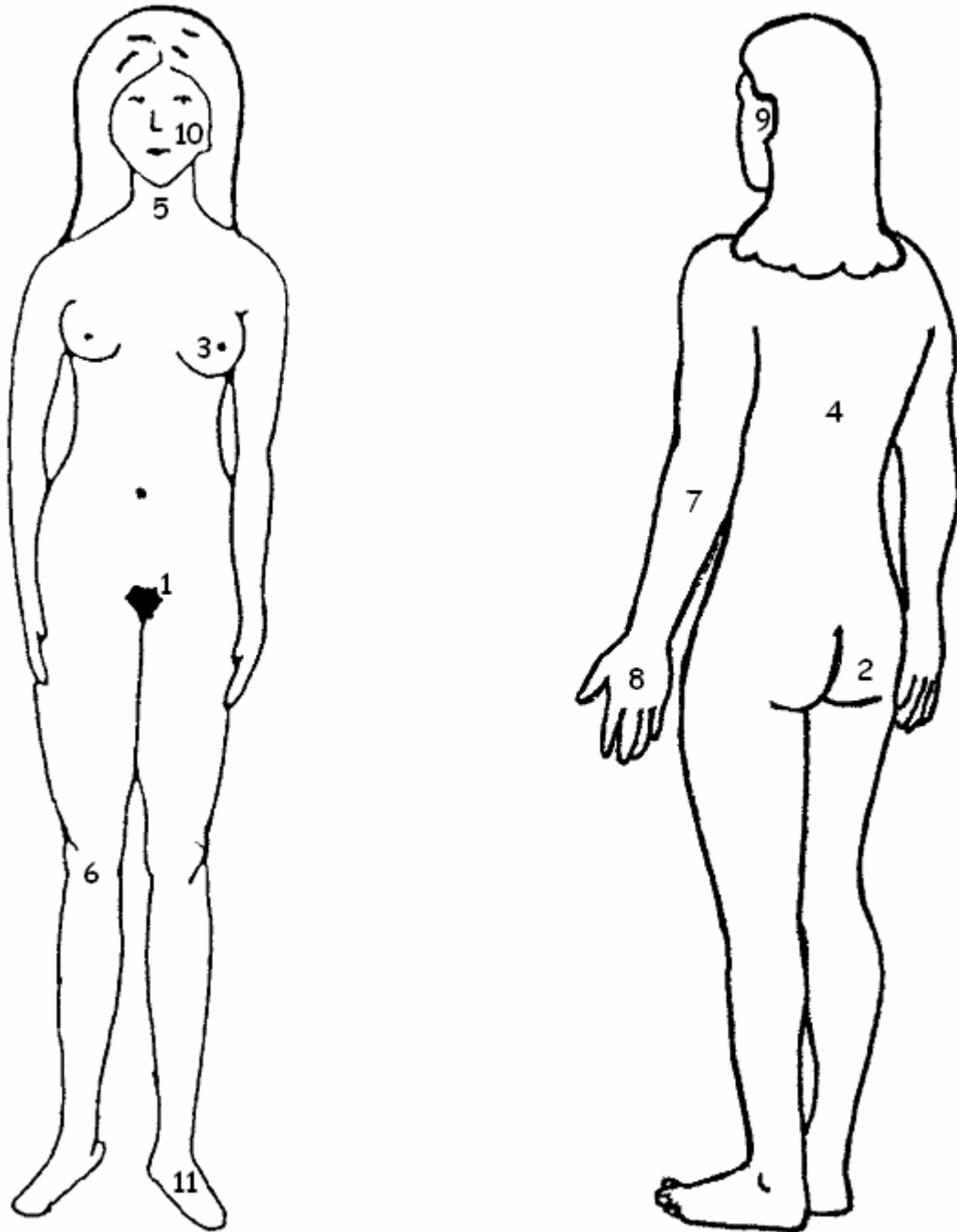
n) ¿Cómo reaccionó o qué te dijo cuando se lo contaste? _____

Observaciones de lenguaje no verbal _____

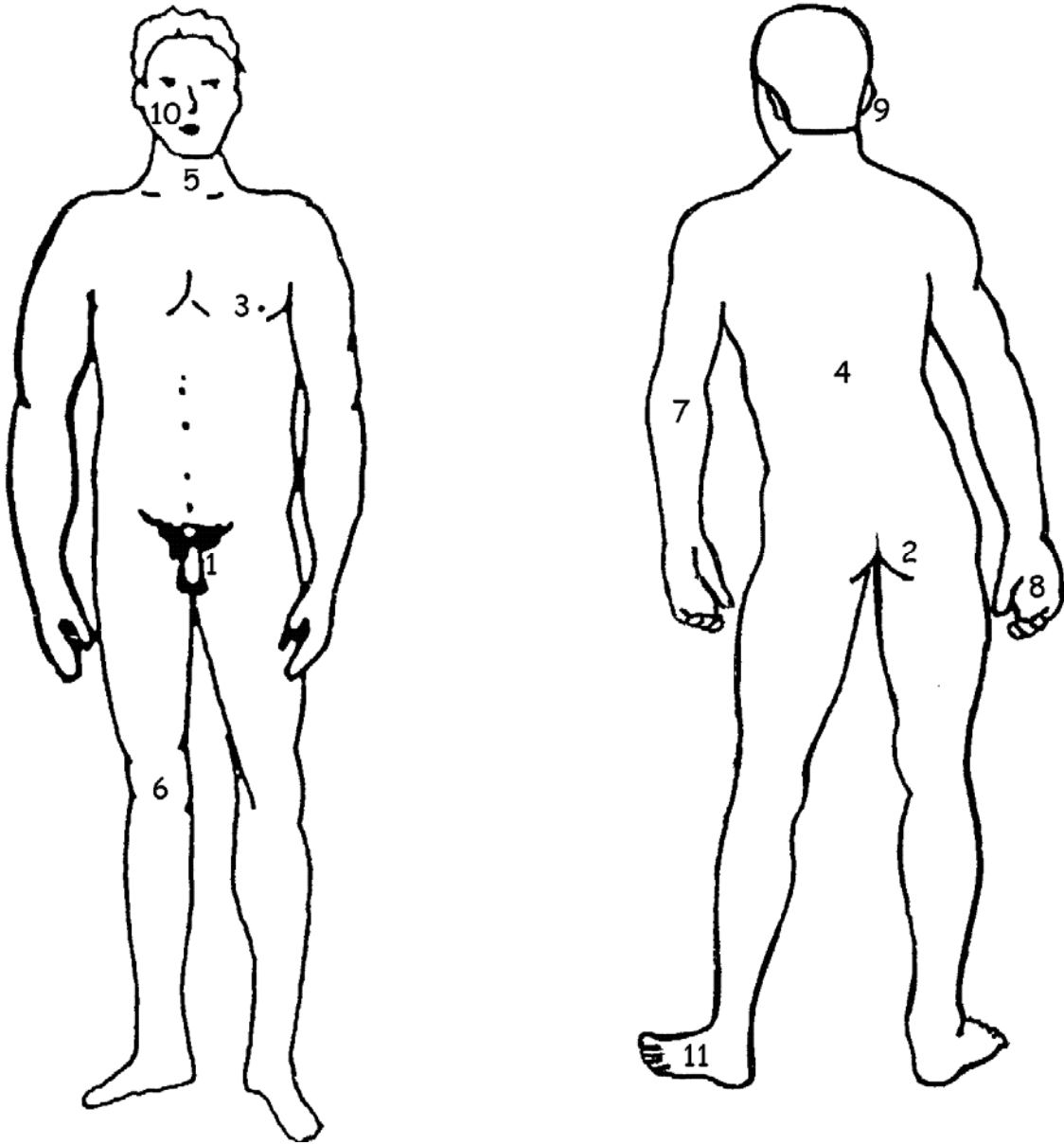
Aplicador (a): _____

Fecha de la aplicación: _____

Las siguientes figuras mapeadas servirán para registrar las respuestas de los sujetos.



Las siguientes figuras mapeadas servirán para registrar las respuestas de los sujetos.



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

Autoras

María Ventura Mendoza y Katya Martínez Salas

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Instrucciones: Lee cuidadosamente y subraya la respuesta que crees correcta.

1. La menstruación y eyaculación aparecen por primera vez en la:

- a) niñez
- b) pubertad
- c) adultez

2. ¿Qué es la menstruación?

- a) fabricación de los óvulos
- b) salida de sangre por la vagina
- c) óvulos que están formados

3. Se llama eyaculación cuando del pene sale:

- a) semen
- b) orina
- c) sangre

4. La eyaculación también puede ocurrir cuando se está dormido, a esto se le llama:

- a) fantasías sexuales
- b) sueños húmedos
- c) sueños eróticos

5. Los espermatozoides son producidos por:

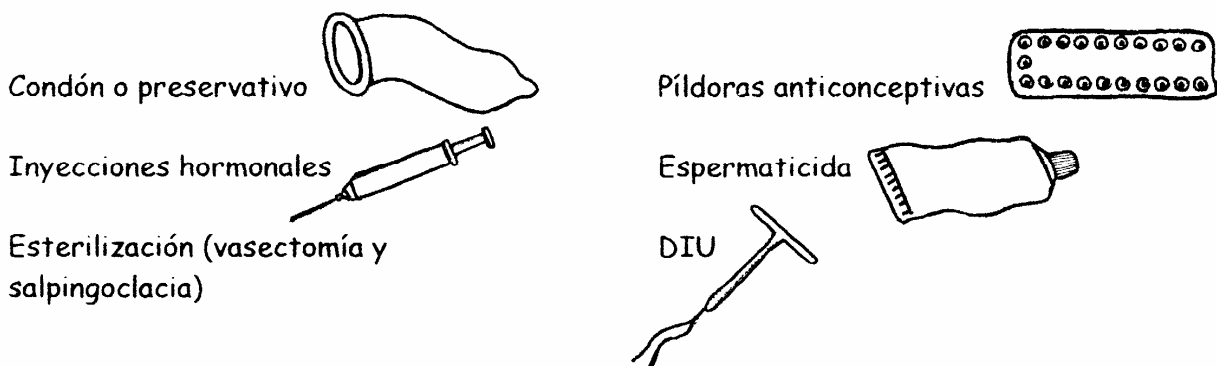
- a) la próstata
- b) el pene
- c) los testículos

- 6. ¿Qué es la masturbación?**
- a) acariciar los propios genitales
 - b) observar personas desnudas
 - c) dar un masaje al cuerpo
- 7. ¿Cuál de estas conductas se debe hacer en privado?**
- a) besarse suavemente
 - b) acariciar los genitales
 - c) tomarse de las manos
- 8. Si hay una erección el pene:**
- a) permanece blando y en su posición
 - b) se pone duro y se para
 - c) saca un líquido y se adormece
- 9. Una relación sexual coital es cuando hay:**
- a) besos, caricias y el pene entra en la vagina
 - b) besos, caricias y la boca toca los genitales
 - c) besos, abrazos y caricias en todo el cuerpo
- 10. Son formas de estimulación sexual:**
- a) abstinencia y erección
 - b) masturbación y pornografía
 - c) contacto visual y saludo de mano
- 11. La fecundación es la unión de:**
- a) ovarios y testículos
 - b) pene y vagina
 - c) óvulo y espermatozoide
- 12. Para evitar un embarazo puedes utilizar:**
- a) remedios caseros
 - b) vitaminas
 - c) anticonceptivos
- 13. El bebé se forma y crece en:**
- a) la vagina
 - b) el útero
 - c) la vejiga

14. Durante el embarazo la menstruación:

- a) no se presenta
- b) es abundante
- c) es irregular

15. Los siguientes son métodos anticonceptivos. Marca con una cruz los que conoces.



16. Son infecciones de transmisión sexual:

- a) sida y gonorrea
- b) cólera y rubéola
- c) salmonelosis y paludismo

17. Los síntomas de algunas infecciones de transmisión sexual pueden ser:

- a) sueño y poco apetito
- b) dolor al orinar y comezón en los genitales
- c) obesidad y estreñimiento

18. Las infecciones de transmisión sexual se previenen usando:

- a) condón
- b) píldoras
- c) inyecciones

19. ¿Cómo mantiene la mujer saludables sus órganos sexuales?

- a) detectando heridas, flujo e irritación
- b) utilizando perfumes y desodorante
- c) realizando con frecuencia duchas vaginales

20. El hombre mantiene saludables sus órganos sexuales:

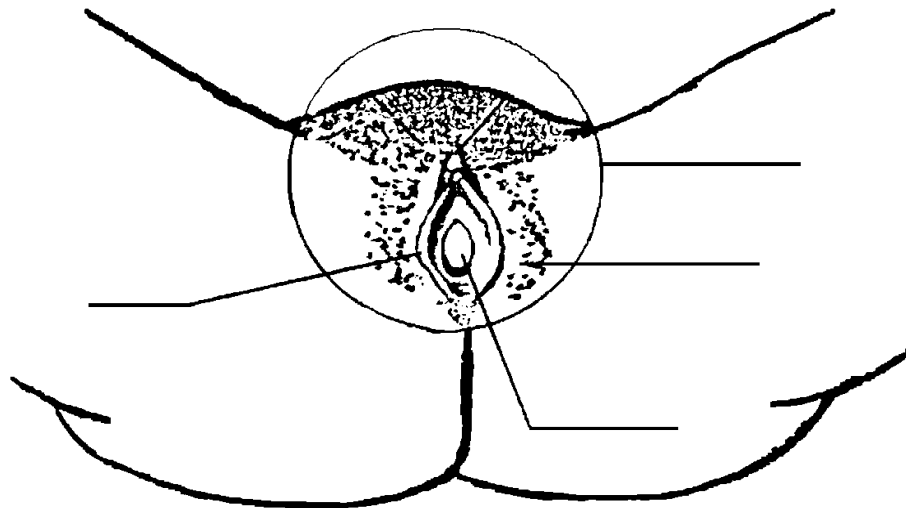
- a) frotando y lavando con agua caliente los testículos
- b) identificando alteraciones en pene y testículos
- c) apretando fuertemente y dando masaje al pene

21. Los órganos sexuales externos también se llaman:

- a) pubis
- b) matriz
- c) genitales

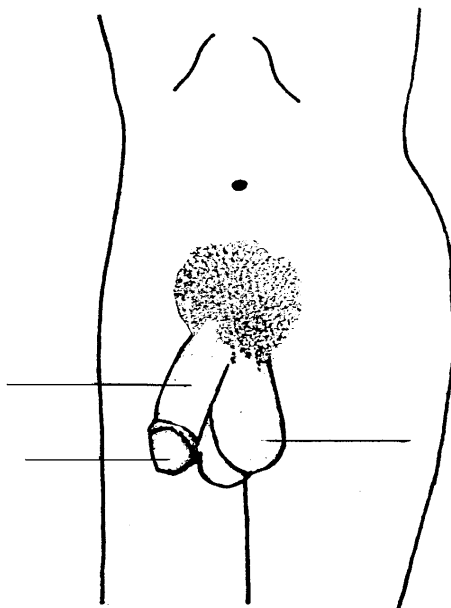
22. En el siguiente esquema se muestran los órganos sexuales externos de la mujer. Escribe en cada línea el número que corresponda.

