



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESINA

**Programa preventivo sobre Abuso Sexual para
adolescentes con Discapacidad Intelectual.**

“Aprendiendo: ¿Qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”.

**Que para obtener el título de Licenciada en Psicología
presenta**

Karen Denise Tovar Guzmán

Directora de Tesina

Lic. Ena Eréndira Niño Calixto

México, Noviembre 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A los que me dieron vida (Enriqueta y Jesús) y que poco a poco me han demostrado la difícil tarea de ser padres, por sus consejos, abrazos y besos... GRACIAS. A sí mismo agradezco a mis hermanos (Jacqueline, Antonio, Jesús y Berenice) y sobrinos (Aranza, Santiago y Leonardo), por inyectar vida a mis padres.

A las cómplices de mi vida, por siempre estar en mi camino y por amarme como lo hacen (Karla y Mariana), por sus risas, peleas y amor.... GRACIAS.

A quien con su trato me ha enseñado a ver la vida de otro modo, por enseñarme a ver un mundo distinto, por querer formar una familia conmigo, por tu inteligencia, amor, abrazos, respeto y comunicación... GRACIAS FRANCISCO.

A la señora (Lucy) que lucha pese a todo lo que la vida a puesto en su camino por sus palabras, cariño... GRACIAS.

A todos mis hijos e hijas adoptivas de "La Casita" por su enseñanza, sus sonrisas y amor. GRACIAS.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO TEORICO	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO 1	
DISCAPACIDAD	8
TIPOS DE DISCAPACIDAD	10
DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Destrezas en Conducta Adaptativa.	21
Dimensión II: Consideraciones Emocionales y Psicológicas.....	23
Dimensión III: Consideraciones Físicas/ de Salud/ Etiológicas.....	24
Dimensión IV: Consideraciones Ambientales.....	24
DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DI	
CAPITULO 2	
PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL	34
INSTITUCIONES PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES CON D.I. EN EL DISTRITO FEDERAL	
	36
CAPITULO 3	
SEXUALIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	39
Holones sexuales	40
La orientación de la sexualidad en la niñez.....	43
La orientación de la sexualidad en la adolescencia.....	44

CAPITULO 4	
ABUSO SEXUAL.....	50
Teoría propuesta por Sánchez.....	62
Teoría propuesta por Finkelhor (1992).....	65
CAPITULO 5	
ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.....	67
Modelo de Wurtele (1997)	76
Modelo de Lee (1989)	77
Modelo del Instituto Nacional de Pediatría	77
Modelo del Centro Mexicano de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual A.C. (CEMAVIEAC).....	78
LOS MODELOS PREVENTIVOS DE ABUSO SEXUAL COMO BASE DE LA PRESENTE PROPUESTA EDUCATIVA PARA JOVENES CON D.I.	
	81
III. CAPITULO 6	
TALLER PREVENTIVO DE ABUSO SEXUAL PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	83
PRESENTACIÓN DEL TALLER “Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”.	83
FICHAS TÉCNICAS	85
CARTAS DESCRIPTIVAS.	97
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS	111
ANEXOS	116
Anexo 1	116
Anexo 2	119
Anexo 3	122
Anexo 4	127

Resumen

Existen varias teorías y modelos como el de Wurtele (1997, o el de Lee 1989) que abordan el tema de cómo prevenir un abuso sexual. En éstos se hacen hincapié en el hecho de que a las poblaciones con discapacidad intelectual se les debe brindar información referente a la sexualidad y con mayor énfasis al de prevención de un abuso sexual.

Debido a las características intrínsecas y extrínsecas, así como al contexto y personas donde se desenvuelven las poblaciones con discapacidad intelectual que las convierten en blanco fácil para ser víctimas de este tipo de abuso. Los especialistas en el tema mencionan que los jóvenes con discapacidad intelectual son capaces de elaborar conceptos, retener y desarrollar la información que reciben.

La inquietud de realizar este trabajo se inicio durante mi formación en la carrera de Psicología, en donde asistí a diversos centros, para realizar mis prácticas profesionales. Posteriormente mi interés se acrecentó al recibir una invitación de la profesora Ena Niño Calixto para coordinador un taller de Sexualidad dirigido a jóvenes con Discapacidad Intelectual (DI) en el CAM 82, este se concretó unos años después al ser docente de preescolar. (En donde uno de mis alumnos presenta características similares, por lo que corrobore que un niño o joven con discapacidad intelectual puede recibir información y lograr ponerla en práctica).

La propuesta educativa fue un taller vivencial dirigido a jóvenes con discapacidad intelectual, que tiene como principal objetivo brindar, intercambiar y reflexionar información sobre abuso sexual, en donde se incluyeron los temas de abuso sexual, sexualidad, conductas, lugares públicos y privados, el abuso sexual, como prevenir el abuso sexual, así como elaborar estrategias para afrontarlo. En el primer capítulo se hace un recorrido histórico para ver como se ha ido modificando la definición de discapacidad intelectual; en el capítulo dos se habla sobre los derechos de las personas con DI; en el capítulo se reflexiona sobre la prevención de la DI; en el capítulo cuatro la sexualidad se trata el tema de las personas con DI; en el capítulo cinco se aclara cual es la definición de abuso sexual; en el capítulo seis hablamos del abuso sexual en las personas con DI y para finalizar en el capítulo siete se da la propuesta educativa del abuso sexual en jóvenes con DI.

Palabras clave: discapacidad, abuso sexual y taller.

I. INTRODUCCIÓN

Al revisar información sobre el tema de abuso sexual, es posible darse cuenta que la población infantil y las personas con discapacidad intelectual son un blanco fácil para convertirse en víctimas, debido a sus características.

El tema de las personas con discapacidad intelectual es relevante debido a que es una población que aumenta año con año.

En México, las cifras del censo 2000 señala que existen un millón 795 mil personas con discapacidad, siendo la discapacidad intelectual, la de mayor frecuencia en niños de 0 a 14 años y los jóvenes de 15 a 29 años, tal población se concentra, en primera instancia en el estado de México (10.5 %) seguido por el Distrito Federal (8.9%).

La Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las mujeres (COVAC), reportó en su informe anual de 1992 que el 84.5 % de los menores víctimas del abuso sexual eran del género femenino, mientras que el 100 % de los abusadores eran hombres. En cuanto a la relación del agresor con el o la menor el, 47.5% tenía un parentesco consanguíneo, sólo en el 8.2 % de los casos el agresor era desconocido para el menor. Dentro de los parientes consanguíneos, el padre o padrastro es el pariente más abusivo, seguido de tíos, hermanos, cuñados y sobrinos. Otro dato significativo fue que en el 62.1% de los casos se trató de un abuso sexual prolongado (que ocurría no solo una vez) y el 93.1 % de los ataques fueron individuales. Dentro de éste ámbito cabe resaltar la labor de las instituciones no gubernamentales y gubernamentales que se encargan de denunciar y con ello se ha logrado llamar la atención sobre el problema de abuso sexual infantil.

Esta situación para el ámbito de la psicología, constituye y se abre un campo muy importante para los psicólogos, quienes se ocupan de atender, entre otros temas, la sexualidad en poblaciones con discapacidad. Los psicólogos se van a encargar en el área emocional, de crear talleres para prevenirlo o tratarlo, así como orientar a las familias.

Es importante hacer notar que cuando se aborda el tema de sexualidad surgen de manera inmediata opiniones que denotan prejuicios y mitos, los cuales llegan a exagerarse cuando los ligamos a poblaciones con discapacidad intelectual. A estas personas se les niega la

posibilidad de sentir placer, mediante reacciones negativas, lo cual tiende a tornarse confuso para ellos. Por un lado están los mensajes negativos que reciben, los cuales pueden provenir de su propia familia o de la gente de su comunidad y por el otro, se encuentran los deseos innatos a su desarrollo fisiológico.

Lo anterior se debe a la ignorancia que se tiene respecto a la sexualidad y específicamente en el caso de poblaciones con discapacidad intelectual. Ellas se convierten en blanco fácil para ser víctimas de un abuso sexual, por sus características. Lo anterior se pone de manifiesto en una investigación realizada en dos ciudades de la república del el Salvador en el 2000, en donde se concluyo que el tener discapacidad intelectual hace vulnerable a ser abusado sexualmente. Otros estudios apuntan hacia distintos determinantes, algunos de ellos están relacionados con las características del individuo y otros se asocian a conductas y variables del entorno (Turk y Brown, 1993; Ammerman et al., 1994; Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bermejo, 1999).

No se debe olvidar que ser víctima de abuso sexual, da origen a un remolino de sentimientos, que dan lugar a muchas preguntas sin respuesta. Sentimientos de miedo hacia el agresor, temor a expresar el acontecimiento debido a la falta de credibilidad y/o al rechazo familiar y social. Lo cual deja claro que se trata de un proceso sumamente difícil en cualquier ser humano y que se torna aún más difícil para las personas con discapacidad intelectual que se les niega o vela la información sexual.

Los profesionales preocupados por este tema han propuesto programas para contrarrestar tales puntos, sin embargo, aún falta mucho por hacer en los campos de prevención, la protección legislativa; la rehabilitación adecuada, entre otros. En lo que respecta a las medidas preventivas es de vital importancia, llevarlas a cabo, ya que pueden ser el elemento más valioso para reducir las cifras que existen en relación al problema del abuso sexual.

El objetivo de esta tesina es proponer un programa educativo en la modalidad de taller que permita brindar información sobre abuso sexual a las y los jóvenes con discapacidad intelectual, para que sean capaces de diferenciar de forma exitosa un contacto adecuado de uno abusivo. A los diferentes contextos en los que se puede llevar a cabo un abuso sexual, quienes podrían ser los posibles agresores, así como elaborar estrategias para poder enfrentar una situación de abuso sexual de forma adecuada. Los temas que el taller aborda son: la adolescencia, sexualidad, abuso sexual, formas de prevención, su identificación y los modos de enfrentamiento.

CAPITULO 1.

DISCAPACIDAD

Las Naciones Unidas a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como: “aquella persona que presenta restricciones en la clase o en la cantidad de actividades que puede realizar debido a dificultades corrientes causadas por una condición física o mental permanente mayor a seis meses” (ONU, 1998).

La OMS da otra definición: “aquellas que presentan restricciones permanentes o transitorias para la realización de una actividad psicológica, fisiológica o mixta. Si la discapacidad no es diagnosticada y o tratada oportuna y adecuadamente puede resultar en una desventaja que limitaría su participación en la vida familiar y social, que es influida y que puede ser agravada por el entorno físico y social” (ONU, 1998).

Esta definición de la OMS se retoma en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y se adecua para el levantamiento censal en el Manual del Entrevistador de la siguiente forma: “una persona con discapacidad es aquella que tiene alguna limitación física o mental para realizar actividades en su casa, escuela o trabajo, como caminar, vestirse, bañarse, leer, escribir, escuchar, entre otras”.

La Ley General de Salud, en el 2005 describe a la discapacidad intelectual como la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.

Ahora bien, por lo anterior podemos decir que la discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y por lo tanto, de la actividad del individuo. Aunque no es preciso, existen elementos para afirmar que la discapacidad tiende a aumentar, no sólo en números absolutos resultado del incremento poblacional, sino también como resultado del cambio demográfico social y epidemiológico.

De modo que el aumento en la población con discapacidad puede deberse a la disminución de la mortalidad, los cambios en los patrones de morbilidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y a la reducción de la fecundidad.

Con lo anterior podemos decir que la discapacidad afecta no únicamente a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte; estas personas no presentan sólo una limitación física en sus funciones, sino que también muestran en muchos casos un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2001 estimó que aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, variando según el país. En algunos países 90 por ciento de los niños con discapacidad no viven más de 20 años. Cada año en el mundo, a causa de la desnutrición, un millón de niño se convierte en discapacitado.

La Organización Panamericana de la Salud señala en el 2002 que la discapacidad es un problema social, y advierte que el riesgo y la presencia de ésta aumentan con la edad, además de que su prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas.

TIPOS DE DISCAPACIDAD

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, publicado tres años más tarde, consideró cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada otro tipo de discapacidad. De manera que los tipos de discapacidad se definen de la siguiente manera.

1. La **discapacidad visual** se refiere a la disminución que sufre una persona en su capacidad visual en ella están incluidas las personas ciegas y con debilidad visual.
2. La **discapacidad motriz** agrupa las discapacidades músculo esquelético y las neuromotrices. Las primeras se refieren a la dificultad que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas así como habilidades para agarrar o sostener objetos. Las segundas son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico.
3. La **discapacidad auditiva** tiene que ver con la alteración de una de las vías a través de las cuales se percibe la realidad exterior; algunas son la sordera e hipoacusia, la cual puede atenuarse mediante la utilización de un aparato auditivo.
4. La **discapacidad de lenguaje** se debe a problemas en los órganos de lenguaje como labios, paladar, nariz, entre otros; y se caracteriza por sustituciones, omisiones, adiciones o distorsiones del lenguaje; en este tipo de discapacidad se encuentra la rinitis, mudez, laringectomía, labio leporino, entre otros problemas de articulación fonética o de habla.
5. La **discapacidad mental** es caracterizada por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al promedio; existen varios niveles que van desde leve, moderado, severo o profundo.

Magaña y Romero (1996) describen tres tipos a la discapacidad:

1. **Físicas o funcionales:** que comprometen la capacidad de movilidad, deformaciones músculo esquelético y parálisis cerebral.
2. **Sensoriales:** cuyo daño se enfoca en los sistemas sensoriales, especialmente en la visión y la audición.
3. **Mentales o cognitivas:** incluye retardo mental, desordenes mentales severos como autismo o psicosis.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Los médicos fueron el primer grupo profesional que se ocupó del retraso mental, por tanto las primeras definiciones acentuaron los criterios biológicos o médicos, siendo útiles sólo desde la perspectiva particular a esa disciplina, sin embargo, desde mi perspectiva pueden ser muy poco adecuadas para un educador o psicólogo.

En la antigüedad, el término *idiot*a, que deriva de una palabra griega que significa “personas que no desempeñaban cargos públicos” (MacMillan, 1982) se empleaba para definir a las personas con deficiencias graves de sus funciones intelectuales o interpersonales. En el siglo XIX, la expresión *imbécil*, que deriva de la palabra latina que significa “débil y raquítico” indicaba un grado más ligero de retraso mental.

La definición más aplicadas durante los noventa fue la de Tredgold en 1997, la cual menciona que la discapacidad intelectual “es un estado de desarrollo mental incompleto de tipo y grado tales que imposibilita al individuo para adaptarse al entorno normal de sus semejantes y para mantener su existencia sin supervisión, control o apoyo externo.

Años más tarde Doll (1941) sugirió seis criterios esenciales para definir la discapacidad intelectual:

1. Se trata de una incapacidad social,
2. consecuencia de una deficiencia mental,
3. ocasionada por una interrupción del desarrollo,
4. que persiste durante la madurez,
5. que es de origen constitucional y
6. que es totalmente incurable.

Diez años atrás, se describía al retraso mental como una expresión que se utilizaba para identificar una deficiencia de las capacidades: la incapacidad de exhibir conductas intelectuales y sociales acordes con la edad. Este concepto hace referencia al nivel de ejecución; no se trata de “algo” con que las personas nacen o poseen (Heward, 1998).

Ahora bien, es importante hacer la diferencia entre dos conceptos el de deficiencia y el de discapacidad. Deficiencia hace refiere al órgano o la parte del cuerpo afectado, por ejemplo lesiones del cerebro, médula espinal, extremidad u otra parte del cuerpo, son ejemplos

descritos como “ausencia de piernas”, “desprendimiento de retina”, etcétera. Mientras que la discapacidad se refiere a la consecuencia de la deficiencia en la persona afectada, por ejemplo limitaciones para aprender, hablar, caminar u otra actividad, ejemplos de lo anterior serían: “no puede ver”, “no mueve medio cuerpo”, entre otras.

La Asociación Americana del Retraso Mental (*American Association of Mental Retardation, AAMR*) quien es una organización internacional de profesionales de la educación, la medicina, la psicología, de trabajadores sociales, logopedas, etc., que también incluye a alumnos, padres y otras personas relacionadas con el estudio, tratamiento y prevención del retraso mental, publicó en su primer manual de terminología y clasificación del retraso mental una definición, la cual fue ligeramente revisada en 1961, y dice: “el retraso mental consiste en un rendimiento intelectual general inferior a la media, que se origina durante el período de desarrollo y que se asocia con deficiencias en la conducta adaptativa” Heber (1961).

Sidney Bijou en 1966 menciona “una persona con retraso mental es la que posee un repertorio limitado de conductas modeladas por los acontecimientos que conforman su historia”.

La socióloga Mercer opina que es “una condición adquirida dentro de un sistema social” quien ha desarrollado un sistema para diagnosticar el retraso mental en niños de grupos sociales minoritarios denominado SOMPA (*System of Multicultural Pluralistic Assessment, Sistema de Evaluación Pluralista*), sin embargo aún no se ha demostrado su validez y fiabilidad. Mercer (1973).

Marc Gold en 1980 propuso que “el retraso mental consiste en un nivel de ejecución que requiere a la sociedad procedimientos de educación significativamente superiores a los que necesita la media de la población y recursos mayores para conseguir una conducta adaptativa a lo largo de la vida. Las personas con retraso mental se caracterizan por necesitar una mayor cantidad de energía en el proceso de aprendizaje. El límite del nivel de ejecución de las personas con retraso mental está determinado por la disponibilidad de técnicas educativas y la cantidad de recursos que la sociedad esté dispuesta a asignar, y no por limitaciones significativas del potencial biológico” L. Heward (1998).

Dever en 1990 opina que el retraso mental debe ser conceptualizado desde la perspectiva de la educación la cual dice: “el retraso mental consiste en la necesidad de una enseñanza sistematizada de las capacidades que la mayoría de las personas adquiere de forma circunstancialmente y que permiten a los individuos vivir en sociedad sin supervisión”.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1992 se refiere a la “*discapacidad intelectual*” como “*retraso mental*”. El retraso mental es una condición presente desde la infancia, con un inicio anterior a los 18 años, se determina por el funcionamiento intelectual general, el cual se encuentra significativamente por debajo del promedio, es decir un CI de 70 o menos. El uno por ciento de la población lo padece y es más común en los varones.

La Organización Americana sobre Retraso Mental (AAMR) en 1992 plantea que el retraso mental se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años y que para llevar un tratamiento se debe tomar en cuenta cinco dimensiones con sus apoyos (Verdugo, 2005).

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10 2004) se define al retraso mental como un trastorno en donde el desarrollo mental se encuentra incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de funciones concretas de cada época del desarrollo ya sea de las funciones cognoscitivas, las lenguaje, motrices o/y socialización, las cuales distribuyen el nivel global de inteligencia.

Verdugo en el año 2002, discute sobre la terminología más adecuada para referirse a la población, ya que considera que hablar de retraso mental como lo realiza la AAMR suena peyorativo, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica nacida desde perspectivas psicopatológicas y menciona que la discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye en primer lugar a la persona como a cualquier otro individuo de la sociedad. La propia AAMR está cambiando su nombre, aunque en un proceso lento y debatido, hacia el de AAID (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual. Por ello, el término apropiado es el de discapacidad intelectual.

La Clasificación Internacional de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud en el 2001 propone también el uso del término de discapacidad.

Etiología de la discapacidad intelectual.

La AAMR en 1998 ha identificado más de 250 causas de discapacidad intelectual que han sido clasificadas por causas **prenatales** (antes del nacimiento), **perinatales** (se producen en el nacimiento o poco después) o **postnatales**. Las cuales se presentan a continuación y pueden clasificarse como orgánicas o ambientales.

Causas prenatales

- Alteraciones cromosómicas como trisomía 21 del cromosoma x frágil, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter.
- Síndromes diversos como distrofia muscular de Duchenne, síndrome de Prader-Willi.
- Trastornos congénitos del metabolismo como fenilcetonuria (FCU), enfermedad de Tay-Sachs.
- Alteraciones del desarrollo del cerebro como anencefalia, espina bífida, hidrocefalia.
- Factores ambientales como desnutrición materna, síndrome de abstinencia alcohólica del feto, diabetes mellitus, irradiación durante el embarazo.

Causas perinatales

- Trastornos intrauterinos como anemia materna, parto prematuro, presentación anormal, alteraciones del cordón umbilical, gestación múltiple.
- Trastornos neonatales como hemorragia intracraneal, epilepsia neonatal, trastornos respiratorios, meningitis, encefalitis, trauma encefálico al nacer.

Causas posnatales

- Traumatismos craneales como contusión o laceración craneal.
- Infecciones como encefalitis, meningitis, malaria, sarampión, rubéola.
- Alteraciones por desmielinización como trastornos postinfecciosos o postinmunitarios.
- Trastornos degenerativos como síndrome de Rett, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson.
- Trastornos convulsivos como epilepsia.
- Trastornos tóxico-metabólicos como síndrome de Reye, intoxicación por plomo o mercurio
- Desnutrición como déficit de proteínas o calorías.
- Carencias del entorno como desventaja psicosocial, castigos y falta de cuidados en la infancia, deficiencias sociales/sensoriales crónicas.
- Síndrome de hipoconexión.

Fuente: Tomado de L. Heward, Niños excepcionales una introducción a la educación especial (5 edición), 1998, pp. 90-137. Madrid, Prentice Hall.

En el 2005 el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) señala que, los **factores etiológicos**, pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos y que tienen lugar durante el desarrollo en cualquier etapa, desde la concepción hasta la adolescencia. En donde se mencionan diversas causas para la discapacidad y que a continuación se presentan.

Causas Hereditarias

Algunas formas de discapacidad intelectual se transmiten en forma genética de los padres al hijo en el momento de la concepción, por ejemplo el síndrome de X frágil, que se transmite por medio del “gene X frágil (FMR1)” en el cromosoma X, se asocia con varias formas graves de retraso, en particular en los varones.

Otras formas de trastornos hereditarios son el resultado de una aberración cromosómica durante la concepción, por ejemplo el síndrome de Down, causado por un cromosoma extra (21), en donde todos los que padezcan este síndrome presentarán discapacidad intelectual, por lo general de leve a moderado.

Causas Ambientales

Estas incluyen la exposición a ciertos fármacos o sustancias químicas tóxicas, desnutrición materna e infecciones en la madre durante fases críticas del desarrollo fetal. Por ejemplo, las madres que padecen rubéola durante el primer trimestre de embarazo, tienen más probabilidad de tener un niño con retraso mental. El síndrome alcohólico fetal (SAF) es un conjunto de defectos físicos y mentales al nacer provocados por el consumo de alcohol por la madre durante el embarazo. Los problemas durante el parto del bebé pueden causar discapacidad intelectual incluyen infecciones, anoxia (pérdida de oxígeno, lo que produce daño cerebral) y lesiones en el cerebro. El nacimiento prematuro también puede asociarse con discapacidad intelectual. Después del nacimiento y durante toda la infancia, la discapacidad intelectual puede resultar de enfermedades, lesiones en la cabeza causadas por accidentes o abuso infantil, mala nutrición en los primeros años de vida, exposición a sustancias tóxicas, como el plomo o monóxido de carbono. Debido a que no existe cura para la discapacidad intelectual, una oportuna y rápida intervención puede enriquecer el desarrollo intelectual y físico de las personas con esta condición.

Considero que en la mayoría de los casos, las personas con discapacidad pueden aprender

habilidades necesarias para vivir de forma productiva en la sociedad, obviamente con intervenciones educativas desde el principio de su vida, siguiendo el sistema de 1992, que los llevaran a desarrollar y lograr una calidad de vida. Es necesario estudiar el caso de cada persona para planear las intervenciones que potencialicen todas las áreas de desarrollo, ya sea motoras, lingüísticas, sociales, cognoscitivas y emocionales.

