



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Educación sexual para personas con discapacidad intelectual desde un enfoque cognitivo conductual: una revisión.”

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
Engady Fabiola Salazar Zúñiga

Director: Mtro. Ernesto Arenas Govea

Dictaminadores: Dra. María Olga Mejía Anzures

Mtro. Alejandro González Villeda



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México, Febrero, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, por darme la vida, la salud, la inteligencia y el discernimiento para poder realizar este maravilloso trabajo.

A mis padres por brindarme su apoyo y amor incondicional, por estar a mi lado y no permitir que cayera durante esta transición.

A mi hermano por motivarme a ser mejor cada día y creer en mí.

A Fav por su gran apoyo, por escucharme y aconsejarme como el gran amigo y confidente que es.

Al resto de mis familiares porque sus críticas y amor me hicieron ser fuerte y resistir las adversidades.

A mi Asesor Ernesto Arenas que sin su dirección, conocimientos y consejos este trabajo no se habría podido concretar. Gracias por hacer tan divertido un trabajo tan serio como este.

A la grandiosa profesión que es la psicología, porque afortunadamente se cruzó en mi camino y descubrí mi pasión y vocación dándole un objetivo real a mi vida

A todas las personitas que creyeron y confiaron en mí, amigos, conocidos, y demás seres extraordinarios y maravillosos que me ayudaron a transitar este gran camino, que me brindaron sus críticas, experiencias y opiniones para construir una mayor y mejor conciencia de lo que implica ser psicóloga.

¡GRACIAS A TODOS! LOS AMO

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. DESARROLLO SANO Y DESARROLLO ALTERADO	8
1.1 Desarrollo sano en la adolescencia.	8
1.1.1 Cambios biológicos.....	8
1.1.2 Cambios cognitivos.....	10
1.1.3 Desarrollo psicosocial.....	12
1.2 Desarrollo alterado.....	15
1.2.1 Discapacidad Intelectual (DI)	17
1.2.1.1 Definiciones de Discapacidad Intelectual	18
1.2.1.2 Causas	20
1.2.1.3 Tipología.....	21
1.2.1.4 Evaluación, diagnóstico y tratamiento	23
2. EL DESARROLLO Y EDUCACIÓN PSICO-SEXUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL CONTEXTO MEXICANO	29
2.1 Diferencia entre sexo y sexualidad	29
2.1.1 Definición y características de la sexualidad	30
2.1.1.1 Género.....	33
2.1.1.2 Roles e identidad de género.....	33

2.1.1.3 Salud sexual y salud reproductiva	34
2.1.1.4 Relaciones sexuales: Concepto y dimensiones.....	35
2.1.1.4.1 Relaciones sexuales genitales	36
2.1.1.5 La masturbación	37
2.1.1.6 Toma de decisiones responsable e informada	38
2.1.1.7 Comunicación.....	39
2.1.2 Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con DI	40
2.2 Implicaciones de la educación sexual.....	42
2.2.1 La educación sexual a nivel mundial	42
2.2.2 Educación en México: Nuevo modelo educativo	45
2.2.3 Educación sexual en México	49
2.2.4 Educación sexual para personas con DI.....	51
2.2.4.1 Educación sexual para personas con DI en México.	54
2.3 Prejuicios y tabúes de la educación sexual para personas con DI.....	55
3. EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SU VINCULACIÓN CON LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS CON DI.....	62
3.1 Descripción del enfoque cognitivo conductual	62
3.1.1 Desarrollo histórico: conceptos y principios teóricos.....	63
3.1.2 Metodología de la terapia Cognitivo Conductual: el proceso terapéutico ..	69
3.1.2.1 Técnicas y estrategias	73
3.1.2.2 Relación terapéutica	75
3.2 Enfoque cognitivo-conductual y su vinculación con la educación sexual de personas con DI	76
3.3 Aportaciones y limitaciones en el trabajo con personas con DI	81

CONCLUSIONES..... 85

REFERENCIAS..... 94

RESUMEN

La presente tesina tiene como objetivo describir y analizar las características y necesidades de la educación sexual de personas con discapacidad intelectual (DI) desde el enfoque de la terapia cognitivo conductual. En primer lugar se describen las características biopsicosociales y sexuales durante la etapa de la adolescencia, ya que es cuando se manifiestan los cambios sexuales primarios y secundarios; así mismo se revisan las distintas definiciones, causalidad, evaluación y diagnóstico de la DI. En segundo lugar se revisan las características de la educación sexual, tanto a nivel global como dentro del contexto mexicano, además de analizar las necesidades que plantea la educación en sexualidad de personas con DI. Por último, se revisa lo referente a las características del enfoque cognitivo conductual y de qué forma se podría vincular al momento de brindar educación sexual para personas con DI, concluyendo que este tipo de educación es fundamental para la población en general, y en específico para dicha población, por lo que se deben buscar las herramientas y apoyos que permitan el desarrollo integral de su sexualidad. En ese sentido dicha educación les permitirá adquirir los conocimientos necesarios para interrelacionarse con las demás personas de manera respetuosa, responsable y solidaria y ayudarles a prevenir situaciones de riesgo como el embarazo no planeado, el abuso sexual y las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, con el fin de formar personas más autónomas y felices. El enfoque de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) permite que se desarrollen estas habilidades a través de distintas herramientas y técnicas, ya que los terapeutas cognitivo conductuales se asemejan a un profesor o entrenador, el cual tiene la responsabilidad de proporcionar asesoramiento, ofrecer ejercicios específicos de entrenamiento, corregir equivocaciones, intentar corregir estilos erróneos de proceder, y proporcionar información actualizada, demostrar interés, apoyo y aliento, entrenamiento que se debe de adjudicar familia y educadores para continuar entrenando y reforzar las conductas adaptadas en el ámbito de la sexualidad de las personas con DI aún cuando el terapeuta ya no esté presente.

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad son un sector de la población descuidado y vulnerable, cuya sexualidad ha sido un tema escasamente tratado, dada la especificidad de sus necesidades y posibilidades.

Las necesidades de índole sexual están presentes en los usuarios del servicio de educación especial, específicamente en los casos que presentan discapacidad intelectual (DI) observados en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), también llamados casos de retraso mental pero que para fines de este trabajo y con la intención de no generar términos que violenten las condiciones biopsicosociales de dichas personas, se empleará el primer término; dada su condición estas personas están expuestas a abusos sexuales, a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no planeados, debido a que la educación que se les da en este rubro es muy limitada por la errónea creencia de considerarlos asexuales, es decir, muchas veces por prejuicios y actitudes erróneas frente a la sexualidad y la discapacidad, la familia, la escuela y la sociedad en general, han relegado la sexualidad de las personas con DI a un sitio, prácticamente, inexistente y alejado de las experiencias posibles para ellas, negándoseles el derecho a ser educados y acompañados para vivir armónicamente su desarrollo en esta área, a pesar de que por las mismas dificultades que conlleva su discapacidad, lo necesitan igual que cualquier persona.

Como bien menciona Rivera (2008), la sexualidad forma parte del ser humano, sin importar su condición física, social, sexo o religión y por lo tanto no se desliga de la población infantil ni de las personas con algún tipo de discapacidad. En ese sentido la sexualidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) como la dimensión del ser humano que incluye sexo, género, identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el amor/apoyo emocional y la reproducción. De esta manera, la sexualidad es un tema de interés para la población en general y para las personas con alguna discapacidad en particular, pues al encontrarse en esta condición, éstas son doblemente discriminadas por la sociedad y

por sus propias familias, debido a que se les limita la libre expresión de su sexualidad. De acuerdo con Navarro (s.f.) esto se debe a que el concepto de sexualidad que ha imperado en nuestra cultura ha sido reduccionista, por lo que el derecho a la misma ha estado ligado a la juventud, entendiéndose por ella la plena capacidad física y mental, a la ausencia de discapacidad, al mayor deseo del hombre dejando de lado el de la mujer, a la sexualidad unida a la procreación dentro del matrimonio, a las parejas heterosexuales y a un concepto de pareja de *“amor eterno”*, y por tanto *“para toda la vida y hasta que la muerte los separe”*.

Siendo más específicos, la sexualidad de las personas con DI ha estado marcada por múltiples mitos y falsas creencias que, a pesar de carecer de sustento científico, han generado una actitud social negativa hacia esta población, limitando su derecho a vivir una sexualidad libre y saludable.

Dos de los juicios más arraigados acerca de las personas con DI (y que desde una perspectiva personal serían considerados como mitos o estereotipos que no favorecen este proceso de formación), consisten por un lado, en pensar que las personas con dicha discapacidad son *“niños eternos”*, por lo que los tratan como tal, por lo tanto se asume que temas como la sexualidad y las relaciones de pareja no forman parte de sus vidas. El otro (y que puede considerarse como el mito más peligroso de todos) consiste en pensar o creer que la sexualidad se reduce al mero acto sexual, dejando de lado toda su dimensión erótica, emotiva, sentimental y cognitiva, lo cual no sólo daña a las personas que sufren alteraciones en su desarrollo, sino a cualquier persona (Navarro, s.f.).

Algunos puntos que permiten que estos mitos se reafirmen, son el hecho de considerar que por su falta de discernimiento asociado a su discapacidad intelectual, en estas personas la sexualidad no existe o está inhibida, así como a la ignorancia sobre sexualidad en la que estamos inmersos todos, debido a la educación que la sociedad nos ha dado desde pequeños, ya que se trata de un tema tabú. Se tiene la idea de que la falta de conciencia en las personas con DI, respecto de estos temas, anularía sus intereses, deseos y necesidades sexuales, que parecerían ser exclusivas de las personas capaces de reconocerlos y racionalizarlos. Sin embargo,

ante la mínima manifestación de su existencia en la personas con discapacidad intelectual, surgen temores en los individuos inmersos dentro de su contexto más cercano, como sus padres, hermanos o familiares más próximos, respecto a que su impulso sexual sea incontrolable, desbordante y peligroso para ellos mismos y para los demás por lo que hay que reprimirlos, formándose un círculo vicioso en donde la persona más afectada sigue siendo la discapacitada intelectualmente, negándole el acceso a un aspecto fundamental de su existencia y que favorece su desarrollo físico y mental (Navarro, Torrico y López, 2010).

Es por ello que uno de los elementos más importantes al tratarse la sexualidad es la comunicación, ya que se ponen barreras enormes que vuelven el contexto hostil, irrespetuoso, deshonesto, en donde no se habla con la claridad necesaria y se llegan a obviar elementos o situaciones que ponen en riesgo no sólo la vida sexual y la salud de las personas con DI, sino de las personas en general.

Queda claro que educar a niños, jóvenes y adultos con DI es una tarea compleja, y sólo se puede alcanzar a partir de la comprensión y el análisis crítico de los elementos que intervienen en ella. El modelo cognitivo conductual ofrece una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. Así mismo ayuda a cambiar la forma de cómo se piensa (cognitivo) y cómo se actúa (conductual) y como estos cambios pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de otros enfoques, el cognitivo conductual y su tipo de terapia se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora", en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico en el presente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En el enfoque cognitivo conductual se menciona que nuestras conductas, muchas veces, se convierten en "círculos viciosos", ya que cuando vivimos situaciones que impactan de forma negativa nuestros pensamientos y sentimientos, actuamos sin analizar o discernir, lo que conlleva sentirnos mal, e incluso crear nuevas situaciones que nos hagan sentir peor. Podemos empezar a creer cosas poco realistas (y desagradables) sobre nosotros mismos. Esto sucede porque

cuando estamos angustiados tenemos más probabilidades de llegar a conclusiones y de interpretar las cosas de manera extrema y negativa (Caballo, 1996). La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ayudar a romper este círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, se pueden cambiarlas y así cambiar la forma en cómo nos sentimos. La TCC tiene como uno de sus objetivos que la persona llegue a un punto donde pueda "hacerlo usted mismo" y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). De este modo el enfoque cognitivo conductual resulta conveniente para educar, no sólo a las personas con DI, sino también a su contexto inmediato como la familia y a los educadores, sobre sexualidad, ya que les proporciona herramientas que les permiten afrontar las situaciones de riesgo, en caso de que se encontraran en ellas, de forma eficaz y concreta.

Es por ello que todas las personas involucradas en la educación de una persona con DI (familiares, profesores, etc.), deben tener claro 3 puntos:

En primer lugar, que las personas en general, sin importar su condición, deben desarrollar su sexualidad como parte fundamental de su existencia y desarrollo, ya que es una condición inherente al ser humano y a su evolución natural (Audesirk, Audesirk, y Byers, 2004).

En segundo lugar deben romperse todos esos mitos y estereotipos que sólo limitan la educación, específicamente la sexual, de las personas con DI (Navarro, Torrico, y López, 2010).

Y en tercer lugar, entender que una educación sexual adecuada desde temprana edad puede contribuir a que las personas con DI sean capaces de conocer su propio cuerpo, puedan comprender los cambios que experimentan en él, reconozcan sus estados de ánimo y aprendan la manera de relacionarse sexualmente con los demás, por lo que podrían lograr un desarrollo más equilibrado

y disponer de mejores herramientas para vivir plenamente su sexualidad, evitando situaciones riesgosas para su salud física o mental, así como para la de los demás (Rivera, 2008).

Por lo anterior, el Objetivo General de la presente tesina es:

Analizar las características y necesidades de la educación sexual de personas con discapacidad intelectual desde un enfoque cognitivo conductual.

Derivándose de éste los siguientes Objetivos Específicos:

1. Describir las necesidades de educación sexual de las personas con discapacidad intelectual, enfocándose en la etapa de la adolescencia que es cuando se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias de los individuos en general sin importar su condición.
2. Identificar los problemas concretos que plantea la educación sexual de personas con discapacidad intelectual.
3. Identificar los alcances y limitaciones del enfoque cognitivo conductual al momento de educar en sexualidad a personas con discapacidad intelectual.

A fin de cubrir estos objetivos se realizará una revisión teórica de lo referido hasta el momento, comenzando con la búsqueda de información, el análisis de la misma y las conclusiones derivadas de dicho análisis.

En el primer capítulo se revisará lo referente al desarrollo sano durante la etapa de la adolescencia, ya que es cuando aparecen las características sexuales primarias y secundarias, así como las del desarrollo alterado específicamente para la condición de DI analizando sus distintas definiciones, causalidad, tipología, formas de evaluación y diagnóstico, así como formas de tratarlo.

En el segundo capítulo se analizará lo concerniente al desarrollo y la educación sexual de las personas con DI, se describirán las diferencias entre sexo y sexualidad, las implicaciones de la educación sexual en México para dicha población y los prejuicios y tabús referentes a la sexualidad de las mismas.

En el tercer capítulo se revisarán las características del enfoque cognitivo conductual y de qué forma se puede vincular con la educación sexual para personas con DI.

El trabajo se finalizará con el capítulo referente a las conclusiones generadas a partir de todo el análisis expuesto anteriormente.

1. DESARROLLO SANO Y DESARROLLO ALTERADO

En este capítulo se presentan las diferentes características y condiciones que permiten un desarrollo sano o producen un desarrollo alterado, durante la etapa de la adolescencia. Para el caso del desarrollo alterado se analizará, específicamente, la condición de discapacidad intelectual (DI), sus definiciones, causalidad o etiología, tipología, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

1.1 Desarrollo sano en la adolescencia.

El desarrollo en la adolescencia se caracteriza como un período de transición en el que los jóvenes experimentan una serie de cambios biológicos, cognitivos y psicosociales que afectarán su vida adulta y que están influenciados no sólo por el género y el nivel de madurez física, psicosocial y cognitiva del individuo, sino también por el ambiente social, cultural, político y económico en el que vive, por lo que es crucial entender los procesos del ciclo de vida involucrados en torno al adolescente y su influencia en su conducta (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Durante esta etapa, se experimentan una serie de cambios que influyen en la salud y desarrollo, como parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo; por lo que estos procesos son interdependientes, es decir, los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

1.1.1 Cambios biológicos.

La adolescencia es una transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003). Durante dicha etapa aparece la pubertad en donde se

experimentan cambios importantes, como son el crecimiento físico, el aumento de peso, madurez sexual y la capacidad para reproducirse. La pubertad es diferente en varones y mujeres; en las adolescentes se inicia a una edad más temprana y tiene una duración menor que la de los adolescentes. En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal (Dehidroepiandrosterona DHEA), lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar, y la aparición de la menarquia o primera menstruación que en promedio ocurre entre los 8 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años. En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de esperma que ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede durar hasta los 20 ó 21 años. Cabe resaltar que puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto en hombres como en mujeres (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

La menarquia y la espermarquia son los protagonistas del desarrollo puberal, ya que marcan el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes. En ambos sexos, la pubertad trae como consecuencia una mayor conciencia de la sexualidad, así como una mayor motivación y atracción sexual. La auto-estimulación o masturbación es una conducta sexual frecuente, sin embargo, va asociada con sentimientos de culpabilidad, ansiedad o miedo, ya que a menudo es denunciada por religiones, culturas y tradiciones como algo peligroso, un pecado, la causa de locura y muerte prematura, pero tiene consecuencias más saludables para los jóvenes que el coito, ya que permite el autoconocimiento y el descubrimiento de las necesidades y deseos sexuales de una forma segura, lo que promueve confianza, autoestima y mejora la comunicación de su sexualidad para con los otros (Muñoz y Urán, 2014).

En la actualidad los jóvenes están alcanzando la madurez sexual a edades más tempranas, lo que tiene implicaciones a largo plazo en la conducta sexual. De

acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2010) las estadísticas encontradas en países en desarrollo como Latinoamérica, indican que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre uno o dos años después de la aparición de la menarquia y espermarquia, generalmente en la adolescencia intermedia que va de los 15 a los 19 años, por lo que la iniciación prematura de la actividad sexual, sin madurez cognitiva, puede llevar a los jóvenes a estrés emocional al no saber de qué forma enfrentar determinadas situaciones y a tomar conductas de riesgo con el consiguiente aumento del embarazo adolescente, abusos sexuales e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) como el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) o Virus del Papiloma Humano (VPH).