- Anota el número 1 en la línea que indica la vulva.
- Coloca el número 2 en la línea que señala al útero.
- Anota el número 3 en la línea que señala los labios mayores.
- Pon el número 4 en la línea en que se encuentran los labios menores.
- Coloca el número 5 en la línea en que se encuentra la entrada vaginal.



23. En el siguiente esquema se muestran los órganos sexuales externos del hombre. Escribe en cada línea el número que corresponda.

- Anota el número 1 en la línea que señala el pene.
- Pon el número 2 en la línea donde se localiza el escroto.
- Pon el número 3 sobre la línea donde se localiza la próstata.
- Anota el número 4 en la línea que señala el glande.



Gracias por su cooperación



Aplicador (a): _____

Fecha de la aplicación: _____

CUESTIONARIO DE ACTITUDES HACIA LA PROPIA SEXUALIDAD

Autoras

María Ventura Mendoza y Katya Martínez Salas

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Religión: _____

Instrucciones: Lee cuidadosamente y subraya la respuesta que crees correcta. Tus respuestas no serán comentadas con nadie así que responde sinceramente.

1. Quiero a mi cuerpo

a) cierto b) falso

2. Me desagrada mi cuerpo

a) cierto b) falso

3. Me desagradan mis genitales

a) cierto b) falso

4. Me pongo nervioso cuando toco mis genitales

a) cierto b) falso

5. Me desagrada que alguien toque mi cuerpo cuando yo no quiero

a) cierto b) falso

6. Me gusta lastimar mi cuerpo

a) cierto b) falso

7. **Acepto mi cuerpo como es**
a) cierto b) falso
8. **Me han prohibido preguntar sobre mi cuerpo**
a) cierto b) falso
9. **Es difícil aceptar como es mi cuerpo**
a) cierto b) falso
10. **Como conozco mi cuerpo se cuando estoy enfermo**
a) cierto b) falso
11. **Manteniendo mi cuerpo limpio estoy sano**
a) cierto b) falso
12. **Es importante revisar mis genitales para mantenerlos sanos**
a) cierto b) falso
13. **Me siento mal cuando acaricio mi cuerpo**
a) cierto b) falso
14. **Me gusta acariciar mis genitales**
a) cierto b) falso
15. **Cuando me masturbo lo hago frente a otras personas**
a) cierto b) falso
16. **Tengo derecho a tener novio (a)**
a) cierto b) falso
17. **Me da miedo tener novio (a)**
a) cierto b) falso
18. **Me agrada tener novio (a)**
a) cierto b) falso
19. **Tengo prohibido casarme**
a) cierto b) falso
20. **Me agradan los besos y las caricias**
a) cierto b) falso

21. **Me sentiría mal si tuviera relaciones sexuales**

a) cierto b) falso

22. **Es importante platicar con la pareja lo que se desea en la relación sexual**

a) cierto b) falso

23. **Es peligroso tener relaciones sexuales sin usar anticonceptivos**

a) cierto b) falso

24. **Me molesta ver revistas de parejas teniendo relaciones sexuales**

a) cierto b) falso

Gracias por su cooperación



Aplicador (a): _____

Fecha de la aplicación: _____

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Sesión No. 1

Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo por su participación en el programa que se inicia. Se les dará a conocer las reglas que deberán respetar durante su permanencia en el mismo.

“No están permitidas las agresiones verbales ni físicas, pero se puede dejar claro cuando no se está de acuerdo. No interrumpir y levantar la mano si se quiere hablar. Respetar la opinión de los demás así como el espacio de los otros participantes, respetar lo que aquí se dice, no comentarlo afuera. Asistir a las sesiones y llegar puntuales”.

➤ **Dinámica de presentación**

¿Quiénes somos y por qué estamos aquí?

Objetivo: Que los participantes se conozcan, comenten sus intereses y motivaciones al asistir al programa, con lo que se generará un ambiente de confianza, respeto y bienestar necesario para llevar a la práctica las nueve sesiones restantes.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: 1 grabadora, 1 disco, 1 pelota.

Desarrollo: Todos los participantes estarán sentados en una silla formando un círculo. Las instructoras indicarán que mientras escuchan la música de fondo irán pasando una pelota, deteniéndose cuando la música ya no se escuche. El que se quede con la pelota tendrá que presentarse describiendo ¿Quién y cómo es? (nombre, edad, forma de ser, pasatiempo), ¿Qué es lo que más le interesa de estar aquí?, ¿Qué le gustaría aprender?, continuando con la actividad hasta que todos los participantes se hayan presentado.

Para concluir la dinámica, se retomarán comentarios de los participantes sobre el interés que tienen de estar en el programa y lo que les gustaría aprender.

“El amigo secreto”

Objetivo: Crear un clima de compañerismo y motivar la participación de los integrantes del grupo.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Tarjetas blancas, 1 buzón de cartón.

Desarrollo: Se entregará una tarjeta a cada participante para que escriba su nombre. Después se colocarán boca abajo sobre la mesa, se revolverán y tomarán una al azar sin comentar con nadie el nombre que está escrito. Las instructoras señalarán que durante el tiempo que dure el programa deberán estar al pendiente de la persona que eligieron para ser su “amigo secreto”, dejándole mensajes y/o pequeños presentes para incentivar su participación.

Los participantes antes de iniciar las próximas sesiones, deberán depositar en el buzón los mensajes u obsequios para que sean entregados al finalizar cada sesión.

Las instructoras informarán que en la última sesión del programa descubrirán quién les dejó los mensajes u obsequios, y es su amigo secreto, para intercambiarse personalmente un regalo.

¿Qué es la sexualidad?

Objetivo: Que los participantes expongan que es lo que entienden por sexualidad.

Enriquecer la noción que los participantes tienen acerca de la sexualidad.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Plumones y 1 pizarrón blanco.

Desarrollo: Se pedirá a los participantes que expresen lo que entienden y es para cada uno de ellos la sexualidad.

Mientras tanto las instructoras irán anotando en el pizarrón las respuestas (palabras clave que se relacionan con el concepto).

Hecho lo anterior se complementará la información que los participantes tienen acerca de la sexualidad mencionando que no se reduce a sus genitales, y es desde cómo miran su cuerpo, cómo se presentan desde ser hombres o mujeres, cómo se expresan con su cuerpo siendo hombres o mujeres, cómo son desde su género (sexo masculino, sexo femenino) y desde sus roles sexuales, y es también cómo expresan su afecto, cómo se relacionan y se comunican (aclarando con ejemplos).

Para dar por concluida la sesión se reforzará la idea de que la sexualidad tiene que ver con cómo somos, cómo pensamos, cómo sentimos y cómo actuamos.

Sesión No. 2

* Aspecto biológico

“Órganos sexuales externos o genitales”

Objetivo: Que los participantes identifiquen y nombren correctamente los órganos sexuales externos en la mujer y en el hombre.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: 1 esquema de los órganos sexuales externos femenino, 1 esquema de los órganos sexuales externos masculino, tarjetas impresas, plumones.

Desarrollo: Mostrar a los participantes esquemas de los órganos sexuales externos o genitales con los nombres de las partes cubiertos, comenzando con los de la mujer y siguiendo con los del hombre, dando para cada uno las siguientes instrucciones:

Pasarán e irán señalando en el esquema una a una las partes u órganos pidiéndoles que mencionen el nombre con el que las conocen.

Una vez que hayan terminado se irán descubriendo uno a uno los nombres de las partes u órganos que correspondan.

Se preguntará a los participantes si han observado sus órganos sexuales, pedirles que intenten describirlos en cuanto a forma, color y textura.

Comentarles que estas partes o estructuras son llamadas órganos sexuales externos o genitales, pueden observarse fuera del cuerpo pero siguen siendo parte de él.

“Órganos sexuales internos”

Objetivo: Que los participantes conozcan e identifiquen los órganos sexuales internos en la mujer y en el hombre.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: 1 esquema de los órganos sexuales internos femenino, 1 esquema de los órganos sexuales internos masculino, fieltro color piel.

Desarrollo: Se presentarán esquemas de los órganos sexuales internos, primero los de la mujer y en seguida los del hombre. En ambos esquemas se cubrirá la silueta con fieltro simulando ser la piel, descubriendo la zona genital para observar los órganos sexuales internos. Se les preguntará a los participantes si conocen alguna de las partes que aparecen en el esquema y que forman los órganos sexuales internos, se les pedirá que

las nombren y señalen sobre el esquema. Las instructoras anotarán el nombre que ellos mencionen.

Posteriormente, las instructoras irán sustituyendo y aclarando cuales son los nombres correctos y funciones.

Comentar que estas partes o estructuras son llamadas órganos sexuales internos porque están dentro del cuerpo y no pueden verse a simple vista.

“Somos diferentes”

Objetivo: Que los participantes señalen las diferencias que existen entre los órganos sexuales externos masculino y femenino.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: 1 esquema de los órganos sexuales externos femenino, 1 esquema de los órganos sexuales externos masculino.

Desarrollo: Se mostrará a los participantes esquemas de los órganos sexuales masculino y femenino simultáneamente. Se les solicitará señalen las diferencias que hay entre los órganos que aparecen en los esquemas utilizando los términos correctamente. Pedir a los participantes que mencionen las diferencias que hay en la forma, color y textura de los órganos.

*** Aspecto psicológico**

“Desculpabilizando términos”

Objetivo: Que los participantes comiencen a desculpabilizar los términos sexuales y empleen su nombre correctamente.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Plumones, papel bond con los siguientes términos sexuales impresos: pene, vagina, vulva, senos, testículos, nalgas, menstruación, masturbación, eyaculación, relación sexual coital.

Desarrollo: Las instructoras preguntarán a los participantes que otros nombres conocen para los siguientes términos: pene, vagina, vulva, senos, testículos, nalgas, menstruación, masturbación, eyaculación, relación sexual coital.

Se les comentará que deben sentirse en completa libertad para decir cualquier palabra que puedan conocer.

Las instructoras observarán y harán anotaciones sobre el comportamiento de los participantes al realizar la actividad.

Se pedirá a cada mesa que asigne un moderador para que lea lo escrito frente al grupo. Observar la reacción de los participantes al escuchar.

Se preguntará al grupo cómo se sintieron y qué pensaban mientras desarrollaban esta actividad.

Tomando en cuenta lo mencionado por el grupo y lo observado por las instructoras, se comentará que al hablar de la sexualidad a muchos nos despierta angustia, incomodidad, miedo, vergüenza, nos da risa, bromeamos, incluso inventamos otros nombres.

Las instructoras incluso podrán apoyar con experiencias personales para que los participantes se den cuenta que es algo que a todos ocurre.

Resaltando la importancia de que llamar a los órganos por su nombre es común, es claro y facilita su entendimiento. Y cuando se utilizan términos populares o coloquiales se desvía la claridad del concepto o del órgano sexual.

*** Aspecto social**

“Compartiendo nuestras diferencias”

Objetivo: Reconocer las diferencias que marca su grupo social según el género.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Plumones, papel bond.

Desarrollo: Los participantes se sentarán en las sillas formando un círculo para que las instructoras planteen las preguntas en las que se basará la reflexión. Se anotaran en el papel bond las respuestas de los participantes.

Antes de formular las preguntas se comentará que entre el hombre y la mujer hay claras diferencias que marcan la familia, la escuela, el trabajo, la sociedad, la cultura...

¿Qué diferencias creen que existen en la forma de vestir, en la forma de arreglarse, en las habilidades para determinadas actividades, entre un hombre y una mujer?, ¿Qué cosas exclusivamente le ocurren a la mujer?, ¿Qué cosas exclusivamente le ocurren al hombre?. Esperando que los participantes mencionen aspectos tales como: el embarazo, la menstruación, la eyaculación, el tono de voz. Las instructoras complementarán la información.

Se cerrará la sesión explicando que además de las diferencias físicas que existen entre hombres y mujeres también existen diferencias en la manera de ver la vida, de opinar y de elegir. Sin que una sea más importante que otra. A esto se le llama diferencia de género.

Sesión No. 3

*** Aspecto biológico**

“Cambios puberales o maduración sexual”

Objetivo: Que los participantes identifiquen los cambios físicos que ha tenido su cuerpo de la niñez a la vida adulta.

Tiempo de Duración: 15 minutos.

Materiales: 1 imagen de un hombre recién nacido, 1 imagen de una mujer recién nacida, 6 esquemas de figuras humanas: 3 masculinas y 3 femeninas, en diferentes etapas de desarrollo (infancia, pubertad, adultez).

Desarrollo: Para iniciar la dinámica se mostrará al grupo las dos imágenes del hombre y la mujer recién nacidos, comentando que la sexualidad está presente desde el nacimiento con las claras diferencias sexuales de los genitales. No cambian de cuerpo éste sólo se transforma, crece y cambia su apariencia siendo más notorio en la pubertad.