Evaluación del coeficiente intelectual (C.I.)

En los ochenta y aún en algunas clínicas para diagnosticar a alguien con discapacidad intelectual era necesario medir su rendimiento intelectual, para lo cual se utilizaban test estandarizados de coeficiente intelectual, los cuales consisten en una serie de escalas y subescalas que para ser contestadas se necesita cierto nivel de inteligencia, por tanto el puntaje alcanzado representa su inteligencia, siendo la puntuación normal de 100 puntos. Los test debían de cumplir con tres criterios indispensables:

1. *Estandarización* que implica que a cada sujeto le sean presentados los mismos reactivos (o equivalentes) y que existan reglas específicas para la administración y la calificación de la prueba.
2. *Confiabilidad* es el grado de exactitud de un instrumento de medición y se deben considerar dos aspectos: estabilidad (un instrumento aplicado en diferentes ocasiones debe producir resultados semejantes) y consistencia (secciones diferentes de un mismo instrumento deben medir con exactitud semejante).
3. *Validez* es la característica más importante de una prueba y se define como: que tan adecuadamente sirve a su propósito o si realmente mide lo que pretende medir. Para estimar la validez de una prueba existen diferentes métodos (validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo) y depende del propósito con que se haya construido.

Los test de inteligencia más utilizados en México son la Escala de Inteligencia de Stanford-Binet Thorndike, Hagen y Sattler (1986) y la Escala de Inteligencia Infantil de Wechsler Revisada (WISC-R), WAIS-R, WPPSI-R Wechsler (1974).

Con ellas se puede evaluar diferentes habilidades, lo que en un momento dado permiten sólo conocer determinada área de la vida del individuo y no un funcionamiento general (Esquivel, 1999).

Para construir pruebas de inteligencia Wechsler se baso en las siguientes hipótesis:

- Si se utilizan las pruebas es posible cuantificar un fenómeno tan complejo como la inteligencia, al considerarla en sus diversos factores compuestos.
- La inteligencia debe definirse como el potencial que permite al individuo confrontar y resolver situaciones particulares.
- La inteligencia se relaciona necesariamente con componentes biológicos del organismo.

La desviación típica es un concepto matemático que se refiere a la magnitud en que una puntuación de una prueba varía con respecto a la media, o puntuación promedio, de todas las puntuaciones de la muestra normativa. Por tanto mediante los test de inteligencia estandarizados se estima el CI y con ello el grado de discapacidad intelectual, complementándose con escalas que miden la adaptación social en un entorno determinado.

Clasificación de la discapacidad intelectual

Siguiendo con la historia la Association of Mental Deficiency (AAMD) para clasificar la discapacidad intelectual abarca varios grados de funcionamiento intelectual y comportamiento adaptativo, los cuales se reflejan en el sistema de clasificación elaborado por la asociación incorporado en la nomenclatura psiquiátrica (cuadro 2).

COMPETENCIAS CONDUCTUALES			
Grado de DI	Rango de CI	Preescolar (0-5)	Edad escolar (6-9)
Leve	50/55-70	Puede desarrollar habilidades sociales y de comunicación; retraso mínimo en el área sensoriomotora; con frecuencia no se distingue hasta edades posteriores.	Puede aprender habilidades académicas hasta el nivel sexto grado; puede ser guiado hacia la conformidad social.
Moderado	35/40-50/55	Puede hablar o aprender a comunicarse; poca conciencia social; habilidades motoras bastante buenas; se beneficia con el entrenamiento de habilidades de autoayuda; requiere de alguna supervisión.	Puede beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales y ocupacionales; es poco probable que progresen más allá del nivel del segundo grado; es posible alguna independencia en lugares familiares.
Severo	20/25-35/40	Desarrollo motor deficiente y habilidad del lenguaje mínima; por lo general no puede beneficiarse del entrenamiento de autoayuda; poca comunicación.	Puede aprender a hablar o comunicarse; puede ser entrenado en habilidades de autoayuda elementales; se beneficia del entrenamiento de hábitos sistemáticos.
Profundo	Debajo de 20 o 25	Retardo grave con capacidad mínima para funcionar en áreas sensoriomotoras; requiere atención intensa.	Presenta algo de desarrollo motor; puede responder a un rango muy limitado de entrenamiento de autoayuda.

Fuente: Tomado de P. Halgin y S. Whitbourne, Psicología de la anormalidad (4ª edición), 2004, pp. 428-459. México, McGrawHill.

Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la AAMR DE 1992

La siguiente propuesta es hecha en 1992 por la AAMR y surge como crítica a la anterior, en donde se plantea que el término de discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento presente y que esta caracterizada por un funcionamiento intelectual significativamente subnormal, que se presenta acompañado en dos o más de las destrezas adaptativas siguientes: comunicación, auto-cuidado, vida diaria, destrezas sociales, uso de la comunidad, auto-dirección, salud y seguridad, académicas funcionales, uso de tiempo libre y trabajo, lo cual debe ser manifestado antes de los 18 años de edad.

Por lo anterior Burgos en 1995 menciona que se necesitan de cuatro supuestos esenciales para la aplicación de la definición como:

1. Una evaluación válida considera la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en factores conductuales de comunicación.
2. La existencia de limitaciones en la conducta adaptativa se presenta dentro del contexto de la comunidad y el ambiente típico de personas de la misma edad del individuo y es a la vez indicador de las necesidades individuales de apoyo.
3. Limitaciones específicas en la conducta adaptativa coexisten a menudo con las posibilidades o áreas fuertes en otras destrezas adaptativas u otras habilidades personales.
4. La vida funcional de una persona con discapacidad mental mejorará con los apoyos apropiados que se le brinden por un período prolongado.

La figura 1 que se muestra enseguida expone cómo se interrelacionan los tres elementos clave de la definición. Las capacidades sobre el lado izquierdo del triángulo, indican que la ejecución se relaciona específicamente con las limitaciones de la inteligencia y de las capacidades adaptativas. El lado derecho del triángulo representa los entornos en que el funcionamiento limitado resulta significativo. El lado inferior del triángulo indica que la presencia y la ausencia de apoyos influye en la ejecución del sujeto. La discapacidad intelectual se define en el contexto de los entornos en que vive el individuo; existe como una discapacidad (limitaciones del nivel de ejecución) que se produce como resultado de la interacción entre las limitaciones de las capacidades y las exigencias del medio Heward (1998).



Figura 1. Estructura general de la definición de 1992 del retraso mental de la AAMR.

Un equipo multidisciplinar desarrolló un diseño de los tipos e intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro dimensiones:

- Dimensión I. Funcionamiento Intelectual y Destrezas en Conducta Adaptativa.
- Dimensión II. Consideraciones Emocionales y Psicológicas.
- Dimensión III. Consideraciones Físicas/ de Salud/ Etiológicas.
- Dimensión IV. Consideraciones Ambientales.

Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Destrezas en Conducta Adaptativa.

La dimensión I se utiliza para diagnosticar la discapacidad intelectual en donde las pruebas son el único medio de medir la inteligencia de manera normativa. Los puntajes de las pruebas sin la confirmación del funcionamiento del individuo dentro del contexto de su edad y ambiente, generalmente no son aceptadas como suficientes para el diagnóstico de funcionamiento intelectual subnormal significativo.

Con respecto a las destrezas en conducta adaptativa es necesario que existan limitaciones en dos o más de estas para poder diagnosticar la discapacidad intelectual, es decir será en forma generalizada, de tal modo que se minimice la posibilidad de un diagnóstico equivocado. Dentro de las destrezas de conducta se encuentran:

Comunicación

Habilidad para comprender y expresar información a través de conductas simbólicas como palabra hablada, palabra escrita/ortografía, símbolos gráficos, lenguaje con señas, manual o conductas no simbólicas como expresión facial, movimiento corporal, gestos, etc.

Autocuidado

Se refiere a destrezas que involucran el comer, vestirse, arreglarse, uso del baño e higiene.

Vida independiente

Hace referencia al funcionamiento diario en casa, vecindario, en la comunicación de deseos y elecciones, interacción social y la aplicación de académicas funcionales en la casa.

Uso de la comunidad

Se refiere al uso apropiado de los recursos de la comunidad, lo cual incluye viajar en la comunidad, hacer compras, pagar y obtener servicios de los negocios de la comunidad, asistir a servicios religiosos, usar transportación pública y uso de instalaciones públicas, es decir llevar a cabo conductas apropiadas en la comunidad, hacer elecciones e indicar deseos, así como interacción social.

Auto-dirección

Es la capacidad para escoger, incluye el aprendizaje y la capacidad de seguir un programa, iniciar actividades apropiadas relacionadas con los intereses personales, completar tareas necesarias o requeridas, buscar ayuda cuando la necesita, resolver problemas en situaciones familiares y nuevas.

Salud y seguridad

Se refiere a mantener y buscar el bienestar propio, dieta apropiada, identificación de enfermedades, tratamiento y prevención, primeros auxilios básicos, sexualidad, condicionamiento físico, seguridad básica, chequeos físicos y dentales regulares, hábitos diarios.

Académicas funcionales

Son las habilidades cognitivas y destrezas relacionadas con el aprendizaje escolar. El enfoque no se da en el grado o nivel académico, sino en la adquisición de destrezas académicas que son funcionales en términos de su vida independiente.

Tiempo libre y recreación

Es una variedad de intereses recreativos y de tiempo libre que reflejan las preferencias personales. Las destrezas incluyen escoger e iniciar actividades, usar y disfrutar el tiempo libre tanto en casa como en la comunidad.

Trabajo

Se refiere a la capacidad de mantener un empleo de medio tiempo o de tiempo completo ya sea con apoyos o sin ellos, así como participar en alguna actividad voluntaria en la comunidad, por ejemplo terminar tareas, conciencia de la existencia de un programa, habilidades para pedir ayuda, aceptar la crítica, manejo del dinero, ir y regresar del trabajo o colegio y la aplicación de otras.

Dimensión II: Consideraciones Emocionales y Psicológicas.

Debe estar en las posibilidades, intereses y el sistema de apoyo emocional y social de la persona, en donde la evaluación clínica de la enfermedad mental en individuos con discapacidad intelectual debe basarse en fuentes de información las cuales deben incluir:

- Observaciones de conducta en ambientes cotidianos.
- Entrevistas cliente/personal.
- Evaluaciones estandarizadas, que incluyan una o más de las siguientes:
 - Escala de conducta adaptativa de la AAMR.
 - Lista de chequeo de conductas aberrantes (ABC).
 - Escala de la evaluación de desordenes emocionales para discapacidad intelectual (EDRS-DD).
 - Maladaptative Behavior Rating Subscales for Developmental Disabilities (SRDQ).
 - The Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA).
 - The Reiss Screen.

Es importante mencionar que las evaluaciones médicas deben incluir tomografías (PET scan) y otros tipos de evaluaciones de neuroimagen.

Dimensión III: Consideraciones Físicas/ de Salud/ Etiológicas.

Los problemas de salud de las personas con discapacidad intelectual no son inherentemente diferentes de aquellos individuos sin discapacidad intelectual. Sin embargo, los efectos de estos problemas pueden ser diferentes por el tipo de ambiente, dificultades de comunicación e impedimentos en el sistema de cuidado de la salud.

La evaluación se ve afectada por los problemas de salud, la falta de alerta y vitalidad, la habilidad para comunicarse y los efectos secundarios de los medicamentos, ya que algunos individuos pueden tener problemas para reconocer y describir síntomas, comunicar la intensidad o la calidad de un dolor.

Como ya se ha mencionado la etiología es compleja y multifactorial y en algunos casos intergeneracional. Los factores se pueden dividir en:

Biomédicas.- que hace referencia a factores que se relacionen con los procesos biológicos, como desordenes genéticos o desnutrición, sin embargo cuando la etiología no es obvia, se sugiere enlistar las causas probables para optimizar la posibilidad de un diagnóstico correcto.

Sociales.- factores que se relacionan con la interacción familiar y social, tales como estimulación y la responsabilidad como adultos.

Conductuales.- factores que se relacionan con las conductas como maltrato físico o abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre.

Educacionales.- factores que se relacionan con la oportunidad de apoyos educativos que promuevan el desarrollo de destrezas mentales y de destrezas adaptativas.

Dimensión IV: Consideraciones Ambientales.

El ambiente óptimo es aquel que facilita la independencia/interdependencia, productividad y la integración a la comunidad y debe ser identificado y tal ambiente va a tener tres características:

1. Proporcionar oportunidades en la vida, en el trabajo, educación, tiempo libre y recreación.
2. Promueve el bienestar físico, material, social recreativo, cognitiva y ocupacional.
3. Promueve estabilidad, mejoran el aprendizaje, la amistad, los sistemas de apoyos sociales y la tranquilidad.

Ahora bien a continuación se explican los apoyos y los niveles de intensidad de los mismos.

Los apoyos

Los apoyos son cruciales para la conceptualización de la discapacidad intelectual y sus posibilidades de atención adecuada, en donde pueden ser brindado por la familia, otras personas significativas, proveedores de servicios, por agencias, que se avoquen a atender las áreas débiles identificadas en cualquiera de las cuatro dimensiones antes explicadas.

Existiendo siete funciones de apoyo que son:

1. Apoyo facilitador
2. Planeación financiera
3. Apoyo laboral
4. Apoyo conductual
5. Ayuda para vida independiente
6. Uso y acceso a la comunidad
7. Asistencia en la salud

Sin embargo antes de explicar en qué consiste cada una de ellas, es necesario decir que a cada una se le asigna un nivel de intensidad ya sea intermitente, limitado, extensivo o previsorio.

Niveles de intensidad

Intermitente.- Apoyos que se proporcionan en episodios de tiempo y que están basados en una necesidad específica. Las personas no siempre necesitan el apoyo o lo necesitan por períodos de tiempo cortos, solo durante transiciones en su vida. Los apoyos pueden ser de alta o baja intensidad.

Limitado.- Se dan en algunas dimensiones en base a un período corto de tiempo, tiempo limitado pero no de naturaleza intermitente. Puede requerir de pocos miembros del personal y costo menor que otros sistemas de apoyo más intensos.

Extensivo.- Implica un compromiso regular y continuo en por lo menos algunos ambientes sin límite de tiempo.

Penetrante (Pervasivo).- Estos apoyos se caracterizan por su constancia y el nivel de intensidad, los apoyos se proporcionan en varios ambientes y son potencialmente apoyos para toda la vida. Son más intrusivos e involucran a una mayor parte de miembros del personal en comparación con los apoyos limitados o extensivos.

Funciones de apoyo

1. Apoyo facilitador

- Defensa y promoción.
- Evaluación.
- Proporcionar retroalimentación.
- Instruir entrenamiento en áreas específicas.
- Sistematización.
- Supervisión.
- Establecer comunicación.
- Asesorar, recabar información.

2. Planeación financiera

- Apoyo en el manejo del dinero.
- Entrenar presupuesto.
- Propugnar para la obtención de beneficios sociales, laborales.
- Apoyo para la obtención de ingresos.
- Apoyo y protección legal.

3. Apoyo laboral

- Apoyo emocional.
- Apoyo en situaciones de crisis.
- Implementación de apoyos para mejorar la ejecución laboral.
- Análisis de tareas.
- Implementar el uso de tecnología asistida.
- Entrenamiento a supervisores.
- Rediseño de las ideas y deberes en el trabajo.

4. Apoyo conductual

- Construir ambientes con consecuencias efectivas.
- Análisis funcional.
- Minimizar el uso de castigos.
- Entrenamiento de conductas adaptativas.
- Conocer y enfatizar los aspectos de manejo previo de acuerdo a sus antecedentes.
- Establecimiento de reforzadores positivos.

5. Ayuda para vida independiente

- Modificaciones arquitectónicas.
- Apoyo conductual.
- Aparatos que ayuden a la comunicación.
- Entrenamiento para el cuidado y uso de ropa apropiada.
- Entrenamiento para la programación de alimentos y hábitos en el comer.
- Apoyos para el manejo de la salud.
- Mantenimiento de casa y actividades relacionadas con el manejo de casa.
- Cuidado personal.
- Transportación y movilidad.

6. Uso y acceso a la comunidad

- Programa de rondas de transportación.
- Promocionar información y entrenamiento en los recursos que la comunidad ofrece.
- Usar servicios de la comunidad.
- Interacción con otras instituciones públicas y privadas.

- Participar en actividades sociales y recreativas.
- Entrenamiento en transportes.
- Modificación a vehículos.

7. Asistencia en la salud

- Apoyo emocional ya sea individual o grupal.
- Procedimientos para detectar situaciones de peligro.
- Citas con médicos, incapacidades.
- Entrenamiento en la sexualidad y sus cuidados.
- Uso de medicamentos.
- Terapia física.
- Supervisión.
- Entrenamiento para resolver situaciones de seguridad.

Derechos de las personas con discapacidad intelectual.

Al revisar la historia sobre los derechos nos encontramos diversos fallos judiciales que reafirman que una persona con discapacidad intelectual tiene y debe ejercer -con ayuda de la sociedad, si fuera necesario- los mismos derechos y libertades que los ciudadanos sin minusvalía. Hace más de 20 años, la AAMR defendía los siguientes derechos para las personas con discapacidad:

- A. *El derecho a la libertad de elección*, según la capacidad del individuo para tomar decisiones y con las limitaciones que caben a todos los ciudadanos.
- B. *El derecho a vivir en el entorno* menos restrictivo que resulte adecuado para el individuo.
- C. *El derecho a ejercer una actividad remunerada* y a una retribución adecuada por los servicios prestados.
- D. *El derecho a formar una familia.*
- E. *El derecho a contraer matrimonio* y a fundar una familia.
- F. *El derecho a la libertad de movimientos* y por ende a no ser internado en instituciones especiales sin causa justa y en ausencia de una decisión judicial, lo que incluye el derecho a no ser privado permanentemente de la libertad por una internación equivalente a la reclusión.
- G. *El derecho a expresar opiniones libremente* sin temor a castigos injustos; a la vida privada; a la práctica de una religión o a no practicar ninguna y a relacionarse con los semejantes.

Desde el año 1995 se pretendió desechar el modelo médico y adoptar el modelo de Derechos Humanos y de Desarrollo Social, a través del Programa CONVIVE.

Posteriormente, para el año 2000, el presidente Lic. Vicente Fox Quesada, creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS) y el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, (CODIS).

En el mes de junio del 2005, surge una Ley General de las Personas con Discapacidad, la cual promueve un paso atrás (modelo médico) ya que le da la rectoría del tema al Secretario (Ministro) de Salud, desapareciendo la ORPIS y el CODIS.

México fue el país promotor del primer tratado internacional de derechos humanos del siglo XXI, y el primero sobre los derechos humanos de personas con discapacidad, lo cual es motivo de orgullo y representa un enorme compromiso.

En diciembre del 2006 la Asamblea General aprobó la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**.

En sus 50 artículos y de manera específica en su primer artículo nos menciona el propósito fundamental el cual es: promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Dentro de los principios generales se encuentran:

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre hombre y la mujer,
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Dentro de los 50 artículos creo importantes mencionar los artículos del 5 al 9 y que a continuación menciono.

Artículo 5 Igualdad y no discriminación

1.- Los estados parte reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella, y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna.

2.- Los estados parte prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

3.- A fin de promover la igualdad y eliminar la discriminación, los Estados parte adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar la realización de ajustes razonables.

4.- No se considerarán discriminatorias, en virtud de la presente convención, las medidas específicas que sean necesarias para acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad.

Artículo 6

Mujeres con discapacidad

1.- Los estados parte reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2.- Los estados parte tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

Artículo 7

Niños y niñas con discapacidad

1.- Los estados parte tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

2.- En todas las actividades relacionadas con los niños y las niñas con discapacidad, una consideración primordial será la protección del interés superior del niño.

3.- Los estados parte garantizarán que los niños y las niñas con discapacidad tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecte, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y a recibir asistencia apropiada con arreglo a su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho.

Artículo 8

Toma de conciencia

1.- Los estados parte se comprometen a adoptar medidas inmediatas. Efectivas y pertinentes para:

- a) Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tomen mayor conciencia respecto de las personas con discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas;
- b) Luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de las personas con discapacidad, incluidos los que se basan en el género o la edad, en todos los ámbitos de la vida;
- c) Promover la toma de conciencia respecto de las capacidades y aportaciones de las personas con discapacidad.

2.- Las medidas a este fin incluyen:

- a) Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:
 - i. Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las personas con discapacidad;
 - ii. Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las personas con discapacidad
 - iii. Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las personas con discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral.

- b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las personas con discapacidad;
- c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las personas con discapacidad que sea compatible con el propósito de la presente convención;

- d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y los derechos de estas personas.

Artículo 9

Accesibilidad

1. A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados parte adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
- b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los estados parte también adoptarán las medidas pertinentes para:

- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
- b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
- c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las personas con discapacidad;
- d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
- e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
- f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
- g) Promover el acceso de las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones incluida el internet;
- h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

En el 2006 el JICA y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación realizan un estudio en donde el objetivo general es: realizar una investigación sobre la situación del reconocimiento, el goce, el disfrute y los mecanismos de monitoreo de los derechos humanos de las personas con discapacidad en los países centroamericanos, México y República Dominicana. En donde se concluye que existe confusión de responsabilidades de los actores gubernamentales involucrados, relacionada con los programas, los acuerdos y las necesidades reales de las personas con discapacidad. El nuevo Consejo Nacional de Personas con Discapacidad no se encuentra en pleno funcionamiento por falta de Reglamento para la Ley General de Personas con Discapacidad. La población con discapacidad se ha sentido utilizada por los demás, desde el Gobierno hasta por sus propias familias, usándolos como pretexto para conseguir prebendas, votos electorales y recursos de todos tipos y finalmente. No hubo una sola instancia que, hasta el momento, haya desarrollado indicadores cualitativos que monitoreen la calidad de vida y el disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad.

CAPITULO 2

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

En la actualidad existen investigaciones científicas, médicas y conductuales, que ha generado nuevos conocimientos sobre las causas de la discapacidad intelectual. En un estudio publicado en 2005 sobre causas de la discapacidad intelectual, dejo claro que a la hora de evaluar el panorama completo de los fenotipos conductuales en los trastornos de discapacidad intelectual se debe a una revolución genética. En el mismo año el padosiquiatra Pedreira realiza una revisión bibliográfica con respecto a las causas de la discapacidad dándole mayor peso a lo genético.

Retomando la historia en 1962, se hablaba de que el mayor avance contra la discapacidad intelectual fue la vacuna contra la rubéola, ya que cuando las madres contraen rubéola durante las primeras tres semanas de embarazo, entre el 10% y el 40% de los fetos sufren graves daños Krim (1969). Afortunadamente, se puede eliminar esta causa de la discapacidad intelectual si las madres se vacunan contra la rubéola antes de quedar embarazadas.