El ajuste a los cambios biológicos en la adolescencia temprana es una tarea para la cual los adolescentes necesitan estar preparados. La salud sexual incluye la habilidad de apreciar su cuerpo y aceptar sus cambios como un proceso natural. El logro de estas tareas depende de que los padres y otros adultos preparen a los adolescentes con anticipación para los cambios puberales, y que les den su apoyo durante esta transición (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

Los cambios físicos que ocurren en el cuerpo generan una inquietud mayor acerca de la imagen corporal dando lugar a sentimientos de autoconciencia que dan oportunidad para promover conductas saludables e informar y educar a los jóvenes sobre los efectos negativos de conductas de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales sin protección, o trastornos alimenticios (Muñoz y Urán, 2014).

1.1.2 Cambios cognitivos

Referente al desarrollo cognitivo y de acuerdo con el punto de vista de Piaget (1964), éste va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene como consecuencia que los adolescentes vayan

desarrollando una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conllevan la toma de decisiones y sus acciones, evalúen la credibilidad de la información y controlen sus impulsos, cabe mencionar que estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo y no aparecen en un momento predeterminado.

Los cambios cognitivos que se dan durante la adolescencia hacen que los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas, es por ello que durante esta transición, en un principio los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta mayormente egocéntrica, por lo que tienden a creer que son siempre el centro de atención, a soñar despiertos o a fantasear, establecen metas no realistas sobre su futuro, el interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes y suelen pasar más tiempo solos. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Así mismo experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

A medida que los adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, los adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, y los adultos deben promover estas prácticas. Es importante explorar la influencia que tienen la percepción, los valores y las actitudes de los jóvenes sobre su conducta. Esto puede llevar a un desarrollo adolescente saludable, en el que los jóvenes posean una serie de habilidades para resistir presiones, negociar interacciones interpersonales con éxito y comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, 2002).

1.1.3 Desarrollo psicosocial.

Las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en el adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes a la mayoría de los adolescentes. La conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad del individuo sea sexual, moral, ética y espiritual y las luchas por la independencia/ dependencia de sus padres y pares (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

En lo que se refiere a la identidad sexual y su desarrollo durante la etapa inicial (de 10 a 13 años) e intermedia (de 14 a 17 años) de la adolescencia, se solidifica la identificación de género, observando los roles de género en los adultos de su entorno. Desarrollan imágenes personales e ideales de masculinidad o feminidad basados en estereotipos sociales según el sexo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010). La identificación de género incluye el reconocimiento y conciencia de que uno es hombre o mujer y el comprender las funciones, valores y responsabilidades de cada cual. Este es el aspecto más básico del desarrollo de la identidad y sucede muy temprano durante el proceso de desarrollo. La mayoría de las personas jóvenes tienen un firme sentido de su identidad sexual antes de la adolescencia y reconocen las funciones que caracterizan a hombres y mujeres, pero es durante la adolescencia cuando los jóvenes se identifican más fuertemente con los roles adultos del género (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

El autoconcepto sexual implica la reflexión y evaluación de un individuo sobre sus sentimientos y conductas sexuales. Durante la adolescencia las personas jóvenes son más conscientes de sus atracciones sexuales y su interés amoroso, y emergen los sentimientos eróticos de tipo adulto. La atracción hacia el sexo opuesto

o el mismo sexo se dispara por el aumento hormonal, y durante la adolescencia temprana el joven se hace más consciente de cuál es el sexo que le atrae y le excita. Los jóvenes empiezan a desarrollar conciencia de su orientación sexual, su atracción sexual y/o emocional hacia los hombres, mujeres o ambos sexos. Aun cuando muchos homosexuales o lesbianas adultos recuerdan su adolescencia como un periodo de confusión acerca de su orientación sexual, la mayoría no se identifica a sí mismo como homosexual antes de la adolescencia tardía; esto puede estar relacionado con los valores sociales y los tabúes asociados con la homosexualidad (Shutt-Aine y Maddaleno, 2003).

La fase que refiere a la lucha por la independencia-dependencia de sus padres y pares, comienza durante la etapa inicial de la adolescencia, durante la adolescencia intermedia (15–19 años de edad), que es cuando los jóvenes tienden a reafirmar su independencia separándose de sus padres y otros adultos. Durante este período se muestran renuentes a aceptar el consejo o las críticas de sus padres y tienden a desarrollar un fuerte lazo con su grupo de pares. Este sentimiento de “invencibles” les permite probar su independencia y autonomía. Las influencias sociales y ambientales determinan si esta conducta se convierte en constructiva o destructiva para la salud y bienestar del adolescente. La desviación constructiva se refleja en el joven que lucha por su independencia y trata de involucrarse en el estilo de vida adulto. Los adolescentes cuya conducta refleja “desviaciones destructivas” tienden a correr riesgos, tales como la actividad sexual prematura y el consumo de drogas ilícitas, por lo que son más comunes entre los adolescentes que no cuentan con el apoyo de los padres, cuando no tienen un ambiente sano que promueva su crecimiento y desarrollo cognitivo y psicosocial, sintiéndose alienados de la sociedad y sus comunidades (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Durante la adolescencia tardía (entre 18 y 21 años), los jóvenes comienzan a desarrollar su necesidad de intimidad y luchan entre la intimidad o el aislamiento en sus relaciones interpersonales. En esta etapa más avanzada de su desarrollo, el grupo de pares pierde mucho de su significado anterior, y el joven tiende a buscar

relaciones más individuales y emocionales. La cercanía física, el afecto y los deseos sexuales son parte de esta fase, y la intimidad implica el establecimiento de lazos emocionales, el amor, la empatía y el compartir sentimientos privados con otra persona. La unión entre parejas debe incluir un sano balance entre amor, afecto, empatía, amistad y respeto. Sin embargo, la falta de experiencia en la búsqueda del amor, la intimidad y el compromiso, por parte de los jóvenes, puede llevarles a uniones y enamoramientos poco saludables (UNICEF, 2002). Los jóvenes que no están seguros de su identidad evitarán las relaciones interpersonales o pueden buscar la promiscuidad sin intimidad, el sexo sin amor, o relaciones que no impliquen estabilidad emocional, puede aparecer el desapego o distanciamiento de relaciones interpersonales en estos casos, lo que enfatiza de nuevo el vínculo existente entre el proceso de desarrollo humano y la salud (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Así mismo, los cambios físicos y hormonales que ocurren durante la pubertad influyen en el modo en que el joven se percibe a sí mismo y es percibido por los demás (Muñoz y Urán, 2014). En ese sentido la autoestima es determinante del bienestar emocional del joven y se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres y pares contribuyen a aumentar la autoestima de los adolescentes. Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable. Por el contrario, la baja autoestima se ve implicada en los problemas de salud, tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste en dicha etapa (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

El desarrollo de la pubertad puede afectar la autoestima de forma diferente. Los hombres desean y se alegran con los cambios físicos que ocurren durante la pubertad, pero las mujeres pueden tener momentos difíciles, con menos confianza y seguridad en sí mismas, lo que contribuye a una menor autoestima (Muñoz y Urán, 2014). De acuerdo a lo mencionado, estos cambios se percibirán de forma positiva o

negativa, dependiendo de las redes de apoyo con las que el adolescente cuente y su relación con estas, así como de la educación e información que reciba respecto al tema.

Como se puede observar, la etapa de la adolescencia es una transición difícil del desarrollo, y cabe resaltar que a pesar de estar viviendo un desarrollo sano, existen ciertas fluctuaciones dentro de los estándares de lo “normal” que dejan entrever que también puede haber desequilibrios en el desarrollo físico (estatura, peso, etc.), así como en su comportamiento (autoestima, autoconcepto, seguridad, redes sociales, comunicación, sexualidad, etc.) pero que son parte del proceso de equilibrio-desequilibrio por el que tienen que pasar todas las personas para finalmente completar el desarrollo de dicha etapa.

1.2 Desarrollo alterado

De acuerdo a lo descrito se puede deducir que el desarrollo alterado hace alusión a un desvío dentro de lo que implicaría un desarrollo considerado como normal, es decir, cualquier anomalía biológica, física, cognitiva o en el comportamiento psicosocial y/o sexual que presente el individuo, que puede también ser llamada discapacidad.

Las discapacidades –congénitas o adquiridas-, son diversas y las necesidades que generan en los individuos pueden ser diferentes: motoras, sensoriales e intelectuales. La presencia de discapacidad en una persona compromete en grado variable su funcionalidad (que va a depender también de la relación sujeto- entorno), pero no lo invalida en sus necesidades humanas básicas tanto físicas, psicológicas como sociales (Anguita, 2010).

A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado conceptos y definiciones sobre la discapacidad, con la finalidad de nutrir un marco conceptual de la salud y los estados relacionados. En 1980 la OMS definió

la discapacidad como una restricción o carencia (resultado de un impedimento) de habilidades para realizar alguna actividad de una manera normal (Vite, 2012).

En un esfuerzo por atender la discapacidad desde un enfoque biopsicosocial, que combinara las bondades del enfoque médico con un acercamiento social que evitara la utilización de lo “normal” como un marco de referencia, en 2001 la OMS definió la discapacidad como “la interacción dinámica que hay entre las condiciones de salud con los factores personales (edad, sexo, personalidad y nivel de educación), físicos, sociales y ambientales”. Esta definición se centra en la relación entre la persona y su entorno social y medio ambiente; esto implica concebir la discapacidad como algo que tiene un impacto en las actividades de las personas, incluyendo las físicas, psicológicas o sociales.

En ese sentido la manera en que se conceptualice social y culturalmente la discapacidad, determina el estilo de relación y de aproximación hacia las personas que la presentan. Esto es muy importante pues dependiendo de cómo sea la interacción –social o individual- con ellas, no será igual si se les concibe como “anormales”, “enfermos/as” o como “personas con limitaciones en su funcionamiento”. Las actitudes tampoco serán las mismas si lo que se siente al interactuar con ellas es miedo, rechazo, lástima, amistad o respeto (Anguita, 2010).

Las prácticas y actitudes sociales ante las personas con discapacidad han evolucionado a lo largo de la historia, ya que obedecen a una construcción social y cultural que se modifica cuando la sociedad va cambiando. Así, desde la eliminación sistemática de los recién nacidos “defectuosos”, que se daba en la antigüedad, hoy día se considera a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, en un recorrido que ha pasado por diferentes etapas intermedias: abandono, aislamiento, reclusión, segregación, discriminación, en el que se las ha nominado como “anormales”, “lisiadas”, “enfermas”, “inválidas”, “minusválidas”, “incapacitadas”, todos términos que connotan su condición de discapacidad como perturbadora del orden

establecido, de “lo normal”, “lo legítimo”, “lo válido” y por tanto sujetas al temor, al rechazo y a la segregación social (Anguita, 2010).

Hoy día la discapacidad no se considera sólo una cualidad de la persona, sino un conjunto de condiciones, de las cuales muchas son creadas por el contexto social. En ese sentido la intervención se centrará en la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para lograr la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social (Vite, 2012). Para el caso de esta tesis se trabajó exclusivamente con la DI.

1.2.1 Discapacidad Intelectual (DI)

La DI es una condición de enorme impacto social, porque afecta a las personas que la experimentan así como a su familia y a la sociedad en su conjunto. Millones de personas en el mundo viven con alguna DI y se estima una prevalencia en los países desarrollados entre 1 y 3%. En Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor, por su asociación a factores como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, los nacimientos prematuros, la intoxicación por plomo, las infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y la pobreza que han sido superados en países desarrollados (Vite, 2012).

En México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), hay 2 925 000 personas con algún tipo de DI. A pesar de esto, el conocimiento de sus causas es limitado y el diagnóstico etiológico en los países desarrollados se lleva a cabo en poco menos de la mitad de los sujetos afectados, y en países como México, en la mayoría de los casos, dicho diagnóstico ni siquiera se realiza, lo que hace aún más difícil su reconocimiento (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2011).

En ese sentido resulta importante aclarar que los términos DI y/o retraso mental, tienen connotaciones diferentes, ya que el primero pretende eliminar el

estigma asociado al segundo, con el fin de no violentar las características y condiciones de las personas que la padecen. Cabe mencionar que la DI es la causa principal de gasto social y de salud pero constituye paradójicamente el programa más olvidado de salud pública aún en países desarrollados (Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

1.2.1.1 Definiciones de Discapacidad Intelectual

La DI es un concepto amplio que según algunos incluye dentro de sí, varias categorías o subgrupos que se analizarán de acuerdo al autor u organización que emite su definición.

De acuerdo con el INEGI (2011) la discapacidad mental o intelectual hace referencia a las personas con problemas para aprender, para comportarse en actividades de la vida diaria y para relacionarse con otras personas e incluye dentro de su definición a personas con síndrome de Down, epilepsia, autismo, depresión, esquizofrenia, psicosis, etc.

Por su parte, la OMS en su décima revisión define a la DI como un trastorno definido por la presencia de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado, principalmente, por deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, como las funciones cognitivas del lenguaje, motrices y de socialización, en donde la adaptación al ambiente siempre está afectada. En la DI se debe determinar el grado de desarrollo del nivel intelectual, basándose en toda la información disponible, incluyendo manifestaciones clínicas, comportamiento adaptativo del medio cultural del individuo y hallazgos psicométricos (OMS, 2003).

Por otro lado, la American Association on Mental Retardation (AAMR, 2002) señala que además del funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, en el caso de la DI hay limitaciones asociadas en dos o más de las áreas de habilidades adaptativas y que la aparición de este trastorno se origina antes de los

21 años de edad (tope del desarrollo físico tanto en hombres como en mujeres). Las habilidades adaptativas a las cuales se refiere esta definición incluyen: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, destrezas sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, competencias académicas funcionales, tiempo de ocio, trabajo. Algunos expertos en este tema, basándose en esta definición de la AAMR, plantean que la DI no es una condición mórbida o médica, sino un estado funcional caracterizado por limitaciones en la habilidad intelectual y destrezas adaptativas desde la niñez. Dicho de otra manera la DI refleja qué tanto embonan las capacidades del individuo y las estructuras y expectativas del ambiente (Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

En ese sentido la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V, coincide, hasta cierto punto, con la definición emitida por la AAMR (2002), ya que del mismo modo plantea que la DI es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico, es decir, para ser diagnosticado como tal deben de cumplirse los siguientes criterios: a) Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas. b) Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social, sin apoyo continuo; las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad. c) Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En resumen y para fines de esta tesina se definirá a la DI haciendo una integración de los puntos en donde todas las definiciones mencionadas coinciden,

por lo tanto, esta se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual (CI) como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas y que inicia antes de los 21 años de edad. Por esta razón, para el estudio de la DI, de acuerdo con la AAMR (2002), deben considerarse cinco dimensiones: 1.) Aptitudes intelectuales; 2.) Nivel de adaptación (conceptual, práctico, social); 3.) Participación, interacción y redes sociales; 4.) Salud física y mental, así como la etiología de la discapacidad intelectual; 5.) Contexto social más amplio (medio ambiente, cultura, oportunidades). La tercera de estas dimensiones –la participación, interacción y redes sociales- se ha integrado recientemente. Esta definición no sólo coincide con la de la Asociación Internacional para el Estudio Científico sobre la Discapacidad Intelectual (IASSID), sino con la reciente Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (Verdugo, 2003).

1.2.1.2 Causas

Los factores causales asociados a la DI son diversos y pueden clasificarse, de acuerdo con Katz, Rangel y Lazcano (2008) en: a) genéticos, b) adquiridos (congénitos y del desarrollo) y c) ambientales y socioculturales. En específico, puede haber factores causales genéticos como los involucrados en el síndrome de Down, o hereditarios incluyendo la enfermedad de Tay-Sachs. Referente a los factores adquiridos o congénitos, se pueden dividir en tres grupos: los metabólicos (como el hipotiroidismo neonatal), los tóxicos (como el envenenamiento por plomo o el síndrome alcohólico fetal) y/o infecciosos (por ejemplo rubéola, sífilis o toxoplasmosis), y los relacionados al desarrollo que pueden tener lugar en el periodo prenatal (por la diabetes incontrolada o la desnutrición intrauterina, entre otras), en el periodo perinatal (ejemplos serían el sufrimiento fetal prolongado con anoxia neonatal o la asfixia relacionada con sofocación) o en el periodo posnatal, relacionada con infecciones tales como encefalitis y meningitis, entre otras.

Finalmente, también hay factores ambientales y socioculturales que pueden causar la DI, especialmente relacionados con la pobreza. Al respecto, estudios

epidemiológicos han demostrado de manera consistente una asociación significativa entre la marginación socioeconómica y el bajo nivel económico por un lado y por el otro la DI. Los datos disponibles sugieren que esta asociación refleja dos procesos distintos. El primero consiste en una vinculación entre pobreza y exposición a una amplia gama de factores ambientales y psicosociales. El segundo es que las familias con integrantes con este tipo de discapacidad incrementan el riesgo de gastos desmedidos por la mala información que reciben respecto al tema y con la esperanza de “salvar” a sus familiares, lo que puede traer como resultado un menor nivel socioeconómico familiar (Katz, Rangel y Lazcano, 2008). Estos factores son directamente responsables del incremento desproporcionado en la incidencia de DI en los países en vías de desarrollo, en interacción con la escasa y deficiente atención médica prenatal, perinatal y posnatal, maternidad en el periodo de adolescencia, inestabilidad familiar, mala calidad de la atención natal por parte de múltiples e inadecuados cuidadores y profesionales de la salud, bajo nivel de estimulación y educación, así como maltrato infantil (Vite, 2012).

1.2.1.3 Tipología

De acuerdo con el DSM V la DI tiene como común denominador un nivel de funcionamiento intelectual subnormal; sin embargo, el grado de incapacidad con la que el individuo enfrenta las demandas que la sociedad establece para el grupo de personas de esa misma edad, ha llevado a determinar cuatro niveles de gravedad: leve (CI entre 50-55 y 70), moderado (CI entre 35-40 y 50-55), grave (CI entre 20-25 y 35-40) y profundo (CI inferior a 20-25). Las características de las personas que integran estos grupos guardan mínima semejanza con los de otros grados, por lo que es fundamental distinguir las limitaciones de cada uno de ellos para establecer lineamientos de intervención (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Allen, Katz y Lazcano (2009) coinciden con lo expuesto en el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) acerca de que la DI se clasifica de

acuerdo con una serie de características que se describen a continuación estratificadas por tres grupos de edad: 0-5 años, 6-21 años y mayores de 21 años.