Después se mostrará a los participantes una serie de esquemas que hagan referencia a los cambios físicos que se presentan de la infancia a la pubertad y a la vida adulta.

Presentándose en el siguiente orden, primero los de la mujer y después los del hombre, aclarando para cada uno que se trata de una misma persona, sólo que en diferentes etapas de su desarrollo.

Se pedirá a los participantes señalen, nombren y describan cuales son las diferencias que observan de la infancia a la pubertad y a la vida adulta.

Hecho lo anterior comentarán los cambios físicos que han experimentado en su cuerpo.

Antes de continuar con la siguiente dinámica será necesario subrayar que el hombre y la mujer presentan claras diferencias tanto en su forma como en su funcionamiento. Que los cambios no sólo ocurren en la apariencia del cuerpo sino también en su interior; involucrando el crecimiento de los ovarios y ovulación en la mujer, crecimiento de los testículos y producción de espermatozoides en el hombre, apareciendo con estos cambios las primeras menstruaciones y las primeras eyaculaciones, respectivamente.

“Madurando sexualmente”

Objetivo: Que los participantes conozcan lo que sucede en su cuerpo durante la menstruación y eyaculación.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Esquemas del proceso de ovulación, menstruación, eyaculación, clara de huevo, agua, anilina o pintura vegetal color blanco y rojo, cartulinas, plumones.

Desarrollo: Las instructoras pedirán a los participantes que definan con sus propias palabras qué son la menstruación y la eyaculación. Las instructoras escribirán las definiciones en la cartulina.

Después de que se hayan leído y comentado las definiciones se preguntará al grupo ¿A qué edad les ocurrió su primera menstruación y su primera eyaculación?, ¿Cuándo esto les ocurrió contaban con alguna información?, ¿Cuál era?, ¿Quién les dio la información?. Enseguida, se presentarán esquemas de lo que sucede en los órganos sexuales internos durante el proceso de ovulación y menstruación, dando una breve explicación. Posteriormente, se mostrarán esquemas de lo ocurrido antes y después de la eyaculación, para explicar este proceso.

Es importante mencionar que el líquido que sale por el pene en la eyaculación se llama semen. Además de que también pueden tener una eyaculación cuando están dormidos, esto se llama sueños mojados, húmedos o emisiones nocturnas.

Para ejemplificar la consistencia y color de los fluidos corporales (líquido preeyaculatorio, secreciones cervicales y semen) se utiliza la clara del huevo.

En el caso del semen se agregara a la clara del huevo la anilina o pintura vegetal, para darle la consistencia y color adecuado (más espeso y blanquizco). La anilina de color rojo se disolverá en un poco de agua simulando la sangre menstrual.

Para el cierre de sesión se comentará que con la menstruación y la eyaculación se alcanza la madurez de los órganos sexuales y con esto la capacidad reproductiva, es decir, la posibilidad de tener hijos.

*** Aspecto psicológico**

“La historia de mi cuerpo”

Objetivo: Que los participantes reconozcan las reacciones emocionales que experimentaron al ver que su cuerpo cambiaba.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: Fotografías de diferentes etapas de su vida desde la infancia hasta las más recientes, 3/4 de cartulina por cada participante, revistas, tijeras, pegamento.

En caso de que alguno de los participantes no tenga fotografías se sugerirá se las tome con quién y dónde prefiera.

Desarrollo: Se pedirá a los participantes que observen y describan ¿Quién aparece en la fotografía?, ¿En qué lugar estaban, qué hacían?, ¿Qué expresa su rostro?, ¿Qué expresa su cuerpo?, ¿Alegría, tristeza, enojo...?, ¿Qué iba cambiando en las fotografías?, si recuerdan ¿En qué pensaban?, ¿Cómo iban cambiando sus emociones y su manera de comportarse? Posteriormente las instructoras entregarán a los participantes las cartulinas, revistas, tijeras y pegamento, solicitando a cada uno que elabore un collage, tomando de las revistas las reacciones emocionales de los personajes que pueden ejemplificar los sentimientos que anteriormente surgieron cuando vieron sus fotografías y que se relacionan con su infancia, adolescencia y vida adulta. Los participantes deberán pegar la fotografía en el centro de la cartulina y alrededor las emociones más comunes que experimentaron durante esa etapa.

Reforzar la idea de que el cuerpo va cambiando y sus sensaciones también, así como las emociones que estos cambios provocan.

En seguida los participantes se numerarán en 1 y 2 para formar 2 mesas de trabajo.

En cada mesa se les dará la indicación de compartir sus collages y lo que sintieron con el paso de la infancia a la adolescencia y a la vida adulta. El moderador elegido por cada mesa expondrá brevemente al resto del grupo lo que compartieron, resaltando las emociones vividas en el interior de cada una de las mesas. Los participantes comentarán en qué coinciden ambas mesas.

Las instructoras concluyen el trabajo del grupo enfatizando los sentimientos que se despertaron en relación con los cambios de su cuerpo, haciendo notar que éstos son esperados y propios de cada etapa.

También se aclarará como muchos de estos cambios se adelantan o se retardan sin que esto tenga que ser considerado como extraño.

“Reconociendo lo que siento por mi cuerpo”

Objetivo: Facilitar la expresión de sentimientos y/o emociones hacia el cuerpo.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: Un espejo de cuerpo completo, colchonetas.

Desarrollo: Las instructoras solicitarán a los participantes que se recuesten boca arriba sobre las colchonetas, permanezcan en silencio y cierren los ojos. Se les pedirá que se relajen, que respiren profundamente y cada vez lo hagan más lentamente, que suelten su cuerpo, que descansen sobre la colchoneta y comiencen a imaginar su cuerpo poniendo atención en cada una de sus partes conforme se les va indicando: ¿Cómo es tu cabello?, ¿Cómo es tu cara?, ¿Cómo es tu cuello?, ¿Cómo son tus brazos?, ¿Cómo son tus manos?, ¿Cómo es tu pecho?, ¿Cómo es tu vientre?, ¿Cómo es tu cintura?, ¿Cómo son tus piernas?, ¿Cómo son tus pies?. Al igual que irán reconociendo que parte de su cuerpo les gusta más y cuál les gusta menos. Cuando hayan recorrido todo su cuerpo se pedirá a los participantes que abran los ojos y se incorporen lentamente hasta quedar sentados, sin olvidar lo que han trabajado.

Enseguida las instructoras indicarán a los participantes, uno a uno, que observen detenidamente cada una de las partes de su cuerpo frente al espejo.

A continuación se pedirá a los participantes que utilicen una sola palabra o frase para describir diferentes partes de su cuerpo. Hecho lo anterior, se alentará a que los participantes expresen lo que sienten al ver la imagen de su cuerpo reflejada en el espejo (p. e. agrado, desagrado, aceptación, rechazo, vergüenza, inquietud, miedo). ¿Qué partes de su cuerpo les gustan más?, ¿Qué partes de su cuerpo les gustan menos? y ¿Por qué?, ¿Qué te gustaría cambiar de ti mismo?.

Una vez que hayan respondido, las instructoras generarán una reflexión en los participantes sobre ¿Qué pueden hacer para que les sea agradable lo que no les gusta?, ¿Qué recursos pueden utilizar para disimular sus defectos y mejorar su apariencia?.

Con esta dinámica las instructoras ayudarán a los participantes a potencializar de manera favorable aquellas partes del cuerpo que perciben de forma negativa y con ellas la imagen corporal.

“Mejorando mi autoestima”

Objetivo: Que los participantes identifiquen sus cualidades y tengan una percepción positiva de sí mismos que favorezca su autoestima.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: Hojas blancas, plumones.

Desarrollo: Entregar a cada participante una hoja en la que pondrán su nombre. Se pedirá que escriban del lado izquierdo lo que consideran son sus cualidades y del lado

derecho sus defectos. Si durante la dinámica los participantes presentaran alguna dificultad para escribir, las instructoras los apoyarán haciéndolo por ellos.

Al terminar de escribir cada uno de los participantes mencionarán las cualidades y defectos que ven en sus compañeros.

Las instructoras fomentarán la reflexión en el grupo, sobre ¿Cómo se ven a sí mismos? y ¿Cómo los ven los demás?. Resaltando las cualidades que identificaron ellos y los demás.

Dejar claro a los participantes que hay defectos físicos que no pueden ser corregidos, pero pueden utilizar recursos que los disimulen o no los hagan tan evidentes, y les permita sentirse bien y mejorar su apariencia.

Las instructoras guardarán las hojas y comentarán a los participantes que al finalizar el taller se realizará la misma dinámica para comparar si hubo algún cambio.

*** Aspecto social**

“Mejorando mis relaciones con los demás”

Objetivo: Que los participantes pongan en práctica el conocimiento de sí mismos y sus recursos favoreciendo su interacción con otros y con el medio.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales:

Desarrollo: Las instructoras invitarán a los participantes a que formen parejas o un grupo para iniciar una plática, pretendiendo que el encuentro sea con los que menos han convivido. Se les darán 10 minutos para que lo hagan. Después se les preguntará: ¿Fue fácil acercarse a los demás?, ¿Iniciaron la plática de manera espontánea o se les dificultó?, ¿Mantuvieron el interés de los otros en su plática?, ¿De qué cualidades se valieron para relacionarse con sus compañeros?.

Una vez que se haya discutido lo anterior, se finalizará resaltando la importancia de las cualidades que favorecen su relación con las personas y de reconocer las fallas o errores en sí mismos que no favorecen las relaciones interpersonales y cómo pueden mejorarlas.

Sesión No. 4

* Aspecto biológico

“Medidas de autocuidado para conservar la salud e higiene sexual”

Objetivo: Promover en los participantes medidas de autocuidado e higiene sexual.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Esquemas de las figuras masculina y femenina al desnudo, cada una en diferentes posiciones.

Desarrollo: Se les preguntará a los participantes que entienden por salud e higiene sexual. Posteriormente se definirá el concepto y se les cuestionará sobre las medidas de autocuidado e higiene que llevan a cabo para mantener su salud e higiene: ¿Cómo cuidan su cuerpo?, ¿Cómo cuidan sus órganos sexuales o genitales?, ¿Qué hacen y qué pueden hacer para mejorar la forma como se cuidan?.

Cuando se haya terminado de responder se presentarán esquemas de la figura masculina y femenina, cada una en diferente posición, con la intención de mostrar los órganos sexuales claramente. Utilizando los esquemas como apoyo, se irán explicando las medidas de autocuidado que pueden aprender y que favorecen su salud e higiene sexual (bañarse, cambiar diariamente su ropa interior, revisar y asear cuidadosamente sus órganos sexuales, evitar el uso de perfumes y desodorantes en sus genitales, las mujeres al orinar o defecar deben limpiarse de adelante hacia atrás...).

“Toco, exploro y aprendo”

Objetivo: Que los participantes se familiaricen con la autoexploración de senos y genitales como un elemento importante en el cuidado de su salud e higiene sexual.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Esquemas de la figura masculina y femenina realizando la autoexploración de órganos sexuales y senos, modelos hechos de plastilina de los órganos sexuales externos masculino y femenino, y de los senos.

Desarrollo: Se mostrará a los participantes esquemas de la figura femenina y masculina realizando la autoexploración de sus órganos sexuales y senos. Se le entregará a cada uno de los participantes el modelo que corresponda a su sexo. En forma simultánea las instructoras describirán y explicarán detenidamente los pasos a seguir durante la autoexploración para que ellos los realicen en el modelo que les fue entregado, tal como

los hayan entendido y haciéndolo cuidadosamente como si se tratara de su cuerpo. Se corregirán los errores y se resolverán las dudas.

Se reforzará la idea de que al explorar sus senos y genitales pueden detectar alguna alteración como: granos, bolitas, secreciones (pus, flujo)...

*** Aspecto psicológico**

“Valorando mi cuerpo y su salud”/ “Porque me aprecio, me cuido”

Objetivo: Promover en los participantes la importancia de cuidar y valorar el propio cuerpo.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Papel bond, plumones.

Desarrollo: Las instructoras preguntarán a cada participante lo siguiente: ¿Por qué crees que es importante tener hábitos de higiene para el cuidado de tu cuerpo?, ¿Qué sensación o sentimiento te provoca ver tu cuerpo limpio y sano?, ¿Qué sensación o sentimiento te provoca ver tu cuerpo sucio, y con dolor o malestar?. Cuando hayan terminado se les pedirá elijan una pareja del sexo opuesto para que discutan sus respuestas. Tendrán 5 minutos para hacerlo. Enseguida comentarán frente al grupo lo que discutieron.

Para finalizar discutirán grupalmente la importancia de visitar al médico o ginecólogo regularmente, y en especial cuando tienen dolor o malestar. Las instructoras irán anotando las respuestas en el papel para después retomar las ideas más importantes y comentarlas con el grupo.

Las instructoras subrayarán que el cuidado del cuerpo no sólo se refiere a estar al pendiente de su apariencia, sino también es darse tiempo de estar en contacto con él, reconocer su olor, forma, textura, tocar, observar con detenimiento, y tratar de descubrir las sensaciones que en él se producen.

*** Aspecto social**

“Mejorando mi imagen”

Objetivo: Que los participantes reconozcan la importancia de su higiene y arreglo personal para favorecer su imagen social.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales:

Desarrollo: Las instructoras pedirán al grupo que recuerden cuáles son las medidas de autocuidado que deben seguir para mantener su salud e higiene.

Las instructoras indicarán a los participantes que deben llevar a la práctica estas medidas durante todo el taller.

Se reforzará la idea de que la higiene y arreglo que tenemos es la imagen que los demás tienen de nosotros e influye en la manera en que nos ven, nos tratan y se relacionan con nosotros.

Al finalizar el taller se les pedirá que compartan su experiencia al haber llevado a la práctica estas medidas de autocuidado.

Sesión No. 5*** Aspecto biológico****“Conducta sexual”**

Objetivo: Que los participantes conozcan que es una relación sexual coital y las etapas de la respuesta sexual.