- La fenilcetonuria (FCU) es una enfermedad transmitida genéticamente que hace que el niño nazca sin una importante enzima necesaria para descomponer el aminoácido fenilalanina, que se encuentra en muchos alimentos comunes. Cuando este aminoácido no se descompone, se produce un daño en el cerebro que provoca una discapacidad intelectual. Analizando la concentración plasmática de fenilalanina del recién nacido los médicos pueden diagnosticar y tratar la FCU en la mayoría de los niños. La mayoría de los niños con FCU que reciben una dieta pobre en fenilalanina desde el comienzo logran un desarrollo intelectual normal Berman y Ford (1970).
- La exposición a sustancias tóxicas, ya sea por adicción materna o por contaminación ambiental, son dos de las principales causas de la discapacidad intelectual. Que se pueden combatir por medio de la educación y la prevención Shroeder (1987).
- El asesoramiento genético se refiere al asesoramiento de un médico especializado que permite a los futuros padres examinar las posibilidades que existe de que sus hijos nazcan con discapacidad provocada por su herencia genética. Un ejemplo de

esto es la amniocentesis es un procedimiento en el que durante el segundo trimestre del embarazo se recoge una muestra del líquido amniótico. Las células fetales se extraen y se cultivan durante dos semanas. En ese momento se hace un análisis de los cromosomas y de las enzimas para identificar la presencia de aproximadamente 80 trastornos genéticos específicos anteriores al nacimiento. Muchos de ellos, como el síndrome de Down O'Brien (1971) están asociados con discapacidad intelectual.

A continuación se observa un modelo multidimensional de la etiología y su prevención en personas con D.I.

Tipo de prevención Receptor del servicio	FACTOR ETIOLÓGICO			
	Biomédico	Social	Conductual	Educacional
Primario				
Padres.	Examen de plomo en el organismo.	Prevención de abusos o negligencias.	Aceptación.	Sexualidad.
Hijos.	Nutrición.	Prevención de abusos o negligencias.	Evitar uso de sust. o tratamientos.	
Adolescentes.	Nutrición.	Apoyo familiar.	Evitar uso de sust. o tratamientos.	Paternidad responsable.
Futuros padres.	Cuidados prenatales y examinación. Nutrición.	Apoyo emocional y social.	Evitar uso de sust. o tratamientos.	Paternidad responsable.
Secundario.				
Recién nacidos.	Examen del metabolismo.			Intervención temprana.
Niños.	Nutrición. Examen de plomo en el organismo.	Apoyo familiar. Evitar abusos y negligencia.	Evitar accidentes y lesiones.	Comienzo temprano de educación especial. Orient. vocacional.
Terciaria.				
Personas adultas con discapacidad intelectual.	Cuidado de la salud.	Inclusión educativa.	Independencia.	Productividad.

Fuente: Tomado de G. Burgos, Discapacidad intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo, 1995, pp. 1-59. Facultad de Psicología, UNAM.

INSTITUCIONES PÚBLICAS PARA ADOLESCENTES CON D.I. EN EL DISTRITO FEDERAL

Es importante saber que en México se cuenta con instituciones encargadas de proporcionar servicios gratuitos a las personas que presentan discapacidad intelectual. Siendo una de las instituciones más importantes en nuestro país el “*Consejo Nacional de Organizaciones de y para Personas con discapacidad*”, A.C. el cual tiene como principal objetivo, promover la autosuficiencia de las personas con discapacidad, integrándolas a la sociedad, a través de diversas acciones, por mencionar alguna y de gran importancia son las estrategias que se llevan a cabo en la búsqueda de la unidad del movimiento asociativo de este grupo social, logrando con esto fortalecer alianzas, tan indispensables en el buen desempeño de las políticas de desarrollo social” (CONADI, 1998). El movimiento social de personas con discapacidad, data de más de 40 años de esfuerzos para unir este gran sector de la población.

Con el tiempo esta asociación ha logrado conformar el Consejo Nacional de Organizaciones de y para personas con Discapacidad, que vincula y trabaja de manera coordinada con más de 600 organizaciones en nuestro país, con personas de las diferentes discapacidades.

De estas organizaciones y agrupaciones, encontramos: Consejos Estatales, Asociaciones Nacionales, Comités y Fundaciones, dentro de las cuales podemos destacar la participación de: Confederación Mexicana de Organizaciones en favor de la persona con Discapacidad Intelectual A.C. "CONFE"; Asociación Pro Persona con Parálisis Cerebral A.C., "APAC" ; Confederación Nacional Deportiva, Cultural y Recreativa de Silentes de México , A.C.; Unión Mexicana de Ciegos y Débiles Visuales , A.C.; Discapacitados Mexicanos A.C., "DIME"; Asociación Nacional de Rehabilitación Integral A.C.; Industrias de Buena Voluntad I.A.P.; Libre Acceso A.C.; y las Federaciones del Deporte Adaptado. Todas estas conforman la Junta Directiva de este Consejo Nacional.

Con el propósito de impulsar la unificación de las personas con discapacidad, y que les permita lograr mayores y mejores resultados a nivel social, económico y político, se reunieron, en el mes de Abril de 1996, en Guanajuato, las asociaciones nacionales y locales, que reconocen al Consejo Nacional como la instancia de unidad nacional en los procesos asociativos.

La Dirección Ejecutiva de Apoyo a personas con Discapacidad es una de las principales acciones de Gobierno del Distrito Federal, que plantea como eje principal la equidad con la finalidad de abatir la desigualdad y lograr un desarrollo social pleno. Así como la convergencia y participación de las instituciones públicas, privadas y la ciudadanía en la elaboración de propuestas para el desarrollo social (SEP, 2012).

Esta Dirección lleva a cabo acciones normativas de planeación y coordinación en los programas de prevención, rehabilitación, atención e integración dirigidos a las personas con discapacidad. Así mismo impulsa la coordinación interinstitucional con instancias públicas, privadas y civiles en la búsqueda de alcanzar mayor calidad en la operación de los mismos.

Dadas las condiciones de crisis en el país, la marginación económica y laboral de amplios sectores de la población, en los últimos años en México y en especial en el Distrito Federal se tuvo que enfrentar dicha problemática de manera directa con la asistencia social creando en el año 2001, el primer Programa de Apoyo Económico para Personas con Discapacidad con criterios de prioridad y emergencia social. Así mismo creó la estructura para la atención de esta población bajo la coordinación del DIF-DF y la ejecución de la Dirección Ejecutiva de Apoyo a personas con Discapacidad del mismo organismo.

En este sentido el Programa General de Desarrollo del Distrito Federal 2007-2012, surgió para dar respuesta a la atención de uno de los sectores más vulnerables, (personas con discapacidad). De ahí su importancia ya que por sus planteamiento queda regido por uno de los ejes de Gobierno: la equidad y como estrategia la transversalidad considerando que estos aspectos son determinantes para cambiar la desigualdad garantizando los derechos de los ciudadanos.

La Secretaria de Educación Pública (SEP) para atender a poblaciones con discapacidad intelectual (adolescente) ha creado los Centros de Atención Múltiple (CAM) los cuales brindan atención psicopedagógica a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales asociadas a diferentes discapacidades en los niveles de Inicial, Preescolar, Primaria y Secundaria; atendiendo a alumnos desde 45 días de nacido hasta 15 años de edad, que presentan las siguientes discapacidades: Audición y Lenguaje, Deficiencia Mental, Impedimentos Neuromotores, Problemas de Aprendizaje, Problemas de Conducta, Ciegos y Débiles Visuales (Expedientes CAM 82, 2005).

Dentro de esta denominación de Centro de Atención Múltiple (CAM) encontramos a los CAM laborales los cuales tienen como principal objetivo preparar a las personas con discapacidad para tener un empleo o trabajar de forma independiente, contando con:

- Programas educativos
- Prácticas laborales para personas con discapacidad
- Apoyo pedagógico
- Taller

CAPITULO 3

SEXUALIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Al hablar de sexualidad en personas con discapacidad intelectual, es imprescindible hablar de Katz y su propuesta de sexualidad humana y con ello sumergirnos en los holones sexuales. Katz en 1994 manifiesta que la sexualidad en el ser humano inicia con el nacimiento, el ser humano aprende mucho más sobre sentimientos al observar como nuestros seres queridos se relacionan entre sí y con nosotros. Define a la *sexualidad* como el conjunto de relaciones interpersonales, tanto con hombres como con mujeres, así como con nuestra propia identidad sexual.

Comenta que la sexualidad humana se construye en la mente y el cuerpo del individuo a partir de las experiencias, en la vida y que la hacen significar e integrar los momentos de placer, con ser hombre o mujer, los afectos que la vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva.

Los elementos básicos de una sexualidad sana son:

1. El reconocimiento de la aptitud corporal de todas las zonas del cuerpo para sentir, recibir y dar placer.
2. La aptitud para disfrutar de la actividad sexual de acuerdo con una ética personal y social.
3. La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad y creencias infundadas que inhiban o perturben las relaciones sexuales.

Teoría de sistemas generales en el estudio de la sexualidad: los cuatro Holones Sexuales.

La *Teoría de Sistemas Generales* propone los principios de funcionamiento y características de los sistemas que se encuentran presentes en los niveles de un individuo. Bajo esta óptica la sexualidad no es fundamentalmente biológica, psicológica o social, ya que las manifestaciones de la sexualidad están presentes en todos los niveles. Ahora bien la idea central de esta teoría es que todos los sistemas (holones) están formados por elementos en interacción y que éstos a su vez se convierten en sistemas.

Para Rubio (1983,1984,1992a,1992b), la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los holones sexuales a saber: *la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva*, los cuales se encuentran en constante interacción y cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano, sin dejar atrás la integración de ellos , debido a que un elemento no puede ser correctamente representado si se considera aisladamente pues su actuar depende de los otros elementos del sistema. Esta integración se alcanza de diversas maneras, pero al hablar específicamente de la sexualidad, ésta se hace presente gracias a los significados de las experiencias, partiendo de su naturaleza biológica y la interacción con el grupo en que se encuentra.

Holones sexuales

El Holón de la reproductividad humana

La potencialidad de reproducirnos es consecuencia directa del hecho de ser seres vivos, en donde entendemos a la reproductividad como la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida, sean similares a los que le produjeron, así como a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad.

El Holón del género

Si bien la base biológica del género es el dimorfismo, y éste a su vez será la base de conformación para el segundo elemento de la sexualidad. El género es la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo y 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. En el género, la identidad misma es el marco mental interno de referencia de nuestro ser, el cual nos permite responder a las interrogantes de quienes somos, qué hacemos, qué queremos y hacia dónde vamos. En donde la expresión pública de nuestra identidad genérica se llama papel sexual, papel genérico o roles sexuales. Por tanto, el género es uno de los filtros más eficaces para la regulación del poder entre los seres humanos.

El Holón del erotismo

El erotismo es un elemento de la sexualidad que nos remite a las experiencias más comúnmente identificadas como sexuales, en donde es preferible identificar al erotismo con el componente placentero de las experiencias corporales (individualmente vividas o en interacción con otro) ya que se presentan los procesos de activación de respuesta genital y corporal; estos procesos no solo ocurren en los genitales, sino en todo el cuerpo, darán origen a la activación del sistema nervioso central. Por tanto, el erotismo se definirá como los procesos humanos entorno al apetito por la excitación sexual (excitación misma y orgasmo) y sus resultantes en calidad placentera de esas vivencias humanas, así como a las construcciones mentales de estas experiencias. Ya que la forma más aceptada de conceptualización de la fisiología del erotismo humano, es verlo como resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes, concurrentes pero distintos: 1) el deseo o apetito sexual, 2) la excitación y 3) el orgasmo.

El Holón de la vinculación afectiva.

El desarrollo de los vínculos afectivos se da a partir de la manera en que la especie humana ha evolucionando. La especie humana posee la capacidad de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia, ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico, así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan. Con el propósito de mantener tales lazos o bien evitarlos. La forma más reconocida de vinculación afectiva es el amor, en donde el amor se da, mediante el cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento de la otra persona.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual, la labor de la familia y de la escuela es facilitar la construcción de actitudes positivas que permitan el acceso a una identidad propia y a la valoración de sí mismos; acomodándose la percepción de la propia sexualidad a la situación física, psíquica, emocional, social e intelectual con el objeto de que llegue a ejercer su derecho a la sexualidad en forma sana y placentera (Verderguer, 2002).

En efecto, las personas con discapacidad tienen necesidad de contar con mayores oportunidades de interacción social, que les permiten entablar relaciones tanto con grupos de su propio sexo como con grupos mixtos; salir con amigos, enamorarse, casarse, y el derecho de contar con información, orientación y guía frente a sus curiosidades sexuales.

Un niño con discapacidad intelectual, es un ser humano al que no le falta nada para vivir, amar, comunicarse, crear, procrear, es un ser humano en su totalidad, por lo que podemos

concluir que la persona deficiente mental tiene su sexo estructurado y constituido en normalidad; sin embargo, el sexo psicológico puede ser considerado como afectado por una mayor dificultad para expresarse y relacionarse (Francois Dolto, 1969).

Las personas con discapacidad intelectual son seres sexuales como los demás, con diferencias notables según su grado de discapacidad; siendo necesario primero conocer sus particularidades, y luego, respetar sus derechos para acompañarlos hacia una vida sexual saludable y feliz (Schwarz, 1995) sostiene que el educador podría apoyar al niño o joven con discapacidad intelectual a través de un aprendizaje o reaprendizaje de su sexo, de su sexualidad y de su erótica. En este proceso, el educador podría hacer descubrir a la persona con discapacidad intelectual aspectos relacionados con el género en donde sabrían que:

- Es una persona sexuada, que en la vida hay dos sexos que sirven para quererse, disfrutar y convivir mutuamente. Lo mismo que para ayudarse y hacer la vida juntos.
- La sexualidad se manifiesta de diversas formas y variantes según la edad, el sexo, la personalidad, y que cada cual sacaría mucho provecho en asumirla y cultivarlas para vivir más feliz.
- La erótica humana es placer y lleva a compartirlo en la convivencia.
- Las relaciones sexuales son para disfrutar y quererse, y que esas relaciones sexuales completas sirven, además, para hacer hijos, aspectos que debe ser conocido y pensado en tanto que procrear es algo muy delicado, el cual se podría resumir en protección y responsabilidad al tener relaciones sexuales.

En el Congreso Mundial de Sexología, celebrado en España en 1997, centrado en el tema de sexualidad y derechos humanos, se constataba la carencia generalizada de programas de educación sexual dirigidos a personas con discapacidad intelectual en nuestro país, pese a la demanda creciente de los mismos tanto por parte de familias como de profesionales. Tener una discapacidad física o intelectual no tiene porque interferir con una manifestación sana de la sexualidad, a menos que se haya atacado innecesariamente su autoestima, consecuencia de sufrir un continuo rechazo de la sexualidad (Katz, 1994).

Ya hace varias décadas que se postula y se afirma reiteradamente que las personas con discapacidad intelectual tienen necesidades emocionales de amar y de ser amados, de mostrar afectos, de establecer relaciones y de expresar su sexualidad. También se apela con frecuencia a sus derechos sexuales, entre los que se encuentran el derecho a recibir

información, educación y orientación sobre su sexualidad, a expresarse sexualmente, a casarse o vivir en pareja, o a ser padres (Edmonson 1980, 1988).

Los mitos que existen influyen en las actitudes de los profesionales que trabajan en el ámbito de la discapacidad intelectual y en los servicios especializados dirigidos a estas personas (Sobsey y Mansell, 1997; Kennedy, 1996). Y esto sí que resulta grave, pues ha servido en parte para justificar la exclusión sexual. Al negarles esta posibilidad aumenta considerablemente su vulnerabilidad a embarazos, infecciones de transmisión sexual y abusos sexuales. Los valores sociales tan negativos y marginadores que se desprenden de esos mitos y falacias, transmiten mensajes contundentes a los agresores potenciales, quienes pueden interpretarlo como una especie de permiso para agredirles (Kennedy, 1996).

La sexualidad de niños y adolescentes con DI

La orientación de la sexualidad en la niñez.

Dentro de la teoría de Katz, realiza un apartado para hablar sobre como orientar a los niños con discapacidad intelectual en el tema de sexualidad, en donde menciona que desde muy pequeños los niños expresan sus sentimientos a través del comportamiento, el cual va de acuerdo con el nivel del desarrollo emocional de cada uno. Los niños se van percatando de que su conducta provoca cierta reacción en sus padres y en la medida que va madurando comprende que estas conductas van afectando a un mayor número de personas, hasta que lo puede hacer extensivo a toda la sociedad. De esta manera, se van consolidando las conductas, para que consecuentemente se vayan introyectando las normas y reglas de la sociedad.

En los niños con discapacidad intelectual, al no tener la misma capacidad de generalización, ni seguir el mismo proceso de maduración neurológica o emocional, la introyección de normas y reglas se dará de manera diferente requiriendo de un manejo específico, ya que debido al pobre control de impulsos y a la baja tolerancia a la frustración, además de una pobre comprensión, la tendencia de estos niños, en menor o mayor grado, los llevará a actuar siempre en busca de la gratificación a través de sensaciones placenteras.

Cuando la búsqueda de estas sensaciones es reprimida por las figuras de autoridad, el niño lo vive como si el único objetivo de estas personas fuera el de impedirles experimentar dicho placer. Tomará tiempo para que los niños entiendan que lo que se busca de ellos es evitar que se hagan daño o que agredan u ofendan a la sociedad.

Sugiere que para llevar a cabo el manejo será necesario concientizar a los menores de que existen habilidades sociales, normas y reglas sociales que se construyen a través de las conductas *públicas y privadas*; refiriéndose a las conductas públicas como aquellas que pueden realizarse a la vista de los demás en donde no se ofende ni agreden a los demás y por lo tanto, son aceptadas por la sociedad por ejemplo: saludarse, pintarse, tomarse de las manos, sentarse con las piernas juntas cuando se trae vestido, no bajarse los pantalones hasta que estén en el baño, etc., mientras que las conductas privadas hacen referencia a conductas que deben realizarse en privado (por ejemplo: masturbarse, eructar, desnudarse frente a otros, arrojar gases, etc.).

Del Campo y López (1997) mencionan que es importante trabajar con los padres sentimientos tales como la negación, rechazo y duelo, ya que de no ser así, no se podrá evitar el surgimiento de la patología emocional que se observa como producto de carencias afectivas en sus hijos, las cuales se manifiestan a través de comportamientos inapropiados o conductas sexualmente aberrantes.

La orientación de la sexualidad en la adolescencia.

Con el inicio de la pubertad, surgen en el adolescente normal un gran número de cambios tanto físicos como mentales, entre ellos la aparición incipiente de los caracteres sexuales secundarios que marcan una transformación corporal que en poco tiempo lleva al niño, a desarrollar cuerpo de adolescente, provocando generalmente un estado de ansiedad por el desconocimiento de la apariencia final. Paralelamente a los cambios corporales, se van dando nuevos procesos intelectuales que le permiten al joven entrar en la etapa de las operaciones formales, lo que lo capacitará cognoscitivamente para comprender los fenómenos a los que se irá enfrentando, en donde les es difícil enfrentarse al despertar de su sexualidad, al manejo de sus pulsiones sexuales y a la necesidad de sucumbir ante conductas, que aunque naturales, por estar rodeadas de tabúes, los agobian, llenándolos de dudas, incertidumbre e inseguridad.

En el adolescente con discapacidad intelectual, no existe la misma preocupación por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios ya que ellos conceptualizan al hombre y a la mujer solamente a través de su apariencia exterior (imagen). Por lo que respecta a los procesos cognoscitivos, al no llegar nunca a la etapa de las operaciones formales, las conductas sexuales no son cuestionadas conceptualmente, por lo que el problema básico en ellos será, que de no haber adquirido un autocontrol, las conductas que surgen por estas pulsiones, serán actuadas libremente, sin ninguna represión ni sentimientos de culpa. En aquellos adolescentes, en los que no ha existido una adecuada orientación sexual durante su niñez, la introyección del concepto conductas públicas y privadas, será mucho más difícil de adquirir necesitando de un programa conductual humanístico para el manejo de “causas y efectos”, que de llevarse con absoluta consistencia les permitirá, con el tiempo, controlar sus impulsos sexuales. Una vez que se ha introyectado este concepto social, el adolescente está preparado para recibir, tanto una educación sexual acorde a sus limitaciones, como la orientación que le permitirá adquirir la responsabilidad indispensable para entender y expresar su sexualidad.

Al crear programas de educación sexual para adolescentes, recomienda que los grupos sean pequeños y homogéneos, en donde se abarquen estrategias para cubrir las limitaciones lingüísticas y cognoscitivas de cada individuo, siendo necesario cubrir las áreas básicas que se enumeran y se explican a continuación:

1. Anatomía y fisiología
2. Maduración y cambios en la apariencia física
3. Conductas públicas y conductas privadas
4. Masturbación
5. Responsabilidad ante la conducta sexual.

1. Anatomía y fisiología

Aportar nociones fundamentales sobre los órganos sexuales y sus funciones se recomienda utilizar el sistema de dibujos esquemáticos masculino y femenino, ya que permitirá que los individuos puedan iniciar la conceptualización del esquema corporal, así como captar las diferencias anatómicas que existen entre hombres y mujeres, ya que con frecuencia los adolescentes con discapacidad intelectual piensan que ambos sexos son iguales. Siendo indispensable enfatizar conceptos como:

- Para cada uno de los sexos siempre existen los mismos órganos sexuales, y
- Que éstos podrán variar en cuanto a su forma, tamaño y ciertas características.

Dentro de este contexto se les deberá enseñar que los genitales son partes íntimas y que debe ser tratadas privadamente. Aprovechando la oportunidad de ampliar su vocabulario utilizando terminología apropiada.

2. Maduración y cambios en la apariencia física

Utilizando los dibujos antes mencionados o muñecos anatómicamente corregidos, cada adolescente deberá identificarse con su propio sexo y percatarse de cómo se encuentra su cuerpo en ese momento, cómo fue en la niñez y cómo se irá transformando con el tiempo, aclarando las dudas que puedan existir. A las mujeres se les hablara de la menstruación, el uso de desodorantes, qué hacer si aparece flujo vaginal y cómo llevar un aseo correcto de sus genitales, cómo depilarse las axilas, las piernas, etc. A los hombres, se les enseñarán habilidades como: rasurarse, peinarse, uso del desodorante, aseo de sus genitales introduciendo el conocimiento sobre erección, tanto nocturna como regular, las eyaculaciones nocturnas, etc. Es importante que se hable sobre los sentimientos y sensaciones que provocan los cambios corporales con el propósito de disminuir la ansiedad que produce algunos de estos cambios.

3. Conductas públicas y conductas privadas

Al hablar de conductas públicas se deberá continuar con el desarrollo de habilidades para la adaptación social, la maduración de las relaciones amistosas dentro del grupo de pertenencia y la identificación de todos los comportamientos no sexuales. El componente social deberá ir dirigido a la normalización de la conducta durante las actividades de tiempo libre como son: asistir al cine, restaurantes, parques recreativos, reuniones, bailes, etc., con el aprenderán a diferenciar, por ejemplo, dónde es propio cortejar y dónde no. El propósito de esta área es el de lograr que la persona con discapacidad intelectual aprenda a generalizar conductas adecuadas independientemente del sitio de que se trate y que pueda identificar los lugares propicios donde llevar a cabo conductas públicas y conductas privadas.

4. Masturbación

Esta práctica de autoestimulación se inicia en la infancia y continúa hasta la senectud, existiendo períodos en los cuales ocupa un lugar preponderante en ciertas etapas de la vida del individuo normal, de los 3 a los 5 años y en la adolescencia; etapas en las que el individuo experimenta una gran carga de ansiedad que se libera a través de la autoestimulación genital. En la medida en la que las personas tienen menor oportunidad de experimentar placer o se ven invadidas de ansiedad o displacer, mayor tendencia habrá para recurrir a la masturbación. La masturbación consiste en un derecho de todos los seres humanos siempre y cuando la practiquen en forma privada y no ofendan a nadie. Por tal motivo, se trabajará esta área orientando al individuo a reconocer que la manipulación de los genitales es una conducta privada y que al realizarla adecuadamente, constituye un proceso normal de la adolescencia por lo que no deberán sentir culpa. También deberán estar conscientes de que existen personas a su alrededor que los criticará o molestará por ello. Es importante motivarlos a expresar los sentimientos que surgen en relación con la masturbación ayudándolos a manejar las sensaciones negativas que tan frecuentemente acompañan esta práctica, pero respetando a aquellos a quienes prefieren no hacerlo.