En el grupo de edad de 0 a 5 años, que se considera una etapa de maduración y desarrollo, si hay un grado leve de DI, en general el niño o la niña desarrolla destrezas de comunicación y sociales. Quizá no se distinga en cuanto a su DI, sino hasta llegar a la escolarización. Si se trata de un grado moderado de discapacidad, en esta edad (0-5 años), el niño o la niña pueden hablar o aprender a comunicarse y tendrá algunas dificultades en las habilidades motoras. Con un grado de discapacidad grave, en esta etapa habrá limitaciones marcadas en las habilidades motoras del niño o la niña y una mínima capacidad de lenguaje. Con un grado profundo de DI, en el grupo de edad de 0-5 años habrá un retraso importante, capacidad mínima de funcionamiento en las áreas sensorimotoras y el niño o la niña necesita atención básica.

En el grupo de edad de 6 a 21 años (niñez y adolescencia), que se considera una etapa de adiestramiento y educación, si los niños o los jóvenes tienen un grado leve de DI, pueden aprender destrezas académicas hasta 4o y 5o grados de primaria al llegar a los 18 ó 19 años y puede integrarse con relativa facilidad a la sociedad. Si hay un grado moderado de discapacidad, la persona difícilmente supera los objetivos académicos del 2o grado de primaria. Con un grado grave de discapacidad, la persona en esta etapa de vida puede hablar o aprender a comunicarse y puede aprender hábitos elementales de autocuidado y salud.

Las personas con DI mayores de 21 años entran a una etapa que debe ser de adecuación social y vocacional (aunque la capacitación vocacional puede también empezar en la adolescencia y continuar durante la vida adulta joven). Si en la adultez se tiene un grado leve de discapacidad, se pueden adquirir destrezas sociales y laborales para integrarse a la fuerza laboral con un salario mínimo. Los adultos con un grado moderado de DI pueden ser capaces de mantenerse económicamente en forma parcial en un trabajo manual en condiciones protegidas. Al tener un grado

grave, con una capacitación adecuada, pueden contribuir parcialmente a su mantenimiento bajo supervisión completa. Las personas con un grado profundo, al llegar a la etapa adulta y si recibieron el adiestramiento y capacitación adecuados, tendrán algún desarrollo motor y del lenguaje; asimismo, podrán aprender algunas destrezas de atención personal, aunque usualmente muy limitadas.

1.2.1.4 Evaluación, diagnóstico y tratamiento

Como se ha revisado, la DI debe ser entendida y diagnosticada como un trastorno del desarrollo, pero para brindar la atención profesional adecuada, es fundamental tomar en consideración el nivel intelectual de la persona, su capacidad para adaptarse al medio existente y también la reacción de los padres, las madres y otros familiares ante esta situación. Dado que este tipo de discapacidad no es curable, los objetivos del tratamiento deben enfocarse a la normalización del comportamiento de acuerdo con las normas y reglas que la sociedad determina (Navas, Verdugo y Gómez, 2008).

Para ello es fundamental intervenir lo antes posible, pues al tratarse de una alteración del desarrollo, sólo mediante una intervención temprana se podrá llevar a la persona con DI al máximo de su potencial. Se debe recordar que el proceso de plasticidad cerebral tiene su máximo potencial durante los cinco primeros años de vida y es uno de los factores más importantes para el logro de los objetivos terapéuticos. Además se deberá trabajar con los padres y la familia más próxima (hermanos, abuelos, tíos), para orientarlos con métodos de crianza adecuados para desarrollar patrones de adaptación que conduzcan a una integración social óptima (AAMR, 2002).

Como se ha descrito, las personas con DI no podrán presentar niveles de pensamiento abstracto, los cuales normalmente aparecen al inicio de la adolescencia. Por lo tanto, los objetivos de su educación deberán estar enfocados al desarrollo de habilidades para el logro de una vida autosuficiente en la edad adulta y

no hacia la escolarización. De la misma manera, se deberá promover la interacción entre parejas para crear grupos de pertenencia (específicamente relaciones con personas que tengan el mismo grado aproximado de discapacidad). Es evidente que los resultados obtenidos a través de este tipo de esfuerzo dependerán de la edad de la persona cuando se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento, el nivel de gravedad de la discapacidad, las áreas afectadas y los métodos o técnicas utilizadas para la rehabilitación de estas áreas (Márquez, Zanabria, Pérez, Aguirre, Arciniega y Galván, 2011).

Dependiendo de estos factores, se debe adecuar a cada caso específico, la atención y apoyos necesarios para las personas con DI. Allen, Katz y Lazcano (2009) proponen intervenir, de acuerdo al periodo de desarrollo de la siguiente manera:

En el periodo de la infancia (0 a 2 años) se trabajan las alteraciones del tono muscular y del desarrollo motor (terapia motora), así como las manifestaciones de desintegración sensorial que comúnmente acompañan a las alteraciones motoras a través de una terapia de integración sensorial. En cuanto a las alteraciones propias del desarrollo del lenguaje, se emplea terapia de lenguaje, se trabaja en las alteraciones del tono muscular que afectan la respiración, la fonación y la cavidad bucofacial (terapia de articulación). Asimismo, desde un inicio se debe proceder a la estimulación cognitiva de estos pequeños.

Cuando los niños son diagnosticados después de los dos años y antes de la pubertad, idealmente se deberán utilizar instrumentos que determinen el nivel de maduración de cada una de las áreas del desarrollo y se procede a aplicar las mismas terapias (motora, sensorial, del lenguaje, etcétera), además de promover el desarrollo de las habilidades perceptuales, con las alteraciones de discriminación auditiva (procesamiento fonológico) y con las habilidades para el aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas, etc.) utilizando técnicas similares a las que manejan en psicopedagogía en la etapa infantil con quienes presentan problemas de aprendizaje (dislexia, etcétera). En este grupo es frecuente observar alteraciones de

la conducta que a menudo son las que motivan a los padres a buscar asesoría profesional; por tal motivo se deberá incluir la terapia conductual, siempre y cuando no esté basada en técnicas aversivas que promuevan miedo en lugar de aprendizajes significativos. Por último, es primordial empezar con el desarrollo de las habilidades para la vida independiente que doten a la persona con DI de los elementos necesarios para la autosuficiencia.

Aunque es poco frecuente, llega a suceder que asistan a consulta adolescentes que presentan problemas de aprovechamiento académico o conductuales, quienes no han sido previamente diagnosticados; lo más probable es que se trate de personas con inteligencia limítrofe y que al entrar a la secundaria no logren cubrir las demandas de materias que requieren del pensamiento abstracto (matemáticas, física, química, etcétera).

En ese sentido la inteligencia limítrofe, es diferente de la DI y se define como aquella que presentan personas con puntajes de coeficiente intelectual entre 71 y 85, y quienes pueden funcionar de manera independiente sin asistencia institucional o capacitación especial. Las personas con inteligencia limítrofe no se consideran personas con una discapacidad y por ende no suelen recibir servicios de educación o servicios sociales de apoyo (López-Ibor y Valdés, 2002). Hasta principios de los años 1980 eran considerados como personas con DI, pero por no presentar problemas de adaptación fueron excluidos de dicha categoría. Sin embargo, esta población experimenta discriminación, sobre todo cuando se encuentran en las zonas urbanas, ya que los programas escolares y laborales están diseñados para personas con un CI normal promedio, lo que hace muy difícil que puedan cubrir dichas expectativas. Además, por su nivel de funcionalidad, se percatan perfectamente de sus limitaciones, lo que les genera gran sufrimiento con tendencias importantes hacia la depresión. La mayor prevalencia de este grupo se encuentra en las zonas rurales, y el factor causal más importante es la herencia familiar; por lo tanto, dicha condición no genera mayores conflictos tanto a las personas con DI como a sus familiares o

demás personas, ya que las expectativas sociales y familiares van de acuerdo con sus habilidades (Katz, Rangel y Lazcano, 2008).

Para este grupo, así como para las personas con DI, se debe recomendar el ingreso a un programa orientado hacia la vida independiente. Estos programas deberán abarcar las áreas necesarias para el logro de una vida de autosuficiencia parcial o total, como son: área académico-práctica, programa de integración a la comunidad, habilidades para el manejo doméstico, manejo personal y sexualidad. De igual manera, deberá disponerse de un programa prevocacional para el desarrollo de habilidades para el trabajo, así como crear oportunidades que propicien la integración al mercado laboral (Márquez, *et al.*, 2011).

A partir del concepto de niveles de gravedad previamente analizado (leve, moderado, grave y profundo), se puede deducir que no existe un cuadro clínico específico de la DI; cada uno de los niveles para cada grupo tiene sus propias características clínicas. La sintomatología se relaciona íntimamente con los procesos específicos del desarrollo sensoriomotriz, del lenguaje y del desarrollo cognitivo, entre otros. En la medida en que la discapacidad sea más leve, la sintomatología será menos evidente (Katz, Rangel y Lazcano, 2008).

En lo que se refiere al tratamiento farmacológico de la DI, éste se utiliza principalmente para tratar las comorbilidades tales como epilepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), esquizofrenia y parálisis cerebral infantil, y es específico para cada una de ellas de acuerdo con los criterios que se siguen para estos trastornos, tanto en psiquiatría como en neurología (López-Ibor y Valdés, 2002).

Las personas que sufren DI se encuentran en un grado de vulnerabilidad mayor para el desarrollo de patología psiquiátrica. Actualmente existen estadísticas

que comprueban que esta población presenta dos a tres veces más trastornos del estado anímico, ya sea de ansiedad, depresión o de conducta, que las personas sin DI. Esta vulnerabilidad les lleva con frecuencia a presentar cuadros psicóticos secundarios al estrés que experimentan cuando las demandas sociales, familiares y escolares sobrepasan sus habilidades (Vite, 2012).

Como se revisó a lo largo de todo el capítulo, la adolescencia (se presente con un desarrollo sano o alterado) es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto cuando no se sufre algún grado de DI. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones y enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) y Virus del Papiloma Humano (VPH).

También experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental, puesto que los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo.

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender

conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual, ahora imaginemos las dificultades que enfrenta un adolescente con algún grado de DI. Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo como las ya mencionadas.

Independientemente de su condición, sea sana o con algún grado de DI, los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan dificultades.

En el siguiente capítulo se abordaran los principales conceptos referentes a la sexualidad, no sólo de los adolescentes sino de la personas en general. Se analizaran las condiciones que permean la educación sexual a nivel global y específicamente en México, así como su estado actual, además de identificar las principales limitantes y tabúes que rodean a una dimensión tan importante como lo es la sexualidad.

2. EL DESARROLLO Y EDUCACIÓN PSICO-SEXUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL CONTEXTO MEXICANO

2.1 Diferencia entre sexo y sexualidad

Es importante señalar que para entender el tema de la sexualidad humana, se debe en primer lugar distinguir entre sexo y sexualidad. En ese sentido el término sexo se refiere a algo que viene dado, a la carga genética que determina el sexo biológico y clasifica a los seres humanos en dos grandes grupos: masculino o femenino, en lo que suele ser la primera distinción que se le hace a una persona; así mismo también se alude con este término a la práctica sexual (Rivera, 2008).

La sexualidad refiere, en cambio, al conjunto de relaciones que los individuos establecen entre sí y con el mundo por el hecho de tener un cuerpo sexuado. Un aspecto esencial de ella es el impulso o deseo erótico, ésta es una emoción básica presente desde la primera infancia, que moviliza a la búsqueda de placer, al contacto y a la vinculación “amorosa” con el mundo y con los demás. Las características de la sexualidad serán descritas con mayor precisión en el siguiente apartado (Mella, 2012).

Ahora bien, el sexo no predetermina una manera específica de ser, actuar o sentir, no hay una sola manera correcta de ser mujer u hombre sino que existen diversidad de maneras de vivir y actuar como uno u otra. A esta experiencia personal de vivir en un cuerpo sexuado en femenino o en masculino y al significado que cada cual le otorga a esta experiencia, se le denomina diferencia o identidad sexual, ésta no es lo mismo que el género cuyas características refieren a los estereotipos que han diferenciado a lo masculino y a lo femenino, y cuyas conceptualizaciones se describen más adelante (Rivera, 2008).

Otro concepto importante es el de roles sexuales, los cuales refieren a aquellas capacidades que se tienen, precisamente, por ser hombres o mujeres. Así por ejemplo, la lactancia y el embarazo son roles sexuales femeninos, mientras que entre los roles sexuales masculinos se encuentran la capacidad de erección del pene y la capacidad de embarazar a una mujer (Mella, 2012).

2.1.1 Definición y características de la sexualidad

De acuerdo con la OMS, la sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, sin embargo, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre (Mella, 2012).

A partir de esta definición se interpreta que la sexualidad es esencial, constitutiva e inherente a todos los humanos, independientemente de su condición física o mental. Toda persona vive en un cuerpo sexuado, por lo que su sexualidad se vivencia y expresa desde que está en el útero hasta que muere. Es importante resaltar que no sólo implica la relación sexual, como comúnmente se piensa, sino que también involucra las dimensiones afectivas, emocionales, biológicas, psicológicas, sociales, culturales, éticas, legales, históricas y espirituales, presentes de manera diferenciada en todo el ciclo vital de la persona y que la hacen desempeñarse y relacionarse con una determinada identidad (Mella, 2012).

Como se puede observar la sexualidad incorpora muchos aspectos de lo que se es como persona. Tiene que ver no sólo con tener un cuerpo sexuado o con la capacidad de reproducirse, sino con cómo se siente la persona con ese cuerpo sexuado, es decir, cómo se relaciona con lo que se cree y se siente acerca de ser hombre o mujer, así como con los papeles y expectativas asociados a esas

creencias y sentimientos. Involucra además las conductas, interacciones y relaciones que se tienen con las demás personas, sean del mismo sexo o del sexo opuesto y con la capacidad de sentir y producir placer sexual. La sexualidad es también un proceso de aprendizaje que se desarrolla a través de la vida, y forma parte activa e inseparable de la persona humana (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

La sexualidad no viene dada naturalmente, como el sexo por ejemplo, más bien es un proceso contingente que se moldea a través de cómo nos relacionamos con nuestro entorno a partir de ser hombre o de ser mujer, es un proceso intra e interpersonal. No existe una forma de sexualidad natural biológicamente dada, a partir de la cual se expliquen conductas normales, preferencias sexuales, patologías o desviaciones. Hay un abanico de posibilidades sexuales, diferencias y singularidades que dan lugar a diferentes prácticas, comportamientos, orientaciones, opciones e identidades sexuales, lo que sugiere que la sexualidad es cuestión de relaciones personales e interpersonales y culturales (Rivera, 2008).

Partiendo de esto, Medina (2005) menciona que en la sexualidad participan diversos componentes: el vincular, el erótico, el corporal, el ético y el cognitivo:

- **Componente vincular:** se refiere a la forma en que la persona se relaciona con los otros y consigo mismo a partir de la sexualidad, es decir, cómo influye ésta en las relaciones que establece la persona. Trata además sobre la capacidad de conocer las necesidades y deseos propios, así como de comprender los de la otra persona; incluye la existencia de espacios para compartir tristezas, logros, alegrías y preocupaciones, para lo que resulta fundamental conocerse a uno(a) mismo(a) y aprender a comunicar lo que uno(a) piensa, siente y desea.

- **Componente erótico:** comprende lo relacionado con el desarrollo de afectos, sentimientos amorosos, conductas de seducción que buscan a través del cuerpo y de los diferentes sentidos, la obtención de placer con otros o con uno(a) mismo(a). Contempla la posibilidad de poder disfrutar sin culpa y sin vergüenza. Su vivencia no

se limita a la relación sexual genital o coital, pues también puede experimentarse en otras actividades, como por ejemplo el baile o danza, la música, la comida, el viajar, etc.

- **Componente corporal:** abarca los procesos fisiológicos que se dan en el cuerpo que sirven de base para la expresión y vivencia de la sexualidad en su sentido más amplio, así como la capacidad que tenemos para sentir placer. Esto significa que el cuerpo es un instrumento de comunicación, un medio para la expresión de los afectos, emociones e ideas, un medio para lograr acercarse a sí mismo y al otro. Si logramos conocer y aceptar nuestro propio cuerpo, así como aprender a valorarlo, podremos aceptar y valorar el cuerpo de aquella persona que apreciamos, además de lograr que esta persona acepte y valore el nuestro.

- **Componente ético:** consiste en la posición valórica relacionada con la responsabilidad y el respeto que se asume frente a la sexualidad con sí mismo o misma y con los otros. Se relaciona con el respeto por los valores y deseos, tanto de uno(a) como del otro (a), por lo que conlleva a no engañarse ni engañar a la otra persona. Implica prevenir riesgos de adquirir o contagiar enfermedades de transmisión sexual y prevenir embarazos no deseados, entre otras implicaciones relacionadas directamente con la educación del individuo.

- **Componente cognitivo:** comprende los procesos de pensamiento y reflexión que se generan en el ser humano frente a la vivencia de la sexualidad, pasando en la adolescencia de un pensamiento concreto, uncausal y que no cuestiona, a un pensamiento más abstracto, capaz de generalizar, reflexionar e integrar. Es importante estar siempre atento a dichos pensamientos y reflexiones, sobre todo al trabajar con adolescentes, de manera que las personas puedan reconocerlos, cuestionarlos y asumir una posición crítica frente a ellos, lo que permitiría a las personas darse cuenta de cómo afectan su vida sexual, positiva o negativamente, y que tan objetivos y racionales son dichos pensamientos y reflexiones.