Que los participantes conozcan diferentes formas de estimulación sexual.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Imágenes de una relación sexual coital y de las etapas de la respuesta sexual, hojas blancas, plumones.

Desarrollo: Se pedirá a los participantes que se numeren en 1 y 2 para formar dos mesas de trabajo. Entregándoles hojas blancas y plumones.

Se indicará a los participantes que comenten y describan qué es para ellos una relación sexual coital. Lo escribirán en las hojas. Al terminar asignarán un moderador por mesa que leerá lo escrito. Se considerará lo comentado en cada mesa, ejemplificando con la imagen de la pareja teniendo relaciones sexuales coitales. Complementando la información y clarificando dudas.

Continuando en su mesa de trabajo, en seguida, se les presentarán las imágenes de las etapas de la respuesta sexual. Se pedirá que de forma voluntaria comenten y describan lo que en ellas observan.

Para finalizar la dinámica las instructoras complementarán la información y clarificarán dudas, dejando claro que los participantes tienen diferentes opciones para ejercer su

sexualidad: masturbación, relaciones sexuales coitales y otras que no necesariamente implican la cercanía o presencia de otro como las fantasías sexuales y la pornografía.

***Aspecto psicológico**

“¿Cómo expreso mi afecto”

Objetivo: Que los participantes reconozcan las formas como expresan afecto.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: 3/4 de cartulina por cada participante, plumones, revistas, tijeras, pegamento, diurex, 3 pliegos de papel bond.

Desarrollo: Las instructoras pegarán en la pared los 3 pliegos de papel bond rotulados con las palabras familia, amigos y pareja. Pedirán a los participantes que se numeren en 1 y 2 para formar dos mesas de trabajo, entregarán las cartulinas, plumones, revistas, tijeras y pegamento a cada mesa, también las cartulinas irán rotuladas (familia, amigos y pareja).

Las instructoras indicarán a las mesas que comenten cómo expresan su afecto a familiares, amigos y pareja, y lo escriban en la cartulina que corresponda. Enseguida cada participante formará un collage que ilustre lo que ha escrito.

Al terminar se les pedirá que peguen las cartulinas en el papel bond de acuerdo al rótulo que tengan. Las instructoras junto con el grupo definirán claramente como el afecto se expresa de diferentes formas (palabras, contactos, miradas). Cómo en la relación de pareja a diferencia de los amigos y la familia, hay atracción, el deseo de estar a solas, la oportunidad de amar y ser amado por alguien en exclusivo hasta llegar al momento de estar en la intimidad con la pareja.

“Expresando mis miedos”

Objetivo: Que los participantes expresen sus miedos hacia la experiencia sexual.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales:

Desarrollo: Las instructoras pedirán a los participantes que se sienten en las sillas formando un círculo e iniciarán comentando a los participantes que al estar aprendiendo de si mismos y de cómo se relacionan en pareja, en ocasiones pueden vivir experiencias difíciles que les hacen sentir miedo, angustia o vergüenza. Después las instructoras les preguntarán si alguien quiere comentar ¿Cómo ha sido su experiencia, si se sentirían

cómodos al platicarlo?, ¿Por qué?, ¿Fue agradable o desagradable?, ¿Esta experiencia te provocó miedo?, ¿Qué miedos crees que te dejó esta experiencia; sentirte rechazado, amenazado, que el otro se de cuenta que te da pena, de tu timidez, que no sabes qué hacer o cómo comportarte?.

Una vez que los participantes hayan compartido su experiencia las instructoras pedirán a cada uno de ellos y al resto del grupo, que intenten rescatar lo mejor, lo más positivo de estas experiencias.

Para finalizar las instructoras retomarán lo comentado por los participantes, resolviendo las dudas que hayan surgido, reafirmando los aspectos positivos y liberando los tabúes.

“Ahora me toca a mí”

Objetivo: Que los participantes identifiquen zonas de su cuerpo de mayor excitación sexual para favorecer su capacidad de disfrute en la relación de pareja.

Tiempo de duración: 10 minutos.

Materiales: Borlas de algodón, papel craft, plumones, grabadora y música suave.

Desarrollo: Las instructoras pedirán a los participantes que dibujen la silueta de su cuerpo y rostro. Cuando hayan terminado se les entregará una borla de algodón, se pondrá la música de fondo y se les indicará que sigan sobre la silueta las siguientes instrucciones:

- Recorrerán con la borla de algodón sus labios, haciéndolo con suavidad y lentamente, por espacio de varios segundos. Llevarán la borla hacia los lóbulos de las orejas, deteniéndose también en cada una de ellas. Luego bajarán hacia el cuello y lo irán recorriendo de un lado al otro.
- Continuarán con los mismos movimientos pero ahora en la parte interna de los brazos, pasando directamente al vientre haciendo pequeños movimientos circulares.
- Después recorrerán la parte interna cercana a los muslos.
- Para finalizar la dinámica comentarán su experiencia: ¿Fue agradable?, ¿En qué pensaban mientras lo hacían?, ¿Qué sintieron?.

Las instructoras preguntarán a los participantes si han tenido una experiencia como ésta. Si es así ¿Qué les ha parecido? y si alguno de ellos quiere compartirlo con el grupo. Si no

han tenido esta experiencia, ¿Les gustaría llevarlo a la práctica en su propio cuerpo?. En caso de que así lo decidan se manejarán las mismas instrucciones que en la silueta.

Las instructoras comentarán que al pasar la borla de algodón en diferentes zonas se estimula su cuerpo y que esto pueden llevarlo a la práctica también con su pareja si así lo deciden. Las instructoras sugerirán el uso de esencias, aceites, música, comida, velas, para crear un ambiente más agradable.

Se reforzará la importancia de las caricias como una oportunidad de lograr mayor excitación y expresar afecto en el contacto íntimo con la pareja. Dejando claro que las caricias también son un elemento altamente satisfactorio en el preámbulo de una relación sexual coital.

*** Aspecto social**

“Lo que se hace en público, lo que se hace en privado”

Objetivo: Que los participantes aprendan a diferenciar conductas públicas y privadas según el contexto.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Escenas que muestren diferentes conductas sexuales (besos, caricias, abrazos, relaciones sexuales coitales).

Desarrollo: Se preguntará a los participantes si saben qué son las conductas públicas y qué son las conductas privadas. Las instructoras complementarán la información.

Después se presentarán las escenas a los participantes, pidiéndoles que traten de identificar cuáles son los lugares adecuados para expresar las caricias, los besos y las relaciones sexuales coitales.

Dejando claro que la expresión corporal es diferente en público que en privado, las parejas no se van a besar, abrazar y acariciar con la misma intensidad.

Para cerrar la sesión se hará énfasis en que en la medida que el acercamiento o contacto físico involucra besos, caricias en partes íntimas del cuerpo, deja de ser algo público y se convierte en algo privado. Por lo que la pareja deberá aprender a controlar sus deseos cuando se encuentra frente a otras personas y buscar un espacio para estar a solas.

Sesión No. 6

* Aspecto biológico

“Fecundación: la unión de un óvulo y un espermatozoide”

Objetivo: Que los participantes conozcan como ocurre el proceso de fecundación.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: 1 imagen que muestre a una pareja teniendo relaciones sexuales coitales, 1 esquema de los órganos sexuales internos femeninos, figuras en relieve del útero, pene, vagina, trompas, figuras en dimensión de un óvulo y un espermatozoide.

Desarrollo: Una vez que se haya explicado a los participantes el proceso de fecundación, utilizando la imagen y el esquema, se realizará la siguiente dinámica donde cada uno asuma el papel de los órganos que participan en el proceso de fecundación (vagina, útero, trompas y pene) así como del óvulo y el espermatozoide.

Se entregará a los participantes las figuras en relieve de los órganos que les fueron asignados (vagina, útero, trompas y pene) para que los coloquen sobre el esquema de los órganos sexuales internos femeninos según corresponda.

A los participantes que les fueron asignados el papel del óvulo y espermatozoide se les entregarán las figuras de éstos en dimensión con las que tendrán que simular el recorrido que hacen en los órganos sexuales internos femeninos. Indicándoles donde deben partir y que los espermatozoides deberán competir entre sí para que sea uno el que logre unirse con el óvulo.

“Esperando la llegada de un bebe”

Objetivo: Que conozcan como ocurre el transcurso de un embarazo y los cambios físicos que lo acompañan hasta el parto.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: 1 esquema de los órganos sexuales internos femeninos, esquemas de diferentes etapas del embarazo a los 3, 6 y 9 meses (que muestren el desarrollo del feto), 1 esquema que muestre el momento del parto, hojas, plumones.

Desarrollo: Se iniciará la dinámica comentando que una vez que el óvulo ha sido fecundado por el espermatozoide, se pegará a las paredes del útero donde permanecerá transformándose y creciendo durante 9 meses hasta convertirse en un bebé.

Se utilizará el esquema de la dinámica anterior (órganos sexuales internos femeninos) para ejemplificar esto.

De forma inmediata se mostrarán los esquemas donde aparezcan diferentes etapas del embarazo desde los 3, 6 y 9 meses hasta llegar al momento del parto.

Las instructoras solicitarán a los participantes que observen y comenten los cambios físicos que ocurren en la mujer durante el embarazo.

En seguida las instructoras indicarán a los participantes que observen y comenten los cambios físicos que ocurren en el bebé durante su desarrollo en el útero.

Las instructoras partirán de las observaciones hechas por los participantes para ampliar y clarificar la información.

Las instructoras explicarán el desarrollo in útero del bebé, comentando que después de todos estos cambios el bebé está listo para nacer, dejando muy claro por qué es importante que nazca a los nueve meses y por qué es peligroso que sea prematuro. Se hará referencia a la imagen que muestra el momento del parto.

*** Aspecto Psicológico**

“Mi deseo de ser mamá, mi deseo de ser papá”

Objetivo: Que los participantes reflexionen sobre las posibilidades de llegar a ser padre y de llegar a ser madre.

Que los participantes reflexionen sobre sus deseos, expectativas y recursos para poder llevar a cabo la función paterna y materna.

Que los participantes aprendan a ser responsables y comprometidos con la función materna y paterna.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Hojas blancas, plumones.

Desarrollo: Se iniciará pidiendo a los participantes que formen 2 mesas de trabajo, una de mujeres y otra de hombres. Se les entregarán hojas blancas y plumones a cada mesa.

Se les indicará a la mesa de mujeres que hablen de sus deseos de ser madres ahora o en el futuro, de sus recursos y si están preparadas para ser madres y lo escriban.

La mesa de hombres hablará de sus deseos de ser padres ahora o en el futuro, de sus recursos y si están preparados para ser padres y también lo escribirán.

Al terminar, cada mesa deberá elegir un moderador que leerá frente al grupo lo comentado y escrito en su mesa. Las instructoras partirán de las respuestas dadas por

cada mesa para explicar la función paterna y materna, enfatizando cómo los deseos pueden ser llevados a la práctica de manera gratificante cuando se cuenta con los recursos para hacer esto realidad. Las instructoras guiarán a los participantes en una discusión sobre la función paterna y materna donde se compartan los deseos y los recursos.

“Planeando ser padres”

Objetivo: Que los participantes reconozcan la importancia de planear su paternidad y maternidad.

Tiempo: 15 minutos.

Material:

Desarrollo: Se elegirán 4 participantes, 2 hombres y 2 mujeres, se les plantearán dos situaciones diferentes que tendrán que asumir como si se encontrarán en ellas. Una pareja (Ramón y Ana) simularan ser novios. Los dos están preocupados porque Ana está embarazada, no lo habían planeado y no saben qué hacer. Con apoyo de las instructoras la pareja compartirá su experiencia con el grupo. ¿Qué sentían al saber que iban a ser padres?, ¿Cuáles eran sus miedos?, ¿Cuentan con los recursos para llevar a cabo la función paterna y materna?, ¿Tenían el apoyo de su pareja?. Se pedirá al resto del grupo que también exprese su opinión.

Después la otra pareja (Luis y Eva) simulará estar casada. Desde hace tiempo planearon ser padres y ya decidieron tener un hijo. Están entusiasmados, piensan en un nombre para el bebé, ahorran para el momento del parto y gastos posteriores.

Con apoyo de las instructoras la pareja compartirá su experiencia con el grupo. ¿Qué sentían al saber que iban a ser padres?, ¿Cuáles eran sus miedos?, ¿Cuentan con los recursos para llevar a cabo la función paterna y materna?, ¿Tenían el apoyo de su pareja?. Se pedirá al resto del grupo que también exprese su opinión.

Las instructoras retomarán lo comentado por los participantes y profundizarán sobre lo qué es la función paterna y materna. Cuando una pareja comparte acuerdos, compromisos, sus recursos, planea y se prepara para el nacimiento del bebé; es una experiencia que también se comparte con la familia y los amigos.

Las instructoras hablan de la pareja de novios que serán padres sin haberlo deseado ni planeado, lo que da como resultado una función paterna y materna frustrada, donde puede haber miedo, enojo, vergüenza, culpa.

La falta de compromiso y responsabilidad hacen que una pareja pierda de referencia el amor que en un principio se expresaba, que haya una ruptura e incluso que la madre quede sola a cargo del bebé. El embarazo no se comparte, no se habla o se mantiene callado.

El embarazo en estas circunstancias hace que se pierda la función paterna y materna sana y se vuelva contraproducente.

* **Aspecto social**

“Cuidando al bebe”

Objetivo: Que los participantes entiendan cuales son las dificultades y responsabilidades que implica tener un hijo y su cuidado.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: 2 muñecos de plástico que asemejen a un bebé, 2 biberones, 2 pañales, 2 cobijas, leche en polvo, aceite, toallitas húmedas, algodón, 1 caja de cartón, grabadora, 1 cassette con sonidos de llanto.

Desarrollo: Se pedirá a las parejas que simularon ser novios o estar casados en la dinámica anterior realicen la siguiente actividad. A cada una de las parejas formadas, por turnos se les entregará uno de los muñecos envueltos en una cobija, solamente con un pañal el cual estará “sucio” (manchado con plátano machacado simulando haber defecado) lo que por cierto no se les mencionará.