5. Responsabilidad ante la conducta sexual

El orientador trabajará con sus alumnos, sobre las conductas y las consecuencias relacionadas con todo lo sexual, para lo que se utilizará como método primordial el *role playing*, creando situaciones en las cuales las personas con discapacidad intelectual, aprendan a asumir la responsabilidad de su sexualidad. En esta área se capacitará a los muchachos para que aprendan a defenderse de individuos que pretendan abusar sexualmente de ellos, es decir, aprenderán a decir *no* ante cualquier situación que lo requiera, y sabiendo a qué personas deberán recurrir cuando tengan la necesidad de obtener ayuda.

Características del educador sexual

Katz también nos menciona las características que debe poseer un educador sexual, en donde comenta que tales características son de suma importancia debido a que él es quien tiene que obtener la preparación adecuada a través de seminarios y capacitación, para que funcione cualquier programa en general, y estas características son:

- El educador no está para juzgar sino para enseñar
- Conocer el tema fundamental
- Haber dominado su propia sexualidad para no tener que luchar con conflictos, angustias o tensiones no resueltas
- Poseer sentido del humor, la sexualidad no necesita ser algo tenebroso pese a que muchas veces se le trata como tal
- Confianza y el respeto mutuo
- Ser tolerantes a las actitudes ajenas por diferentes que sean las propias
- Ser honesto y directo, tanto en los modales como en el modo de hablar
- Ser una persona emocionalmente estable

Para trabajar como orientador sexual Katz en 1994 menciona que es necesario:

- Conciencia de sus propios prejuicios para no interferir en el desarrollo de la sexualidad de los alumnos.
- Tener claro qué es lo que pretende enseñar y/o compartir.
- Su meta idealmente debe ser desarrollar en sus alumnos una actitud positiva hacia su sexualidad y mejorar su autoestima.
- Ser muy claros al expresarse y cuestionar la información para estar seguros de que lo que se dijo no se preste a confusión.
- Abordar un tema de tres a cuatro maneras diferentes hasta que sea comprendido.
- El lenguaje tiene que ser el que el alumno maneja incluyendo modismos o palabras vulgares, sin embargo, aunque las utilicemos debemos aprovechar la situación para crear un vocabulario socialmente aceptado.
- Recordar que demasiada información puede llevar a los chicos a ya no aprender más.
- Mantener la plática clara, repitiendo los puntos básicos, cuantas veces sea necesario.
- Si se observa aburrimiento, desinterés o confusión, es indicativo de que se está a portando excesiva información, es monótona, muy técnica o impersonal.
- La sexualidad debe enfocarse de manera positiva provocando una discusión abierta y libre de comentarios negativos que provoquen culpa.

- El programa deberá girar en torno a lo que a ellos más les interese y/o preocupa.
- La discusión debe depender del nivel de comprensión y preparación del grupo.
- Algunos de los temas que se deben tomar en consideración dentro del programa de orientación sexual son: caracteres sexuales secundarios, menstruación, noviazgo, matrimonio, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, etc.
- Los temas deben combinarse con aspectos conceptuales tales como: conductas públicas y privadas, valores morales, necesidad de establecer compromisos, autoimagen y otros, los que determinara asertividad y con ello conductas sexuales responsables.

CAPITULO 4

ABUSO SEXUAL

Hablar de un contexto histórico del abuso sexual infantil implicaría el reconocerlo como un límite establecido para el control de la sexualidad, ante una conducta estigmatizada y básicamente considerada inapropiada por nuestra sociedad. Su carácter sexual exige considerar que aún en la actualidad a la gente le resulte difícil discutir o expresar temas relacionados con el sexo. Al parecer la gran mayoría de personas que ha tenido experiencias de abuso sexual en la infancia seguramente la ha mantenido en secreto, evento que se exagera en personas con discapacidad debido muchas veces a la situación de dependencia que de otros guardan, y que ha impedido una documentación histórica del problema lo que deriva en dos características más del abuso sexual infantil: un subregistro con falta de estadísticas precisas sobre su prevalencia y un acto oculto constituyendo su elemento fundamental (Lee Schultz, 1995).

Aterrizando en el contexto mexicano, se debe reconocer que se sabe muy poco acerca del fenómeno del abuso sexual contra menores con discapacidad. En la medida como el quehacer científico se ha visto en la necesidad de dar explicación a diversos fenómenos se han desarrollado diversas teorías que tratan de explicar el abuso sexual. Entre otras cosas existen grandes dificultades para unificar criterios en relación con la definición, ya que se discrepa tanto al determinar la edad límite del agresor o de la víctima como al señalar las conductas que se incluyen en el acto abusivo o en las estrategias utilizadas para cometerlo. Asimismo surgen importantes diferencias entre las definiciones empleadas por los profesionales de la salud y las definiciones legales, siendo las primeras mucho más amplias y las segundas de carácter más restrictivo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998). Se hace más hincapié en la existencia de una relación de desigualdad entre una persona con mayores habilidades para manipular y otra que no las posee al mismo nivel (Sosa y Capafons, 1996).

En cuanto a las estrategias para llevar a cabo la relación de abuso, para Wolfe, Wolfe y Best (1988), la mera conducta sexual entre un niño y un adulto es siempre, de por sí, inapropiada. En cambio, según otros autores López, Hernández y Carpintero (1995), se requiere el criterio de coacción (mediante fuerza física, presión o engaño) o de sorpresa, para calificar a una conducta de abuso sexual. No obstante, existe un gran número de casos que se llega a un pacto secreto con una forma de presión más sutil (juguetes, regalos, viajes,

etc.), que funcionan como un cebo para los niños, es decir, con el abuso de confianza (Kilpatrick, 1992). Algunos autores mencionan conductas que consideran como abusivas, en donde incluyen el contacto anal, genital y oral hasta el exhibicionismo, el voyeurismo o la utilización del niño para la producción de pornografía (Madansky, 1996; Wolfe, 1988).

Hay un consenso básico en los dos criterios necesarios para que haya abuso sexual infantil: una relación de desigualdad -ya sea en cuanto a edad, madurez o poder- entre agresor y víctima y la utilización del menor como objeto sexual Echeburúa y Guerricaechevarría (1989).

En la definición propuesta por el *National Center of Child Abuse and Neglect* en 1978 se dice: “en los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando ésta (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor”.

Barudy (1998) lo define como: “imposición a una niña o niño, en base a una relación de poder, de una actividad sexualizada, que propicia su victimización y en la que el ofensor obtiene una gratificación. Esta imposición puede ejercerse por medio de la fuerza física, el chantaje, la amenaza, la intimidación, el engaño, la utilización de la confianza, el afecto o cualquier otra forma de presión”.

Para Green en 1993 define al abuso sexual como: “un contacto sexual entre un adulto y un menor de 18 años de edad, en el cual el niño es usado para la gratificación sexual del adulto”.

En una investigación hecha por Sánchez (1994) encontró que el menor sufre abuso sexual en el momento en que un adulto toca o exhibe los órganos genitales o bien cuando muestra material pornográfico al niño y/o le habla sobre temas sexuales en forma erótica. Dentro del mismo trabajo para Marcovich el abuso sexual es el involucramiento de niños y adolescentes en actividades sexuales que no alcanzan a comprender plenamente y ante los cuales no están capacitados para dar o no su consentimiento.

Para Farlane Dehmer, citado dentro del trabajo de Sánchez, el abuso puede incluir muchas clases de actos sexuales entre una niña y alguien que no sea un adulto, pero que sea muchos

años mayor que la víctima. Los actos sexuales pueden incluir tocarse los órganos genitales de cada uno, exhibir los órganos genitales del adulto o de la niña, frotamiento de la menor, cópula oral realizada en la niña, o por esta al adulto, y cualquier clase de penetración en la vagina o ano de la menor, aún cuando sea ligeramente con el pene, dedo y otro objeto.

Para Sánchez, H. en 1994 el abuso sexual es cualquier contacto sexual, por la fuerza, con engaño, con soborno, etc., en el que hay desequilibrio en edad, tamaño, poder o conocimiento, lo cual incluye manoseo, llamadas telefónicas obscenas, exhibicionismo, masturbación mutua, coito, sexo oral o anal, prostitución, pornografía e incesto, y todas aquellas caricias que hagan daño, que incomoden o que generen culpa, son denominadas abuso sexual.

Alvarado (1995) manifiesta que el abuso se refiere al contacto corporal de toda especie de estimulación genital, penetración oral, anal y/o vaginal y demostraciones sexuales cariñosas, sin embargo algunas personas pueden entender el significado como conductas sugestivas, insinuación sexual o exhibiciones.

Maya (1995) menciona el punto de vista de dos organizaciones y de diferentes autores:

1. La OMS lo define como el abuso ejercido sobre un niño por un adulto o una persona mayor, con fines de placer sexual.
2. El Centro Nacional de Abuso y Abandono de Niños lo define como los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, en donde el niño es utilizado para obtener la estimulación sexual del perpetrador o de otra persona.
3. Kempe lo describe como la participación de un niño o de un adolescente menor, dependiente e inmaduro desde el punto de vista de su desarrollo psicosexual, en actividades sexuales que no está en posibilidades de comprender, que son inapropiadas para su edad, que sufre bajo amenaza o que transgreden los tabúes sociales existentes en casi todas las formas de relaciones incestuosas, la pedofilia, la violación de un niño, la utilización de un niño para fines pornográficos y la prostitución infantil.
4. Jones lo esquematiza con base a tres aspectos:
 - a) El ataque sexual hacia un niño puede realizarse a través del uso de la fuerza, la violencia, la coerción, la amenaza, el soborno y los engaños.
 - b) Puede incluir el contacto de cualquier tipo, tales como las relaciones sexuales, coito, caricias de genitales, exhibicionismo y sodomía.

- c) Se refiere al contacto sexual con un niño que está prohibido legalmente, ya sea por la edad del niño o por la relación familiar entre el niño y el ofensor.
5. Finkelhor y Hottalin (1998) deciden que utilizar el término de abuso sexual es limítrofe para expresar en completa magnitud y sentido el hecho, y en contraposición adoptaron el de explotación. Su definición se divide en cuatro tipos:
- a) Casi siempre es efectuado por un ofensor pariente o no pariente del niño y se manifiesta a través del contacto oral o anal, puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
 - b) Esta es llevada a cabo por el ofensor pariente o no pariente, implica caricias o tocamientos al pene o la vagina, también puede ser una práctica homosexual o heterosexual.
 - c) A diferencia de las anteriores se efectúan con abrazos inapropiados, besos, caricias o excitación en zonas no genitales producidas por el ofensor.
 - d) Se manifiesta a través de contacto o caricias violentas, el ofensor pariente o no pariente, casi siempre intenta llegar al coito con el menor.

Para González en 1996 el abuso sexual tiene siete connotaciones diferentes:

1. Es una agresión sexual forzada que da como resultado un rompimiento del equilibrio físico, emocional, social y sexual del individuo.
2. Es el contacto manual, oral o genital sin el consentimiento de la víctima, hecho por el ofensor, con los genitales de la víctima.
3. Es cuando involucra contenidos sexuales y cuando las actitudes sexuales provienen del ofensor. Aunque la víctima es demasiado joven para entender el nivel del daño sufrido son experiencias extrañas y desagradables para ellos.
4. Puede variar desde el simple voyerismo, la exposición de la niña al adulto o viceversa, las caricias genitales y la penetración peneana, hasta la utilización de una niña en la pornografía o en la prostitución.
5. Cualquier acto que involucre daño o explotación sexual, incluyendo, pero no limitándose a incesto, violación y ofensas sexuales en cualquier grado, sodomía o prácticas sexuales perversas o anti-naturales sobre una niña realizado por el padre u otra persona que ha tenido a su cargo la custodia o responsabilidad temporal o permanente para la supervisión de la menor, o por cualquier miembro de la familia.
6. Se refiere primeramente a las actividades de adultos que usan a los menores para su gratificación sexual. Se refiere al contacto corporal de toda especie; estimulación genital, penetración oral, anal y/o vaginal, demostraciones sexuales cariñosas, hasta incluir conductas sugestivas, insinuación sexual o exhibicionismo.

7. Cualquier contacto sexual entre un adulto y un niño.

El Centro para la Atención de Crisis por Agresión Sexual de Knoxville menciona que el abuso sexual puede ser físico, verbal o emocional, que ocurre cuando un niño mayor (o con más conocimiento) o un adulto usa a un niño para obtener placer sexual, y que el abuso frecuentemente es graduado e incrementa con el tiempo, incluye:

- Tocamiento y caricias sexuales.
- Exponer a los niños a actividades sexuales adultas o películas y fotografías pornográficas
- Tener a los niños desnudos posando de una manera sexual en una película o en persona.
- Espiar a los niños desde el cuarto de baño o la alcoba.
- Violación o intento de violación.
- Dentro de las actividades o conocimientos sexuales se incluye la fuerza, golpes, sobornos, amenazas o presión.

Ávila (1997) menciona las diversas actividades del abuso sexual y hace mención al incesto psicológico, dentro del cual las víctimas no son tocadas ni agredidas sexualmente, pero si han vivido la invasión de su intimidad y seguridad. Dichos actos pueden ser observar al niño mientras se baña, hacer comentarios seductores o sexuales. Estas actividades no se ajustan a la definición de incesto que se ha mencionado, sin embargo, si generan alteraciones psicológicas similares a las que presentan las víctimas de incesto.

Para Ramos-Lira (1998) menciona que el abuso sexual de menores son todos los actos ejecutados por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente. Se le denomina abuso en la medida en que, pudiendo realizarse tales actos con o sin el consentimiento del menor, se trataría de actos para los cuales carece de la madurez y el desarrollo cognoscitivo necesarios para evaluar su contenido y consecuencias.

En el Código Penal para el Distrito Federal menciona que “legalmente se considera abuso sexual al que sin consentimiento de una persona y sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute en ella un acto sexual o la obligue a ejecutarlo” (Código Penal para el D.F., 1996).

Dentro de algunas definiciones se requiere que el agresor sea por lo menos cinco años mayor que la víctima, sin embargo también se habla de la agresión entre iguales, lo cual se considera como tal cuando existe coerción y no fue deseado por una de las partes, cuando

ambas partes están de acuerdo en la actividad se denomina juego sexual y no tienen mayores consecuencias. El perpetrador no es sólo aquel que ejerce una actividad directa sobre el menor, es también aquella persona que permite que el abuso sea cometido por una tercera persona (Green, 1993).

Tipos de abusos

De acuerdo a Vázquez Mezquita y Calle, 1997 los abusos no son iguales por lo tanto no afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima

Se pueden dividir en dos grandes grupos:

1. Abuso sin contacto

Son aquellas actividades en las cuales el abusador busca la excitación sin tener contacto físico entre el menor y él, utiliza la exhibición, la pornografía, las proposiciones eróticas y toda actividad que no tenga como finalidad el contacto corporal.

2. Abuso con contacto sexual

Son aquellas actividades en las cuales se involucra el contacto físico entre el adulto y el menor, ya sea que el niño realice la actividad sobre el adulto o el adulto sobre el menor, con el objetivo de buscar la excitación y gratificación del propio adulto; dichas actividades pueden ser la manipulación de los genitales, caricias en todo el cuerpo, besos eróticos, tocamientos, intentos de penetración con el miembro viril, de manera digital o con cualquier otro objeto, o la violación misma, ya sea oral, anal o vaginal.

Dentro de los tipos de abuso podemos encontrar los siguientes:

1. Incesto

En cuanto al agresor en unos casos el abuso sexual infantil puede ser cometido por familiares ya sea padres y/o hermanos.

2. Por personas relacionadas

Por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65 al 85% del total Elliott, Browne y Kilcoyne (1995) y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas. La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias, paso posterior a la masturbación y al contacto buco-genital, y sólo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío. Al no haber huellas fácilmente identificables, los abusos sexuales en niños pueden quedar fácilmente impunes (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1995).

3. Agresores desconocidos

En otros casos los agresores son desconocidos, se limita a ocasiones aisladas, puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10%-15% de los casos Lanyon (1986).

4. Acto abusivo

En el acto abusivo, éste puede ser sin contacto físico (exhibicionismo, masturbación delante del niño, observación del niño desnudo, relato de historias sexuales, proyección de imágenes o películas pornográficas, etc.) o con contacto físico (tocamientos, masturbación contactos bucogenitales o penetración anal o vaginal. El coito es mucho menos frecuente que le resto de actos abusivos Saldaña, Jiménez y Oliva (1995).

Situaciones de riesgo

El hecho de que un niño se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Finkelhor y Asdigian, 1996). Por un lado, el hecho de ser niña (mujer) es una de las circunstancias que tradicionalmente se ha considerado como de alto riesgo, especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar principalmente porque la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez y Calle, 1997).

Por otro lado las edades de mayor riesgo son las comprendida entre los 6 y 7 años, por un lado, y los 10 y 12 años, por el otro (Finkelhor, 1993). Parece que más del doble de los casos de abusos sexuales a menores se dan en la pubertad. Se trata de una etapa en la que comienzan a aparecer las muestras del desarrollo sexual, pero los menores siguen siendo niños pueden ser fácilmente dominados (López, 1989; Pérez y Borrás, 1996).

7.3 Características propias del menor

Los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos que cuentan con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y minusvalía físicas y psíquicas (Madansky, 1996).

Según Pérez y Borrás (1996) son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto familiar, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo culpa.

- **Situaciones familiares**

Los niños víctimas de malos tratos son más fácilmente susceptibles de convertirse también en objeto de abusos sexuales, el abandono y rechazo físico y emocional por parte de cuidadores les hacen vulnerables a la manipulación de los mayores Vázquez (1995).

La ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios), sobre todo cuando vienen acompañados de interrupción de la vida sexual, constituyen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de victimización López (1995). Son asimismo familias de alto riesgo las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas (Arruabarrena, De Paúl y Torres 1996; Mas, 1995; Vázquez, 1995; Cortés y Cantón, 1997).

A continuación se muestra las características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual.

Características del abusador	Características de la familia
Extremadamente protector o celoso del niño.	Familias monoparentales o reconstituidas
Víctima de abuso sexual en la infancia.	Familias caóticas y desestructuradas.
Con dificultades en la relación de pareja.	Madre frecuentemente enferma o ausente.
Aislado socialmente.	Madre emocionalmente poco accesible.
Consumidor excesivo de drogas o alcohol.	Madre con historial de abuso sexual infantil.
Frecuentemente ausente del hogar.	Problemas de hacinamiento.
Con baja autoestima o con problemas psicológicos.	Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia.

Fuente: Tomado de E. Echeburúa y C. Guerricaechevarría, Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores (2ª edición), 2005. España, Ariel.

Prevalencia

No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado –familia- y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Noguerol, 1997). Por otro lado, las discrepancias entre los distintos estudios derivan de la utilización de conceptos divergentes fundamentalmente en relación con los hechos considerados y de la variación en los procedimientos de recogida de información utilizados, así como en las características de las muestras estudiadas (Garrido, 1999).

Las víctimas de abuso sexual suelen ser más frecuentemente mujeres (59.9%) que los hombres (40.1%) y se sitúan en una franja de edad entre los 6 y 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto) con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el extrafamiliar (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

La mayoría de las investigaciones coinciden en que el agresor suele ser un conocido de la víctima, el 20% de los casos denunciados de incesto hace referencia a los contactos padre-hija, éstos son los más traumáticos por lo que suponen de disolución de los vínculos familiares más básicos (Herman, Russell y Trocki, 1981).

Los abusos sexuales se comenten en todas las clases sociales, ambientales culturales o razas (Madansky, 1996).

Detección del abuso sexual

Como se ha visto las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto, los motivos de ocultación pueden ser por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales como regalos, paga, etc. o el temor a o ser creída o a ser acusada de seducción junto con el miedo a destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la pérdida de una actividad sexual que puede llegar a resultar adictiva, así como la posible ruptura del matrimonio y de la familia y el rechazo social, acompañado incluso, en algunas ocasiones, de sanciones legales.

Algunas veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico al marido o el miedo a perderlo o a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola a la familia Echeburúa y Guerricaechevarría (2005).

El abuso sexual puede salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido –a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999).

El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después, meses o años, de los primeros incidentes (Vázquez y Calle, 1997). Según, Sorensen y Snow (1991), el proceso de revelación por parte del menor suele seguir cuatro momentos progresivos:

1. Fase de negación
2. Fase de revelación, al principio mediante un reconocimiento vago o parcial; al final, mediante la admisión explícita de la actividad sexual abusiva
3. Fase de retractación, en la que el niño puede desdecirse de lo dicho por la presión familiar o por la percepción del alcance de la revelación y
4. Fase de reafirmación, en la que, tras una distancia temporal, el menor vuelve a sostener la afirmación anterior acerca del abuso experimentado.

El proceso anterior es sólo orientativo y no está presente en todos los casos. Se sabe que los varones presentan más dificultades para reconocer que han sido agredidos sexualmente, asimismo son muy pocos casos que llegan a ser denunciados formalmente (Fundación ANAR, 1999). Sólo en un 11% de los casos registrados se habían presentado denuncias. El ocultamiento y secretismo que caracterizan las historias de abuso sexual, junto con la dificultad de probar legalmente lo ocurrido y la falta de confianza en el sistema judicial, constituyen las principales razones de este bajo índice de denuncias Sanmartín (1999).

A continuación se presentan los indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso.

Indicadores físicos.	Indicadores comportamentales.	Indicadores en la esfera sexual.
Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.	Pérdida de apetito. Llantos frecuentes, en referencia a situaciones afectivas o eróticas.	Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico.
Cérvix o vulva hinchadas o rojas.	Miedo a estar sola, a los hombres o un determinado miembro de la familia.	Conducta seductora. Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad.
Semen en la boca, en los genitales o en la ropa.	Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.	Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.
Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.	Cambios bruscos de conducta.	Agresión sexual de un menor hacia otros menores.
Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos.	Resistencia a desnudarse y bañarse.	
Dificultad para andar y sentarse.	Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.	
Enuresis o encopresis.	Problemas escolares o rechazo a la escuela. Fantasías o conductas regresivas. Tendencia al secretismo. Agresividad, fugas o acciones delictivas. Autolesiones o intentos suicidas.	



Fuente: Tomado de E. Echeburúa y C. Guerricaechevarría, Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores (2ª edición), 2005. España, Ariel.

Teorías sobre el abuso sexual

En el análisis de las agresiones sexuales y sus causas se observa una evolución que va desde las teorías explicativas en términos de motivación sexual hasta las posturas actuales que tratan de entender este problema en el marco de las teorías de la violencia y del conflicto social, considerando la agresión sexual como una forma de violencia que refleja la violencia general que nos rodea y que se ejerce contra segmentos vulnerables de población.

Teoría propuesta por Sánchez

Sánchez en 1994 menciona que las teorías del aprendizaje refieren que la atracción sexual hacia los menores se debe a una respuesta condicionada que surge a partir de que los adultos tienen imágenes placenteras, en las cuales se incluyen a los niños y comenta que para llevarse a cabo un abuso sexual se necesita:

Una motivación  una congruencia emocional  y una excitación sexual.