Dentro de las implicaciones que conlleva la sexualidad humana existe vinculación con una serie de conceptos que son necesarios comprender para entender todas y cada una de sus dimensiones, así como sus componentes. Se abordaran con mayor precisión los conceptos de género, roles e identidad de género, salud sexual así como salud reproductiva.

2.1.1.1 Género

Referente al género, Rivera (2008) lo define como la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo, ya sea masculino o femenino; dicho de otra manera lo que significa ser hombre o mujer en la sociedad a la que se pertenezca. El autor comenta que la teoría de los géneros, propia de las sociedades patriarcales, establece atributos y roles diferenciados rígidamente para los hombres y para las mujeres, perpetuando relaciones particulares de poder entre hombre y mujer, además de la connotación de las características adscritas a lo “masculino” (actividad, racionalidad, voluntad, etc.) como más importantes o valiosas en relación a lo “femenino” (receptividad, pasividad, emocionalidad). La actitud caracterizada por el menosprecio y desvalorización de lo que son y hacen personas de un determinado sexo, se llama sexismo (Cruz, 2004).

2.1.1.2 Roles e identidad de género

De esta manera Rivera (2008) y Cruz (2004), coinciden al establecer que las identidades y roles de género se construyen a través de la socialización que se recibe desde la infancia, es decir, se aprende que si se es varón no está bien visto llorar; que por entretenido que pueda ser no se espera del niño que juegue a la casita o a cocinar y mucho menos que juegue con muñecas (aunque se vaya a ser padre en el futuro); que las armas, el fútbol, los autos, eso sí es propio de un hombre; y que es aceptable que se resuelvan los problemas a golpes. Si se es mujer en cambio, se tiene permiso para llorar, aunque a dicho llanto no se le dé mucha importancia porque las mujeres son “lloronas” (de hecho a los niños cuando lloran se les dice

“mujercitas” o “maricones” como insulto); que no está bien expresarse muy efusivamente, que se debe ser “tranquila y señorita”; que hay que aprender las tareas del hogar, no porque sea necesario para la propia autonomía o para cooperar con la familia, sino para realizarse en ello, para lo que se le regalan a las niñas tacitas, platos, escobas aunque quizá ella prefiera una bicicleta o un balón para practicar algún deporte. Así, la existencia de los estereotipos de género niega la complejidad y la diversidad humana, y condicionan relaciones sociales de dominación y desigualdad entre hombres y mujeres, restringiéndolos a ambos en sus posibilidades de expresión y desarrollo pleno.

En ese sentido, Cruz (2004) menciona que la diferencia sexual no tiene porqué implicar desigualdad, tanto mujeres como hombres, deben tener la posibilidad de participar y acceder libremente al desarrollo de capacidades y características propias de los seres humanos, independientemente de su sexo. Una niña que prefiere andar en bicicleta es tan niña como otra que prefiere jugar a las muñecas, un niño que expresa sus emociones es tan niño como otro al que le han enseñado que “llorar no es cosa de hombres”. Afortunadamente siempre ha habido mujeres y hombres que se han atrevido a ir más allá de estos estereotipos de género al cuestionar y deconstruir dichos estereotipos y han posibilitado que hoy en día en algunas sociedades se puedan vivir estos roles de manera más amplia, flexible y menos desigual.

2.1.1.3 Salud sexual y salud reproductiva

Fuertemente relacionados con el concepto de sexualidad y con los comportamientos de las personas en torno a la misma, están los conceptos de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Así, el concepto de Salud Sexual, que surgió en 1975 respaldado por la OMS, se refiere a la integración de los elementos somáticos, emocionales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación, y el amor (Muñoz y Urán, 2014).

Por su parte, Salud Reproductiva es un concepto bastante reciente que se remonta a una serie de discusiones promovidas por la OMS alrededor del año 1993, sobre políticas de población y planificación familiar, y que plantea un cambio respecto a las concepciones tradicionales de salud. En esta nueva propuesta trata de que las personas tengan o se les posibilite la capacidad para reproducirse en el momento que consideren oportuno, que las parejas o mujeres que así lo decidan puedan tener un embarazo, parto y puerperio de evolución satisfactoria y que los niños vivan y se desarrollen en un ambiente saludable. Esto implica el reconocimiento del derecho de las personas para acceder a una sexualidad plena y enriquecedora, como un elemento de bienestar personal y familiar. Implica, del mismo modo, que cuando optan libre y responsablemente por el ejercicio de relaciones sexuales, éstas sean mutuamente gratificantes y no se distorsionen por el temor a un embarazo no deseado o al de una enfermedad de transmisión sexual. (Muñoz y Urán, 2014).

2.1.1.4 Relaciones sexuales: Concepto y dimensiones

Las relaciones sexuales se encuentran fuertemente vinculadas al concepto de sexualidad humana, de hecho están implícitas en todas las relaciones humanas, entre mujeres, entre hombres, así como entre ambos sexos, partiendo de la premisa de que somos seres sexuados y en gran cantidad de aspectos y situaciones nos relacionamos a partir de nuestro sexo.

Esto significa que las relaciones sexuales van mucho más allá de las relaciones genitales o coitales, es decir, de las relaciones mediatizadas por el sexo biológico genital, lo cual resulta contrario a equiparar la relación sexual con la relación coital o genital, ya que estas últimas constituyen solo una de las variantes de las relaciones sexuales (Rojas, Castro, Villalobos, Allen-Leigh, Romero, Braverman-Bronstein y Uribe, 2017).

Al trascender la dimensión biológica genital, las relaciones sexuales participan en las relaciones sociales, al punto que incluso se han llegado a convertir en relaciones de poder, en donde hay alguien que ejerce el poder y que domina, y otro u otros son sumisos y dominados. Esta intromisión del poder en las relaciones sexuales se debe a la estructura patriarcal que impera aún en nuestra sociedad, intromisión que muy difícilmente va a aportar algo positivo al desarrollo de la relación sexual, pues tergiversa la naturaleza y los fines de la misma (Rojas, *et al.*, 2017).

2.1.1.4.1 Relaciones sexuales genitales

Referente a la genitalidad, Mineduc (2006) menciona que ésta comprende lo mediatizado por el sexo genital interno (trompas de Falopio, útero y vagina en la mujer y próstata, vesículas seminales y conductos deferentes en el hombre) y externo (clítoris, labios menores, labios mayores y entrada vaginal en la mujer y pene y escroto con testículos en el hombre), es decir, las relaciones sexuales genitales, abarcan las vivencias de las relaciones con otros u otras por medio del contacto con genitales.

Pese a relacionarse con elementos de orden biológico, las relaciones sexuales genitales no se limitan a aspectos de orden meramente biológico-genital, sino que también conllevan el hecho de que por medio de los órganos genitales, la persona puede experimentar vivencias de cercanía afectiva y placer corporal con otros u otras (Rivera, 2008).

Muchas personas consideran que la genitalidad es igual a la sexualidad, visión que resulta limitada y reducida, pues la genitalidad es solo una de las diferentes dimensiones que componen la sexualidad. Una forma particular de experimentar vivencias a partir de la genitalidad, consiste en la masturbación, ya que permite a los y las adolescentes ir asumiendo poco a poco y no de golpe la sexualidad genital (Medina, 2005).

2.1.1.5 La masturbación

Es importante destacar el papel de la masturbación, ya que durante la adolescencia se entra en contacto con un nuevo cuerpo, un cuerpo que cambia, que crece y se desarrolla, generando en los adolescentes curiosidad hacia su cuerpo, por lo que es muy común que se explore el mismo. La actividad masturbatoria cumple con diferentes funciones psicobiológicas. Medina (2005) las divide en: 1) Psicosexual, que permite identificar patrones de excitación de la propia respuesta sexual, facilita el descubrimiento de la identidad sexual, potencia la autoconfianza en el rendimiento sexual, y representa una válvula de escape de la tensión y la ansiedad; 2) Biológica, que consiste en aliviar la tensión sexual y constituye una forma segura de experimentación sexual que promueve el conocimiento y control de los impulsos sexuales; y 3) Social, donde se prepara una persona para tener relaciones sexuales en pareja, hasta que psicológicamente se sienta confiado para hacerlo con mayor seguridad del cuidado propio y ajeno. Este aprendizaje transcurre en un ambiente más relajado, ya que no tiene que estar pendiente de la pareja y preocupado/a por que le evalúen o juzguen.

Al igual que el ejercicio, la masturbación tiene la función de reducir el estrés y tensión. Además, mediante diversas técnicas, se emplea como método terapéutico en disfunciones sexuales y para mejorar la respuesta sexual. Por ello, no sólo es una práctica muy natural, sino también muy benéfica.

Sin embargo, a pesar de las importantes funciones que desempeña la actividad masturbatoria, todavía gran cantidad de personas siguen viéndola como una desviación o trastorno de la conducta sexual, capaz de producir problemas mentales y físicos. Esta visión hace que en los adolescentes se produzcan sentimientos de culpabilidad, afectando negativamente la posibilidad de disfrutar esta vivencia profundamente autoerótica y benéfica (Mella, 2012).

A partir de lo anterior, Medina (2005) menciona que existen algunas situaciones donde la masturbación puede ser problemática. Por ejemplo, si por

practicarla, el o la adolescente se aísla de las personas y actividades que le rodean; si le dificulta o imposibilita establecer y mantener relaciones íntimas con otro/a, como en una relación de pareja; si la persona desarrolla una necesidad de masturbarse en sitios públicos; o si su práctica es muy frecuente o físicamente agresiva, al punto que provoque un daño a sus genitales y sin embargo la persona sigue haciéndolo o no puede dejar de hacerlo. Para dicho autor, la masturbación no es en sí el problema, sino que este se da cuando se asocia la práctica masturbatoria con algún problema o patología que ya existía antes de que el adolescente iniciara con esta práctica.

De esta manera, la masturbación constituye una actividad que le permite a los adolescentes conocer la anatomía y funcionamiento de sus genitales, liberar las tensiones sexuales acumuladas y prepararse para las relaciones genitales en pareja (Mella, 2012).

2.1.1.6 Toma de decisiones responsable e informada

El concepto y proceso de toma de decisiones responsable no consiste simplemente en tomar una decisión, sino que busca que la misma haya sido tomada bajo un proceso reflexivo, en el cual el adolescente pueda llegar a decisiones adecuadas, al analizar los distintos elementos que participan en la situación que debe resolver y las consecuencias que tendrá dependiendo de la decisión que tome. Esto resulta particularmente importante en la adolescencia, pues la velocidad y cantidad de cambios y de información a los que se enfrentan las y los adolescentes pueden llegar a confundirlos, al punto que afecte su capacidad de tomar decisiones, pudiendo hacer elecciones que no son las más convenientes para ellos y ellas (Rojas, *et al.*, 2017).

En el ámbito de la sexualidad, la toma de decisiones responsable se convierte en una herramienta que permitirá a los adolescentes un mayor disfrute y aprovechamiento de su sexualidad, reduciendo tanto su exposición a riesgos como

su emisión de conductas de riesgo, al desarrollar una buena capacidad de análisis de las situaciones que vive.

2.1.1.7 Comunicación

Para este caso se empleará el concepto de la comunicación asertiva, la cual alude a la necesidad de las personas de escuchar y comprender, así como de ser escuchado y comprendido, en relaciones mediatizadas por el respeto mutuo. Complementariamente, el concepto parte de la necesidad de que las personas que participan en la comunicación mantengan sus roles (por ejemplo, el padre o la madre en los roles correspondientes -no en el del amigo o amiga-, el hijo y la hija en los suyos), es decir, la comunicación asertiva no busca una renuncia al rol que desempeñan aquellos y aquellas que se comunican. De hecho, el mantenimiento de los roles es, en muchos casos, fundamental y necesario para la construcción de relaciones positivas que contribuyan al desarrollo integral de los seres humanos (Rojas, *et al.*, 2017).

La adolescencia da la posibilidad de observar múltiples situaciones en donde resultan fundamentales tanto el mantenimiento del rol por parte de los diferentes actores sociales, como la puesta en práctica de un estilo de comunicación asertiva. Por ejemplo, los padres no deben olvidar su papel como figuras que deben poner límites a ciertas conductas de sus hijos, siempre y cuando no violen la integridad personal de estos (Rivera, 2008).

Con frecuencia se ha visto que, los mayores inconvenientes y dificultades radican en el estilo de comunicación que asumen y reproducen las personas. De esta manera, independientemente del rol que ejerce la persona, si asume un estilo conflictivo, ya sea agresivo, descalificador, confuso o excesivamente poco expresivo, la comunicación se verá afectada negativamente por el mismo.

Es precisamente con estos estilos poco asertivos e irrespetuosos con los que rompe la comunicación asertiva, la cual busca que las personas asuman y

reproduzcan un estilo más constructivo, en donde los diferentes participantes de un proceso de comunicación, independientemente de su rol, puedan expresarse con libertad, claridad y respeto, aspectos fundamentales para la buena marcha de la comunicación humana (Rojas, et al., 2017).

Al hablar de sexualidad, es muy importante estimular en los adolescentes este estilo de comunicación pues, por las particularidades de la etapa que se encuentran viviendo, pueden surgir en ellos y ellas muchos temores, preguntas y concepciones que pueden no ser adecuadas y los orienten a tomar malas decisiones, pero que por medio de la comunicación asertiva podrían encontrar soluciones y respuestas que les permitan un desarrollo de bienestar y satisfacción. Resulta conveniente resaltar la importancia de que aquellas personas que tienen un contacto cercano con los adolescentes (padres, docentes, familiares y amigos), se comuniquen con ellos y ellas desde este estilo, pues su apoyo, escucha y consejo pueden ser claves para evitar que se expongan a riesgos innecesariamente (Mella, 2012).

Esto aplica, también, a la comunicación en las relaciones de pareja de los adolescentes, pues con frecuencia están mediatizadas por los tabúes y mitos sobre la sexualidad y por los estereotipos de género, quitándoles el derecho a la expresión abierta y sincera. Por ejemplo, los discursos que insisten en que el hombre no debe expresar sus sentimientos en la relación de pareja y que la mujer no debe hablar sobre sus deseos sexuales. Es por ello que resulta fundamental promover la comunicación entre las parejas adolescentes, sobre sus deseos, sus preferencias, sus decisiones, sus sentimientos, sus sueños. Aquí, cabe resaltar la importancia de la comunicación no únicamente en cuanto a las relaciones sexuales coitales, sino que en cuanto a lo que la sexualidad integral se refiere (Rojas, *et al.*, 2017).

2.1.2 Importancia de la sexualidad en la vida de las personas con DI

De acuerdo con Godoy, Riquelme, Salazar y Matus (2007) existe amplio consenso en que desde el punto de vista de las necesidades fisiológicas y afectivas

las personas con DI son iguales a las demás, pero hay puntos de vista que aportan evidencia respecto de la especificidad que asume la vivencia de la afectividad y sexualidad de dicha población. Los autores los puntualizan de la siguiente forma:

- Tienden a ser más desinhibidos/as en la forma de iniciar y llevar a cabo la exploración del cuerpo y los que tienen más dificultades para integrar racionalmente la información que se les entrega, presentan rasgos más exagerados y con dificultades para establecer límites respecto de los lugares y oportunidades en que cabe realizar estas exploraciones.

- Experimentan con mucha 'normalidad' la aparición y maduración del interés sexual. Los códigos con los cuales enfrentan su experiencia erótica o amorosa ocurren más desde la naturalidad de los episodios, que desde categorías que las califiquen como "buenas" o "malas" conductas.

- Reaccionan desde la espontaneidad, el juego y la realización, pero no son capaces de discriminar conductas riesgosas o transgresoras de su intimidad o la de otros u otras. La dificultad para poner límites los vuelve vulnerables, tanto entre pares como potencialmente respecto de otros u otras que puedan vincularse con su cuerpo.

- Su capacidad de comunicar intereses y determinar expectativas respecto de sí y de los otros y otras, está fuertemente influida por el tipo y grado de discapacidad. Dependerá de las facultades analíticas y comunicativas básicas con las que cuente la persona con DI así como de la capacidad de manifestar inquietudes y proyectarlas a su contexto.

- A nivel de las relaciones interpersonales y las pautas de convivencia cotidiana, no es posible describir categóricamente el comportamiento de niños, niñas y jóvenes con DI en el ámbito de la sexualidad y la afectividad, ya que son diferentes

en la forma de actuar e involucrarse en dicho ámbito y no necesariamente implican conductas problemáticas.

- La necesidad de tener experiencias sociales basadas en vínculos significativos afectivos y sexuales—, no se extingue por tener una discapacidad. Por el contrario, la posibilidad de construir vínculos singulares y la incorporación del concepto del otro para definir la propia identidad, se vuelven elementos cruciales para lograr su integración al medio. Entre más normal e integrativo sea nuestro trato con ellos y ellas mejor será su adaptabilidad a las demandas del medio.

La diversidad y la heterogeneidad de las personas con DI no solamente debe ser vista en función de qué tan limitados están estructuralmente, para organizar expectativas y necesidades, comunicarlas de manera coherente y determinar cursos razonables de acción, más bien debe de existir una visión constructiva donde estas diferencias permitan visualizar que existen aquellos que están en perfectas condiciones de iniciar procesos de aprendizaje, demandar e integrar información y aprovechar las oportunidades de acompañamiento tutorial que otros significativos (padres, docentes, etc.) puedan efectuar para orientarlos/as en su comportamiento y generar factores protectores o de reducción de riesgos (Mella, 2012).

2.2 Implicaciones de la educación sexual

2.2.1 La educación sexual a nivel mundial

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO (2014) en el informe de Seguimiento de la “Educación Para Todos en el Mundo” de ese mismo año, señala que la población joven es numerosa y está creciendo, por lo que el bienestar y la prosperidad de los jóvenes dependen más que nunca de las competencias que la educación y la capacitación pueden ofrecerles. No satisfacer esta necesidad es una pérdida de potencial humano, ya que las competencias de los jóvenes nunca han sido tan vitales y ahora mismo la educación no estriba sólo en velar por que todos los niños puedan asistir a

la escuela, sino que también trata de preparar a los jóvenes para la vida, dándoles oportunidades de encontrar un trabajo digno, de ganarse la vida, de contribuir a sus comunidades y sociedades y desarrollar su potencial. Así mismo, este concepto de bienestar incluye también la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, por lo que resulta importante dotarlos de una educación integral de la sexualidad.