Aclarándoles que a partir de ese momento tendrán que hacerse cargo y fingir ser los padres de ese bebé. Primero elegirán un nombre para él, lo alimentarán, cambiarán de pañal, vestirán cada vez que lo necesite y lo calmarán cuando lloré. Habrá una caja con diversos artículos para el cuidado del bebé, de acuerdo a las necesidades del bebé pedirán los artículos que requieran. Para la pareja de novios los artículos de que dispongan serán más escasos.

Se pondrá una grabación con sonidos de llanto para que cuando la escuchen traten de identificar que le ocurre y le proporcionen lo que necesita.

Como una forma de guía se cuestionará a la pareja si saben ¿Por qué llora su bebé; si tendrá frío, calor, hambre, sueño, estará sucio su pañal, si necesita eructar después de comer?.

Al terminar la actividad las parejas compartirán su experiencia con el grupo:

¿Fue fácil, difícil?, ¿Qué cosas se les complicaron más?, ¿Cómo se sentían cuando su bebé lloraba y no lo podían calmar?, ¿Hicieron las cosas con ayuda de su pareja o solos?, ¿Contaban con los recursos suficientes para el cuidado del bebé?, ¿Si el muñeco hubiera sido un bebé de verdad creen que lo hubieran lastimado?, ¿Por qué?.

Las instructoras retomarán lo comentado y profundizarán en la experiencia de ser padres cuando se ha deseado y planeado y cuando no es así, cómo lo viven ambos sexos y aprenden a compartir tareas.

Las instructoras hablarán del cuidado que requiere un bebé, de por qué es importante darle afecto, cubrir sus necesidades básicas y acompañarlo en su crecimiento.

Sesión No. 7

*** Aspecto biológico**

“Aprendiendo sobre las infecciones de transmisión sexual”

Objetivo: Que los participantes conozcan qué es una infección de transmisión sexual y sus formas de contagio.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Esquemas de la figura masculina y femenina teniendo relaciones sexuales vía vaginal, anal y oral, esquemas de la figura masculina y femenina con signos de ITS, imágenes de embarazo, parto, lactancia, transfusión sanguínea, hojas blancas, plumones.

Desarrollo: Se mostrará a los participantes los esquemas con signos de infecciones de transmisión sexual para que traten de identificar y describir las alteraciones o signos que en ellos observan (manchas, irritación, ampollas, heridas, granos).

En seguida, las instructoras retomarán las observaciones hechas por los participantes y expondrán la definición de lo que son las infecciones de transmisión sexual y los signos que de manera general se presentan cuando aparece una ITS.

Para trabajar las formas de transmisión se pedirá al grupo que comparta lo que sabe o conoce al respecto.

Las instructoras tomarán en cuenta lo expresado por el grupo y ampliarán la información dejando claro que estas infecciones se transmiten cuando los fluidos corporales (sangre, semen, secreciones vaginales) tienen contacto o se intercambian. Siendo las vías más comunes la vaginal, anal y oral, aunque algunas pueden contagiarse por otras vías como

transfusiones de sangre, uso de jeringas infectadas, de la madre embarazada al feto, en el parto o la lactancia.

Se utilizarán como apoyo imágenes o esquemas de relaciones sexuales vía vaginal, anal y oral, embarazo, parto, lactancia y transfusión sanguínea.

“Infecciones de transmisión sexual: clasificación”

Objetivo: Que los participantes conozcan los diferentes signos y síntomas de cada una de las infecciones de transmisión sexual.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Se retomarán los esquemas de la figura masculina y femenina con signos de infecciones de transmisión sexual en relieve de la dinámica anterior.

Desarrollo: Se presentarán a los participantes los esquemas de la figura masculina y femenina, y se explicarán cuales son los signos y síntomas que se van a presentar en cada una de las infecciones de transmisión sexual. En caso de haber preguntas se responderán y se clarificarán las dudas.

Para apoyar la explicación y reafirmar el conocimiento adquirido, las instructoras pedirán a los participantes que toquen el relieve de los signos y síntomas en cada uno de los esquemas.

Comentar que si algunos de ellos tienen signos y/o síntomas de alarma de infecciones de transmisión sexual deben acudir al médico inmediatamente para evitar contagiar a otras personas.

Dejar claro que algunas infecciones de transmisión sexual pasan inadvertidas al no causar malestar ni observarse alteraciones en el cuerpo; hay personas que no presentan signos ni síntomas pero son portadoras de la infección sin saberlo.

*** Aspecto Psicológico**

“Dejando huella”

Objetivo: Explorar el impacto psicológico que vive una persona cuando sabe que tiene una infección de transmisión sexual.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Tarjetas blancas, pintura digital en varios colores, plástico envolvente.

Desarrollo: Se colocarán las tarjetas sobre una mesa, algunas de ellas estarán cubiertas por el plástico y otras no. Se pedirá a los participantes que se dividan en parejas y que cada uno elija una tarjeta.

Se indicará a los que hayan tomado las tarjetas sin plástico, si así lo desean, que entinten sus dedos con la pintura digital que prefieran y que marquen la tarjeta de su pareja, además podrán intercambiar o ir en busca de otra pareja.

Revisarán sus tarjetas y se les explicará que cada color representa una infección de transmisión sexual, y que las cubiertas de plástico simbolizan la protección que se tiene al usar un condón o preservativo.

En seguida se les dirá que, marcar su huella en otras tarjetas significaba tener relaciones sexuales con otro y ponerse o poner en riesgo a los demás al contagiarse de una infección de transmisión sexual si es que no estaban protegidos. Se les preguntará a los participantes con las tarjetas marcadas ¿Qué sintieron al saberse infectados y qué es lo que van a hacer?. Se les hablará de las consecuencias que tendrán que vivir cuando han sido infectados: angustia, miedo, depresión y vergüenza al sentir expuesta su intimidad, tendrán que someterse a tratamientos costosos, colocándose en una situación en la que no deberían estar si se hubieran protegido.

Se pedirá a los participantes con las tarjetas cubiertas por el plástico observen como la tinta no logró marcarse en su tarjeta y resbaló por el plástico.

Las instructoras dejarán claro a los participantes, que deben asumir responsabilidad y compromiso en el ejercicio de su vida sexual, al poner en práctica el uso del condón o preservativo como una medida preventiva que favorece su salud sexual.

*** Aspecto social**

“Trabajando en la prevención: manos a la obra”

Objetivo: Enfatizar la puesta en práctica de medidas preventivas para evitar un contagio.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Plumones, papel bond o pizarrón.

Desarrollo: Las instructoras preguntarán al grupo qué medidas tienen que seguir para prevenir infecciones de transmisión sexual. Las instructoras escribirán en el papel las respuestas de los participantes.

Se retomarán las ideas más importantes expresadas por el grupo y se reafirmará que las medidas preventivas se llevan a la práctica desde que se preocupan por su higiene,

tienen relaciones sexuales con una sola pareja, utilizan condón o preservativo y acuden regularmente al médico, para mantener su salud sexual y la del otro.

Sesión No. 8

*** Aspecto biológico**

“Métodos anticonceptivos: una medida preventiva”

Objetivo: Que los participantes conozcan diferentes métodos anticonceptivos y cómo utilizarlos correctamente.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Muestras de métodos anticonceptivos (condón masculino y femenino, condones texturizados de diferentes colores y sabores, pastillas, inyecciones, parche, óvulos, espuma, DIU), imágenes con instrucciones de uso.

Desarrollo: Se dará a los participantes muestras de diferentes métodos anticonceptivos para que los observen y toquen, al terminar se les pedirá que intenten responder a lo siguiente:

¿Qué es lo que se les ha mostrado?, ¿Conocen el nombre de alguno de ellos?, ¿Para qué sirven?, ¿Cómo se usan?.

Una vez que hayan respondido se precisará y se complementará la información, hablándoles de su función e instrucciones de uso. Para las instrucciones de uso se utilizarán imágenes como apoyo.

Las instructoras comentarán con el grupo que tienen diferentes métodos anticonceptivos entre los cuales elegir. Siendo el condón o preservativo de los más atractivos, al presentar una gran variedad de colores, olores, sabores y texturas. Favoreciendo con esto, la estimulación durante el momento del coito, la participación de la pareja, la práctica del sexo oral e incluso que el encuentro sea más agradable.

“Paso a pasito aprendo a poner un condón”

Objetivo: Que los participantes conozcan y aprendan el uso correcto del condón masculino.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: 1 condón por cada participante, modelos de pene, imágenes o esquemas con instrucciones de uso.

Desarrollo: Se explicará, apoyándose en los esquemas, los pasos a seguir para poner y quitar adecuadamente un condón.

Se mostrará un modelo para que observen en forma práctica las instrucciones y pasos a seguir.

Ya que se haya explicado y haya observado lo anterior, se entregará un condón a cada participante para que cada uno lleve a cabo y practique los pasos en el modelo. Esto lo harán de dos en dos participantes para que con el resto del grupo se vayan indicando las fallas o errores, contando con la supervisión y apoyo de las instructoras.

Después lo realizarán sin ninguna intervención.

Para finalizar se retomará la importancia de utilizar métodos anticonceptivos y hacerlo en forma adecuada.

Se reforzará el uso del condón, haciendo énfasis en su doble función: evitar embarazos no planeados, no deseados y proteger de infecciones de transmisión sexual.

Se comentará con el grupo que aprender a colocar correctamente un condón enriquece el encuentro sexual, al ser él quién se lo coloque o ella a él, logrando una mayor intimidad con la pareja.

*** Aspecto Psicológico**

“Conozco, aprendo y experimento otras sensaciones”

Objetivo: Que los participantes conozcan y aprendan a poner en práctica con su pareja otras formas de estimulación sexual considerando las zonas del cuerpo de máxima excitación.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Grabadora, música suave.

Desarrollo: Se pedirá a los participantes caminen lentamente por el espacio disponible escuchando la música de fondo, solamente tendrán contacto visual poniendo atención a la mirada de cada uno mientras se siguen moviendo.

Después se pondrán en contacto con un saludo utilizando la mano, hombro, codo y cabeza. Finalmente lo harán a través de una palabra, hola y adiós.

Las instructoras comentarán con los participantes que estos contactos son los más cotidianos.

Enseguida se les indicará que cierren los ojos y elijan una pareja tomándola de la mano. Cuando se hayan elegido abrirán los ojos para saber si es la persona con quien querían trabajar.

Las instructoras mencionarán al grupo que la siguiente actividad requiere de mucho respeto hacia su compañero. La actividad consiste en imitar la posición de su compañero que simulará ser una estatua. La pareja se asignará como A y B.

A forma una estatua mientras B cierra los ojos. Al terminar A le comunica a B que puede tocarla. B la toca y se coloca en la misma posición que A. Cuando B haya terminado se lo comunicará a A.

A verifica si es la estatua que formó, indicándole a B si la realizó bien o no. Se realizará nuevamente la actividad, siendo B quien forme la estatua y A quien lo imite.

Al finalizar se pedirá al grupo forme un círculo para que expongan lo que sintieron durante la actividad.

Las instructoras comentarán con el grupo que hay zonas de su cuerpo que son muy sensibles al contacto, que en ocasiones puede resultar agradable o incómodo dependiendo de quién los toque.

Pero este contacto puede ser altamente placentero cuando se realiza con la pareja, al experimentar nuevas sensaciones a través del contacto piel a piel, donde la yema de los dedos, la boca y la lengua son sensibles. También las caricias en los lóbulos de las orejas, el cuello, las palmas de las manos, los muslos, detrás de los muslos, las ingles, la columna vertebral, la vulva, el clítoris, el pene, el glande, los senos y pezones son placenteros.

Dejando claro que la introducción del pene en la vagina no es la única forma de excitación y satisfacción sexual, las caricias son muy importantes en el encuentro íntimo de la pareja. Por sí mismas son capaces de llevarlos a un momento muy placentero sin que sea necesario llegar a la penetración. Sin embargo, cada pareja elige lo que más disfruta.

Las instructoras preguntarán a los participantes si ¿Entre ellos hay alguna pareja? y si ¿Han vivido una experiencia como lo que se trabajó en la dinámica?. En caso de que así sea se les preguntará si quieren compartirlo con el grupo.

“Responsabilizándonos de nuestras decisiones”

Objetivo: Ejercitar la toma de decisiones responsables.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Papel bond, plumones, hojas.

Desarrollo: Las instructoras plantearán al grupo una situación en la que una pareja, Juan y Rosa, desean tener relaciones sexuales pero Juan es quien toma la iniciativa y se lo propone a Rosa.

Al concluir se les preguntará ¿En caso de que Rosa y Juan decidan tener relaciones sexuales que medidas deben tener?.

Se escribirán en el papel bond las diferentes medidas que pueden tener, considerando los métodos anticonceptivos como una de ellas.

Enseguida discutirán ¿En caso de que Rosa y Juan decidan no tener relaciones sexuales que otras opciones tienen para disfrutar de su relación de pareja?.

Nuevamente las instructoras escribirán en el papel bond las opciones que se hayan discutido en el grupo.

Las instructoras reafirmarán el uso de métodos anticonceptivos cuando se tienen relaciones sexuales coitales. Y considerarán otras alternativas si deciden no llegar a la introducción pene-vagina, las cuales pueden ser más placenteras y les permiten realizar su deseo de estar en la intimidad con su pareja.

En la relación de pareja la mujer también participa expresando sus deseos y tomando la iniciativa, sin que esto signifique que quiere decidir por su pareja.

* **Aspecto social**

“Métodos anticonceptivos: ventajas y desventajas”

Objetivo: Fomentar el uso de métodos anticonceptivos considerando sus ventajas y desventajas.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: Papel bond, plumones y hojas.

Desarrollo: Se retomará de la dinámica anterior el caso de Juan y Rosa, ahora ellos han decidido de mutuo acuerdo tener relaciones sexuales y como ya han considerado las consecuencias de esta decisión han pensado en utilizar algún método anticonceptivo pero aún no eligen cuál.