En donde la *congruencia emocional* hace referencia a satisfacer alguna necesidad emocional o afectiva importante, la cual no se puede realizar con un adulto debido a que el agresor es una persona con baja autoestima, pobres habilidades sociales y sentimientos de inadecuación. La *excitación sexual* se basa en la teoría psicodinámica la cual menciona que todos los adultos en una etapa de su vida encuentran atractivas, sexualmente, a las niñas y la represión social genera que la atracción hacia ellas se mantenga, pero esa misma represión evita que se lleve a cabo, sin embargo, la teoría fracasa al no poder explicar porque algunos sujetos no pueden reprimir la atracción que sienten.

El autor comenta que se lleva a cabo un abuso sexual cuando:

- Una niña requiere de amor, cariño y protección y el adulto mal interpreta la situación.
- Existen conflictos entre los padres y tienden a cambiar los roles sexuales con los hijos, es decir, la satisfacción sexual que no encuentran con la pareja, la buscan en sus hijas.

- La familia se encuentra inestable, con deficiencia educativa, existe la falta de comunicación entre los padres y los hijos, así como tampoco se da el contacto emocional entre los miembros, se presentan cambios a menudo como es el volverse a casar o la entrada de nuevos miembros a la familia.
- Los niños son educados para obedecer a los adultos.
- Carecen de información sobre el abuso sexual.
- La madre esta ausente o es sumisa. También se puede deber a la incapacidad materna de cuidar y proteger a los hijos.
- El sexo es considerado sucio o tabú.
- Los niños no conocen su cuerpo.
- No saben diferenciar entre caricias agradables y desagradables.

Aislamiento social

Donde postula al aislamiento sexual externo como la causa del incesto, ya que menciona que las familias que están más aisladas, están menos a la vista del escrutinio general además de crecer hacia adentro, lo cual se dice, fomenta a los miembros de la familia a interactuar sexualmente. Sin embargo, desde otra perspectiva, el aislamiento puede no ser la causa del incesto sino más bien un síntoma de otras causas subyacentes que se relacionan más directamente.

También menciona que el aislamiento puede ser un síntoma de pobreza o desorganización familiar o de incompetencia, dado que todos estos factores pueden separar a la familia de tener una participación completa dentro de la vida de la comunidad. Pero cualquiera que sea la causa del incesto, se cree que va acompañado por un cierto grado del aislamiento.

Uno de los estereotipos más comunes sobre el incesto es que frecuentemente ocurre entre familias aisladas que viven en las montañas, tales como en los Apalaches o en las áreas rurales del Estado de Maine, USA. El autor menciona unos estudios realizados sobre el incesto rural en Suecia (Riemer, 1940), en Japón (Bagley, 1969), en Polonia (Pilinow, 1970) en donde menciona que las similitudes que han aparecido en estas diversas culturas son suficientemente grandes como para que se identifiquen como un fenómeno en si mismo que llama “incesto funcional” en cuya etiología el aislamiento rural juega un papel importante.

Teoría psicoanalítica (Freud 1895-1897)

La palabra seducción remite a la idea de una escena sexual en la que un sujeto, generalmente adulto, usa de su poder real o imaginario para abusar de otro sujeto, reducido a una posición pasiva: en general, un niño o una mujer. Por esencia, la palabra seducción carga todo el peso de un acto basado en la violencia moral y física que se encuentra en el núcleo de la relación entre víctima y verdugo, amo y esclavo, dominante y dominado. Entre 1895 y 1897, Freud partió de esta representación de la coacción al construir su teoría de la seducción, según la cual la neurosis tendría por origen un abuso sexual real. Esta teoría se basaba a la vez en una realidad social y en una evidencia clínica. En las familias, a veces incluso en la calle, los niños solían ser víctimas de violaciones por parte de los adultos.

El recuerdo de esos traumas era tan penoso que cada uno prefería olvidarlos, no verlos o reprimirlos. Escuchando a las mujeres histéricas de fines de siglo que le confiaban tales historias, Freud valoró esos discursos como pruebas, y erigió su primera hipótesis de la represión y la causalidad sexual de la histeria basándose en la teoría de la seducción. Pensaba que esas mujeres histéricas padecían trastornos neuróticos porque habían sido realmente seducidas. Freud renunciaría progresivamente a la teoría de la seducción. En efecto, tropezó con una realidad irreductible: no todos los padres eran violadores, y sin embargo las histéricas no mentían al decirse víctimas de una seducción.

Freud advirtió dos cosas: las mujeres inventaban, sin mentir ni simular, escenas de seducción que no se habían producido, o bien, si esas escenas habían tenido lugar, no explicaban la eclosión de una neurosis. Con lo anterior, podemos apreciar las deficiencias, las cuales habían emergido de un trabajo que había dado el acceso al descubrimiento del inconsciente, quien menciona que es un acto de seducción en la infancia que le provocaría posteriormente al paciente un efecto traumático y de manera tardía, y que por intermediación de un segundo acontecimiento que haría surgir en él un acto de represión dirigido hacia la seducción sufrida en la infancia y con ello el nacimiento del síntoma neurótico. Específicamente como tal, ahí se inauguraba el inconsciente en el sujeto.

Teoría propuesta por Finkelhor (1992)

Define el abuso sexual como “cualquier contacto sexual entre un niño y un adulto sexualmente maduro (la maduración sexual definida social y psicológicamente) con fines de complacer al adulto; o cualquier contacto sexual con un niño mediante el uso de la fuerza, la amenaza o el engaño para asegurar su participación: o contacto sexual al cual un niño es incapaz de consentir en virtud de su edad o por la diferencia de poder y la naturaleza de su relación con el adulto”. Mencionando que hay un modelo individual y uno sociocultural en los cuales existe el requisito masculino de ser dominante y poderoso en las relaciones sexuales, la tendencia a sexualizar las necesidades emocionales, la ideología patriarcal, que bien Germán Gutiérrez en el año 2003 la define como “estructura sociocultural profunda de carácter civilizacional y no una simple estructura social”, y que en dicha estructura se produce una “situación de opresión y dominación” que “sufren principalmente las mujeres de diferentes culturas en todos los ámbitos de su vida social y comunitaria y de manera cotidiana”, siguiendo la misma línea considero que otro factor que vuelve vulnerables a las mujeres es la creencia que de ellas se tiene y que a continuación se mencionan:

- Las niñas son sexualmente provocativas, es decir, sus acciones, actitudes y acercamientos hacia los adultos son de manera sexual.
- Las niñas son complacientes y sumisas, de esta manera aceptan las insinuaciones que los adultos les hacen así como las caricias y demás actividades.
- El uso de alcohol, el cual es un desinhibidor conductual, por parte del padre origina un comportamiento compulsivo para luego tener relaciones incestuosas, lo cual se fortalece con la tolerancia sociocultural de condonar los delitos cometidos mientras la persona esta intoxicada.

Importancia de la perspectiva de género

A partir de las teorías, se llevan a cabo las intervenciones en las cuales se abarquen las acciones educativas que incluyan contenidos relativos no solo al papel de hombres y mujeres sino también a educación emocional, a estrategias de solución de conflictos, a habilidades comunicativas y a otros aspectos que contribuyan al desarrollo de unas relaciones más igualitarias entre hombres y mujeres en las que se destierren las creencias y actitudes. Es importante hacer un alto antes de iniciar con las teorías para analizar el tema de género, en donde el diccionario de la real academia de la lengua española define al género como “aquello que permite revelar las normas, representaciones, ideas,

comportamientos, entre otros que se han ido construyendo socialmente como "naturales" y atribuidos a las diferencias biológicas de los sexos", siendo de relevancia los estudios de género, no sólo porque analizan la desigualdad hacia las mujeres, sino que logran abrir nuevos campos de investigación como estudios sobre la identidad feminidad o masculinidad y diversidad sexual (estudios sobre gays, lesbianas, bisexuales, transexuales, entre otros.), cobrando relevancia y aun más al hablar con poblaciones con discapacidad intelectual, por lo anterior ha sido necesario crear asociaciones que hagan valer y respetar el derecho a la no discriminación de cualquier tipo, en lo referente a las personas con alguna discapacidad se creó en diciembre del 2006 la convención sobre las personas con discapacidad, la cual expone que todas las personas son iguales ante la ley y a prohibir cualquier tipo de discriminación en razón de la discapacidad.

Por lo anterior los profesionales e investigadores creen que el abuso infringido a la mujer se debe en gran medida por el constructo social que se ha elaborado de ser mujer, describiendo de manera sencilla el perfil del agresor, de la víctima, así como de el contexto en el cual habita la persona.

CAPITULO 5

ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Los valores sociales tan negativos y marginadores que se desprenden de esos mitos y falacias transmiten mensajes contundentes a los agresores potenciales, quienes pueden interpretarlo como una especie de permiso para agredirles Kennedy (1996).

La relación entre abuso sexual, conceptualizado como una de las manifestaciones activas del maltrato, y retraso mental ha sido uno de los aspectos que más ha tardado en ser abordado. Se ha venido asignando a las personas con retraso mental un rol en el que no hay lugar para la sexualidad. Esta concepción, basada en el predominio del criterio moral, entiende que es un tema que no debe suscitar interés o debate, puesto que en su mayoría estas personas no tienen pareja o no están casados y, además, no deberían tener hijos, bien porque no pueden cuidar de forma adecuada de los mismos o bien porque pueden tener hijos con problemas similares a los suyos Amor (1997). Sin embargo, el nivel intelectual no correlaciona positivamente y por tanto, no determina la capacidad de amar, expresar afecto y cariño, compartir sensaciones corporales, enamorar, seducir o respetar a la pareja (García, 1990; Marchetti y MacCartney, 1990; Fierro, 2000).

Prevalece la idea de que las personas con discapacidad intelectual son insensibles al dolor y sin capacidad para captar el abuso del que pueden ser objeto (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bailey, 1998), lo que les hace especialmente vulnerables a todo tipo de abusos sexuales. Si bien es cierto que los niños, adolescentes y adultos con discapacidad intelectual son particularmente vulnerables al abuso sexual, no es que esto sea debido a factores relacionados con su infantilismo o falta de interés sexual, sino a factores extrínsecos relacionados con la estrecha dependencia y sumisión a terceras personas, junto a otros aspectos como la pérdida de intimidad y la falta de información sexual (Verdugo, Alcedo, Rodríguez, Bermejo y Aguado, 2003).

Factores inherentes de las personas con DI.

La mayoría de los estudios apuntan hacia distintos determinantes, algunos de ellos relacionados con las características del individuo con discapacidad intelectual y otros asociados a conductas y variables del entorno (Sobsey, Randall y Parrilla, 1997; Bermejo, 1999) y que a continuación se presentan algunos de éstos:

- Las limitaciones cognitivas inherentes al retraso que dificultan la capacidad para expresar los deseos y las necesidades afectivas y sexuales.
- La presencia de trastornos y/o carencia de habilidades de comunicación que impiden al niño hablar y contar lo ocurrido.
- Las relaciones de dependencia y sumisión que caracterizan la interacción de estas personas con sus padres y cuidadores.
- La consecuente pérdida de intimidad que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y ante determinadas personas.
- La ausencia de un modelo de rol sexual, especialmente en personas institucionalizadas, que impide el desarrollo de una adecuada identidad sexual.
- La falta de información sexual así como el desconocimiento de la adecuación o no de determinadas conductas sexuales.
- La frecuencia ausencia de entrenamiento y formación en habilidades sociosexuales adecuadas y oportunas.
- El hecho de tener amigos entre la población no retrasada, lo que les lleva a ser más vulnerables a la coacción.

En un artículo publicado en la red se mencionan diez puntos con respecto a la vulnerabilidad en los niños con discapacidad:

1. Los niños y niñas con discapacidad son más dependientes y por tanto más influenciables que la niñez sin discapacidad.
2. El niño o la niña puede ser menos capaz de denunciar el abuso, por ejemplo, por una dificultad en le habla, el aislamiento en un internado, falta de contacto social.
3. La familia puede estar proporcionando menos afecto, por lo que el niño o niña con discapacidad puede “aceptar” fácilmente una relación como una compensación o como una forma de atención y amistad.
4. Puede ser difícil para el niño o la niña distinguir entre diferentes formas de tocar, cuando la mayor parte de su cuidado corporal es atendido por otras personas.
5. La niña o el niño con discapacidad no creen que ellos puedan tener control sobre lo que sucede puesto que están acostumbrados a que otros decidan por ellos.

6. A menudo tienen baja autoestima como producto de los mensajes sociales o familiares de inutilidad, deficiencia o de representar una carga.
7. Tienden a mostrarse más ávidos de afectos, lo que es interpretado por el abusador como un “consentimiento” frente a la violencia sexual.
8. No son vistos como testigos creíbles en un proceso de denuncia social o legal.
9. Las familias de niños o niñas con discapacidad tienden a aislarse de otros grupos sociales como producto de la vergüenza y el temor al rechazo, lo que aumenta los niveles de estrés familiar y con ello la probabilidad de maltrato y abuso hacia la niñez.
10. Los niños y niñas que presentan discapacidad intelectual suelen presentar una fuerte necesidad de ser valorados y aceptados por personas que no presentan discapacidad, por lo que harían cualquier cosa que se les pidiese, a fin de obtener aprobación social o encajar en el grupo, situación que suele ser aprovechada por el abusador.

Factores sociales que vulneran a las personas con DI.

Por lo anterior, queda claro que existen aspectos diferenciales que influyen en las manifestaciones sexuales de las personas con discapacidad intelectual, estos matices se derivan de dos aspectos fundamentales: la deficiente socialización sexual y la imposibilidad de construir la propia intimidad. Esta restricción se produce por un intento de protección de las personas están en peligros de lo sexual, peligros que tienen sentido si se parte de una actitud sobre la sexualidad marcada por una valoración negativa de la misma, y no entendiéndola como una dimensión a cultivar en la propia persona. El mecanismo de protección se ha establecido mediante varios aspectos esenciales:

- **Negación de la sexualidad.** Basándose en la idea previa de que los niñ@s no tienen sexualidad, las personas con DI permanecen ancladas en esta etapa de infantilización.
- **Represión enérgica de cualquier manifestación erótica.** La idea esencial es que las personas con DI tienen una sexualidad incontrolable y por ello llena de peligros, y por tanto, la única opción es evitar su manifestación.
- **Restringido acceso a la construcción de la propia intimidad.** Esto se deriva de una sobredimensión de la protección a estas personas. Al estar siempre pendientes y querer protegerlos tanto, es imposible que se desarrolle la intimidad.

- **Privan a las personas con Discapacidad Intelectual de voluntad, de capacidad de decisión y con ello los “cosifican”.** Plantean una visión de estas personas como sujetos pasivos, sujetos que se dejan hacer pero no que buscan, hacen o deciden. Así no se plantea que puedan tener relaciones sexuales de mutuo acuerdo, deseadas y satisfactorias; si no que se les etiqueta víctimas de abusos, ya que son personas que no saben decir que no... Pero ¿pensamos que pueden decir que sí?
- **Se les estigmatiza como sujetos a proteger** y ello despierta todos los instintos de protección, de cuidado y cercena el desarrollo de la autonomía y la independencia. Llegamos a protegerlos en todo, los abusos sexuales, evitar conductas eróticas por miedo al embarazo... pero incluso no queremos que se enamoren porque se ilusionan y luego vienen las frustraciones... los queremos proteger tanto que los protegemos de la propia vida. Además, con esta protección estamos volviendo a dirigir la mirada a sus limitaciones porque de base, no los consideramos capaces de superar esta situación. Debemos reflexionar si en ocasiones a pesar de luchar y trabajar por la normalización y la integración, con nuestra hiperprotección no estamos generando el efecto contrario, y somos nosotros mismos los que los queremos hacer diferentes (no queremos que se enamoren, no queremos que tengan desengaños amorosos, etc.).

Es evidente que el camino sólo ha comenzado, que se requieren cambios en la percepción social de las personas con DI para lograr que tengan un desarrollo adecuado de su sexualidad. Necesitan que se favorezcan espacios, tiempo y formas para que puedan expresarse, para que puedan encontrarse, en definitiva: para que puedan vivir su sexualidad. Debemos ser conscientes del ámbito social donde nos movemos, debemos tener cuidado con el efecto “burbuja” (como nosotros tenemos una idea clara de los derechos de las personas con DI y de sus capacidades y potencialidades; pensar que toda la sociedad tiene esa misma visión). La sociedad no tiene aceptado, ni asumido que las personas con discapacidad intelectual son personas sexuadas, ni que tienen derecho y pueden tener una expresión feliz y placentera de su sexualidad.

Hacer educación sexual es educar a la persona con DI desde la perspectiva de ser una persona sexuada con sus derechos, apoyándonos en sus capacidades y potencialidades, creer en ellos/ellas y ayudarles a desarrollar su autonomía todo cuanto podamos. Si no vigilamos el efecto “burbuja”, podemos frustrarnos con determinadas respuestas que se pueden dar en nuestra sociedad.

En resumen se cree que las personas con discapacidad intelectual se vuelven vulnerables por lo siguiente:

- No son atractivas, y por tanto, nadie se interesa por ellas sexualmente, con lo que están a salvo de sufrir abusos sexuales.
- Los abusos son difíciles de evitar, y no podemos hacer nada más que protegerlos.
- No comprenden ni sienten el daño, por lo que es menos grave.
- No pueden aprender nada sobre este tema.
- Menor grado de autonomía, dependen más de los demás.
- Menor grado de discriminación, para darse cuenta de las intenciones del agresor.
- Menor capacidad de defensa, menor capacidad de negarse a hacer algo que no les gusta.
- Se les educa para confiar y depender de los adultos.
- Se les educa para que obedezcan a los adultos con formas de disciplina autoritaria, sin explicarles los motivos de las normas.
- No tienen formación sobre sexualidad, es fácil que no lleguen a etiquetar un abuso sexual como tal.
- Están acostumbrados a que muchas personas accedan a su intimidad, a su cuerpo para ayudarles.
- Convivencia en centros donde existen personas de diferentes características, hay asimetría de edad y de capacidad.
- Tienen escasas posibilidades de expresar su sexualidad.

Conductas de alarma ante un posible abuso

Bailey en 1998 menciona que en lo relativo a los efectos y consecuencias provocadas por estos abusos y agresiones sexuales en las personas agredidas, éstos son en gran manera desconocidos. La poca investigación que se ha llevado a cabo matiza que generan trastornos profundos que permanecen mucho tiempo después de haberse producido el abuso. Entre las reacciones más frecuentes recogidas en algunos estudios aparece:

REACCIONES
Ansiedad
Culpa
Agresividad
Delincuencia
Problemas de adaptación social
Disminución de la autoestima
Conductas repetidas de imitación del ataque sexual
Estados psicóticos

Tabla 1: Se observa las reacciones de las víctimas de abuso sexual.

Bailey (1998) recoge una serie de síntomas presentes en muchas personas con que han sufrido abusos sexuales y que a continuación se presentan en forma de tabla.

SÍNTOMAS
Comportamiento o lenguaje con alto contenido sexual
Dibujos de contenido sexual
Cambios repentinos en la conducta
Rechazo repentino a una persona
Ansiedad, miedos y fobias
Depresión y ansiedad
Baja autoestima, autolesiones y comportamiento suicida
Trastornos alimenticios y alteraciones de sueño
Dificultades en las relaciones interpersonales
Promiscuidad sexual
Problemas físicos como infecciones vaginales o urinarias, heridas o molestias en los genitales, hinchazón, dolor de barriga, etc.

Tabla 2: Se observan los síntomas de personas con discapacidad intelectual que han sufrido abusos sexuales

Sentimientos de las víctimas

Los sobrevivientes del abuso sexual en la niñez pueden experimentar una gama de emociones y afectos que impactarán muchos aspectos de su vida adulta:

- Rabia
- Vergüenza
- Culpa
- Depresión
- Ansiedad
- Negación y apocamiento
- Dificultad en confiar en los demás
- Dificultades sexuales
- Dificultades en sus relaciones personales
- Retrospectiva
- Desórdenes de la memoria
- Auto-culpabilidad y auto-duda
- Problemas físicos de salud
- Desórdenes alimenticios
- Abuso de drogas

Los sobrevivientes adultos también podrán enfrentar otras dificultades. Puede ser que no tengan a ninguna persona dispuesta a corroborar los recuerdos del abuso ocurrido. Si el abusador fue un miembro de la familia o persona de confianza, la posibilidad de volver a estar en contacto con él puede crear tensiones familiares. Un historial del abuso en la niñez puede igualmente lastimar otras relaciones.

Uno o todos estos efectos posteriores, pueden combinarse para causar sentimientos de depresión, soledad y desesperanza. Todos estos sentimientos y reacciones son la respuesta normal a una traumática experiencia. Reconocer el dolor puede ser el primer paso en el proceso de sanar sus heridas.

Prevalencia de abuso sexual en niñez con discapacidad en el salvador (Ciudades de San Salvador y Santa Ana).

En la búsqueda de información sobre la prevalencia de abuso sexual en México, se observa que existen pocos estudios al respecto y los que se encuentran las cifras pueden presentar sesgos importantes. En 1998 Ramos-Lira elaboraron un estudio acerca de la prevalencia de abuso sexual en estudiantes, en donde deja claro que la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%; los adolescentes varones habían coaccionado sexualmente a otra persona en proporción significativamente mayor que las mujeres. Estas sufrieron el abuso a edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres. Asimismo, notificaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes. En particular, se discute el hecho de que el abuso sexual en varones sea principalmente extra familiar, así como el riesgo mayor que tienen las mujeres de ser víctimas de abuso sexual intrafamiliar en edades tempranas. Asimismo, se plantea la necesidad de abordar las consecuencias, en la salud mental, del abuso sexual infantil y adolescente y del consumo de drogas, considerando las particularidades de cada género.

Durante la búsqueda de información se observó un estudio de la República de El Salvador, tal investigación se llevó a cabo en 13 de las 23 instituciones, el cual me pareció muy importante en donde se identificaron 48 casos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, abusados sexualmente. En la investigación se evidencia que la discapacidad intelectual constituye un tipo de discapacidad con un alto nivel de vulnerabilidad frente a la posibilidad de ser abusado sexualmente, así mismo la discapacidad intelectual se asocia con otro tipo de discapacidad, se convierte en un factor que exagera la vulnerabilidad de ser víctima de abuso sexual.

Con respecto a los rangos de las niñas tuvieron mayor vulnerabilidad de ser abusadas sexualmente, lo cual explican que quizá se debe a una clara desvalorización social de la que son objeto las personas del sexo femenino, así como que las niñas con discapacidad abusadas sexualmente presentan una situación de riesgo triplemente potenciada: por ser niña, por pertenecer al sexo femenino y por presentar la condición de discapacidad, la construcción de la feminidad desde roles y estereotipos que no fomentan la asertividad, el empoderamiento del propio cuerpo y de sus vidas, como una prerrogativa para ser

aprobadas y ser aceptadas socialmente, convierten a la niña en una persona a quien resulta más fácil victimizar.

Otro factor agravante en el caso de las niñas abusadas sexualmente lo constituye el hecho que hay una tendencia social de culpabilizarlas como proporcionadoras del abuso sexual, a través de justificaciones ideologizadas que la culpabilizan por sus comportamientos.