Los problemas sociales y económicos de estos últimos años han llevado a que la atención esté puesta en las posibilidades de adquisición de competencias y aprendizajes de que disponen las personas jóvenes. Estas competencias no se adquieren únicamente en las escuelas, sino que se espera que a través de las diversas experiencias que se viven a diario en los múltiples contextos los niños, niñas y jóvenes puedan abstraer los aprendizajes obtenidos a partir de ello y aplicarlos constantemente para mejorar su calidad de vida (UNESCO, 2014 y Rojas, *et al.*, 2017).

De acuerdo con los objetivos de la Educación para Todos que se establecieron en Dakar en el año 2000 (UNESCO, 2014), no se ha logrado del todo un acuerdo a nivel internacional sobre lo que constituye un adelanto en materia de acceso equitativo a un aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa, y tampoco se ha consensuado un conjunto coherente de indicadores para su comparación en el plano internacional. Conforme a lo señalado por la UNESCO (2014) todo objetivo internacional de fomento de aptitudes establecido a partir del 2015 debe ser definido de modo más preciso, incorporando los objetivos de aprendizaje en los currículos relevantes y determinando claramente el modo en que puedan medirse los logros de aprendizaje y las competencias principales.

La UNESCO (2014) también destaca que muy pocas personas jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual, haciéndolos potencialmente vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planeado así como a las infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades de transmisión sexual (ETS) y Virus del Papiloma Humano (VPH).

En ese sentido, son muchas las personas jóvenes que llegan a la adultez con mensajes contradictorios y confusos sobre el género y la sexualidad. Esto se ve exacerbado por sentimientos de vergüenza y actitudes de silencio y desaprobación por parte de personas adultas (padres, madres y docentes) ante la posibilidad de abrir una discusión sobre temas sexuales, además de que en muchos lugares del mundo las personas jóvenes inician su actividad sexual a una edad temprana (Rivera, 2008 y Mella, 2012). Como se revisó en párrafos anteriores, la importancia de entregar a las personas jóvenes conocimientos y habilidades que les permitan hacer elecciones responsables en sus vidas es un tema de creciente preocupación en todos los países.

Una educación integral de la sexualidad debe ser capaz de desarrollar habilidades o capacidades con base en información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona. Su implementación debe ayudar a poner en práctica competencias esenciales para la comunicación asertiva y la toma de decisiones responsables relacionadas al ejercicio de la sexualidad a lo largo de la vida de cualquier individuo, incluyendo sus opciones reproductivas (Rojas, *et al.*, 2017).

La UNESCO (2017) menciona algunas cifras referentes a la juventud a nivel mundial:

- El mundo de hoy tiene la generación más grande de gente joven menor de 25 años de la historia, que llega a 3 mil millones de personas, o 43% de la población mundial. Casi la mitad (1.2 mil millones) de esta población son adolescentes (10-19 años).
- La mayoría de jóvenes (87%) se concentra en los países en desarrollo, muchos viven en condiciones de pobreza, con derechos, oportunidades y

opciones restringidas, así como con un acceso inadecuado a una educación de calidad, servicios de salud y empleo.

- Aproximadamente el 45% de las nuevas infecciones de VIH se producen en la población entre 15 y 24 años de edad.
- En más de sesenta países se demuestra que solo el 40% de los varones y el 38% de las mujeres entre los 15 y 24 años poseen un conocimiento exhaustivo y científicamente riguroso sobre el VIH y su prevención.
- A nivel mundial, las personas jóvenes continúan exhibiendo altas tasas de ITS. Anualmente no menos de 111 millones de nuevos casos de ITS curables se detectan en la población entre 10 y 24 años.
- En el mundo, el 11% de los nacimientos corresponde a madres adolescentes entre quienes la tasa de mortalidad materna es más alta que entre mujeres mayores.
- El virus del papiloma humano (VPH) causa cáncer de cuello de útero, ocupa el cuarto lugar entre los tipos más comunes de cáncer que afectan a mujeres, con un número estimado de 266 000 muertes y unos 528 000 nuevos casos en 2015. La gran mayoría (alrededor del 85%) de esas muertes se produjeron en las regiones menos desarrolladas, donde es el causante de casi el 12% de todos los cánceres femeninos.

2.2.2 Educación en México: Nuevo modelo educativo

El Nuevo Modelo Educativo parte de una visión clara de los fines que debe tener la educación en el siglo XXI, y refrenda los principios que la Constitución establece en su Artículo 3° y que la Ley General de Educación desarrolla en sus Artículos 7° y 8°, al igual que los Artículos 57°, 58° y 59° de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, ya que en un mundo cada vez más

interconectado, complejo y desafiante, existen numerosos retos para construir un México más libre, justo y próspero. En este contexto, la educación presenta una gran oportunidad para que cada mexicana y mexicano, y por ende nuestra nación, alcancen su máximo potencial. Para lograrlo, la educación debe buscar la formación integral de todas las niñas, niños y jóvenes, al mismo tiempo que cultive la convicción y la capacidad necesarias para contribuir a la construcción de una sociedad más justa e incluyente. El propósito de la educación básica y la media superior es contribuir a formar ciudadanos libres, participativos, responsables e informados, capaces de ejercer y defender sus derechos, que participen activamente en la vida social, económica y política de México y el mundo (Nuño, Granados, Jara, Tuirán, Treviño y Gómez, 2017).

Particularmente, se estableció como mandato que la educación que imparte el Estado sea de calidad, de tal manera que los materiales y métodos educativos, la organización escolar, la infraestructura educativa, y la idoneidad de los docentes y los directivos garanticen el máximo logro de aprendizaje de los educandos, incorporando la evaluación como una herramienta clave para la mejora continua. Asimismo la educación ha de conjugarse con la equidad, es decir, todos los estudiantes, sin importar su origen, género, condición socioeconómica, o discapacidad alguna, deben adquirir los conocimientos, habilidades, actitudes y valores necesarios para integrarse y participar activamente en la sociedad (Nuño, *et al.*, 2017).

A partir de un enfoque humanista, y con base en hallazgos de la investigación educativa, se introducen las directrices del nuevo currículo de la educación básica (desde preescolar y hasta bachillerato), el cual se concentra en el desarrollo de aprendizajes clave, es decir, aquellos que contribuyen al desarrollo integral de los estudiantes y que les permiten aprender a lo largo de la vida. Adicional a los campos de la formación académica, se incorpora el desarrollo personal y social de los estudiantes como parte integral del currículo, con énfasis especial en el desarrollo de las habilidades socioemocionales. Al mismo tiempo, se otorga a las escuelas un

margen inédito de autonomía curricular, con lo cual podrán adaptar los contenidos educativos a las necesidades y contextos específicos de los estudiantes y su contexto. Finalmente, para la educación media superior se diseñó un proceso de actualización a fin de que el Marco Curricular Común tenga una mejor selección de contenidos y se concrete en el desarrollo de los aprendizajes clave (Nuño, *et al.*, 2017).

Así mismo Nuño y colaboradores (2017) plantean concebir al docente como un profesional centrado en el aprendizaje de sus estudiantes, que genera ambientes de aprendizaje incluyentes, comprometido con la mejora constante de su práctica y capaz de adaptar el currículo a su contexto específico. Para lograrlo, se plantea el Servicio Profesional Docente como un sistema de desarrollo profesional basado en el mérito, anclado en una formación inicial fortalecida, con procesos de evaluación que permiten ofrecer una formación continua, pertinente y de calidad.

De manera más específica, Nuño y colaboradores (2017) establecen que todo egresado de la educación obligatoria debe ser una persona que:

- Se exprese y comunique correctamente, de forma oral y escrita, con confianza, eficacia y asertividad, tanto en español como en una lengua indígena, en caso de hablarla; sepa identificar ideas clave en textos para inferir conclusiones; sea capaz de comunicarse en inglés; emplee el pensamiento hipotético, lógico y matemático para formular y resolver problemas cotidianos y complejos; tenga la capacidad de análisis y síntesis; sepa argumentar de manera crítica, reflexiva, curiosa, creativa y exigente; se informe de los procesos naturales y sociales, de la ciencia y la tecnología, para comprender su entorno; sea competente y responsable en el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación; y tenga la capacidad y el deseo de seguir aprendiendo de forma autónoma o en grupo durante el transcurso de su vida.

- Se conozca y respete a sí misma, asuma y valore su identidad, reflexione sobre sus propios actos, conozca sus debilidades y fortalezas, confíe en sus capacidades, sea determinada y perseverante; reconozca como iguales en dignidad y en derechos a todos los seres humanos, y sea empática al relacionarse con otras personas y culturas; sepa trabajar en equipo y tenga capacidad de liderazgo; en la solución de conflictos favorezca el diálogo, la razón y la negociación; cuide de su salud física y mental; tome decisiones razonadas y responsables que le permitan adaptarse con rapidez y eficiencia a los cambios de su entorno; y sea capaz de diseñar y llevar a la práctica un plan para construir una vida plena.

- Se oriente y actúe a partir de valores, se comporte éticamente y conviva de manera armónica; conozca y respete la ley; defienda el Estado de Derecho, la democracia y los derechos humanos; promueva la igualdad de género; valore la diversidad étnica, cultural y lingüística de nuestro país y del mundo; conozca las historias que nos unen, nos dan identidad y pertenencia a un territorio, en el marco de un contexto global; sienta amor por México; tenga creatividad y un sentido estético, aprecie la cultura y las artes; cuide el medio ambiente; participe de manera responsable en la vida pública y haga aportaciones al desarrollo sostenible de su comunidad, su país y el mundo.

Estas características deben desarrollarse a lo largo de la educación obligatoria, con metas específicas para cada nivel educativo que orienten los esfuerzos de maestros, padres de familia, estudiantes, autoridades educativas y comunidad, así como la sociedad en general (Nuño, *et al.*, 2017).

La implementación del Modelo Educativo es un proceso a desarrollar de manera gradual, participativa, y con la flexibilidad necesaria que tome en cuenta la gran diversidad que caracteriza a México. La meta es clara, que todas las niñas, niños y jóvenes reciban una educación integral de calidad que los prepare para vivir plenamente en la sociedad del siglo XXI, pero a pesar de establecer dichos objetivos aún no se define de manera clara lo referente a la educación sexual que viene de la

mano con el ámbito que plantea el cuidado de la salud física y mental. En ninguno de sus apartados el modelo educativo especifica lo referente al conocimiento corporal, situaciones sexuales de riesgo y/o ITS o ETS. Parece ser que en ese sentido la salud física y mental hace referencia a la adopción de hábitos saludables como hacer ejercicio, alimentarse sanamente o evitar el consumo de drogas, pero no se menciona lo concerniente al ámbito sexual, por lo que sería conveniente analizar qué tan integral es la educación que pretenden impartir el Estado con el nuevo modelo educativo.

2.2.3 Educación sexual en México

El ejercicio responsable, respetuoso y equitativo de las relaciones interpersonales es fundamental para disminuir conductas sexuales riesgosas. Numerosos estudios y recomendaciones internacionales respaldan la pertinencia de programas de educación sexual integral (OMS, 2000), que empoderen y capaciten a los adolescentes para tomar decisiones que determinen la salud y la plenitud de su sexualidad en el contexto de su desarrollo y del ejercicio de sus derechos fundamentales.

De acuerdo con Rojas (*et al.*, 2017), en México, se han evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación en salud sexual y reproductiva de la población adolescente. Por mencionar algunas cifras, en 2012, 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. Así mismo, las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51.3%) habían estado alguna vez embarazadas. Aunque el 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. El 12% de los adolescentes y 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y, de manera global, 21% desconocía que el condón podía utilizarse para prevenir tanto infecciones de transmisión sexualmente (ITS) como embarazos (Rojas, *et al.*, 2017).

En ese sentido, Rojas (*et al.*, 2017) y la UNESCO (2017), evidencian la necesidad de la población adolescente de recibir educación sexual integral, la cual es definida como una intervención educativa para mejorar conocimientos, actitudes y habilidades en siete ámbitos: el género, la salud sexual y reproductiva, la ciudadanía sexual, el placer, la violencia, la diversidad y las relaciones.

Los hallazgos a nivel internacional demuestran que la educación sexual integral se asocia con mejores conocimientos, mejores resultados en salud sexual y reproductiva y menos prácticas de riesgo. La educación en sexualidad no fomenta la actividad sexual, sino que aplaza la edad de inicio de vida sexual, reduce el número de parejas sexuales y mejora las prácticas de protección contra ITS y ETS, con lo cual ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir los riesgos asociados con el VIH y VPH, y aumentar la autoeficacia para el uso de condón. Además, incluye componentes que influyen en las actitudes, prácticas y resultados relacionados con el ejercicio más amplio de derechos, ciudadanía y relaciones interpersonales en general (Navarro, Torrico y López, 2010).

En México, a pesar de los esfuerzos de integración curricular de la Educación Sexual Integral, se cuenta con evidencia limitada sobre las intervenciones realizadas y el impacto de la misma. Estudios controlados llevados a cabo durante periodos de un año o más en poblaciones específicas muestran que la inclusión de horas de aprendizaje activo tiene un efecto positivo que se refleja en el incremento de las intenciones de usar condón y métodos anticonceptivos (Rojas, *et al.*, 2017).

Walker y colaboradores (citado en Medina, 2005) muestran que una intervención de promoción del uso del condón no tuvo efecto en el reporte de uso de condón, aunque mejoró el conocimiento sobre VIH. Otro estudio realizado en la frontera norte de México (Rojas, *et al.*, 2017), muestra efectos positivos cuando se realizan intervenciones de manera conjunta (recibir talleres y acceso a condones).

2.2.4 Educación sexual para personas con DI

Para llegar a interrogarse acerca de la educación sexual de las personas con DI, ha tenido que pasar mucho tiempo y profundas transformaciones en las prácticas y formas de aproximarse no sólo a la discapacidad sino, también a la sexualidad humana.

Si se dirige la mirada hacia la familia tradicional en la sociedad occidental cincuenta años atrás, se puede observar que la educación sexual para sus miembros, en el mejor de los casos, consistía (o consiste, aun hoy en día y en algunas sociedades) en entregar información puntual frente a la inminente presencia de etapas del ciclo vital tales como la adolescencia, el matrimonio o el embarazo, de alguno de sus integrantes. Aunque todo lo relacionado con el ejercicio de los roles de sexo y género, era fuertemente pautado y sujeto a control social, no era considerado propiamente educación sexual, ya que correspondían a comportamientos naturales y por lo tanto no sujetos a discusión o a determinados aprendizajes. Se daba por supuesto que los conocimientos sexuales, debido a que aludían a contenidos demasiado íntimos, y privados, eran exclusivos de los adultos, fundamentalmente de los varones; la cuestión sexual era entendida básicamente en relación con los órganos sexuales, legitimada en la reproducción y sancionada moralmente en lo relativo al placer. Los órganos sexuales masculinos y femeninos eran nominados con calificativos tales como “partes privadas”, o “vergonzosas”. En este contexto, los niños y niñas -y las mujeres parcialmente-, eran mantenidos en el desconocimiento de estas materias que atentaban contra la inocencia, el pudor, la moral y la decencia (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

La presencia de una persona con DI en la familia, era motivo de vergüenza y ocultamiento, por lo que era mantenida en aislamiento, con poca o ninguna participación en la vida familiar. Su condición de limitada la sumía en una especie de niñez eterna y se creía que tampoco alcanzaba madurez sexual, por lo que no se le concedía ser sujeto poseedor de sexualidad, en el sentido de ser capaz de

experimentar interés afectivo-sexual hacia otro u otra; aptitud para relacionarse en este ámbito o para establecer una relación coital, y por ningún motivo para la procreación (Mella, 2012). La expresión de comportamientos sexuales autoeróticos como la masturbación, por ejemplo, era fuertemente reprimida (lo era también en las personas sin discapacidad), no obstante se les toleraba en secreto desde una lectura que las asumía como expresiones puramente biológicas, que ellas (las personas con DI), no podían controlar ni comprender a consecuencia de su deficiencia, sin dar lugar siquiera a la posibilidad de que su sexualidad tuviera relación alguna con su desarrollo psicológico, con sus necesidades afectivas y no fuera solamente el producto de necesidades fisiológicas (Rivera, 2008).

En la actualidad, el panorama no ha cambiado mucho, sobre todo en ciertos contextos, ya sean rurales o urbanos y de acuerdo a pautas culturales y/o religiosas, pero si se llegan a visualizar en algunos casos que las personas con DI, son más aceptadas como otro integrante de la familia y tienen mayor participación en la vida familiar y social abriéndose para ellas caminos de mayor igualdad, por mencionar algunos ejemplos, empresas como televisa en colaboración con otras han dispuesto espacios para esta población en particular como los Centros de Rehabilitación Integral TELETON (CRIT), o la Facultad de Estudios Superiores Iztacala con su Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI). No obstante, en el ámbito de la sexualidad, aún aparece con fuerza la imagen de sujeto asexuado asociado a la DI. La tendencia a combinar sexualidad-afectividad en los niños y niñas con dicha afeción, si bien permite reconocer en ellos y en ellas, a pesar de sus limitaciones intelectuales, diferentes facetas que son propias del desarrollo humano, genera confusiones a la hora de reconocer ámbitos concretos de realización personal y social en estos aspectos, tendiendo a sobredimensionar la parte afectiva y sublimar en ella la dimensión propiamente sexual. Sus inquietudes se las tiende a clasificar como inquietudes o prácticas afectivas, sin indagar si acaso esas expresiones tienen que ver con la inquietud, necesidades, intereses y comportamientos propiamente sexuales (Mella, 2012).