Al terminar de comentar dicha situación, se preguntará al grupo cuáles son los métodos anticonceptivos que Rosa y Juan pueden utilizar, las instructoras los irán anotando en el papel bond. Entonces se les pedirá que discutan las ventajas y desventajas de los métodos que han mencionado y cuál es el método que deberían elegir.

Se subrayará lo práctico, accesible y eficaz de algunos de los métodos. Como en el caso del condón que tiene una doble función: prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual.

Sesión No. 9

*** Aspecto biológico**

“¿Qué es una agresión sexual?”

Objetivo: Que los participantes conozcan y clarifiquen el concepto de agresión sexual.

Que los participantes identifiquen que elementos contiene una situación de agresión sexual.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Papel bond, plumones.

Desarrollo: Las instructoras preguntarán a los participantes si saben lo qué es una agresión sexual (abuso y violación), pidiéndoles que lo comenten frente al grupo. Las instructoras irán anotando en el papel bond las ideas más importantes.

Para finalizar se retomará lo comentado por el grupo y se complementará la información. Enfatizando que la sexualidad en el abuso y violación es utilizada para agredir y someter. En la agresión sexual se abusa, se aprovecha o se controla la voluntad del otro, a través de la violencia, la amenaza, el chantaje, la seducción o el engaño. Donde el agresor se vale de su autoridad, condición física o relación que tenga con la víctima. Se darán ejemplos para clarificar la información.

*** Aspecto psicológico**

“Compartiendo mi experiencia”

Objetivo: Facilitar la expresión de experiencias acerca de algún acontecimiento de agresión sexual.

Tiempo de duración: 30 minutos.

Materiales: 1 caja de pañuelos desechables.

Desarrollo: Se preguntará a los participantes si han tenido una experiencia de agresión sexual. De ser así se les pedirá que comenten su experiencia ¿Cómo fue?, ¿Quién fue el

agresor?, ¿Qué sintieron?, ¿Qué pensaban cuando ocurrió?, ¿Se lo contaron a alguien?, ¿Por qué?, ¿Qué sienten al recordar esta experiencia y comentarla con el grupo?.

Se pedirá al resto del grupo exprese algún comentario acerca de las experiencias que han escuchado, ¿Qué pensaban?, ¿Qué sintieron al escucharlo?, y se les preguntará si les ha ocurrido algo similar para que lo comenten con el grupo si así lo desean.

En caso de que los participantes no expresen sus experiencias pedirles que entonces comenten si conocen o saben de alguien a quien le haya sucedido esto.

Es útil y necesario ser reiterativos en cuanto al conocimiento, contacto y respeto a su cuerpo, y “hacerles tomar conciencia” que hay sensaciones, actitudes, caricias o gestos que pueden agradarles, molestarlos, inquietarlos, ser desagradables o confusos y que por tanto deben ejercitar para reconocerlos y para poder comunicarlo cuando éstos no sean de su agrado o les molesten.

Hay que dejarles claro que “no todas las personas pueden tocarlos como tampoco pueden ellos tocar a todos”.

Cuando no hay aceptación o consentimiento se está abusando del otro, se está invadiendo su intimidad que a nadie más pertenece. Cada quien tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo quién, cómo y cuándo lo toca.

Es importante hacerles saber que no deben sentir vergüenza ni culpa y que pueden superar la experiencia, el único culpable es el agresor. Que no guarden el secreto si alguien los ha agredido, si lo hablan es más fácil ayudarles a superarlo y evitar que vuelva a ocurrir.

Para cerrar se tiene que distinguir claramente la diferencia entre la sexualidad que debe ser algo placentero, agradable, voluntario, y la agresión sexual, que si bien utiliza la sexualidad como medio de agredir o someter, no debe conectarse con la vivencia posible de la propia intimidad. El problema no es la sexualidad sino el abuso de poder.

Nota: Se abrirán espacios individuales para los participantes que hayan tenido experiencias de agresión sexual. De ser necesario serán canalizados para recibir tratamiento terapéutico.

*** Aspecto social**

“Estableciendo límites en mis relaciones: ¿Cómo y con quién?”

Objetivo: Que diferencien los límites, los contactos y/o acercamientos físicos permitidos según la relación de la que se trate (personas de confianza, conocidos y extraños).

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: 6 círculos tamaño carta de diferentes colores; blanco, azul, verde, amarillo, naranja y rojo, por cada participante, una lámina dónde se muestren los círculos cercanos unos de otros.

Desarrollo: Se entregará a cada participante los 6 círculos aclarándoles lo siguiente: el círculo blanco los representa a ellos, el círculo verde representa a sus familiares y parientes más cercanos (padres, hermanos, abuelos), el círculo amarillo a los parientes más lejanos (tíos, primos, cuñados) y amigos, el círculo azul a la pareja, el círculo naranja a los desconocidos y el círculo rojo representa a los extraños.

Con el apoyo de las instructoras se les pedirá que marquen en cada círculo lo que representa. Dándoles las siguientes instrucciones:

Deben colocar dentro de cada círculo el nombre o dibujo de las personas con las que se relacionan según corresponda, se revisará que lo hayan hecho correctamente.

Se mencionará que las formas de relacionarse con las personas son diferentes de acuerdo a como los hayan colocado en los círculos considerando los siguientes principios:

“Tu eres la persona más importante en tu mundo”.

“Tu eres el centro de todos tus círculos”.

“Nadie puede tocarte a menos que tu quieras”.

“Hay muy pocas personas a las que tú puedes abrazar, sólo a algún familiar o pareja con quien tu te sientas cómodo”.

“Hay pocas personas con quienes puedes intercambiar un abrazo amistoso, ocasional, tales como un amigo, alguien a quien conoces y con quien te sientes cómodo”.

“Sólo a las personas que conoces puedes saludarlas de mano”.

“No hables o toques a desconocidos, o a quien te desagrada, y ellos no pueden hablar o tocarte a ti”.

“Tu eres la persona más importante en el mundo. Es tu decisión cómo quieres que los demás se acerquen a ti”.

Se tomarán uno a uno los círculos y se les irá hablando de los acercamientos, contacto físico y límites que deben tener con cada uno de ellos.

1. Círculo blanco (participante). Sólo cabe una persona, donde su cuerpo es privado para él, es permitido cerrar las puertas para estar a solas y en dónde se debe

esperar que otros llamen a la puerta para entrar. Aquí se practican las conductas adecuadas para la intimidad.

2. Círculo verde (parientes cercanos). Se conoce el nombre de todos y se puede tratar todos los temas puesto que existe la confianza, están presentes el cariño y el cuidado por el otro, el contacto físico con estas personas son el abrazo, tomarse de la mano, caricias y besos no íntimos.
3. Círculo azul (pareja). Cuando se está a solas con la pareja, en un lugar privado puede haber un contacto y acercamiento más íntimo como besos, caricias, tocamientos.
4. Círculo amarillo (parientes más lejanos y amigos). Hay un contacto afectuoso pero no íntimo, un abrazo dónde los cuerpos tengan poco contacto, un beso en la mejilla. Si el contacto fuese distinto al esperado, habrá una sensación de incomodidad y hasta de rechazo, los temas que se hablan pueden ser personales y existe la confianza y el afecto.
5. Círculo naranja. En contacto físico adecuado es un apretón de manos y es el único tipo de contacto aceptable, se habla de temas generales que no sean personales y hay confianza limitada y en general sentimientos de respeto, con las personas que se conocen de vista y de las cuales no se sabe su nombre, no hay contacto físico, el saludo apropiado será una sonrisa, un saludo desde lejos, el contacto visual, se brindan respuestas breves sobre temas impersonales y hay poca confianza e inhibición de las emociones, no hay afecto.
6. Círculo rojo (los extraños). Son desconocidos con quienes no debe darse contacto físico ni verbal, no se debe manejar con exceso de confianza y hay que ser precavidos.

Reafirmar con los participantes que el acercamiento y/o contacto físico (besos, abrazos, caricias o tocamientos) debe ser con su consentimiento y será diferente según la relación que se tenga (amigos, familiares, pareja, extraños).

“Situaciones de riesgo: ¿Qué hacer en caso de...?”

Objetivo: Generar en los participantes habilidades de autodefensa en situaciones de agresión sexual.

Tiempo de duración: 15 minutos.

Materiales: Plumones, papel bond o pizarrón.

Desarrollo: Se pedirá a los participantes que comenten cómo creen que podrían evitar una agresión sexual. Mientras las instructoras escriben en el papel bond o pizarrón las ideas más importantes.

Después se les pedirá a los participantes que comenten qué creen que podrían hacer para defenderse en una situación de agresión sexual. Las instructoras nuevamente escribirán en el papel bond o pizarrón las ideas más importantes.

Las instructoras clarificarán y complementarán la información. Enfatizando las medidas que deben seguir para evitar o defenderse en una agresión sexual.

No deben ceder a las peticiones que les hagan sentir incómodos o desagraden (p. e. desnudarse, dejarse tocar, tocar algunas partes del cuerpo del otro, etc.) en donde no se respeta e invade su cuerpo e intimidad, sin importar de quien se trate. Debe ser un no verbal, firme y rotundo, en dónde ante la insistencia de que accedan a una petición ellos pueden responder que no.

“Cuando se encuentren en la vía pública no deben caminar por calles o parques solitarios, oscuros o que no conozcan.

Deben resistirse físicamente (morder, empujar, golpear), gritar pidiendo ayuda si hay gente próxima que pueda oírlos, alejarse inmediatamente si les es posible. Recuerden que todo lo que hagan para defenderse está bien, no tengan miedo”.

Hay ocasiones en que la agresión sexual sucede aunque se intente evitar. Es importante que piensen que no son culpables de lo sucedido y que deben contarlo a varias personas, aunque alguna no les crea, esto les permitirá sentirse más seguros y protegidos al contar con el apoyo de otras personas.

Sesión No. 10

Cierre

“La despedida”

Objetivo: Que los participantes señalen dudas e inquietudes relacionadas a los contenidos del programa.

Que los participantes expongan de manera verbal los cambios positivos que ellos consideran haber logrado al término de este taller.

Que los participantes compartan las emociones y sentimientos que les pudo generar su participación en el taller.

Que los participantes propongan los cambios que consideren necesarios para mejorar el taller.

Tiempo de duración: 45 minutos

Materiales:

Desarrollo: Se pedirá a los participantes que se sienten formando un círculo con sus sillas.

Se comentarán las ideas más importantes de cada sesión. Al finalizar se les pedirá que expresen las dudas, temores e inquietudes que les hayan surgido durante su participación en el taller.

Comentarán si notan algún cambio en lo que piensan y sienten después de haber participado en el taller.

Se les preguntará qué fue lo que más les gusto y lo que no les gusto del taller. Cuando hayan respondido, se pedirá hagan sugerencias para mejorar el taller.

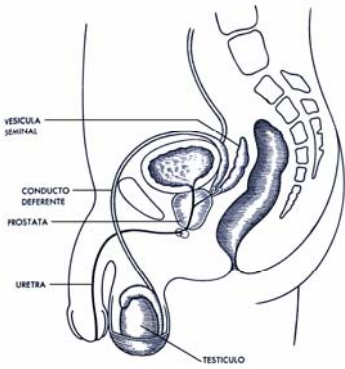
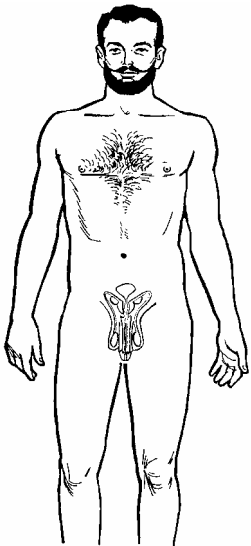
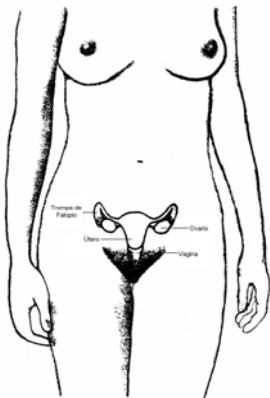
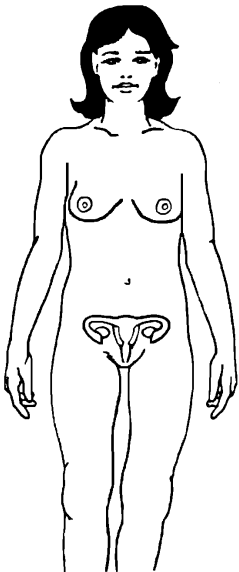
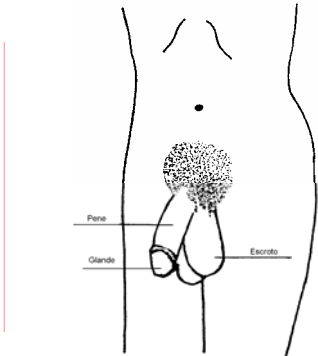
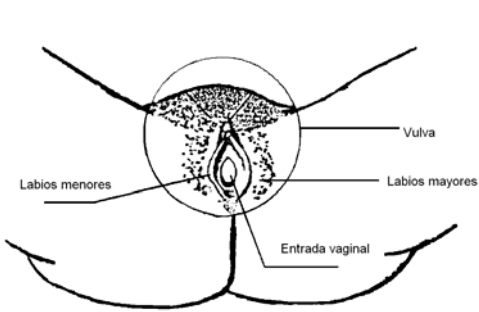
Se realizará nuevamente la dinámica “mejorando mi autoestima” de la sesión No. 3, para que los participantes comparen si hubo cambios en las cualidades y defectos que ven en sí mismos y que los demás ven en ellos.

Las instructoras pedirán a los participantes que compartan su experiencia al haber llevado a la práctica durante todo el taller las medidas de autocuidado que trabajaron en la sesión No. 4.