Modelos preventivos del abuso sexual

Con el fin de ayudar a prevenir el abuso sexual, se han creado diversos modelos para tal fin, en donde destacan los siguientes:

Modelo de Wurtele (1997)

Este modelo es dirigido a los padres, en este se busca mantener el contacto entre padres e hijos para así saber cuales son los efectos de la prevención. La mejor forma de proporcionar la información correspondiente a los niños es por medio de programas estructurados por los maestros de clase de acuerdo a la edad y a su nivel cognitivo, con libros para colorear, con libros para que sean leídos por los niños, o para que los maestros se los lean, a través de presentaciones dramáticas hechas por actores y actrices profesionales, con material visual, como películas, con marionetas que representen el abuso sexual y por medio de entrevistas con viñetas. Los aspectos que debe contener un programa preventivo de abuso sexual son:

- Enseñar a los menores a reconocer las situaciones potencialmente peligrosas.
- Hablar con ellos sobre los tocamientos (los agradables, los desagradables y los que confunden, como el abuso sexual).
- Utilizar los términos anatómicos correctos, en lugar de áreas, zonas o partes privadas.
- Definir lo que es una actividad sexual.
- Enseñarles a los menores que no tienen porque permitirles a los adultos mirar o tocar sus partes privadas.
- Enseñarles técnicas de autodefensa y seguridad.
- Enseñarles a confiar en sí mismos.
- Enseñarles técnicas asertivas de pensamiento para utilizar la autoprotección.
- Enseñar técnicas que incluyen decir no y hablar con alguien acerca del incidente.

Modelo de Lee (1989)

Dirigido a los niños en donde la protección del abuso sexual se debe enfocar en el uso de los siguientes conceptos básicos:

Propiedad del cuerpo: los niños tienen el control total del acceso a su cuerpo.

Tocamientos continuos: ciertas formas de tocamientos son aceptables y otras no lo son.

Intuición: los niños deben confiar en sus propios sentimientos sobre que es correcto o aceptable.

Decir: “no”

Efectivo: los niños deben decir a un adulto si alguien los ha tocado de manera inadecuada.

Modelo del Instituto Nacional de Pediatría*

Dirigido a los padres con el fin de que puedan prevenir el abuso sexual en donde necesitan estar alertas y enseñar a sus hijos de que se trata esta actividad , indicarles que puede decir no a los adultos que los amenacen sexualmente. En este trabajo se cita a la Academia Americana de pediatría la cual aconseja que:

- Revisar que la escuela a la cual acude el menor cuente con programas de prevención de abuso sexual, de no ser así comenzar uno.
- Hablar con el menor sobre el abuso sexual.
- Enseñar al niño sobre privacidad de las partes del cuerpo.
- Escuchar al niño cuando este trate de hablar sobre un tema que se le dificulta.
- Proporcionar al menor suficiente tiempo, par que no busque atención de otros adultos.
- Estar pendiente de las compañías del menor.
- Informar a las autoridades correspondientes en caso de tener conocimiento de un abuso sexual.

La prevención debe iniciarse a una edad temprana, por lo cual se menciona un plan de prevención de acuerdo a las diferentes edades.

Edad	Medida preventiva
18 meses	Enseñar los nombres apropiados de las partes del cuerpo.
3 a 5 años	Mostrar al menor las partes privadas de su cuerpo y enseñarle a decir no.
5 a 8 años	Explicar cómo debe de protegerse lejos de casa, así como la diferencia entre un cariño bueno y uno malo.
8 a 12 años	Enseñar seguridad personal, explicar las reglas de conducta sexual aceptadas.
13 a 18 años	Reiterar la seguridad personal, explicar que es la violación, enfermedades sexuales y embarazos no deseados.

Tabla 3.- Se observa lo que debemos hacer para prevenir un abuso sexual

Modelo del Centro Mexicano de Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual A.C. (CEMAVIEAC)

Dirigido a padres e hijos estructurado por una organización no gubernamental, tal taller consta de tres sesiones de tres horas cada uno, durante las cuales en la primera sesión se trabaja con ambas partes en forma separada, en la tercera trabajan juntos, además de que los niños a diferencia de los padres trabajan las tres sesiones.

A continuación se muestran los temas que se manejan tanto para padres como para los menores.

**T
E
M
A
S**

PADRES	MENORES
<p>La importancia del abuso sexual.</p> <p>Que es el abuso sexual.</p> <p>Quienes pueden ser víctimas y quienes agresores.</p>	<p>Sexualidad.</p> <p>Las partes de su cuerpo, nombres funciones, partes privadas.</p> <p>Que es la higiene.</p> <p>Seguridad personal y en la calle.</p> <p>Concepto de abuso sexual.</p> <p>Quienes pueden ser los agresores.</p>

Tabla 4.- Se observan los temas a ver durante el taller.

En resumen es necesario tomar en cuenta aspectos como:

- Conocimiento del cuerpo, respeto y cuidado del mismo; y reconocimiento del mismo como propio y cuyo acceso al mismo depende de su voluntad.
- Desarrollo del concepto de intimidad, tanto en los espacios, como en la corporeidad.
- Identificar las emociones, los sentimientos.
- Aprender a rechazar lo que no se desea. Establecer estrategias para decir “no”. Establecer conductas de protección, de búsqueda de ayuda...
- Creer en la autonomía, intentar explicar las normas, de cualquier tipo. Las personas con discapacidad tienen opinión, pueden y deben opinar. En definitiva, no desarrollamos una obediencia ciega en el adulto, sino una obediencia razonada, que les vaya dotando de recursos para poder negarse a determinadas ordenes.
- Trabajar la autoestima, y la autoimagen.
- Aprender a respetar a otras personas y a que nos respeten.

A continuación se presenta en forma de cuadro las propuestas antes expuestas, para observar de una mejor forma sus diferencias, entre ellas.

Modelo	Objetivo	Dirigido a	Material
Wurtele	Representar el abuso sexual	Padres	Representaciones Entrevistas Material visual
Lee	Protección del abuso sexual	Niños	Rompecabezas
Instituto Nacional de Pediatría	Prevenir el abuso sexual, enseñándoles a los hijos de que se trata e indicarles a decir no.	Padres	Entrevistas Tiempo
CEMAVIEAC	Prevención del abuso sexual	Padres e hijos	Taller

LOS MODELOS PREVENTIVOS DE ABUSO SEXUAL COMO BASE DE PRESENTE PROPUESTA EDUCATIVA PARA JOVENES CON D.I.

Sobre las bases de los modelos antes expuesto, queda asentado, la difícil tarea a la que se ven expuestos los profesionales de la educación en crear modelos preventivos sobre el abuso sexual. Tal tarea se complica un tanto, desde mi punto de vista, al ser dirigido a jóvenes con alguna discapacidad y en especial discapacidad intelectual, debido a las características inherentes y del medio en el que se desenvuelven.

Al hacer una revisión de los modelos se observa que los contenidos y las técnicas son modificados dependiendo de quién los desarrolla. Los temas a trabajar son recurrentes siendo uno de los principales: “conductas y lugares públicos-privados). Ello se debe a que los jóvenes necesitan un conocimiento general sobre estas conductas, ya que con ello es más fácil abordar el tema de abuso sexual.

Una forma de contribuir es desarrollar un taller para la población con DI teniendo como objetivo prevenir un abuso sexual, en el que se enseñe y puedan reflexionar sobre la información de abuso sexual y las formas de prevenirlo, desarrollando estrategias para diferenciar los tocamientos adecuados y no adecuados, así como denunciar a cualquier persona que se sospeche sea un posible agresor.

En muchas ocasiones se piensa que las personas con discapacidad, así como el resto de la población aprenden de sexualidad por la interacción de ellos con el medio, lo cual está bien pero no basta sin embargo, esto no es del todo cierto. Ya que todos necesitamos que desde pequeños se hable de sexualidad de una forma abierta y responsablemente, especialmente a las personas con discapacidad intelectual, ya que son una población vulnerable a ser víctimas de abuso sexual.

Con base a la información recabada, me queda claro que es indispensables incluir realizar propuestas educativas sobre prevención de abuso sexual, en donde deben incluirse temas como: la anatomía, conductas y lugares públicos/privados, la autoerotización, los tipos de contacto, conocer y manejar la definición de abuso sexual, el lograr estrategias para decir “no” ante un abuso sexual y sentimientos que se generan.

Es importante recordar que para captar la atención de los jóvenes con discapacidad intelectual es necesario impartir los temas mediante materiales llamativos y variados, como el uso de las dramatizaciones, los cuentos, los carteles, los juegos, los dibujos, entre otros.

Estos no son excluyentes al realizar propuestas educativas dirigidas a los padres, lo único que cambiará serán los objetivos, los títulos, las dinámicas y la forma en que se abordarían dichos temas.

CAPITULO 6

TALLER PREVENTIVO DE ABUSO SEXUAL PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

1. PRESENTACIÓN DEL TALLER.

TALLER

“Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”

Coordinadora y facilitadora: Karen Tovar Guzmán

Dirigido a: Alumnos con discapacidad intelectual, de 14 a 17 años de edad, sin ninguna discapacidad asociada.

Objetivo: brindar información a las y los jóvenes con discapacidad intelectual, sobre el abuso sexual para que sean capaces de diferenciar de forma exitosa un contacto adecuado de uno abusivo, los diferentes contextos en los que se puede llevar a cabo un abuso sexual y posibles agresores, así como lograr que elaboren estrategias ante un posible afrontamiento.

Sede, Horario y Fecha: a definir.

Duración: 6 sesiones de 2:30 hrs. cada una.

Contenido temático

1 Sexualidad

1.1 Formación de comunidad adolescente

1.2 ¿Que es la sexualidad?

2 Anatomía, fisiología e higiene

2.1 ¿Qué es esto, cómo funciona y cómo lo mantengo limpio?

Autora: Karen Denise Tovar Guzmán

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

3 Conductas y lugares públicos y privados

3.1 ¿Esto es público o privado?

4 Abuso sexual

4.1 ¿Definiendo el abuso sexual?

5 ¿Cómo actuar ante un posible abuso sexual y a quién acudir?

5.1 Esto es abuso sexual y digo NO

6 Lo aprendido en el taller y despedida

6.1 Lo que aprendí fue...

Metodología de trabajo:

Técnicas participativas de trabajo grupal, modelamiento, análisis y reflexión focalizada respecto a temas de interés.

2. FICHAS TÉCNICAS

TÉCNICAS DE TRABAJO GRUPAL UTILIZADAS EN EL TALLER:

“Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”

Sesión 1 SEXUALIDAD

Dinámica “ANIMALES EN EL SALÓN”

Material: Hojas de colores, plumones, ligas, perforadora.

Procedimiento

- Cada integrante tendrá que elaborar una mascaró con ayuda de hojas y plumones, la cual podrá ser de cualquier animal o personaje favorito.
- Nos sentaremos en círculo y cada uno con la máscara dirá de que animal o personaje se trata, posteriormente se la quitará y dirá su nombre y sus expectativas hacia el taller.

Dinámica “MI COLLAGE”

Material: papel kraf, plumones, revistas, gises, tijeras, pegamento, diurex.

Procedimiento

- Se formaran tres equipos (uno conformado por mujeres, otro por hombres y el último mixto) a cada grupo se les dará un pedazo de papel kraf y se les indicará que elaboren un collage de sexualidad, en donde pueden pegar imágenes, escribir o dibujar.
- Cada equipo presentará su trabajo.
- En grupo se obtendrán conclusiones y se observará si existieron diferencias o similitudes con respecto al concepto que pueden tener tanto mujeres como hombres
- Se comentarán como se sintieron.

Sesión 2

ANATOMÍA, FISIOLOGÍA E HIGIENE

Dinámica “PLATICANDO DE MÍ”

Material: Nada

Procedimiento

Se les pedirá que nos comenten lo más sobresaliente que les haya ocurrido el día de ayer.

Dinámica “HOMBRE O MUJER”

Material: Dos papeles bond y en cada uno dibujada una silueta, paja, ojos movibles, boca, papel china, tijeras, pegamento, diurex, plumones, gises, calcomanías de bocas.

Procedimiento:

- En el pizarrón estarán pegados dos papeles bond con una silueta humana
- Se formaran dos equipos y a uno se le dará la indicación que esa silueta debe ser una mujer, que la formen y al otro equipo se le dirá que su silueta se trata de un hombre.
- Cada grupo expondrá su trabajo.
- Se les preguntará como saben que realmente es una mujer u hombre, con el fin de que lleguen a hablar de los genitales, conforme los vayan mencionado se les mostraran las laminas correspondientes y se les dará una explicación teórica de su función y ellos dirán como mantenerlo limpio.

Dinámica “¿SABES QUIÉN SOY?”

Material: Laminas de órganos sexuales masculino y femenino.

Procedimiento

- Se les dirá que jugaremos a adivinar y que todos participarán, imaginen que somos un órgano y nos vamos a presentar de la siguiente manera: *yo soy vagina, estoy dentro de la mujer, mi función o sirvo para y me mantengo limpia con...*

Sesión 3

CONDUCTAS Y LUGARES PÚBLICOS Y PRIVADOS

Dinámica “TÚ ME VES ASÍ...”

Material: Hojas de colores, diurex, plumones.

Procedimiento

- A cada integrante se le pegará una hoja en la espalda y cada compañero tendrá que escribir una cualidad o algo que le agrada de esa persona. Resaltando la importancia de cada uno de ellos.

Dinámica “EL JUICIO”

Material: Laminas con diferentes contextos (cine, cuarto, escuela, baño, calle, personas abrazándose, besándose saludando de mano, viendo televisión), diurex.

Procedimiento

- En el pizarrón estarán pegados diferentes contextos y conductas públicas y privadas las cuales estarán volteadas, ellos no las podrán ver hasta a verlas tomado, se les dará 10 min. para que logren diferenciar si es público o privado y como llegaron a tal conclusión. Los que no alcancen lamina formaran el juzgado, el cual se encargará de oír a cada uno de los compañeros que expondrán su lamina, si no coinciden con los compañeros podrán decir que protestan y argumentar su decisión.

Dinámica “ESTO ES PÚBLICO, ESTE ES UN LUGAR PRIVADO”

Material: Cartulinas, plumones, diurex.

Procedimiento

- Se formaran cuatro equipos (1 conductas públicas, 2conductas privadas, 3contextos público y 4contextos privados) cada integrante, tendrá que hacer o dibujar un lugar o conducta según se llame su equipo, saldrá del juego quien repita el lugar o la conducta.

Sesión 4

ABUSO SEXUAL

Dinámica “LO MÁS DIVERTIDO FUE”

Material: Ninguno

Procedimiento

- Nos sentaremos en círculo, empezará el instructor diciendo lo más divertido que le ocurrió el día de ayer y dirá: *lo más divertido fue... pero quiero saber que le paso a...* (diciendo el nombre de algún compañero) y así sucesivamente hasta que pasen todos.

Dinámica “EL CÍRCULO DE LAS RELACIONES”

Material: Lamina de círculos concéntricos, diurex, plumones.

Procedimiento

- Se explicará el círculo y el tipo de cercanía que se tiene con diferentes personas. Por medio del círculo y del juego de roles los chicos ejemplificarán diferentes relaciones en las que participe teniendo que ubicar a la persona en una parte del círculo y mencionar el tipo de cercanía que se puede tener con él. Por ejemplo el cartero con respecto a mí se encuentra en el círculo naranja. No me puede tocar pero lo puedo saludar de una manera amable y formal. Al cartero no le platico mis intimidades ni pido consejos. Podrán apoyarse de sus compañeros o instructor para representar el tipo de relación. Todos pasarán a explicar min. una relación.

Morado: Representa al yo y es la parte más importante, es la persona la que decide ser o no tocado. Algunas veces las personas representadas en otros círculos buscaran acercarse. El individuo situado en este círculo es quien establece los límites. El YO es privado y del que parten todas las relaciones.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

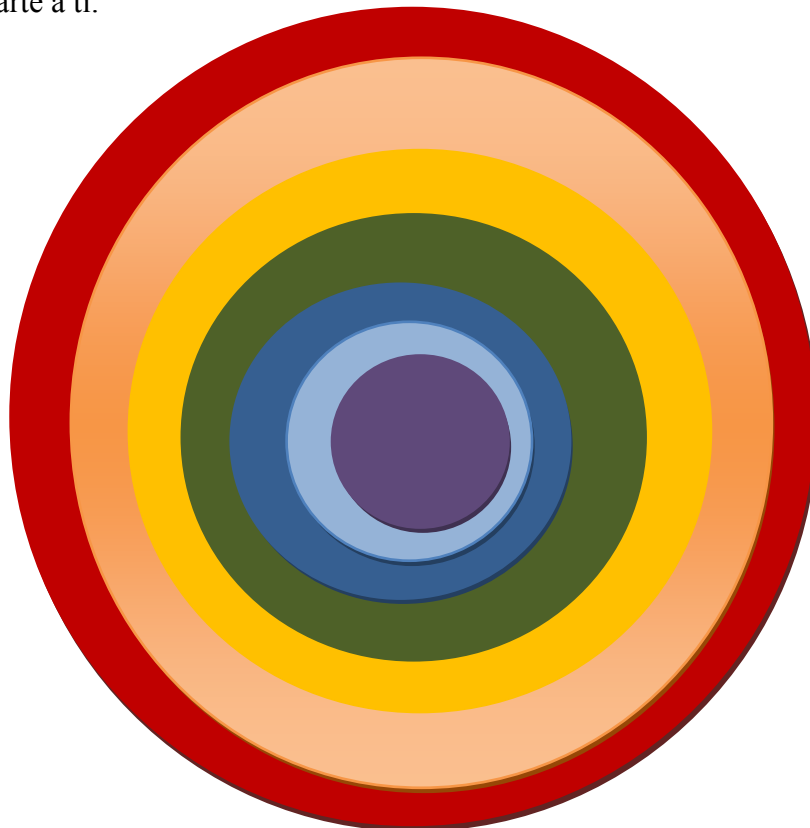
Azul: Reservado a familia y a los novios, está permitido un abrazo especial y besarse siempre y cuando ambos lo decidan. Si alguna de las dos partes no desea mantener esta cercanía en ese momento deberá ser respetado por el otro.

Verde: Limitado a los mejores amigos se puede dar un abrazo pero no excesivo para mostrar afecto. El tipo de cercanía que se tiene con los amigos es muy distinto al que se tiene con el novio (a). A los amigos cercanos se les puede dar un abrazo apretado en ocasiones especiales.

Amarillo: Son las personas que sabemos su nombre pero no llevamos una relación tan íntima. Se permite tocar la mano, solo se limita a tocarse con personas a las que se les presenta. Es importante recordar que nadie nos puede tocar a menos que así lo deseamos.

Naranja: Se incluyen a las personas que vemos en el supermercado, banco, la tienda, etc. incluye niños y amigos, el saludo apropiado para este grupo es un amistoso HOLA.

Rojo: Circulo de extraños incluye las personas que no conoces a las personas que no tocas y no deben tocarte a ti.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dinámica “BUENA GANA O ABUSO”

Material: Lámina del círculo de relaciones, diurex

Procedimiento

- Utilizar el círculo para reafirmar el tipo de relación que se tiene con distintas personas y la cercanía física, remarcando situaciones de peligro o actitudes que pueden molestar los demás.
- Posteriormente se formarán tres equipos a cada uno de ellos se les dará una interrogante por ejemplo ¿Qué puedo hacer cuando un extraño en un transporte público quiere tocarme alguna parte del cuerpo? el equipo será el encargado de responder, mediante la actuación.

Sesión 5

¿CÓMO ACTUAR ANTE UN POSIBLE ABUSO SEXUAL Y A QUIÉN ACUDIR?

Dinámica “MI PAREJA DICE”

Material: Ninguno

Procedimiento

- Se pedirá formen parejas, las cuales platicarán acerca de lo que les gustaría ser de grandes, posteriormente uno de ellos dirá lo que su pareja le comento.

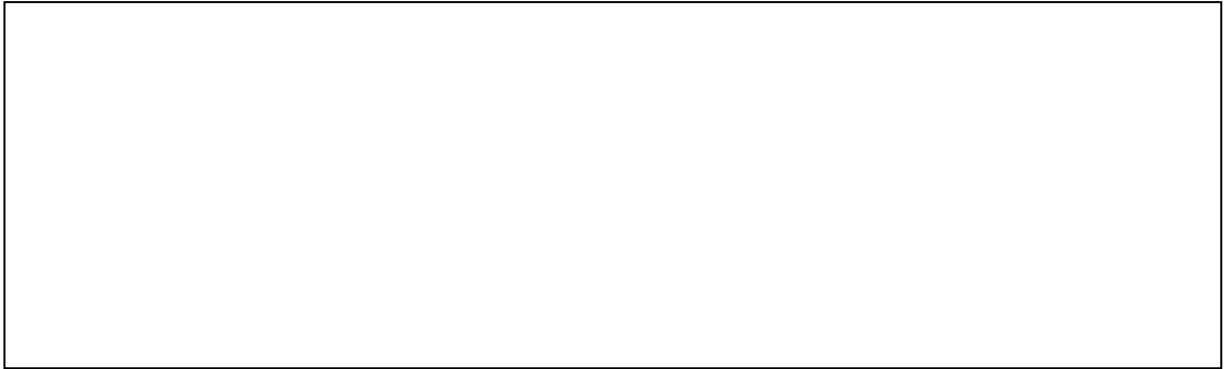
Dinámica “CONOCIENDO LOS CASOS”

Material: Hojas con distintos casos.

Procedimiento

- Se entregará a cada uno de los participantes una hoja estímulo. Analizar y reflexionar cada uno de los casos. Los participantes deben de mencionar que hacer en los casos presentados. Propiciar la discusión entre los participantes.

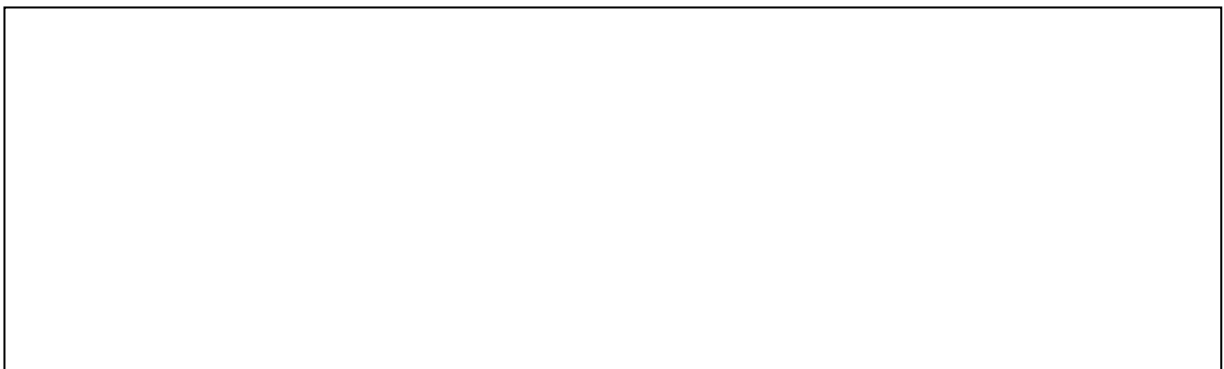
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**El vecino siempre me dice que quiere besarme y tocar mi cuerpo.
EL ACOSO SEXUAL CONSISTE EN ACCIONES O PALABRAS NO DESEADAS.**

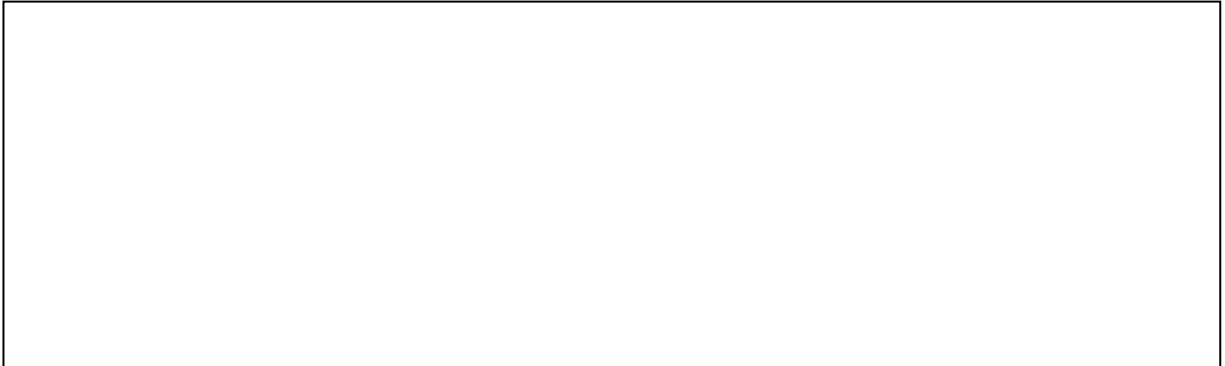


**Mi padre ha abusado sexualmente desde que tenía seis años.
LA ACTIVIDAD SEXUAL ENTRE MIEMBROS DE LA MISMA FAMILIA SE
LLAMA INNCESTO. ESTA PROHIBIDO POR LA LEY.**



**Un miembro del personal de donde trabajo tenía la costumbre de enseñarme sus
partes íntimas.**

LA PERSONA A QUIEN LE GUSTA MOSTRAR SUS PARTES INTIMAS SE LLAMA EXHIBICIONISTA.