Las personas con DI, como cualquier otra persona tienen necesidades afectivas, sociales y sexuales que necesitan integrar lo más armónicamente posible para realizarse como hombre o como mujer y para que esto suceda, requieren ser acompañados/as por adultos competentes que les faciliten el proceso de descubrir y comprender su cuerpo sexuado y construir su identidad de hombre o de mujer, así como conocer y ejercer sus posibilidades de relación, de placer, de comunicación con otras personas, semejantes o diversas, de una manera positiva y constructiva (Rivera, 2008).

Sus posibilidades educativas y de desarrollo en este ámbito son variadas y van a depender en gran parte del grado de discapacidad e intensidad de apoyos que cada estudiante requiera de su entorno sociofamiliar, pero también, y de manera importante, de la capacidad que tenga la escuela para realizar con la familia un proceso de enseñanza conjunto y para ajustar su respuesta educativa a las necesidades educativas especiales de este colectivo (Mella, 2012).

En ese sentido resulta importante hablar de lo que conviene hacer al educar en sexualidad y afectividad, no sólo a personas con DI, sino en general a la población, ya que en la interacción diaria con los hijos y estudiantes se está permanentemente modelando y formando su sexualidad. A través de la forma de vivir, de vestir, de actuar, con las palabras, gestos y actitudes, de aprobación o desaprobación, de respeto o de intransigencia, respecto a la conducta de los otros u otras, se comunica lo que pensamos, sentimos o nos han enseñado respecto a lo se acepta como bueno o malo, aceptable o inaceptable en un hombre o en una mujer, o en una persona con discapacidad, en la expresión de su sexualidad (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

Como se ha venido mencionando a lo largo del texto, educar en sexualidad y afectividad implica algo más que enseñar sobre relaciones sexuales y los posibles riesgos asociados a ellas, como los embarazos no deseados o las enfermedades de transmisión sexual. La educación sexual tiene que ver con formas de expresar y

sentir afecto, con el placer y disfrute de la vida, con la valoración y respeto al propio cuerpo y al del otro u otra, con aprender a tomar decisiones sin ceder a presiones o sometimiento (Medina, 2005).

Educación en sexualidad, requiere que los adultos (familia y sociedad en general), sean capaces de acompañar activa e intencionadamente a sus hijos o estudiantes, cotidianamente, durante el transcurso de su desarrollo, en su aprendizaje y conocimiento de sí mismos, personas que viven, sienten y se relacionan afectivamente con y desde un cuerpo sexuado, para alcanzar el máximo potencial de salud física, psicológica y social que sea posible dadas sus características y capacidades particulares (Mella, 2012).

La educación sexual, además, tiene que ver con responder específica y verazmente a las inquietudes que tienen tanto los niños como adolescentes respecto al sexo y a la sexualidad: ¿cómo nacen los niños/as?, ¿qué es el sexo?, ¿cómo se hace el amor?, ¿duele?, ¿por qué a las mujeres les crecen los pechos y a los hombres no?, ¿qué significa homosexual?, y un sin fin de interrogantes que se les plantean frente a este tema. Como se sabe, la educación sexual es un derecho que tiene todo ser humano de ser acompañado y de contar con situaciones de aprendizaje significativas, que le permitan ir integrando esta dimensión de su ser personal y social a lo largo de las distintas etapas de su vida, sin importar su condición (Mella, 2012).

2.2.4.1 Educación sexual para personas con DI en México.

A pesar de los enormes esfuerzos del gobierno y de la sociedad por integrar a las personas con DI al sistema formal de educación, la práctica nos muestra que muy pocos de ellos están aptos para ingresar a dicho sistema, por lo que usualmente son atendidos a través de las alternativas que presenta la educación no formal, y no hablar de la educación en sexualidad, ya que ni siquiera vislumbra, a pesar de ser de

suma importancia en la vida de las personas con DI, debido a ser más vulnerables a vivir situaciones de riesgo sexuales por sus limitaciones (Mella, 2012).

Como se sabe en los Centros de Atención Múltiple (CAM) de la SEP, la atención de estos niños y jóvenes deja mucho que desear, debido no tanto a la falta de entusiasmo de los educadores, sino a la imposibilidad física de poder atender, a la vez, a varias personas con discapacidades diferentes, y los pocos centros disponibles para atender a tan vasta población, generalmente pertenecen a organizaciones no lucrativas (Medina, 2005).

Encontrar espacios para la escolarización de niños con discapacidades específicas no es una tarea fácil pero sí posible, ya que si se trabaja en conjunto, sociedad y gobierno se pueden obtener los apoyos necesarios para la escolarización de personas con discapacidad, específicamente DI, atendiendo la especificidad de cada caso y respetando e incluyendo los nuevos objetivos del modelo educativo, incluyendo en el currículo el ámbito de educación sexual integral, para todos los educandos en general.

2.3 Prejuicios y tabúes de la educación sexual para personas con DI

De acuerdo con Godoy, Riquelme, Salazar y Matus (2007) por un lado, y con Mella (2012) por otro, las personas que presentan DI tienen oportunidades de socialización mucho más escasas y sus contactos sociales son reducidos, por lo tanto, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales, que son particularmente importantes en la adolescencia, lo que conlleva una serie de consecuencias que debilita su desarrollo psicosexual. Los autores las enlistan de la siguiente forma:

- Pierden con frecuencia información valiosa, sutiles mensajes, verbales y no verbales, de la relación entre sus pares, en la televisión y en la escuela.

- Pueden tener dificultades para tomar decisiones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones.

- Tienden a ser más sobreprotegidas e infantilizadas por las personas que las rodean lo que les dificulta el desarrollo de conductas autónomas.

- Tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas, a causa de su discapacidad.

- A veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar las situaciones que viven en este aspecto.

- Pueden tener dificultades en su modo de razonar y juzgar.

- Se encuentran expuestas a un número mayor de cuidados que las demás personas.

- Su nivel de lectura y comprensión les limita en el acceso a material impreso o de calidad.

- Cada uno de estos factores aumenta la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual frente a algún tipo de explotación o de abuso.

- Los propios padres prolongan la dependencia por parte de sus hijos con discapacidad y no les permiten la separación emocional del medio familiar, dificultando así un comportamiento más adaptativo y autónomo en el medio externo a la familia.

En ese sentido existe un sin número de mitos o prejuicios que suponen, de igual manera, un obstáculo para su desarrollo psicosexual. De acuerdo con algunos autores (Medina, 2005; Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007; Rivera, 2008 y

Mella, 2012) estos son los emitidos con mayor frecuencia por padres, docentes y sociedad en general hacia las personas con discapacidad y en específico a la DI referente a su sexualidad. A continuación se mencionan algunos de estos mitos o prejuicios, mismos que se analizan y aclaran considerando la información actual, misma que –de hecho- los invalida:

Las personas con discapacidad no son sexuadas: Todos los seres humanos somos seres sexuados y por lo tanto pueden expresar su sexualidad. Las personas con discapacidad han sido privadas de sus derechos sexuales en gran parte por la sociedad, probablemente porque han sido tratados como niños/niñas. Esta población puede expresar su sexualidad de diversas formas al igual que el resto de la población, sin embargo, esto varía de cultura a cultura y de acuerdo a la educación que se imparta en la misma.

Las personas con discapacidad no son deseadas: Las sociedades se han encargado de vender la idea de que la belleza y la perfección de hombres y mujeres es lo más importante, que hay que ser super modelos o al menos contar con ciertas características físicas para poder atraer a las demás personas, olvidándose, así, del gran valor que tiene la persona en lo más profundo de su ser, sus sentimientos, valores, personalidad, sus deseos de superación, entre otros.

Hay una manera correcta y una manera incorrecta de tener sexo: El sexo se tiene de diferentes maneras, de acuerdo con las individualidades de cada persona, y dependiendo de la cultura a la que se pertenece.

¿Las personas con discapacidad pueden tener realmente sexo?: Existe la creencia de que el sexo debe tenerse sólo entre personas que no tienen discapacidad y que si se tiene entre personas con discapacidad esto no es válido. En realidad, ellos y ellas pueden disfrutar de tener sexo con sus parejas y de expresar su sexualidad sin limitaciones, siempre y cuando cuenten con la educación apropiada

y las condiciones necesarias para vivenciarla de acuerdo a su grado de discapacidad y cultura.

La gente con discapacidad tiene cosas más importantes en qué pensar que en el sexo: No es cierto que ellos/ellas tengan cosas más importantes a las cuales les deben poner más atención, su sexualidad también es importante para desarrollarse de manera integral.

La gente con discapacidad no es sexualmente creativa: El hecho de que se tenga discapacidad, no quiere decir que no se tengan ciertas preferencias para realizar un acto íntimo, ellos o ellas pueden tener deseos e ideas para poder transmitir y sentir diversas emociones al vivir su sexualidad.

La gente que se encuentra institucionalizada no debería tener sexo: La realidad es dura, en la mayoría de las instituciones se ha perdido el derecho a la intimidad, no existen cerraduras en las habitaciones ni facilitan habitaciones para las parejas de estas personas, por lo que se violan sus derechos sexuales, irrespetando asimismo los derechos humanos de este grupo.

Las personas con discapacidad nunca serán agredidas sexualmente: Muchas veces se cree que las personas con discapacidad no corren riesgo de ser agredidas sexualmente, pero la realidad es que se encuentran más propensas a sufrir de esta situación, por abusos de los médicos, padres, familiares, conocidos, docentes o especialistas en rehabilitación.

No necesitan educación sexual: Todos somos iguales, por lo tanto necesitamos educación sexual, la ignorancia en este tema crea un obstáculo para poder comprender su propia sexualidad, limitando el acceso a la poca información que se brinda al respecto, esto se acentúa más con la idea de que entre más se hable del tema más se promoverá el deseo sexual, sin embargo, si se informa y educa de modos adecuados, la información no tendría por qué ser incitadora, sino

más bien reveladora de lo que implica vivir la sexualidad desde que se nace hasta que se muere.

Por lo tanto, Mella (2012) menciona que la educación sexual de las personas con DI es necesaria porque son seres sexuadas y como tales:

- Tienen intereses, apetencias y deseos, que se expresan en manifestaciones sexuales, también de contacto corporal e intimidad sexual.

- Tienen necesidad de vínculos afectivos incondicionales, de poseer una red de contactos sociales, la capacidad de enamorarse, de sentirse atraídas y de ser atractivas para otras personas.

- Su cuerpo tiene capacidad de sentir y de excitarse.

- Piensan y tienen ilusiones.

- Porque no hacerlo, además de limitar sus posibilidades de normalización e integración social, aumenta los riesgos asociados a la actividad sexual.

- Porque suelen ser muy explícitos en la expresión de sus necesidades afectivas y sexuales y los padres, cuidadores y educadores deben enfrentar numerosas conductas sexuales, incluso cuando las rechazan.

- Porque son personas con menos conciencia de riesgos y más dificultades para llevar a cabo prácticas sexuales seguras, que las protejan de otros riesgos, además del embarazo no deseado.

- Porque nuestra legislación actual apuesta por la integración de las personas con discapacidad y defiende la necesidad de educar para la vida a través de los contenidos denominados transversales. Uno de ellos es la educación afectiva y sexual.

- Porque es importante y necesaria para el desarrollo psicosexual de todas las personas y especialmente para aquellas que a causa de una deficiencia, presentan limitaciones para acceder y participar activamente de la vida en comunidad.

Ahora bien, de acuerdo con Godoy, Riquelme, Salazar y Matus (2007), algunos de los factores que pueden dificultar a los padres asumir la educación sexual de sus hijos con DI son:

- El propio proceso de aprendizaje sexual. Algunos padres han tenido en su propio aprendizaje de la sexualidad modelos insuficientes o inadecuados de enseñanza, debido a su género, religión, cultura, etc.

- La edad o generación a la que se pertenece. Las actitudes de los padres sobre la educación sexual, si no se han revisado y cambiado conscientemente, suelen reflejar las actitudes hacia la sexualidad predominantes en la sociedad durante su niñez.

- La disponibilidad de recursos y apoyos. La crianza de un hijo con discapacidad no es tarea fácil y muchos padres se sienten abrumados por las tareas que día a día esto les implica y relegan la educación de la sexualidad a un lugar secundario. Y cuando se sienten dispuestos, la comunidad les ofrece pocos recursos que realmente les ayuden a abordarla, lo que les hace difícil enseñar sobre sexualidad y abandonan esta tarea.

- La discapacidad del hijo. Las habilidades y limitaciones del niño o joven influyen directamente en que las personas lo perciban o no como un ser sexual. A menudo, cuanto mayor sea la discapacidad, menos probable será que la familia sienta la necesidad de abordar temas relacionados con su sexualidad.

Como se puede observar, la educación es imprescindible para mejorar las condiciones de vida no sólo de las personas que presentan una discapacidad, específicamente DI, sino para la población en general, ya que ésta promueve un desarrollo integral y es importante que los diferentes actores, familia, sociedad y gobierno trabajen en conjunto para lograr los objetivos que ésta dispone.

De ésta manera se visualiza que la educación de la sexualidad es esencial para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, ya que les permite adquirir los conocimientos necesarios para interrelacionarse con los demás de manera respetuosa, responsable y solidaria. Del mismo modo, les facilita la toma de decisiones para establecer en un futuro sus proyectos de vida, así como prevenir situaciones de riesgo como el embarazo, el abuso sexual y las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Todo ello permitirá personas más autónomas y felices.

Así mismo resaltar que la educación sexual está dentro de ese concepto de educación integral, omitirla será contradictorio a los objetivos y metas establecidos tanto por la educación mundial, así como por el nuevo modelo educativo mexicano, por lo que es importante encontrar herramientas, métodos y/o técnicas que permitan desarrollar ese conocimiento en las poblaciones más vulnerables, para este caso, las personas con DI.

En el siguiente capítulo se analizan las características del enfoque cognitivo conductual, así como sus alcances y limitaciones al momento de brindar atención a personas con DI, tratando de visualizar a dichas personas como seres integrales y no aislados de su contexto. Se describirán cuáles son las herramientas con las que cuenta dicho enfoque en función del grado de discapacidad y las diferentes técnicas que se pueden emplear al momento de brindar psicoeducación a personas con DI.

3. EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL Y SU VINCULACIÓN CON LA EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS CON DI

3.1 Descripción del enfoque cognitivo conductual

El enfoque cognitivo conductual es un modelo de terapia que se caracteriza por ser directiva, estructurada, se centra en el presente y pretende dotar a las personas de las herramientas necesarias para hacer frente a las situaciones problemáticas. Es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede ayudar a cambiar la forma en cómo se piensa ("cognitivo") y cómo se actúa ("conductual") y estos cambios pueden ayudar a sentirse mejor. Como se mencionó la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora (Caballo, 1996).

Pueden distinguirse cuatro enfoques principales dentro del modelo cognitivo-conductual: a) análisis conductual aplicado (Skinner), b) enfoque mediacional o covariante (Woodworth, Homme), c) enfoque cognitivo (Beck, Ellis, Meichenbaum), y d) teoría del aprendizaje social (Bandura). Estos enfoques, a pesar de sus diferencias, no están necesariamente en oposición unos a otros. Conviene señalar, que a partir del análisis conductual aplicado se ha desarrollado un movimiento denominado contextualismo –o análisis conductual clínico– que difiere del primero en algunos aspectos. La diferencia fundamental está en el desarrollo terapéutico, en el cual la conducta verbal adquiere un gran protagonismo. Dentro del contextualismo pueden distinguirse la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, la psicoterapia analítica funcional de Kohlenberg y Tsai, la terapia de conducta dialéctica de Linehan y la terapia integradora de pareja de Jacobson. Estas terapias han sido denominadas la tercera generación de la terapia conductual (la primera sería la terapia conductista

y la segunda la terapia cognitivo-conductual), la cual da una importancia fundamental al contexto en el que ocurre el comportamiento y a las funciones de éste más que a su forma o topografía. Así, por ejemplo, sería más importante considerar la función que tienen unos pensamientos en vez de su contenido (Ruíz Díaz y Villalobos, 2012).

3.1.1 Desarrollo histórico: conceptos y principios teóricos

En lo referente a los fundamentos filosóficos, el enfoque cognitivo conductual se centra en la filosofía de los Estoicos (desde Cicerón hasta Marco Aurelio) quienes veían a la razón como medio para dominar las emociones, es decir, destacaron el lado subjetivo de la realidad y el papel del pensamiento en las pasiones; creían firmemente en la imperturbabilidad o ataraxia, es decir, no ser perturbados por los hechos, sino someterlos a juicio para permanecer en la tranquilidad y la total ausencia de temores y deseos. Epícteto (siglo I d.C.), filósofo estoico romano, destacó el papel de los factores cognitivos como causas del trastorno emocional argumentando que los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que tienen de ellos (Feixas y Miró, 1993).

Así mismo, Hume y Spinoza señalaron la primacía del pensamiento sobre las emociones. Emmanuel Kant propuso que la enfermedad mental se da cuando una persona no puede ajustar su “sentido privado” (la forma en como conceptualiza el mundo) al “sentido común”. Tiempo después Alfred Adler juzgó el “sentido privado” de Kant como “opiniones erróneas que subyacen a la conducta neurótica (Meinchenbaum, 1988).

Los teóricos modernos emplean términos tales como “procesos de evaluación sesgados”, “constructos desordenados”, “creencias irracionales”, “distorsiones cognitivas”, “habilidades inadecuadas de resolución de problemas y afrontamiento”, entre otras, para describir el papel que los factores cognitivos juegan en los trastornos emocionales y las conductas inadaptadas (Feixas y Miró, 1993).

En ese sentido, y en lo que refiere a los fundamentos teóricos del enfoque cognitivo conductual, a partir de los años 70's aparecen multitud de resultados de trabajos en los que se evalúan la eficacia de las intervenciones psicológicas basadas en la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje, que estudia y describe la conducta como la respuesta del organismo a un estímulo determinado (Caballo, 1996).

Para el conductismo, que es la aplicación a la clínica de esta teoría, los síntomas de una enfermedad se entiende como una conducta alterada y el objetivo del tratamiento psicológico consiste en cambiar esta relación entre el estímulo y la respuesta, modificando el ambiente y/o cambiando la conducta (por eliminación, modulación o instauración de una nueva conducta, que se aprende y se practica durante el tratamiento psicológico) (Ruíz Díaz y Villalobos, 2012).