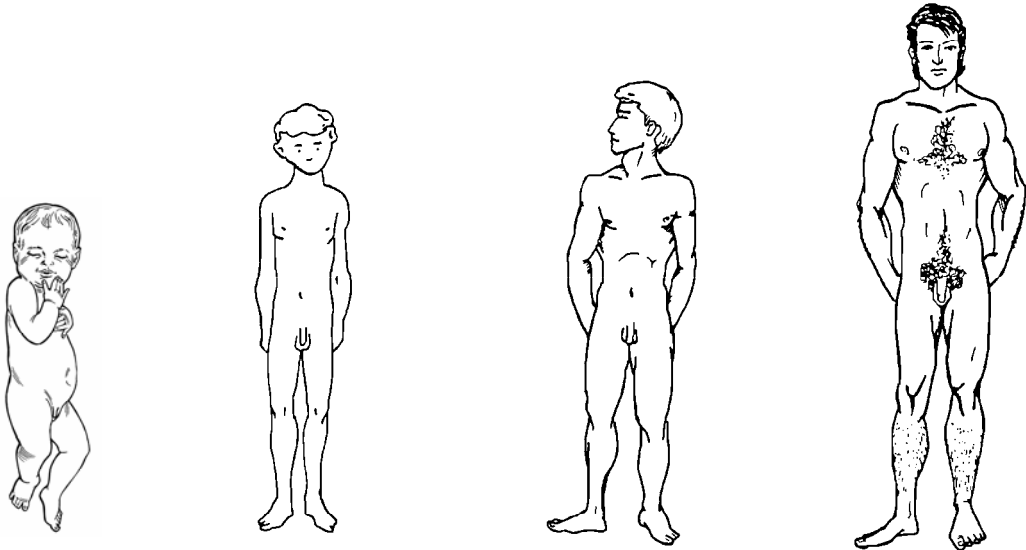
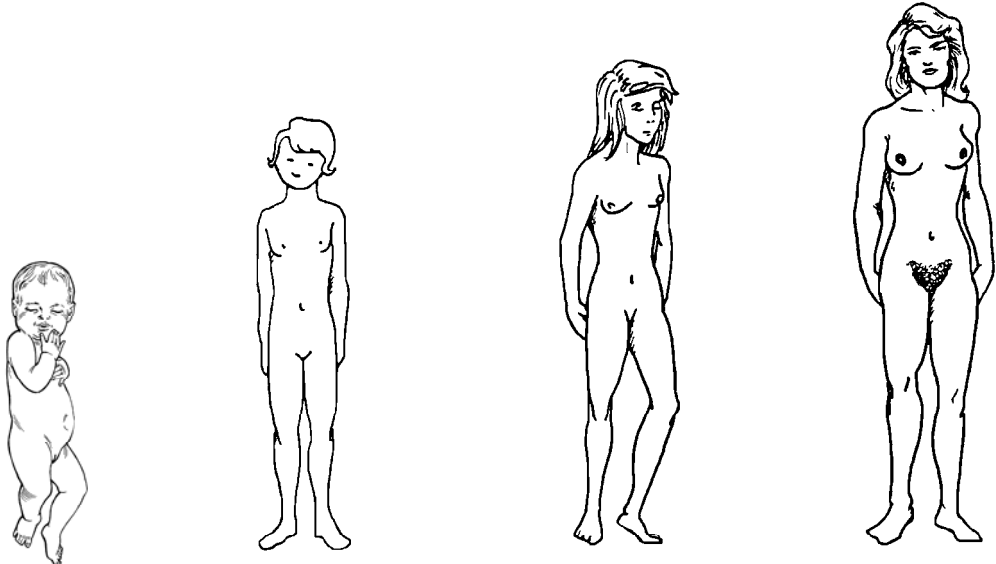
Para finalizar se descubrirá al amigo secreto, se intercambiarán obsequios y tendrán un tiempo de convivencia.

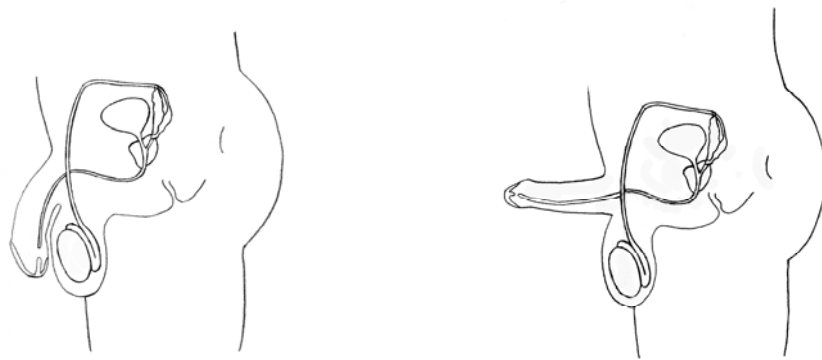
Se les informará que el programa ha concluido y se agradecerá su participación.

SESIÓN No. 2

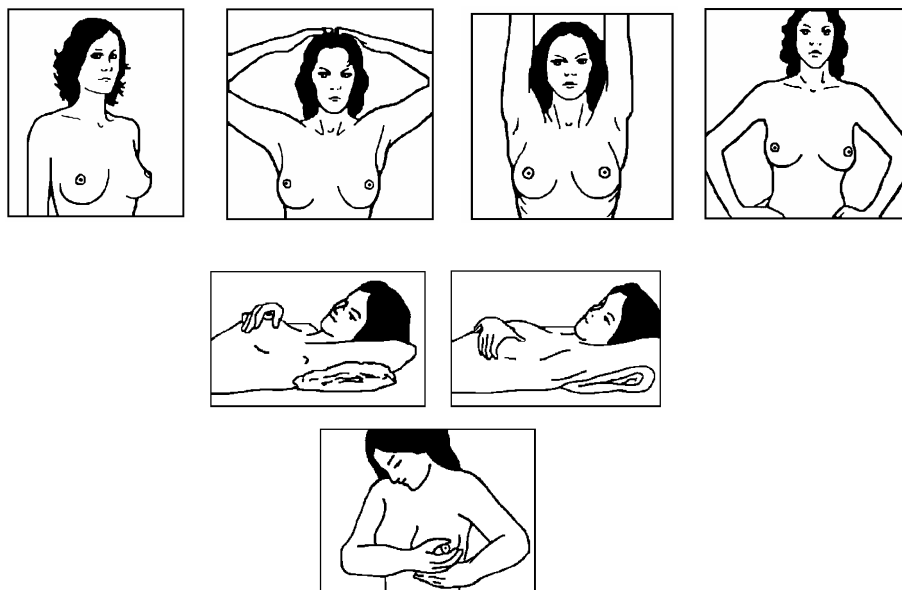


SESIÓN No. 3





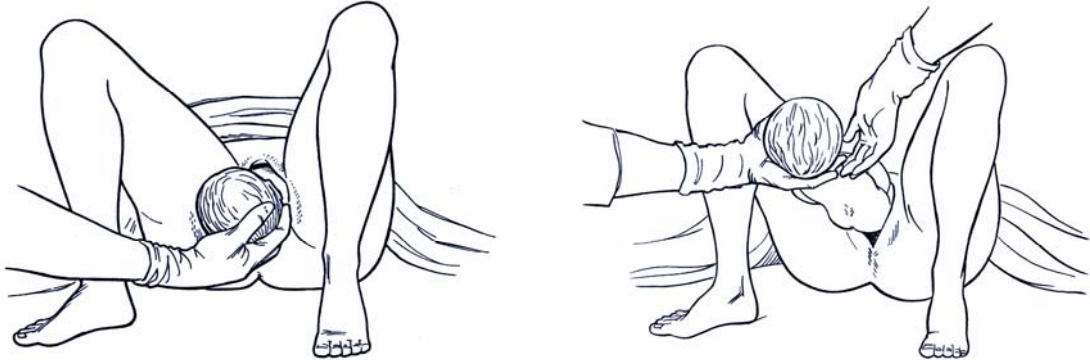
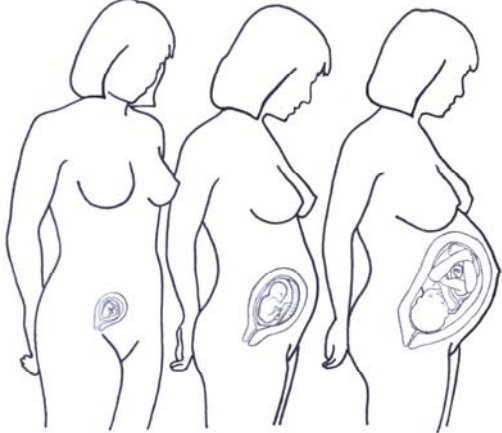
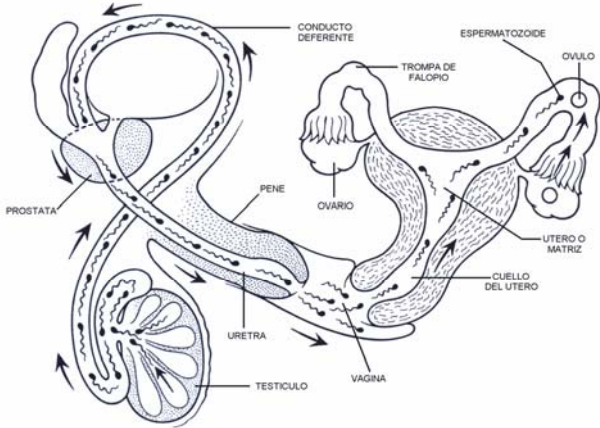
SESIÓN No. 4



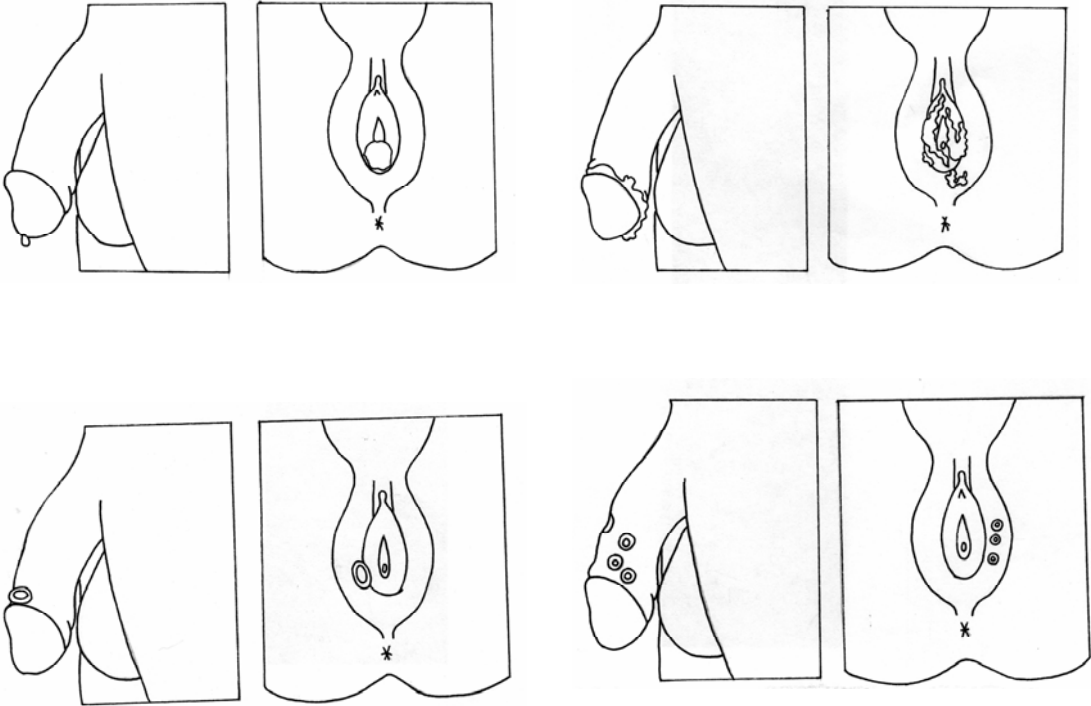
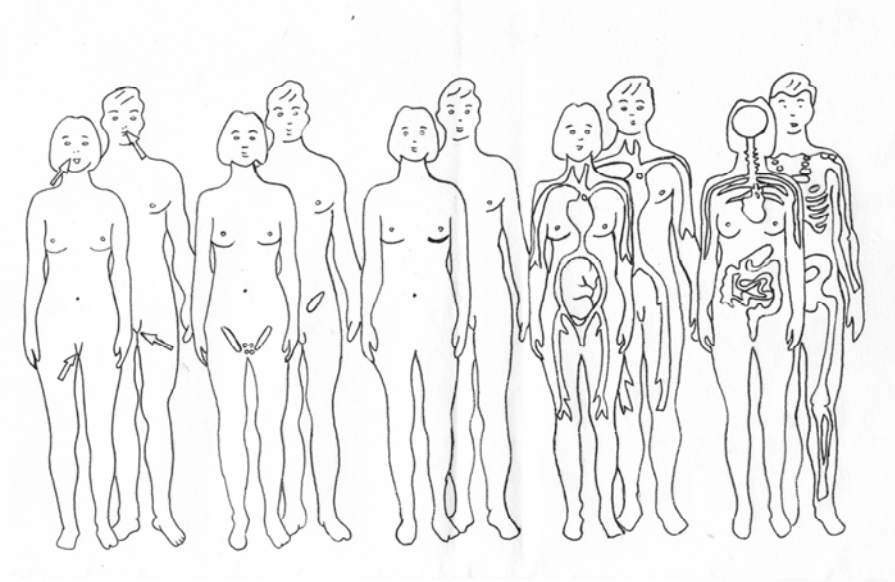
SESIÓN No. 5