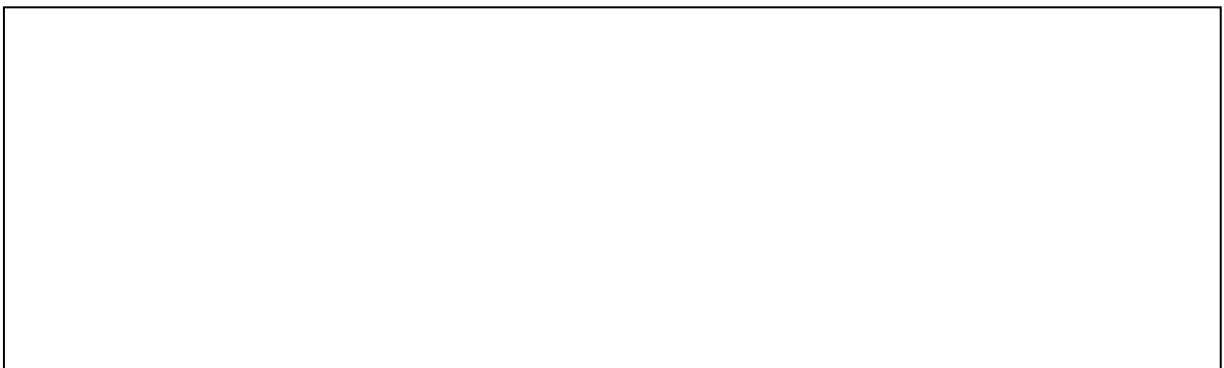
Fui abusado sexualmente por un desconocido.

UNA PERSONA QUE COMETE UN ABUSO SEXUAL PUEDE SER CONDENADA A PRISIÓN.



Mi hermano me hizo tener relaciones sexuales con él.

EL ABUSO SEXUAL PUEDE LLEVAR A REALIZARLO REPETIDAS VECES.



El chofer del autobús me acariciaba los senos cada día.

TOCARLE A UNO LAS PARTES INTIMAS, EN CONTRA DE SU VOLUNTAD, CONSTITUYE TAMBIÉN UN ABUSO SEXUAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dinámica “Y TÚ ¿QUÉ HARÍAS?”

Material: Tres historias de abuso, sin final.

Procedimiento

- Se formaran tres equipos y a cada uno de ellos se les dará una historia de abuso sexual, sin final, para que los jóvenes creen el final y lo actúen como ellos consideren pertinente, posteriormente se hablara de cada uno de los finales.

HISTORIA UNO

Mi nombre es Luisa y hoy como todas las mañanas voy a la escuela. Al entrar a mi salón me doy cuenta que soy la única que llegó temprano, me siento y en eso veo llegar al profesor, se acerca y me dice –hola Luisa, llegaste muy temprano, en eso comienza a acariciarme la cara y a mí eso no me gusta, después su mano comienza a bajar por mi cuello, cuando le digo...

HISTORIA DOS

Hoy al llegar a casa mi mamá me dice –Josué hoy vendrá Alan, él es mi primo, quien es diez años más grande que yo, y que quiere pasar un tiempo conmigo, la verdad ese primo no me cae bien, porque a veces a querido besarme. En eso tocan el timbre y es él, mamá abre la puerta y le dice que estoy en el cuarto. Inmediatamente sube y sin tocar entra a mi habitación y dice –hola he venido a jugar contigo, que te parece si jugamos a los novios, yo te enseño a besar pero no le digas a nadie, en eso instante me quedo sorprendido, mi cabeza comienza a...

HISTORIA TRES

Todas la mañanas al caminar de regreso a casa veo a un señor en la esquina que me no me agrada como me mira, eh pensado irme por otro lado pero como vivo en una cerrada es imposible, de alguna u otra manera tengo que pasar por ahí, y justamente hoy, al pasar por ahí me ha hablado y al voltear veo que comienza a desabrocharse los pantalones y me dice que me acerque, inmediatamente yo...

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dinámica “ME ACERCO A...”

Material: Papel bond, plumones, diurex.

Procedimiento

- Se preguntará a cada integrante del taller, a quien acudirían si alguien llega a cometer un abuso sexual, sus respuestas serán anotadas, y al final una vez que todos hallan pasado se revisará una por una, dando explicación.
- Se les repartirá una hoja enmicada con los teléfonos a donde pueden llamar.

Sesión 6

LO APRENDIDO EN EL TALLER Y DESPEDIDA

Dinámica “SIMON DICE”

Material: nada

Procedimiento

- Nos pondremos en círculo y uno empezará diciendo simón dice: *a mover las manos* y todos lo harán el compañero de la derecha continua diciendo lo del compañero anterior y anexando otra orden, van saliendo del juego los que se equivoquen.

Dinámica “PONIENDO MI HUELLA”

Material: papel kraf, pintura de diferentes colores (rosa, azul, amarillo, anaranjado), pincel.

Procedimiento

En el pizarrón estará pegado un papel kraf, todos nos sentaremos en el piso y el instructor será el primero en decir: lo que más me gusto en el taller fue... porque... y se pintará la mano y la plasmara en el papel kraf, posteriormente él se dirigirá a otra persona quien dirá y hará lo mismo y así sucesivamente hasta que pasen todos los compañeros.

3. CARTAS DESCRIPTIVAS.

“Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”

Coordinadora y Facilitadora: Karen Tovar Guzmán

Apoyo educativo:

Institución:

Dirigido a: Adolescentes con Discapacidad Intelectual.

Fechas y Horario: a definir

Duración: seis sesiones de 2:30hrs. cada una

Total: 14 horas.

Objetivo general: brindar información a las y los jóvenes con discapacidad intelectual, sobre el abuso sexual para que sean capaces de diferenciar de forma exitosa un contacto adecuado de uno abusivo, los diferentes contextos en los que se puede llevar a cabo un abuso sexual, posibles agresores, así mismo logren elaborar estrategias de enfrentamiento ante un posible abuso sexual.

Sesión 1: Sexualidad.				
Objetivo particular: 1 Conocer a los asistentes del taller, crear un ambiente de confianza. Logren elaborar una definición, en base a su conocimiento, de la sexualidad.				
Tema	Objetivos específicos	Objetivo – Actividad – Técnica	Materiales	Tiempo
1.1 Formación de comunidad adolescente.	1.1 Que los participantes se conozcan y crear un ambiente de confianza y cordialidad.	1.1 Bienvenida y presentación de la instructora: dirá su nombre y un mensaje.		10 min.
		Objetivo: Desarrollo de la vinculación afectiva, mediante el cuidado, respeto, responsabilidad y conocimiento de los asistentes al taller. “Animales en el salón” cada uno de los integrantes con ayuda de hojas y plumones se hará una máscara, de lo que ellos quieran (animal o persona), nos sentaremos en círculo y cada uno con la máscara dirá de que animal o personaje realizó, posteriormente se la quitará y dirá su nombre y sus expectativas hacia el taller. Todo se anotará en un rotafolio, al finalizar se irá dando respuesta a sus expectativas.	Plumones, hojas de colores, ligas, papel bond (cuadro grande). Cuestionario	40 min.
1.2 ¿Qué es la sexualidad?	1.2 Que los jóvenes logren manifestar lo que entienden por sexualidad y elaboren en equipo una definición.	Aplicación del cuestionario: “Para mí el abuso sexual es...” el instructor explica el objetivo y las instrucciones.	Papel kraf, revistas, cinta adhesiva, pegamento, gises, plumones, tijeras.	25 min.
		“Mi collage” se formaran tres equipos (uno conformado por mujeres, otro por hombres y el último mixto). A cada grupo se les dará un pedazo de papel kraf, en una mesa habrá revistas, pegamento, gises, tijeras y plumones. Se les indicará que elaboren un collage de sexualidad, en donde pueden pegar imágenes, escribir o dibujar. Cada equipo presentará su trabajo En grupo se obtendrán conclusiones acerca de la sesión y comentarán como se sintieron.		60 min.

Sesión 2: Anatomía, fisiología e higiene.				
Objetivo particular: que los jóvenes identifiquen y nombren las partes del cuerpo que conocen, su función y como mantener una adecuada higiene.				
Tema	Objetivos específicos	Objetivo - Actividad- Técnica	Materiales	Tiempo
3.1 ¿Qué es esto, cómo funciona y como lo mantengo limpio?	3.1 Identifiquen cada parte de su cuerpo, la nombren correctamente y conozcan su función y como lo mantienen limpio.	Antes de iniciar sesión se les recordara el motivo del taller nuestros nombres, posteriormente se les mostrara y se les repartirá a cada alumno una fotografía de la sesión anterior, con el fin de que recuerden y comenten lo que vimos la sesión anterior. “ Platicando de mí ” Se les pedirá que nos comenten lo más sobresaliente que les haya ocurrido el día de ayer. Posteriormente	Fotografías de la sesión anterior	20 min.
		Objetivo: A través de construcciones mentales lleguen a una conclusión sobre el papel que juega cada uno dentro de la sociedad, (sentido de pertenencia) dependiendo de las características de género, así como los alcances y limitaciones de tal constructo. “ Hombre o mujer ” En pizarrón estarán pegado dos papeles bond con una silueta humana cada uno, se formaran dos equipos y a uno se le dará la indicación que esa silueta debe ser una mujer, que la formen y al otro equipo se le dirá que su silueta se trata de un hombre, podrán utilizar papel china, paja, ojos movibles, calcomanía de bocas, plumones, gises. Cada grupo expondrá su trabajo. Se les preguntará como saben que realmente es una mujer u hombre, con el fin de que lleguen a hablar de los genitales, conforme los vayan mencionado se les mostraran las laminas correspondientes y se les dará una explicación teórica de su función y ellos dirán como mantenerlo limpio.	Papel bond, gises, plumones, pegamento, ojos movibles, bocas, paja, papel china, tijeras, laminas.	60 min.
		“ ¿Sabes quién soy? ” Se les dirá que jugaremos a adivinar órganos de nuestro cuerpo y que todos participarán. Dando la indicación que imaginemos que somos un órgano y nos vamos a presentar de la siguiente manera: yo soy vagina, estoy dentro de la mujer, mi función o sirvo para y me mantengo limpia con... Para finalizar se les pedirá pongan su huella en un cartel y expresen lo que aprendieron en esta sesión, lo que recordaran el día de mañana y el por qué.	Laminas de los órganos y entre ellos los sexuales. Papel Kraff	30 min.

Sesión 3: Conductas y lugares públicos y privadas.				
Objetivo particular: las y los jóvenes identifiquen lugares públicos y lugares privados, así como las actividades que se pueden realizar en cada uno de ellos.				
Tema	Objetivos específicos	Actividad- Técnica	Materiales	Tiempo
3.1 ¿Esto es público o privado?	3.1 Que distingan los diferentes contextos y las conductas que podemos hacer en cada uno de ellos.	<p>Antes de iniciar sesión se les recordara el motivo del taller nuestros nombres, posteriormente se les mostrara y se les repartirá a cada alumno una fotografía de la sesión anterior, con el fin de que recuerden y comenten lo que vimos la sesión anterior.</p> <p>Tú me ves así... a cada integrante se le pegará una hoja en la espalda y cada compañero tendrá que escribir una cualidad o algo que le agrada de esa persona. Resaltando la importancia de cada uno de ellos.</p>	Hojas de colores, plumones, cinta adhesiva.	20 min.
		<p>Objetivo: identificar un elemento de la sexualidad como lo es el erotismo y en qué lugares puedo desarrollarlo, así como facilitar la construcción de actitudes positivas que les permitan el acceso a una identidad propia y a la valoración de sí mismos, acomodándose a la percepción social, de diversas conductas.</p> <p>El juicio: En el pizarrón estarán pegados diferentes contextos y conductas públicas y privadas (cine, cuarto, escuela, baño, calle, personas abrazándose, besándose, saludando de mano, viendo la televisión), las cuales estarán volteadas, ellos no las podrán ver hasta a verlas tomado, se les dará 10 min. Para que logren diferenciar si es público o privado y como llegaron a tal conclusión.</p> <p>Los que no alcancen lamina formaran el juzgado, el cual se encargará de oír a cada uno de los compañeros que expondrán su lamina, si no coinciden con los compañeros podrán decir que protestan y argumentar su decisión.</p>	Laminas (cine, cuarto, escuela, baño, calle, personas abrazándose, besándose, saludando de mano, viendo la televisión).	60 min. 30 min.

		<p>“Esto es público, este es un lugar privado” Se formaran cuatro equipos (1 conducta públicas, 2 conductas privadas, 3 contexto publico, 4 contexto privado) cada integrante dependiendo de su equipo tendrá que hacer o dibujar un lugar o conducta.</p> <p>Para finalizar se les proporcionara una pelota la cual deberán encestar en una canasta, pero antes deberán decir que fue lo que aprendieron de la sesión o que les gusto más y el por qué?.</p>	<p>Plumones, papel bond.</p>	
--	--	--	----------------------------------	--

Sesión 4: Abuso sexual.				
Objetivo particular: reafirmar autoestima, seguridad en sí mismos, respeto mutuo y que logren diferenciar los diversos tipos de contacto, haciendo énfasis en un contacto abusivo.				
Tema	Objetivos específicos	Actividad- Técnica	Materiales	Tiempo
4.1 Definiendo el abuso sexual	4.1 Identifiquen situaciones de riesgo, como prevenirlas y a que se le llama abuso sexual.	<p>Antes de iniciar sesión se les recordara el motivo del taller nuestros nombres, posteriormente se les mostrara y se les repartirá a cada alumno una fotografía de la sesión anterior, con el fin de que recuerden y comenten lo que vimos la sesión anterior.</p> <p>“Lo más divertido fue” Nos sentaremos en círculo, empezará el instructor diciendo lo más divertido del día de ayer fue... pero quiero saber que le paso a... (diciendo el nombre de algún compañero) y así sucesivamente hasta que pasen todos.</p>		20 min.
		<p>Objetivo: definir los vínculos afectivos, dependiendo de los afectos intensos ante la presencia, ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano en específico.</p> <p>“El círculo de las relaciones” Se explicará el círculo y el tipo de cercanía que se tiene con diferentes personas. Por medio del círculo y del juego de roles los chicos ejemplificarán diferentes relaciones en las que participe teniendo que ubicar a la persona en una parte del círculo y mencionar el tipo de cercanía que se puede tener con él. Por ejemplo el cartero con respecto a mí se encuentra en el círculo naranja. No me puede tocar pero lo puedo saludar de una manera amable y formal. Al cartero no le platico mis intimidades ni pido consejos. Podrán apoyarse de sus compañeros o instructor para representar el tipo de relación. Todos pasarán a explicar min. una relación.</p>	Círculo de colores, plumones.	60 min.
		<p>“Buena gana o abuso” Utilizar el círculo para reafirmar el tipo de relación que sé tiene con distintas personas y la cercanía física, remarcando situaciones de peligro o actitudes que pueden molestar los demás. Posteriormente jugaremos al teatro en donde se formarán tres equipos en donde se les dará un interrogante por ejemplo ¿Qué puedo hacer cuando un extraño en un transporte</p>	Círculo de colores	60 min.

		<p>público quiere tocar alguna parte de mi cuerpo? el equipo responderá mediante actuación.</p> <p>Para finalizar a cada uno se le dará una estrella la cual tendrá que pegar debajo de su fotografía y nos dirá que fue lo que aprendió el día de hoy o que fue lo que más le gusto y por qué?.</p>		
--	--	--	--	--

Sesión 5: ¿Cómo actuar ante un abuso y a quién acudir?

Objetivo particular: que los y las jóvenes logren identificar situaciones de riesgo, como prevenirlas, elaboren, apliquen y practiquen estrategias de afrontamiento ante un posible abuso sexual y sepan a quien acudir.

Tema	Objetivos específicos	Actividad- Técnica	Materiales	Tiempo
5.1 Esto es abuso sexual y digo NO.	5.1 Que logren diferenciar conductas abusivas y logren afrontarlas adecuadamente, así como a quien acudir.	Antes de iniciar sesión se les recordara el motivo del taller nuestros nombres, posteriormente se les mostrara y se les repartirá a cada alumno una fotografía de la sesión anterior, con el fin de que recuerden y comenten lo que vimos la sesión anterior.		20 min.
		<p>Objetivo: que logren definir el erotismo y las experiencias comúnmente identificadas como sexuales, cuales si son y como debemos actuar.</p> <p>“Mi pareja dice” se pedirá formen parejas, las cuales platicarán acerca de lo que les gustaría ser de grandes, posteriormente uno de ellos dirá lo que su pareja le comento.</p> <p>“Conociendo los casos” se entregará a cada uno de los participantes una hoja estímulo. Analizar y reflexionar cada uno de los casos. Los participantes deben de mencionar que hacer en los casos presentados. Propiciar la discusión entre los participantes.</p>	Laminas de casos. Historias sin final.	60 min. 60 min.
		<p>“Y TÚ ¿Qué harías?” Se formaran equipos y a cada uno de ellos se les dará una historia de abuso sexual, sin final, para que los jóvenes actúen un final como ellos consideren pertinente.</p> <p>“M e acerco a” Se preguntará a cada uno de ellos a quien debo acudir si alguien llega a cometer un abuso sexual, sus respuestas serán anotadas, y al final de que todos hallan pasado se revisará una por una, dando una explicación y repartiéndoles una hoja enmicada con teléfonos a donde pueden llamar.</p>	Hojas enmicadas con los teléfonos.	20 min.

Sesión 6: Lo aprendido en el taller y despedida.

Objetivo particular: Que los chicos expresen todo aquello que aprendieron en el taller.

Tema	Objetivos específicos	Actividad- Técnica	Materiales	Tiempo
6.1 Lo que aprendí fue...	6.1 Que los chicos comenten todo lo aprendido en el taller.	<p>“Simón dice” nos pondremos en círculo y uno empezará diciendo simón dice a mover las manos y todos lo harán el compañero de la derecha continua diciendo lo del compañero anterior y anexando otra orden, todos ayudamos cuando alguien se equivoquen.</p> <p>Aplicación del cuestionario: “Para mí el abuso sexual es...” el instructor explica el objetivo y las instrucciones.</p> <p>Objetivo: que los menores expresen de diversas formas lo aprendido en el taller, aquellos temas que causaron mayor impacto y si se logro elaborar las estrategias para afrontar un abuso sexual.</p> <p>“Poniendo mi huella” En el pizarrón estará pegado un papel kraf, todos nos sentaremos en el piso y el instructor será el primero en decir: lo que más me gusto en el taller fue... porque... y se pintará la mano y la plasmara en el papel kraf, posteriormente él se dirigirá a otra persona quien dirá y hará lo mismo y así sucesivamente hasta que pasen todos los compañeros.</p>	<p>Cuestionarios</p> <p>Papel kraf, pintura, pincel, diurex.</p>	<p>20 min.</p> <p>25 min.</p> <p>60 min.</p>

CONCLUSIONES

Aún falta mucho por hacer en el campo de la prevención del abuso sexual, por lo tanto se deben realizar medidas preventivas, siendo los talleres vivenciales, elementos o herramientas valiosas para reducir las cifras que existen en relación a tal problema, ya que recordemos que año con año las cifras de personas con discapacidad va en aumento y con ello la vulnerabilidad a ser blanco fácil de un abuso sexual.

La definición de discapacidad intelectual y abuso sexual fueron premisas fundamentales que se trazaron para poder desarrollar el taller preventivo, debido a la importancia de que los jóvenes, en específico para este trabajo se habla de jóvenes con discapacidad intelectual, sin ninguna discapacidad asociada, ya que al revisar las características de tal población nos damos cuenta de que son jóvenes capaces de desarrollar habilidades sociales y de comunicación, logrando aprender habilidades académicas hasta el nivel sexto grado y pueden ser guiados hacia la conformidad social.

El presente trabajo tuvo como objetivo principal brindar y reflexionar información a través de un taller vivencial a las y los jóvenes con discapacidad intelectual, sobre el abuso sexual, para que sean capaces de diferenciar de forma exitosa un contacto adecuado de uno abusivo, los diferentes contextos en los que se puede llevar a cabo un abuso sexual, posibles agresores, así como tener estrategias para enfrentar un abuso sexual de forma adecuada. Como se menciona la población a la cual está dirigido el taller *“Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”* es de jóvenes con discapacidad intelectual y sin ninguna discapacidad asociada.

El enfoque preventivo que se utilizó en la elaboración del taller, *“Aprendiendo: ¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?”*, es eminentemente formativo, teniendo que ver con una corriente sistémica e integral, ya que aborda temas relacionados con los cuatro holones sexuales que se han hablado como lo es: Erotismo, Género, Vínculos afectivos y Reproductividad, así mismo tomando en cuenta la Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo de la AAMR.

Los temas abordados en el taller son los que han de ofrecerse a poblaciones regulares, como: sexualidad, Anatomía, fisiología e higiene, Conductas y lugares públicos y privados, Abuso sexual y ¿Cómo actuar ante un posible abuso sexual y a quién acudir?, ya que recordemos que su desarrollo es el mismo, siendo la información clara, objetiva, sencilla y directa.

Existen ciertas diferencias que se tomaron en cuenta en relación a la metodología de enseñanza-aprendizaje, utilizándose técnicas y materiales adecuados a sus necesidades y nivel de comprensión (D.G.E.E., ya que los adolescentes con discapacidad intelectual tienen necesidades educativas especiales que requieren medidas de enseñanza adicionales, siendo necesario utilizar ejemplos y materiales que cumplan con ciertas características entre ellas que sean materiales concretos, sencillos, manipulables y llamativos.