La Terapia de conducta se desarrolla a partir del estudio científico de la conducta humana. Sus precedentes son los trabajos de Pavlov que con sus experimentos demostró que la asociación repetida de un estímulo a un comportamiento particular (o respuesta) constituye uno de los principios básicos en la adquisición, extinción (o desaparición) y generalización (que se produzca y manifieste la conducta sin necesidad de que se asocie al estímulo, y en otras situaciones diferentes al experimental) de conductas (Kazdin, 2000).

Otros referentes del conductismo son los trabajos de Thorndike y Skinner que demostraron experimentalmente cómo el ambiente puede modificar una conducta (aumentándola o disminuyéndola) según cuales sean las consecuencias que se producen cuando ésta se realiza, es decir, si la conducta de la persona va seguida de un premio o de una sensación gratificante es mucho más probable que se repita; si por el contrario, cada vez que se presenta una conducta no se asocia a ningún cambio en el ambiente ni a ninguna gratificación en particular, es más probable que la conducta se deje de realizar y se extinga (Caballo, 1996; Kazdin, 2000).

Los principios básicos de la Terapia de Conducta de acuerdo con Kazdin (2000), son cuatro:

1. Todas las conductas se aprenden y se mantienen de la misma forma; así, los mismos procedimientos que afectan y alteran a las conductas normales son útiles para modificar las conductas inadaptadas.

2. El ambiente, el entorno en que se presenta una conducta, tiene una influencia importante en el aprendizaje y mantenimiento de todas las conductas: la intervención sobre el ambiente puede modificar conductas desadaptadas.

3. El objetivo del tratamiento psicológico es la conducta alterada o desadaptada. Es necesario identificarla bien y analizar la relación que tiene con los eventos que anteceden la conducta, y conocer bien las consecuencias que se derivan, con tal de establecer bien los objetivos.

4. Los planteamientos y los procedimientos de la Terapia de Conducta se fundamentan en el método científico: el tratamiento se define como un procedimiento específico que consiste en:

- a) Definición clara y concreta del problema,
- b) Aplicación de unas técnicas determinadas y seleccionadas según el problema a tratar y el objetivo a conseguir,
- c) Establecer y aplicar una secuencia particular en la aplicación de estas técnicas y estrategias,
- d) Evaluación de todo el procedimiento y expresión de resultados en términos comprensibles y cuantitativos,
- e) Posibilidad de repetición exacta del procedimiento y comparación de los resultados.

Referente al conductismo mediacional o covariante, Woodworth desarrollo el modelo E-O-R, en el que la "O" de organismo se interpreta en términos cognitivos, pero no desarrolla del todo bien, hasta que Homme y colaboradores (1965, citado en Feixas y Miró, 1993) sugieren que los contenidos mentales o sucesos privados deben considerarse conductas encubiertas que siguen los mismos principios del

aprendizaje que operan en la conducta manifiesta. Homme propone que un mismo estímulo puede provocar dos respuestas distintas, una encubierta y otra manifiesta, que covarían la una con la otra de forma que también los contenidos mentales tienen una relación de contingencia con los estímulos ambientales y las conductas. La conducta anormal, de acuerdo con Homme, se da cuando la conducta y el pensamiento no cumplen una misma y única función adaptativa.

Así mismo, los trabajos de Bandura (citado en Feixas y Miró, 1993) que derivan de la aplicación de la Teoría del Aprendizaje en un medio social, postula que en la relación entre la conducta y el ambiente intervienen los "procesos cognitivos" que actúan como mediadores o modificadores de esta conducta y que en lugar de responder a las consecuencias ambientales, los humanos responden principalmente a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales, es decir, el individuo atiende selectivamente e interpreta los eventos. Desde su perspectiva, los procesos cognitivos son las conductas no observables, que pueden ser de dos tipos:

- reacciones fisiológicas (por ejemplo: latidos cardíacos, frecuencia respiratoria, tensión muscular, visión borrosa, fatiga no explicable por el nivel de actividad, etc.).
- pensamientos: las decisiones más o menos deliberadas que toma la persona sobre qué valor o significado dar a un estímulo (por ejemplo: mirar el reloj para ver la hora y expresamos: ¡es tarde!; empieza a llover y decimos: ¡que mal!, alguna cosa nos sale mal y decimos: ¡lo tengo que volver a intentar y mejorar!).

De acuerdo con estos modelos teóricos se deriva la Teoría Cognitiva, que tuvo como principales exponentes a George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck, este último como su principal representante el cual aplica la teoría inicialmente al tratamiento psicológico de la depresión.

La Teoría Cognitiva postula que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende, interpreta y estructura el

mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores. Estos procesos de evaluación son universales, los realizamos todas las personas, pero el significado, finalmente, atribuido a cada condición ambiental o experiencia es particular de cada individuo. El resultado de esta evaluación se expresa en forma de etiquetas, valoraciones o definiciones muy concretas que incorporamos en nuestro lenguaje interno, o discurso particular que mantenemos constantemente con nosotros mismos y en el que describimos lo que vemos, lo que sentimos, lo que nos está pasando, lo que harán los otros, etc. La repetición continua de estas valoraciones en el discurso interno puede llegar a activar determinadas emociones y sentimientos, que con el tiempo podrían influir y condicionar cómo la persona sigue evaluando, etiquetando y determinando el qué y cómo decide ser y hacer para enfrentarse al mundo y a las experiencias concretas y cotidianas. Cabe resaltar que si estas valoraciones son positivas la probabilidad de desarrollar emociones y conductas adaptadas al ambiente será mayor, lo que promoverá el bienestar del individuo; si por el contrario estas valoraciones son negativas la ocurrencia de emociones y conductas inadaptadas será mayor, lo que desencadenará una constante de malestar ante las situaciones y experiencias del día a día (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

La Terapia Cognitiva es el procedimiento para identificar y cambiar estos procesos cognitivos, con el objetivo de modificar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones. La modificación tiene sentido clínico cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales y reflejan la presencia de un trastorno mental o cuando dificultan la adaptación de la persona a los requerimientos de su vida diaria afectiva, relacional, intelectual. La terapia Cognitiva dispone y aplica técnicas y procedimientos específicos y también utiliza las técnicas y los procedimientos propios de la Terapia de Conducta por lo que muchas veces se habla indistintamente de terapia Cognitiva o Terapia Cognitivo conductual (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

En los últimos años se publican muchos trabajos de grupos de investigación que se dedican a estudiar y evaluar la utilidad de los tratamientos psicológicos

específicos para problemas psicológicos o trastornos mentales concretos. Los que siguen y cumplen unas condiciones rigurosas y criterios metodológicos estrictos, y que han demostrado eficacia y especificidad, es decir, que se ha conseguido el objetivo terapéutico propuesto y que el tratamiento aplicado no vale para cualquier trastorno, sino para aquel específico que se está tratando y evaluando, se denominan “Psicoterapias con Soporte Empírico” (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

Cuando se habla de terapia psicológica no se hace referencia a un concepto único. Como se ha comentado hay diferentes modelos o escuelas de psicoterapia y cada una de ellas comprende y trata los problemas psicológicos de forma diferente. No todos los tipos de tratamiento psicológico disponen del mismo grado de evidencia científica sobre su utilidad, no todos son eficaces y no todos los problemas psicológicos o trastornos mentales tienen un tratamiento que se haya demostrado útil. Cabe aclarar que cuando se emplea la palabra "tratamiento" dentro de la TCC, ésta hace referencia a un proceso de intervención (en este caso con técnicas psicológicas) dirigido a modificar una condición patológica o desadaptada y mejorar el estado de la persona que la padece. Otra cosa, es el soporte, el consejo, el acompañamiento, el hablar o platicar, que puede tener su utilidad pero que en absoluto son un tratamiento psicológico. En los últimos años se formulan y se aplican nuevas técnicas y procedimientos desarrollados como alternativas a los modelos ya conocidos, y que se denominan psicoterapias de tercera generación o tercera ola de psicoterapias. Cabe mencionar que aunque son conocidas por los profesionales, estas psicoterapias aún no cumplen con los criterios y requisitos para ser considerados como soporte empírico, y no se pueden ofrecer como tratamiento único y específico, porque no funcionan así (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

En definitiva, los tratamientos en los que se aplica la TCC, a diferencia de otras terapias derivadas de otros modelos teóricos, disponen de amplio soporte empírico y se ha demostrado su eficacia para un amplio número de trastornos, pero no para todos. Entre los más comunes a tratar están los trastornos de ansiedad, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos depresivos, algunas manifestaciones del trastorno Bipolar y de los trastornos psicóticos, trastornos de la

conducta alimentaria, disfunciones sexuales, algunos trastornos de la personalidad, adicciones, fobia social, trastorno de estrés postraumático, y mejoramiento de las habilidades sociales (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

3.1.2 Metodología de la terapia Cognitivo Conductual: el proceso terapéutico

Varios autores (Caballo, 1996; ; Kazdin, 2000; Phares y Trull, 2000; Ruiz, Días y Villalobos, 2011; Gonzáles y Juárez, 2016) concuerdan en que la terapia cognitivo conductual consta de tres grande etapas: 1) Evaluación donde se realizan y emplean las entrevistas iniciales y métodos observacionales, se lleva a cabo el análisis funcional (esfuerzo sistemático para identificar las relaciones entre conductas, antecedentes y consecuencias con las que se vincula el problema psicológico), se establece un diagnóstico, así como las metas y objetivos a conseguir, en ese sentido las metas no consisten en enunciados vagos y generales, sino que son claramente definidas y especificadas. Existen unas metas u objetivos finales para alcanzar, las cuales se procede a través de una serie de subobjetivos también claramente especificados. Cabe resaltar que la evaluación es una herramienta que se da a lo largo de todo el proceso de la TCC, incluso aún después de terminada, ya que nos permite ver en términos medibles y cuantificables la evolución de nuestro cliente. 2) Intervención terapéutica en donde se aplican las técnicas psicológicas dirigidas a lograr los objetivos y cambios previamente acordados y 3) Seguimiento que se inicia cuando el cliente ha alcanzado un estado de mejoría significativo y ya no requiere de la terapia para realizar los cambios que hasta la fecha había ido realizando en la consulta. La frecuencia de las sesiones se va espaciando y el objetivo es mantener las mejorías y evitar recaídas. Todas las etapas están interconectadas y se puede regresar a cualquiera en caso de que así lo necesite la intervención.

La evaluación en TCC (evaluación conductual) va dirigida a especificar claramente las conductas problemáticas (por exceso o por defecto) del cliente y las variables (antecedentes y consecuencias personales y ambientales, características personales, habilidades y destrezas, etc.) que las regulan. En ese sentido, por conducta se entiende cualquier actividad motora, cognitiva, autónoma (fisiológica) o

emocional que sea especificable y mensurable (no tiene por qué ser públicamente observable). Sin embargo, existen en este punto divergencias entre los terapeutas de conducta. Unos piensan que las cogniciones juegan un papel importante, ya sea como problemas (obsesiones, autocrítica persistente) o como factores explicativos de conductas problemáticas. En cambio, los que trabajan dentro del enfoque del análisis conductual aplicado se concentran normalmente en la conducta manifiesta y en los determinantes ambientales, en vez de en los fenómenos internos (Phares y Trull, 2000).

También se exploran los recursos, competencias y limitaciones del cliente y se obtiene información de diversas áreas de su vida pasada y presente (familiar, social, laboral, sexual, pareja, salud, ambiente físico, etc.). No se intenta asignar categorías diagnósticas a las personas (aunque puede hacerse si se desea), sino saber lo que hacen, sienten y piensan en situaciones específicas y establecer las oportunas relaciones funcionales entre las conductas problemáticas y las variables que las regulan (Phares y Trull, 2000).

En la evaluación conductual se enfatizan los determinantes actuales de las conductas problemáticas, aunque no se pasan por alto los determinantes históricos. Se considera que la información sobre el pasado de una persona (lo cual no quiere decir una exploración detallada de su infancia) puede permitir una mejor comprensión de sus problemas actuales y puede ofrecer indicios sobre los factores vigentes que están controlando la conducta. Sin embargo, también se tiene en cuenta que las condiciones que mantienen la conducta actual pueden ser bastante diferentes de aquellas que dieron lugar al surgimiento de la conducta. Por ejemplo, los ataques de pánico pueden surgir facilitados por acontecimientos estresantes y luego mantenerse por el miedo a que se repitan. Por otra parte, el pasado no puede ser reconstruido con la objetividad necesaria y no puede hacerse nada sobre los determinantes pasados de una conducta; sólo se puede actuar sobre los determinantes actuales (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

En función de la evaluación realizada se elabora un programa de intervención que tenga en cuenta el problema o problemas específicos presentados, las variables que los controlan y las características de cada cliente (edad, nivel cultural, motivación, expectativas) y de su medio. Existen muchas técnicas de TCC que pueden combinarse y variarse de múltiples formas para desarrollar distintos programas de intervención. Por tanto, no existen, en principio, intervenciones estándar para problemas estándar (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Como ya se mencionó, la evaluación es un proceso continuo que prosigue a lo largo de la intervención y en el que se analizan los resultados parciales que se van obteniendo y la nueva información que pueda ir proporcionando el cliente (incluyéndose aquí los nuevos problemas que pueda comunicar).

Phares y Trull (2000), mencionan que de este análisis dependerá que:

- a) Se adopten acciones correctoras cuando la intervención no se realiza tal como estaba planeado.
- b) Se modifique la intervención en caso de que no se considere adecuada.
- c) Se reconsideren o no los objetivos a lograr y la evaluación inicial de los problemas del cliente.

La evaluación no termina con el cese de la intervención, sino que se realiza también después de pasar un/os cierto/s periodo/s de tiempo tras la finalización de esta (seguimiento) para comprobar si se mantienen los logros alcanzados. El hecho de que la evaluación del progreso tenga lugar de forma continua a lo largo de la intervención ha llevado en ocasiones a que no se realice una evaluación final más exhaustiva del problema. Sin embargo, esto es muy recomendable. Por otra parte, en la práctica clínica se hacen seguimientos con poca regularidad debido a cuestiones de tiempo por parte del terapeuta (Phares y Trull, 2000).

De acuerdo con Meinchenbaum (1988), Caballo (1996) y Ruíz, Díaz y Villalobos (2012), el tratamiento también conlleva una serie de etapas en donde se pretende que el cliente, junto con el terapeuta logren alcanzar los objetivos establecidos a través de la autoobservación, la crítica constructiva, etc. de las conductas, pensamientos y emociones del cliente.

La primera etapa de este proceso de cambio incluye el entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta, es decir, estimular su auto-exploración o auto-registro de conductas problema mediante diarios, autoregistros, cuestionarios, test, etc. con el fin de que el cliente llegue a percibir datos relevantes que previamente pudo haber ignorado o pasó por alto desarrollando, de esta, forma una visión más diferenciada de sus problemas presentes y pueda reconceptualizar todo lo que implica el proceso de cambio.

En la segunda etapa de cambio de conducta se ayuda e instruye al cliente a que desarrolle conductas y pensamientos adaptados e incompatibles con los anteriores, es decir, que ejecute experimentos personales y recoja datos anómalos con el fin de que modifique su conducta manifiesta, altere las auto-declaraciones, las imágenes y los sentimientos que interfieren en el funcionamiento adaptado y cambie sus estructuras cognitivas, es decir, sus asunciones y creencias tácticas que dan origen a los modos habituales de construir el sí mismo y el mundo.

La última etapa consiste en hacer que el cliente examine la naturaleza de las creencias o esquemas que dan lugar a sus trastornos emocionales y conductas inadaptadas con el fin de que éste recabe datos que puedan ser tomados como evidencia a fin de cambiar definitivamente sus creencias, sentimientos y conductas.

El seguimiento se produce cuando se considera que el cliente tiene todos los recursos necesarios y hace uso de ellos para el manejo de su o sus conflictos, o incluso cuando el problema mismo está resuelto. Lo que se pretende es que el cliente aprenda a manejarse solo, poniendo en práctica todo lo aprendido. El objetivo es apoyar al paciente durante un periodo donde nuestras intervenciones sean

menores (generalmente de 3 a 6 por año), y donde se afronten las posibles recaídas e incluso las nuevas situaciones problemáticas donde sean necesarios nuevos aprendizajes (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

En resumen, la primera etapa de la TCC corresponde a la ayuda que se le da al cliente para que defina sus problemas en términos de problemas resolubles. La segunda etapa concierne a la inducción real del cambio cognitivo, emocional y conductual, la tercera etapa se centra en la consolidación, la generalización y el mantenimiento de los cambios de conducta y la evitación de las recaídas. Aunque estas tres etapas han sido presentadas secuencialmente, en realidad se superponen y vuelven a ocurrir consistentemente. Las recaídas pueden ser la ocasión para una vez más volver a la auto-observación, seguida de la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento y así sucesivamente.

3.1.2.1 Técnicas y estrategias

Como se mencionó a principios del capítulo las intervenciones de la TCC usualmente son activas, de tiempo limitado y considerablemente estructuradas. La TCC está diseñada para ayudar al cliente a identificar, hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales. Se exhorta al cliente a examinar los efectos de las cogniciones y las creencias a través de las asignaciones de tareas específicas o de las experiencias graduales en vivo. El terapeuta de la TCC trabaja con el cliente para procesar las consecuencias de estos experimentos personales y, de esta manera, llegar a cambiar los sentimientos y pensamientos de éste (Ruíz, Días y Villalobos, 2012).