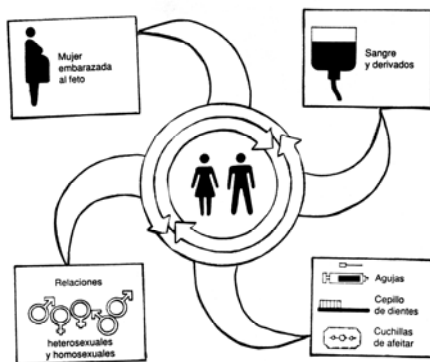
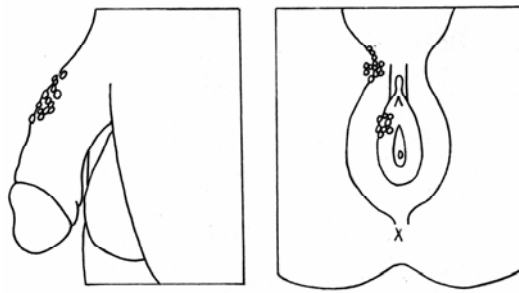


SESIÓN No. 6



SESIÓN No. 7

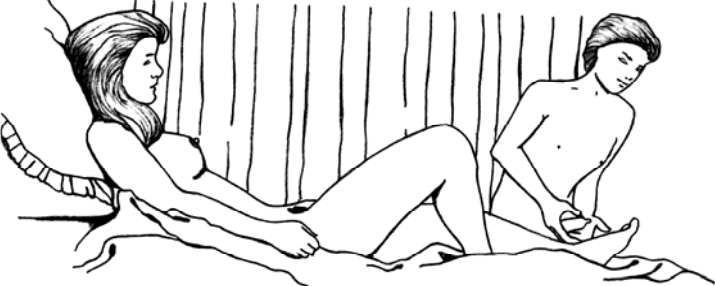
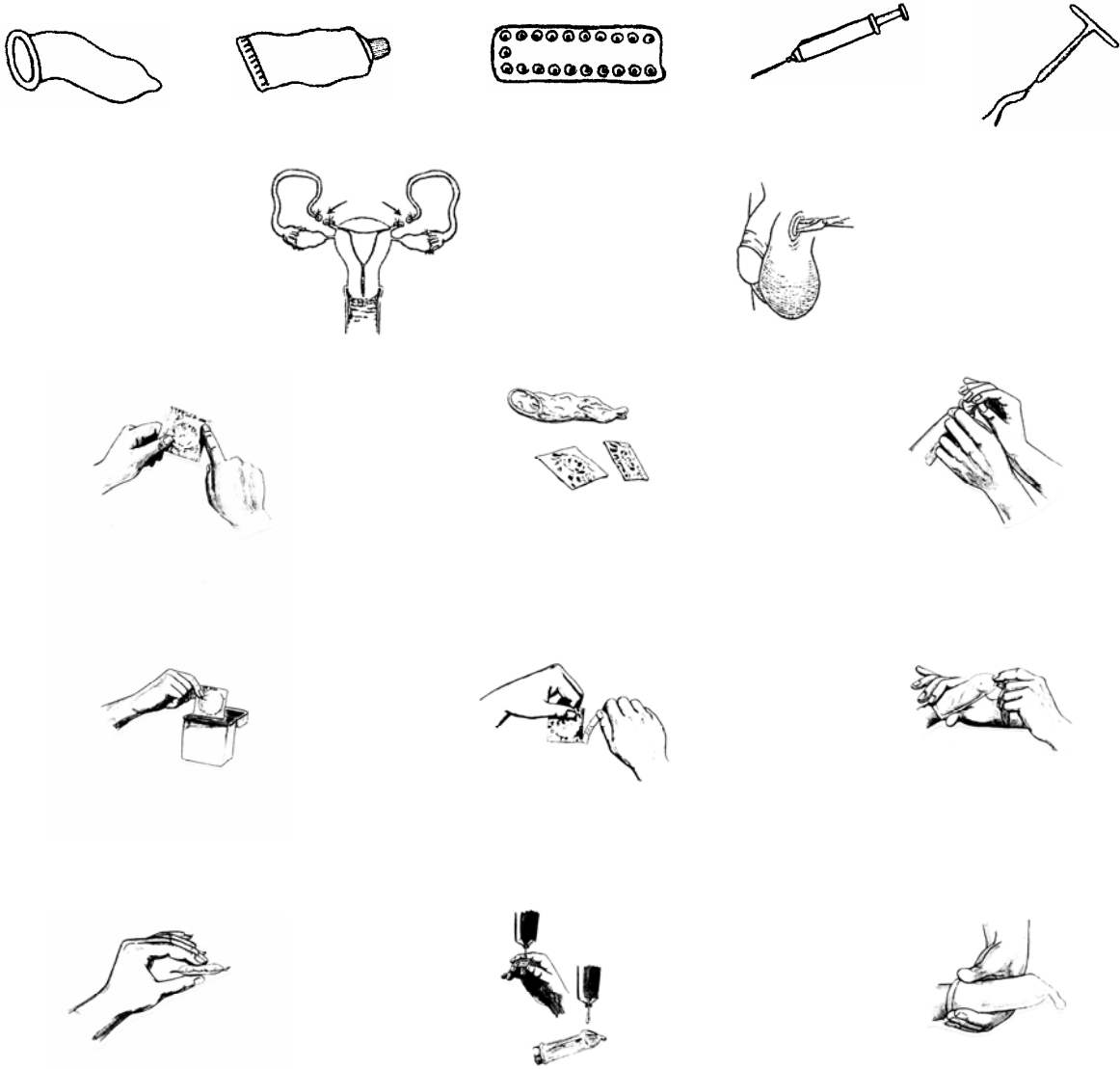




NO SE CONTAGIA



SESIÓN No. 8



REFERENCIAS

- Aguilar, J. A. & Mayén, B. (2005). Adolescencia, salud sexual y reproductiva. En Secretaría de Salud. *Manual de salud sexual y reproductiva en adolescentes*. (pp. 6-11) México.
- Álvarez, B., Botas, J., Brasa, C. & Fernández, M. (2002, Junio). *Educación afectiva y sexual*. Proyecto de Programa de educación afectivo-sexual.
- Álvarez, J. L y Mazin, R. (1990). *Elementos de sexología*. México: MacGraw-Hill
- Amor Pan, J. R (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Ariza, C., Cesari, M. D. Y Gabriel, M. (1991). *Programa integrado de pedagogía sexual en la escuela*. Madrid: Narcea.
- Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología. (1999, Agosto 26). *Declaración Universal de los Derechos Sexuales*. Revisada y aprobada en el XIV Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong.
http://www.ctv.es/USERS/sexpol/derechos_sexuales.htm.
- Asociación Americana de Retraso Mental. (1997). Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyos. M. A. Verdugo & C. Jenaro (Trad.). Madrid: Alianza Editorial.
- Azcárraga, G. (1986). *Sexología básica. Guía básica para la educación sexual*. México: La prensa médica.
- Barragán, F. (1991). *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. España: Paidós.
- Brown, F. (1999). *Principios de la medición en la psicología y educación*. México. Manual moderno.
- Candel, I. (1998). Bases de la integración: familiar, escolar y social. *Revista Síndrome de Down*, 15, 131-134.
- Cantón, J (2002). Evaluación del abuso sexual infantil y tratamiento de las víctimas. En J. Cantón & M. R. Cortés. *Maltrato y abuso sexual infantil* (4ª ed.). (pp. 284-362). España: Siglo XXI de España Editores. S.A.
- Carrasco, J. L (1998). *Síndrome de Down: sexualidad reprimida*. Ponencia presentada en el Foro 1998 realidades, demandas, aspiraciones, retos y necesidades de las personas con discapacidad en la Ciudad de México hacia el fin del milenio, México.
- Carreño, F. (1993). *Instrumentos de medición del rendimiento escolar* (2ª Reimpresión). México: Trillas.

- Casas, M. L. & Varela, G. A. (1998). *Formación de la sexualidad en el adolescente. Manual de dinámicas para padres y maestros*. México: Trillas.
- Conrad, S. & Milburn, M. (2002). *Inteligencia sexual*. V. Pozanco (Trad.). Barcelona: Planeta.
- Corbella, J. & Sánchez, M. (1998). *Gran enciclopedia de psicología. La mente humana*. (Vol. 1). Madrid: Ediciones Rueda.
- Couwenhoven, T. (2001, Diciembre). Educación de la sexualidad: cómo construir los cimientos de actitudes sanas. Segunda parte: los años de crecimiento. *Revista Síndrome de Down*, 71 (18), 120-127.
- *Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual*. (2006, Mayo 19). Código penal Federal. En Diario Oficial de la Federación. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. México.
- *Delitos contra la libertad, la seguridad sexuales y el normal desarrollo psicosexual*. (2002, Julio 16). Código penal para el Distrito Federal. En Diario Oficial de la Federación. México.
- Egea, C. (2004, Junio). *Fenomenología de la discapacidad*. Manuscrito no publicado.
- *Enciclopedia de la sexualidad*. (Vol. IV). (1993). Barcelona: Océano.
- Farré, M, Laceras, P & Casas, H (1999). *Enciclopedia de la psicología*. España: Océano.
- Fierro, A. (1997). La deficiencia mental desde el punto de vista psicológico. En J. Gafo & J. R. Amor Pan (Eds.), *Matrimonio y deficiencia mental* (pp. 73-89). Madrid: Universidad Pontificia Comillas/ Asociación para la promoción del minusválido.
- Freixa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Garrido, F. (2000). Sexualidad en personas con discapacidad motora. En Secretaría de Salud & Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Eds). *Manual de salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad* (pp 229-241). México: SSA/DIF.
- González-Pérez, J (2003). *Discapacidad Intelectual. Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Madrid: CCS.
- González, R. L., Meléndez, Z., Rosas, A. L & Pérez, K. (1997). Revisión teórica y aportaciones de investigación del fenómeno de violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia. Programa de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual (P.A.I.V.S.A.S.). Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- González, R & Rosas, L. (1995). Revisión estadística de 100 casos de agresión sexual atendidos en el Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión sexual. P.A.I.V.S.A.S. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Groth & Birnbaum (1980) The rapists Motivations for sexual violence En McCombie. Sh. *The Rape Crisis Intervention. Handbook.* (pp. 17-26). P. Tec Avilés (Trad.). New York: Plenum Press.
- Hernández, R. (2002). *Propuesta de técnicas para aplicar en un taller de sexualidad dirigido a adolescentes tempranos.* Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, S. R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación.* (3ª ed.). México: McGraw-Hill.
- *Los hijos discapacitados y la familia* (1998). México: Trillas.
- Hiriart, V. (1999). *Educación sexual en la escuela. Guía para el orientador de úberes y adolescentes.* México: Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Las personas con discapacidad en México: una visión censal.* www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf.
- Jara, E (2000). Sexualidad en las personas con discapacidad intelectual. En Secretaría de Salud & Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Eds). *Manual de salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad* (pp 194-212). México: SSA/DIF.
- López, A. (1996). Hacia una nueva cultura: la salud sexual. En J. A. Aguilar & B. Mayén (Comp.). *Hablemos de sexualidad: lecturas* (2ª. ed). (pp. 27-41). México: Consejo Nacional de Población/Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C.
- Lugo, M. A. (2002). El matrimonio Mexica y el adulterio en la nueva España. *Revista magíster.* 95. 11-19.
- Martínez, M. (1998). Marco legal de las expresiones eróticas. *En Antología de la sexualidad humana.* (2ª. ed.). Tomo. 1. (pp. 829-874). México: Porrúa.
- Meléndez, Z. (2003). *Propuesta de un modelo de intervención psicoterapéutica en abuso sexual a niños y niñas.* Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Molina, S. (1999). *Deficiencia mental: aspectos psicoevolutivos y educativos.* Archidona, España: Ediciones Aljibe.

- Namakforoosh, N. (1996). *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- *Nueva Ley General de las personas con discapacidad*. (2005, Junio 10). En Diario Oficial de la Federación. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. México.
- Pérez, C. (2001). *Abuso sexual infantil: una documentación para su tratamiento*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Plan Nacional de Desarrollo (1995-2000). Programa Nacional para el bienestar e incorporación al desarrollo de las personas con discapacidad. En Comisión Nacional Coordinadora. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México.
- Reyes, L. O. & Villalba, V. S. (1997). *Manual de sexualidad con adaptaciones para niños con discapacidad intelectual de 9-13 años*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, M. J & de Pablo-Blanco, C (2004). *Retraso Mental*. Madrid: Síntesis S. A.
- Rosete, A. M (1998). *Análisis de los factores de influencia sobre la sexualidad y educación sexual de las personas con discapacidad intelectual*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rubio, E. (1998). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En *Antología de la sexualidad humana*. (2ª. ed.). Tomo. 1. (pp. 17-46). México: Porrúa.
- Schultz, E. & Williams, S. (1975). *Programación de objetivos en la educación sexual. Plan de estudios e instrucción*. México: Pax-México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión social (2002). *Manual de Orientación para empresarios: Empresa incluyente*. En Dirección General de Equidad y Género. México.
- Solís, N. & Hernández, S. (2001). *La integración y aceptación social de las personas con discapacidad intelectual: un programa de sensibilización con adolescentes de secundaria regular*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Soria, M. A & Hernández, J. A (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

- Torres Gómez de Cádiz, B (1997). Prevención y tratamiento de los abusos sexuales infantiles. En J. Gómez (Ed.). *Avances en sexología*. (pp. 207-228). España: Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco.
- Trumble, S. (1993). Cómo tratar a las personas con síndrome de Down. Algunos datos para el doctor de la familia. www.downsyndrome.com/como.html.
- Vázquez, J (2004). Delito de discriminación laboral. *Unika*, 5, 6-7.
- Velázquez, R. (2004, Agosto-Septiembre). El tema de discapacidad y la generación de información estadística en México. Ponencia presentada en el Seminario Regional "Estadística sobre personas con discapacidad". Managua, Nicaragua.
- Verdugo, M. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. España: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Vidal, J. (2003). Sección Editorial. *Revista CONFE. No. especial 25 Aniversario, otoño-invierno, 2*.
- Villa, M. E. (1999). Sexualidad y discapacidad. En M. Schorn. *Discapacidad: una mirada distinta, una escucha diferente. Reflexiones psicológicas y psicoanalíticas*. (pp. 155-166). Buenos Aires: Lugar editorial.