Alcances del Programa Educativo sobre prevención del Abuso Sexual

Con la propuesta del taller se busca ayudar a la persona con discapacidad intelectual a aprender conductas socialmente aceptadas y a diferenciar lo que es sancionado por la sociedad, enseñándoles que situaciones son de peligro, como enfrentarlas y en donde encontrar ayuda en caso necesario. Concretamente a desarrollar un taller de prevención ante el abuso sexual. Ya que el no permitir al adolescente con discapacidad intelectual decidir acerca de sus preferencias e intereses y ser obligarlo a obedecer o depender totalmente de sus padres, profesionales u otros adultos lo lleva a una situación de dependencia que constituye un serio peligro, y que lo convierte en una persona más vulnerable al abuso sexual.

Se busca que la educación sexual ayude a las personas con discapacidad intelectual a aceptar responsabilidades por sus propios actos fomentando en ellos la madurez en forma muy positiva, ya que la salud sexual es sólo una parte de nuestra salud general.

Se busca privilegiar las actividades meta cognitivas que propicien la reflexión del grupo participante en el programa, donde se oriente y se analice para integrar y reintegrar, para definir y redefinir todo conocimiento, en una constante renovación intelectual y actitudinal que propicie un cambio en el comportamiento.

Limitaciones del Taller

Existen instituciones y profesionales que se preocupan y ocupan de poblaciones con discapacidad intelectual y la importancia de brindarles una educación sexual, en la cual se incluya la prevención del abuso sexual; sin embargo, no se debe perder de vista que la realidad tiende a ser, aun en nuestros días algo distinta. En instituciones y profesionales que argumentan razones inexplicables y un tanto arcaicas para no hablar de sexualidad, al querer llevar a cabo el taller. Entre otros argumentos, los más preocupantes fueron los siguientes: “a los chicos no se les habla de sexualidad”, “los papas no permiten esos temas, incluso cuando se les dice que los chicos se tocaron sus genitales, dicen que quizá vimos mal, porque en casa no pasa”, “la directora es muy conservadora y dudo que acepte el taller”, “pensé que solo era preguntar si tenían novio (a)”.

Lo anterior, me resulta un tanto alarmante, ya que recordemos que son instituciones dedicadas específicamente a los chicos con discapacidad y que por un lado, manejan como visión y/o misión el brindar mejor calidad de vida a estos chicos y por el otro lado, olvidan el hecho que para obtener tal calidad de vida deben acercarse a los jóvenes información imprescindible, siendo el tema de sexualidad.

En particular, lo que atañe al presente trabajo es la prevención de un abuso sexual algo, siendo temas de relevancia para fomentar en los jóvenes reflexión y con ello elaborar estrategias para saber cómo actuar ante diversas situaciones y a quien poder acudir por ayuda.

No perdamos de vista que los medios de comunicación constantemente bombardean con temas sexuales a los televidentes, en donde todos reciben información (a doc o no adoc), sin saber si el televidente presenta algún tipo de discapacidad, complicando y dejando al individuo solo en sus reflexiones. Es importante darnos cuenta de que la información que se obtiene por estos medios debe estar con alguien que lo pueda acompañar, opinar, reflexionar y argumentar todo aquello que se observa o se escucha. Es por ello que considero indispensable que tanto psicólogos, terapeutas, padres de familia y todos aquellos que estén involucrados en este ámbito tomen conciencia de la importancia e implicaciones que a largo plazo pueden resultar de esta censura de temas sexuales, que como ejemplo ante esta problemática se encuentra un embarazo no deseado, baja autoestima, entre otr

Líneas de acción: Opciones Educativas

La prevención más eficaz deberá encaminarse al diseño de campañas que difundan y prevengan con claridad los daños y las múltiples consecuencias que el abuso sexual infantil provoca en el desarrollo integral de la persona, la familia y la sociedad que trabajan con personas con discapacidad intelectual.

En general con la participación de instituciones educativas y asistenciales de las diferentes discapacidades que se comprometan con la educación de la sexualidad, destacando en los niños el cuidado y respeto por su cuerpo.

Se debe capacitar a los docentes en regiones del país para tener una panorámica general del desarrollo del niño y su paso por las diversas etapas de la estructuración psicosexual en la infancia, refiriendo estos conceptos de manera específica a los niños con discapacidad intelectual, con el propósito último de lograr un cambio de actitud en los educadores frente a la sexualidad. La educación de estos pequeños sólo puede ser alcanzada a partir de la comprensión y el análisis crítico de los elementos que intervienen en ella, y de esta manera lograr una relación pedagógica armoniosa entre el profesor y sus alumnos son muchos. Los aspectos que deben contemplarse en lo referente a la educación sexual del individuo con discapacidad intelectual son muy diversos pero entre estos se encuentra a la familia, la escuela, la comunidad, las instituciones sociales. En suma, todos los que estén directa o indirectamente involucrados en el proceso de formación de estas personas necesitan emprender acciones educativas, donde la sexualidad sea el elemento central de su integración social, de tal manera que su orientación sexual sea considerada (de manera responsable por todos aquellos que de una u otra manera están relacionados con su educación, rehabilitación e integración...).

Los padres de las personas con discapacidad intelectual han sido considerados, en primer término, como los principales destinatarios de los programas de educación sexual.

Los profesores o personal que labora en las escuelas donde asisten los niños y jóvenes con discapacidad mental son otras de las personas en quienes debe recaer la responsabilidad de impartir educación sexual.

Que los padres reciban información acerca de sexualidad, conozcan su cuerpo para que logren comprender la sexualidad y posteriormente logren acceder y vislumbrar la sexualidad de personas con discapacidad intelectual.

Se reitera la importancia de dar información a las personas responsables de la educación en población con discapacidad, mediante la creación de talleres que concienticen la importancia de que la población con discapacidad intelectual logre acceder a la información de tipo sexual y prioritariamente al tema de abuso sexual, ya que no se debe dejar a un lado las cifras que año con año crecen en ese ámbito, y que tienen a estos jóvenes como el principal blanco fácil para esta conducta.

Lograr combatir la censura, creando para este fin campañas de sensibilización y concientización dirigidas al personal técnico y profesional que se encargan del cuidado y educación de los jóvenes con discapacidad intelectual con la finalidad de que, aunado a sus labores profesionales, apoyen/ contribuyan a su educación de la sexualidad y a la prevención del abuso sexual.

Siempre existe el temor de que al enfatizar los peligros de la sexualidad se enfaticen también las actitudes puritanas de antes. Este es un temor poco realista, basado en la idea de que existen solamente dos posturas que uno puede tomar sobre el sexo: o ser permisivo o ser represivo. No hay razón alguna por la que no podamos educar a nuestros alumnos para reconocer tanto los peligros como los deleites de la sexualidad, que pueden ser realistas sobre la posibilidad de ser victimizados, y al mismo tiempo conservar una actitud positiva y exploratoria.

REFERENCIAS

- A.A.R.M. (1992). Retardación Mental Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. Manual Práctico.
- Aguilar, R. (2005). Diccionario de la sexualidad. México: Universidad del Valle de México.
- Alvarado, H. (1995) **Manual de sexualidad dirigido a niños con discapacidad intelectual de 10 a 13 años de edad para la prevención del abuso sexual.** México: UNAM.
- Amor, J. (1997). **Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental.** Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Bermejo, B. (1999). **El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad.** Siglo Cero, 30 (6), 27-31.
- Burgos G. (1995) **Necesidades educativas especiales discapacidad intelectual.** Facultad de Psicología: UNAM.
- Cantón, D. y Cortés, A. (1997). **Malos tratos y abuso sexual infantil.** España: Siglo Veintiuno.
- Cascon F. (1986) **Alternativas del juego.** Aguascalientes: Amnistía Internacional.
- CONAPRED (2007) **Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.** México.
- DSM-IV-TR. (2003) **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Barcelona: Masson.
- Echeburúa E. y Guerricaechevaría C. (2005) **Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico.** España: Ariel.
- Edmonson, B. (1980). **Sociosexual Education for the Handicapped.** Exceptional Education Quarterly, 1, 67-76.
- Edmonson, B. (1988). **Disability and Sexual Adjustment.** Nueva York: Pergamon Press.
- Esquivel, M. (1998) **Programas preventivos de abuso sexual.** México: UNAM.

- Fierro, A. (2002). **El sexo de los ángeles**. FEAPS, Madrid.
- Finkelhor, D. (1980). **El Abuso Sexual al Menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosocial**. México: Pax.
- Finkelhor, D. (1985). **Child sexual abuse: A research handbook, Final Report to the National Center of Child Abuse and Neglect**, Nueva York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1986). **Abusers: Special topics**. California: Saga.
- Finkelhor, D. (1988). **The trauma of child sexual abuse: Two models**, en G.E. Wyatt y G.J. Powell (comps.), **Lasting effects of child sexual sexual abuse**. Londres, Sage, pp 61-68.
- García, J. (1990) **Sexualidad y deficiencia**. *Minusval*, 69, 13-17.
- Goldsfein, M. (1981) **Léxico de la sexualidad**. España: Mac Bride.
- González, S. **La expresión Autoerótica en CONAPO (1994) Antología de la sexualidad humana**. Tomos I. México: Porrúa.
- Guía de Bolsillo de la clasificación del CIE-10. (2004) **Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento**. España: Panamericana.
- Gutiérrez, Germán. (2003). Dominación Patriarcal, feminismo, género y liberación. *Revista PASOS*, 109, 18-22.
- Heward L. (1998) **Niños excepcionales, una introducción a la educación especial** Madrid: Prentice Hall.
- Ituarte, Ma. (2003) **Hablemos de sexualidad con los niños” Guía Práctica para padres, educadores y maestros**. México: Trillas.
- JICA (2006) **Derechos humanos de las personas con discapacidad en Mexico**, CNPD. México.
- Katz G. **La Sexualidad en personas con discapacidad intelectual en CONAPO (1994) Antología de la sexualidad humana**. Tomo III, México: Porrúa.
- Kennedy, M. (1996) **Agresiones sexuales y discapacidad infantil**. En J. Morris (Ed), **encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad**, (pp. 139-159). Madrid: Narcea.

- López, F. y colaboradores (1996) **Educación sexual de adolescentes y jóvenes.** México: Siglo Nuevo.
- López, F. (1996). **Abusos Sexuales a Menores. Lo que recuerdan de mayores.** Madrid: Subdirección General de Publicaciones.
- Macias, G. (2000) **Ser adolescente.** México: Trillas.
- MacMillan, D. (1992). **Mental retardation in school and society.** Boston: Little, Brown.
- Papalia, D. E. (2001) **Desarrollo humano.** Colombia: Mc. Grúa Hill.
- Pick, S. y colaboradores (1995) **Planeando tu vida Programa de educación sexual y para la vida dirigida a los adolescentes.** México: Ariel
- Pottecher, B. (1990) **La sexualidad de nuestros hijos.** México: Ultra México.
- Rodríguez, G. (1998) **Hablemos de sexualidad con la gente joven.** México: MEXFAM.
- Rodríguez, J. y Rodríguez, M. (1995). **Sexualidad y deficiencia mental: introducción teórica a su estudio.** Apuntes de psicología, 44, pp. 93-105.
- Rubio, E. **Visión panorámica de la sexualidad humana. Introducción al estudio de la sexualidad humana en CONAPO (1994) Antología de la sexualidad humana.** Tomos I, México: Porrúa.
- Rubio, E. **Panorama sobre el estudio de la sexualidad Humana en CONAPO (1994) Antología de la sexualidad humana.** Tomos I. México: Porrúa.
- Schalock, R. y Verdugo, M. (2002) **The concept of quality of life in human sevice: a handbook for human service practitioners.** Washington: Alianza Editorial.
- Segura Ramírez, Frogoso Trejo (2001). Taller de juego dramático: una opción para prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. (Tesis de la Facultad de Psicología, México).
- Sobsey, D., Randall, W. y Parrilla, R. K. (1997) **Gender Differences in Abused Children with and without Disabilities.** Child Abuse Neglect, 21, 707-720.

- Soulier, B. (1995). **Los discapacitados y la sexualidad**. Barcelona: Herder.
- Vázquez M. (1995). **Agresión Sexual, Evaluación y tratamiento en menores**. España: Siglo Veintiuno.
- Vázquez, M. (1997). **Peritaje psicológico en la agresión sexual infantil**. Ponencia presentada en las jornadas de Atención al Abuso Sexual Infantil organizadas por la Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM).
- Verdugo, M. (2003). **Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental**. Washington: Siglo cero.
- Verdugo, M. (1999). **El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual**. Washington: Siglo cero.
- Verdugo, M.A. (1995). **Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras**. Washington: Siglo veintiuno.
- Verdugo, M.A., Bermejo, B. y Fuertes, J. (1995) **The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents**. Child Abuse and Neglect, 19, 205-215.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- <http://foros.internacionclinica.com.ar>
- <http://www.wraberri.org/archivos/ponencias-MAVerdugo.pdf>
- <http://www.mipediatra.com.mx/abuso.htm>
- <http://cuentame.inegi.org.mx> 6 de enero 2009
- <http://www.independentliving.org/docs1/iglesiasetal1998sp.html>
- http://www.fcasv.org/2005_Web/Publications/adultspan.htm 6 enero 2009

- <http://www.tuanalista.com> 28 de marzo 2010

ENTREVISTA

- Emma Roth Gross

- Gabriela Lugo

- Patricia Moreno

- Isabel Martínez

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario para jóvenes pre-post test

“Para mí el abuso sexual es...”

1. ¿Qué es sexualidad?

2. Te gusta tu cuerpo, porque

3. Marca lo que a ti te molestaría que te hiciera un desconocido

Niño-señor que le está tocando sus genitales

Niño-señor que lo está saludando de mano

4. ¿Te han hecho algo similar? ¿quién?

5. ¿Te gusta que alguien más que tú, toque tu cuerpo? ¿por qué?

6. ¿Con qué personas es con la que te gusta estar más? ¿por qué?

7. ¿Sabes que es el abuso sexual?

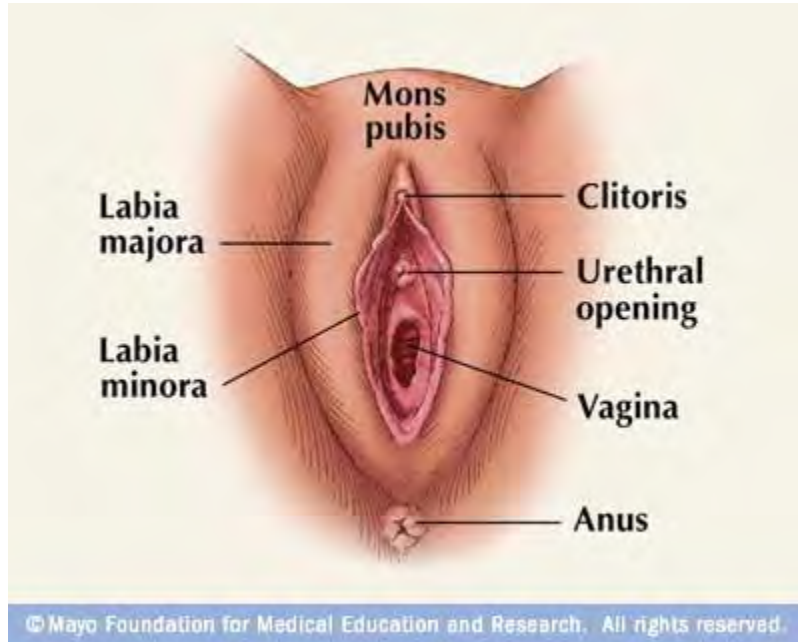
8. ¿Qué harías si alguien quiere besarte y tú no lo deseas?

9. ¿A quién le dirías si alguien quiere o intenta tocar tu cuerpo?

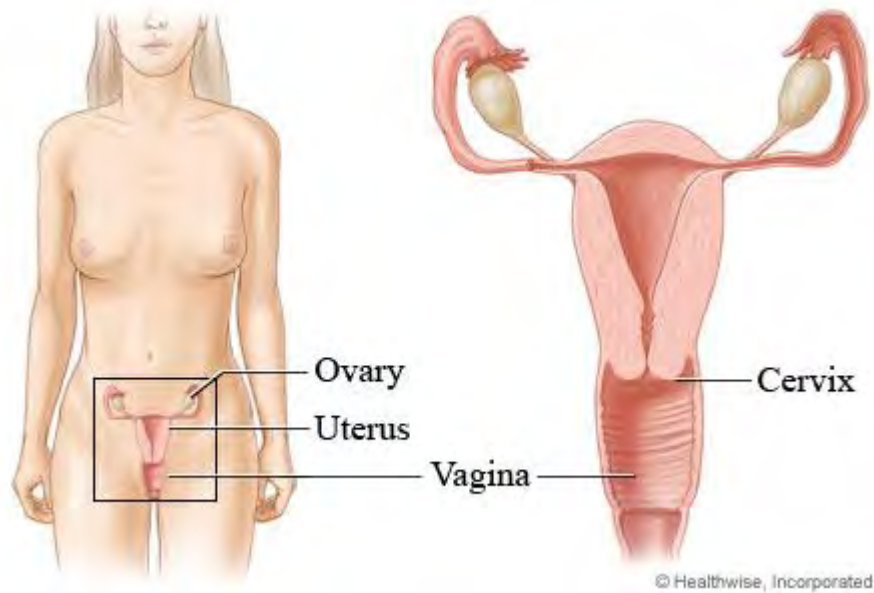
10. ¿Alguien te ha hablado de abuso sexual?

Anexo 2

Laminas de los órganos sexuales internos y externos



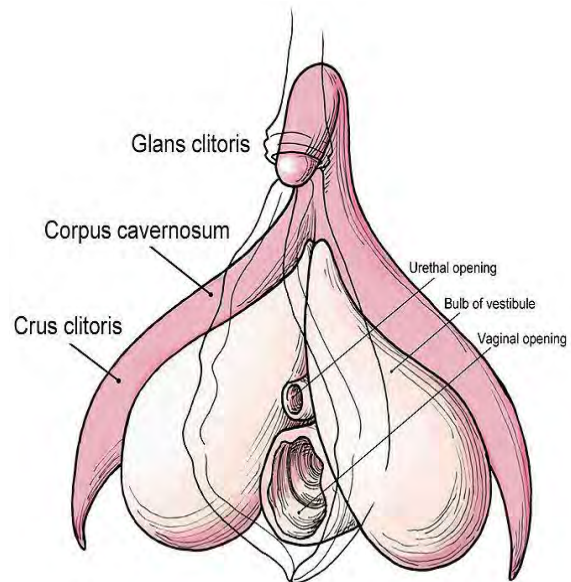
Lamina 1 Órganos sexuales externos femeninos



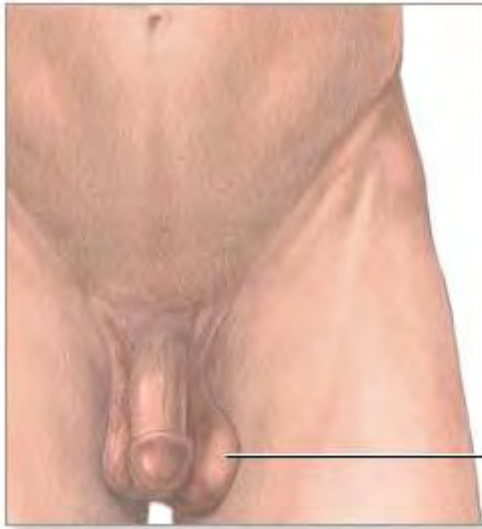
Lamina 2 Órganos internos femeninos



Lamina 3 Órganos externos masculino



Lamina 4 Órganos externos masculinos



Masa escrotal

Lamina 5 Órgano sexual externo masculino

Anexo 3

Laminas de diversos contextos y conductas



Lamina 6 Cine



Lamina 7 Teatro



Lamina 8 Escuela



Lamina 9 Baño



Lamina 10 Cuarto



Lamina 11 Calle



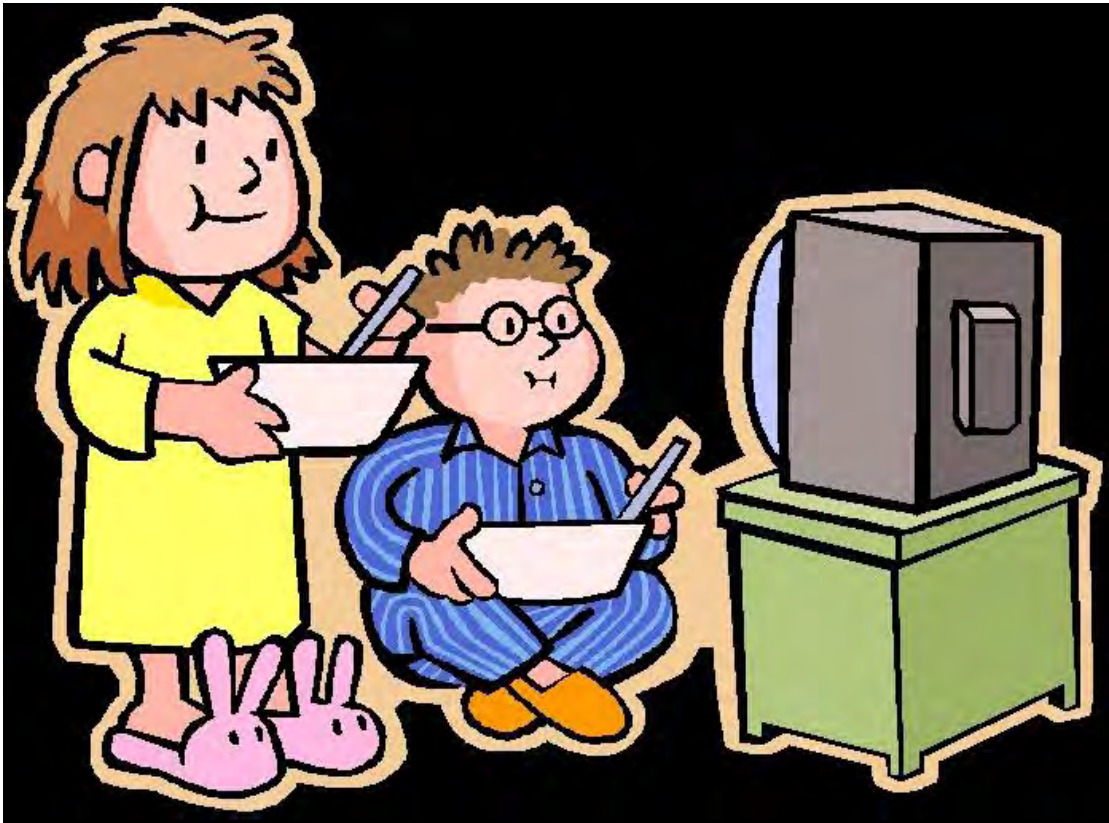
Lamina 12 Beso en la boca



Lamina 13 Abrazo



Lamina 14 Saludo de mano



Lamina 15 Ver televisión

Anexo 4

Carta de consentimiento informado para los padres/tutores de los jóvenes con D.I.

México D., F. a de de.

Nombre del padre o tutor

P R E S E N T E

Por medio de este conducto pido su consentimiento para que su hijo (a)
_____ asista al taller “*Aprendiendo:
¿qué es el abuso sexual y cómo lo enfrento?*”

El taller tiene como objetivo general: Brindar información a las y los jóvenes con discapacidad intelectual, sobre el abuso sexual para que sean capaces de diferenciar de forma exitosa un contacto adecuado de uno abusivo, los diferentes contextos en los que se puede llevar a cabo un abuso sexual, posibles agresores, así mismo logren elaborar estrategias de enfrentamiento ante un posible abuso sexual.

Se impartirá los días en un horario de en las instalaciones.

Atentamente

Psic. Karen Denise Tovar Guzmán

Lic. Ena Eréndira Niño Calixto