En lo referente a las técnicas, éstas consisten en proporcionar estímulos de una forma ordenada al cliente con el objetivo de que éstos faciliten la modificación de la conducta problemática. De acuerdo con Ruíz, Días y Villalobos (2012), existe un sin número de técnicas tanto conductuales como cognitivas que pueden ser empleadas en la TCC a fin de lograr los objetivos de la intervención y que debido al

gran bagaje de técnicas que son sólo se mencionarán algunas de las más importantes sin ahondar en su descripción:

- Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas, tales como reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y programas de reforzamiento.
- Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas como puede ser moldeamiento, encadenamiento, e instigación-atenuación.
- Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas tales como reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), extinción, castigo positivo, castigo negativo y sobrecorrección.
- Técnicas de exposición en donde se expone o aproxima al cliente de forma sistemática y adaptada a esos estímulos que teme y que le generan ansiedad, para que de este modo pueda ir afrontando y superando sus miedos. Estas pueden ser exposición en vivo, en imaginación, simbólica o en grupo, etc.
- Técnicas de relajación y desensibilización sistemática, tales como relajación progresiva, relajación autógena, técnicas de respiración y desensibilización sistemática, entre otras.
- Técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales
- Técnicas de afrontamiento y solución de problemas, tales como entrenamiento en auto-instrucciones, inoculación de estrés, resolución de problemas, entre otras.
- Técnicas cognitivas que pueden ser reestructuración cognitiva, distracción o TREC (terapia Racional Emotiva Conductual), entre otras.

- Otras técnicas de intervención cognitivo conductual y que son propias de las terapias de tercera generación son la terapia de aceptación y compromiso (ACT), terapia dialéctica conductual (TDC), regulación emocional, entrenamiento en reversión de hábitos, condicionamiento encubierto, condicionamiento por el método de la alarma (pipi-stop), técnicas de detección del pensamiento, técnica de intención paradójica, técnicas de Biofeedback y técnica de mindfulness, entre otras.

3.1.2.2 Relación terapéutica

La forma de proceder del terapeuta cognitivo conductual consiste en establecer una relación de trabajo entre el cliente y él. Una relación de colaboración en donde tanto cliente como terapeuta, participen en la formulación del problema y establezcan un plan de acción, en donde el terapeuta ofrezca ideas tentativamente, solicite reacciones espontáneas y acoja con agrado expresiones de duda o desacuerdo por parte del cliente. Dicho de otra forma el terapeuta se asemeja a un profesor el cual tiene la responsabilidad de proporcionar asesoramiento, ofrecer ejercicios específicos de entrenamiento, corregir equivocaciones, intentar corregir estilos erróneos de proceder, y proporcionar información actualizada, demostrar interés, apoyo y aliento (Meinchenbaum, 1988; Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

La TCC supone la colaboración y participación activa del cliente en los procesos de evaluación e intervención. Esto implica, por parte del cliente, una participación en la discusión y posterior acuerdo sobre la forma de conceptualizar sus problemas, sobre los objetivos a alcanzar y sobre los métodos de intervención a seguir; cooperar constantemente en el proceso de evaluación continua (auto-registros, diarios, etc.) y en las actividades de tratamiento, ya sea durante la sesión o fuera de ella (Meinchenbaum, 1988).

VARIABLES como la edad, desarrollo intelectual, *locus* de control y gravedad de los problemas, entre otras, determinan que un cliente juegue un papel más o menos activo en los procesos de evaluación e intervención y que otras personas (padres,

maestros, otros responsables) tengan un papel más o menos prominente en estos procesos, tal es el caso del tratamiento de personas con DI, donde la responsabilidad recae en los tutores de dichas personas (Meinchenbaum, 1988; Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Se considera que una relación positiva y de confianza entre terapeuta y paciente es una condición importante, aunque no suficiente, para la buena marcha de la intervención y para la consecución del cambio conductual. Naturalmente, la importancia de la relación entre terapeuta y cliente se extiende también a la relación del terapeuta con aquellas personas con las que interactúa en el contexto de la intervención; por ejemplo, los responsables del cliente cuando éste es menor de edad o sufre algún tipo de discapacidad.

3.2 Enfoque cognitivo-conductual y su vinculación con la educación sexual de personas con DI

En definitiva, los tratamientos en los que se aplica la TCC, a diferencia de otras terapias derivadas de otros modelos teóricos, disponen de amplio soporte empírico y se ha demostrado su eficacia para un amplio número de trastornos, pero no para todos. Se considera que la mayor parte de las conductas inadecuadas (y las adecuadas también) pueden ser modificadas a través de la aplicación de principios psicológicos, especialmente los del aprendizaje. Esto no quiere decir que en todos los casos puedan ser modificadas en la extensión deseada, al menos con las técnicas con las que actualmente cuenta la TCC. Las Técnicas de Modificación de Conducta y la Aproximación Conductual han tenido un gran éxito en la enseñanza de niños con DI a los que se les había considerado incapaces de aprender y han demostrado ser más eficaces que otros tratamientos con los que se ha comparado tales como el psicoanálisis o el humanismo, entre otros (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

En ese sentido cabe resaltar que en lo que se refiere a la educación en sexualidad de las personas con DI convendría emplear una estrategia que llevara a

cabo, por un lado terapia de modificación de conducta a las personas con DI empleando técnicas como el modelado, role playing o ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento positivo, economía de fichas entre otras, y por otro lado TCC a los padres o tutores así como demás profesionales encargados de su educación para que puedan modificar sus pensamientos y creencias de lo que implica la sexualidad para ésta población en específico y en consecuencia tengan conductas que se adapten mejor a las necesidades de dichas personas.

De acuerdo con ello y como se señaló en capítulos anteriores, es en la familia donde se dan los primeros y principales aprendizajes respecto a la sexualidad. Al tratarse ésta de una institución social de ámbito reducido permite que en su interior se puedan dar tanto la vertiente social, como la individual al mismo tiempo. En ella se reflejan los procesos que se viven en la sociedad, a la vez que la educación sexual puede entregarse de manera más individual y personalizada a la situación, edad y circunstancias particulares de cada persona. La madre, el padre u otras personas significativas en la familia, educan en sexualidad, a través de actitudes, conversaciones y experiencias compartidas en la convivencia familiar diaria y son los primeros adultos con los que los infantes establecen vínculos más estrechos que serán determinantes en su futuro desarrollo emocional. En la medida en que los padres o demás familiares (hermanos, tíos, primos, abuelos) sean capaces de crear vínculos afectivos sólidos y sanos permitirán a sus hijos crecer con seguridad y confianza, es por ello que en primera instancia la TCC se debe brindar a ellos con el fin de que modifiquen conductas, pensamientos y sentimientos inadaptados frente a la sexualidad propia y de las personas con DI (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

La madre y el padre son espejos donde se miran y a través de los cuales aprenden los hijos. Ella y él (dependiendo la orientación sexual de cada pareja) les reflejan no sólo una determinada forma de relación interpersonal, una relación dual de pareja, sino también un modelo femenino y/o masculino que el infante o adolescente incorporan y que influye en la manera en que aprenden a ser mujeres u

hombres y a relacionarse en pareja. La convivencia de personas con diferentes edades y situaciones vitales al interior de la familia, permite que determinados aspectos relacionados con la sexualidad se vivan de manera más directa e intensa, tales como un embarazo de la madre, los cambios de la pubertad de un hijo o hija, etc., que facilitan poder abordar estos temas con sus hijos e hijas que presentan DI. La posibilidad de crear un elevado clima de afecto y de confianza favorece que los integrantes de la familia puedan hablar en forma más profunda y sincera de determinados temas de carácter sexual, pero esto no se va a lograr sin que antes las personas involucradas en el proceso de aprendizaje tengan creencias y pensamientos adaptados y funcionales frente a la sexualidad (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

A pesar de que el rol de la escuela es subsidiario a la familia, en la educación de la sexualidad no tiene por ello menos relevancia. Más allá de la información que pueda proporcionar, la escuela es un espacio de convivencia, de relaciones interpersonales, de afectividad en el que los niños, niñas y jóvenes se desenvuelven diariamente por muchas horas. La convivencia escolar proporciona a los estudiantes la posibilidad de relacionarse con un grupo de pares más numeroso y con adultos que no son familia, ampliando con ello su repertorio de conductas en lo relativo a cómo se actúa el rol masculino y el rol femenino en situaciones diferentes a las hogareñas (Mella, 2012).

Los educadores tienen generalmente más conocimientos teóricos y técnicos, que las madres o padres para hablar de temas sexuales y un menor compromiso emocional con los estudiantes, a la hora de trabajarlos, por lo que la TCC puede aportarles herramientas que les permitan abordar los temas de sexualidad en las personas con DI, obedeciendo a los principios de aprendizaje y modificación de conducta, y una reconceptualización en ellos mismos de lo que implica la educación en sexualidad para la población en general y para las personas con DI en específico (Rivera, 2008).

El papel de la escuela en la educación sexual, no se limita a los estudiantes, sino también a promover acciones con las madres y padres, persiguiendo a través de ellas, que estén mejor informados respecto al tema, dando la oportunidad de compartir con otros progenitores sus inquietudes y dudas, y sobre todo, ayudando a impulsar modificaciones en el ambiente familiar que se traduzcan en actitudes positivas hacia la sexualidad de los hijos con D.I y en una mayor comunicación sexo-afectiva entre padre/madre y sus hijos. En ese sentido las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas les proporcionarían a los padres las herramientas que les permitan ayudar a sus hijos a discriminar situaciones de riesgo como abuso sexual, embarazos no deseados y/o la transmisión de alguna ITS o ETS, objetivos de la educación sexual en las personas con DI De acuerdo con ello los docentes deberán acompañar a padres, madres y apoderados en el proceso de confrontación de sus representaciones y saberes, con información y conocimientos que amplíen su perspectiva y les faciliten el rol de acompañamiento y formación, lo que en TCC se conoce como psicoeducación (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

En la medida en que los educadores estén entrenados para aprovechar las situaciones cotidianas, el contexto escolar puede ser un lugar privilegiado para educar la sexualidad y la afectividad, pues es ahí donde muchas veces los estudiantes viven sus primeras experiencias con la sexualidad, aprenden formas de relación con el otro sexo, es el lugar donde muchas veces confían sus problemas familiares, allí se dan una multiplicidad de situaciones y comportamientos, adecuados e inadecuados a la normativa social, que constituyen situaciones educativas y material pedagógico invaluable para trabajar con los y las estudiantes. Una “simple” acción pedagógica tal como poner límites a un joven ante una actitud de burla sexista hacia una compañera, si se realiza en un marco de respeto con el estudiante, sin alterarse, con claridad y firmeza, puede constituir una “clase magistral” para todos los estudiantes que lo observan (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

Contar con el apoyo o la resistencia de la familia puede ser determinante para el éxito o fracaso de los procesos de aprendizaje y modificación de conducta que la escuela se proponga hacer en el ámbito de la educación de la sexualidad de sus estudiantes. Para que la escuela pueda lograr intervenciones efectivas en este ámbito, es indispensable que este proceso se desarrolle en una estrecha alianza familia-escuela, para lo que es necesario incorporar a la familia a un trabajo conjunto de TCC promoviendo un diálogo abierto y permanente con los padres sin perder de vista las necesidades de la persona con discapacidad intelectual (Mella, 2012).

Se podría decir que tanto los padres como los docentes serían entrenados desde la TCC para fungir como terapeutas de modificación conductual. Es por ello que la comunicación con la familia es fundamental también para que el educador o educadora pueda conocer los valores personales de la familia, compartir los métodos de intervención para afrontar conductas sexuales inapropiadas, identificar las estrategias formativas que mejor funcionan para ese niño, niña o joven en el hogar, como también darse cuenta de dónde surgen de modo habitual sus dificultades de aprendizaje. Por otro lado, cuando la DI está presente, la relación de colaboración entre docentes, padres, madres, apoderados y otros profesionales involucrados en el cuidado y la educación de los niños, niñas y jóvenes intelectualmente discapacitados, se transforma en un recurso estratégico para hacer intervenciones en red. Así, la dupla familia-escuela prefigura un abanico de oportunidades de acompañamiento, socialización y formación mucho más amplio que el que se produce cuando estos actores intervienen separadamente (Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007).

Como se puede observar el modelo de TCC resulta muy conveniente en lo que se refiere a la educación en sexualidad de personas con DI, ya que dentro de sus técnicas, no sólo trabaja con la modificación de la conducta inadaptada de dichas personas, sino que también trabaja con las creencias, emociones, pensamientos y conductas de las personas involucradas en su contexto inmediato, es decir, familiares y educadores que, de acuerdo a las características y el grado de DI de la personas, serán las responsables de su educación cuando el terapeuta ya no esté

presente. Dado que el grado de conciencia de las personas con DI es menor a la norma, las personas de su contexto inmediato deben tomar esa conciencia por ellas y facilitarles las herramientas que les permitan un desarrollo sano de su sexualidad y con ello una realización personal dentro de la sociedad dando sentido de identidad y pertenencia.

3.3 Aportaciones y limitaciones en el trabajo con personas con DI

En lo referente a los alcances de la TCC, en general, destacan el énfasis en las experiencias de aprendizaje, la concepción optimista sobre las posibilidades de cambio de las personas, el bajo o moderado nivel de abstracción en sus formulaciones, lo que facilita su estudio científico, el énfasis en la comprobación empírica de las formulaciones teóricas, de la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación y de la eficacia de los tratamientos aplicados, ya que los modelos conductual y cognitivo conductual son los que más han contribuido a la consideración de una psicoterapia científica, así como la descripción y sistematización de gran número de técnicas de amplio uso.

En cuanto a las limitaciones se puede decir que aunque la TCC se caracteriza por el empleo de una metodología científica en el estudio y cambio de la conducta humana, bastantes investigaciones presentan deficiencias metodológicas importantes; por ejemplo, diseños inadecuados, confusión por parte de los terapeutas o en los tratamientos, falta de control de la integridad de las intervenciones y análisis estadísticos inapropiados.

En un intento por ser más específica y en concordancia a lo expuesto en el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) acerca de DI, convendría mencionar algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que se podrían trabajar de acuerdo a los tres grupos de edad (0-5 años, 6-21 años y mayores de 21 años) y las características específicas dependiendo el grado de severidad de la DI, con el fin de enfatizar los alcances y limitaciones de trabajar con este enfoque. Cabe resaltar, y como se ha venido mencionando, al trabajar con este grupo en específico, debemos

tomar en cuenta que aparte de la intervención que se realiza con la persona que vive la discapacidad, a la par se trabaja con la familia y educadores pudiendo aplicar tanto técnicas cognitivas como conductuales, ya que a diferencia de personas con desarrollo sano, una discapacidad siempre, en mayor o menor grado, comprometerá a la persona a depender de otra, y por ello la importancia de trabajar con ese “otro” involucrado en su desarrollo.

En el grupo de edad de 0 a 5 años, que se considera una etapa de maduración y desarrollo, si hay un grado leve de DI, en donde la persona desarrolla destrezas de comunicación y sociales se pueden emplear técnicas operantes para el incremento, mantenimiento, adquisición, reducción o eliminación de conductas así como técnicas de modelado. Si se trata de un grado moderado de discapacidad, en donde la persona puede hablar o aprender a comunicarse y suele tener algunas dificultades en las habilidades motoras se pueden emplear las mismas técnicas de incremento, mantenimiento, adquisición, reducción o eliminación de conductas. Con un grado de discapacidad grave, habrá limitaciones marcadas en las habilidades motoras de la persona y una mínima capacidad de lenguaje por lo que resulta importante trabajar con técnicas que permitan desarrollar motricidad básica, esencialmente estimulación de los músculos y articulaciones. Con un grado profundo de DI, donde se presenta capacidad mínima de funcionamiento en las áreas sensorimotoras es necesaria atención básica.

En el grupo de edad de 6 a 21 años (niñez y adolescencia), que se considera una etapa de adiestramiento y educación, si se tiene un grado leve de DI, en donde se pueden aprender destrezas académicas hasta 4o y 5o grados de primaria al llegar a los 18 ó 19 años, así como una integración con relativa facilidad a la sociedad, se pueden emplear las técnicas de incremento, mantenimiento, adquisición, reducción o eliminación de conductas, técnicas de exposición, técnicas de modelado y entrenamiento en habilidades sociales, así como técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Si hay un grado moderado de discapacidad en donde la persona difícilmente supera los objetivos académicos del 2o grado de primaria, se

podrían emplear la técnicas básicas de modificación de conducta así como técnicas de modelado. Con un grado grave de discapacidad, la persona en esta etapa de vida puede hablar o aprender a comunicarse y puede aprender hábitos elementales de autocuidado y salud haciendo uso de las técnicas básicas de modificación de conducta.

Las personas con DI mayores de 21 años entran a una etapa que debe ser de adecuación social y vocacional (aunque la capacitación vocacional puede también empezar en la adolescencia y continuar durante la vida adulta joven). Si en la adultez se tiene un grado leve de discapacidad en donde se pueden adquirir destrezas sociales y laborales, se podrían emplear casi cualquiera de las técnicas cognitivo conductuales, aunque habría que analizar el alcance que tendrían las técnicas cognitivas como el TREC, o las terapias de tercera generación para trabajar quizá con cogniciones o ideas irracionales muy básicas o simples, que les permitan entender y en determinados casos abstraer el aprendizaje a otras situaciones. Los adultos con un grado moderado de DI que pueden ser capaces de mantenerse económicamente en forma parcial en un trabajo manual en condiciones protegidas, se podrían emplear técnicas básicas de modificación de conducta, moldeamiento y entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento y solución de problemas y quizá en algunos casos técnicas de exposición. Al tener un grado grave, con una capacitación adecuada, pueden contribuir parcialmente a su mantenimiento bajo supervisión completa. Las personas con un grado profundo, al llegar a la etapa adulta y si recibieron el adiestramiento y capacitación adecuados, tendrán algún desarrollo motor y del lenguaje lo que limita su desarrollo psicosexual, en estos casos puede que la persona presente algo o nulo interés por el erotismo, pero en caso de que si se presente dicho interés sus cuidadores deben estar preparados y educados para proveerle de situaciones controladas y privadas para su desarrollo (podría ser mediante la masturbación), por lo que el principal trabajo de realizará con los cuidadores al intervenir en ellos con técnicas cognitivas que les permitan modificar sus ideas acerca de dichas situaciones, así como técnicas de afrontamiento y solución de problemas.

Para concluir este bloque, es importante mencionar que se tiende a considerar que los trastornos psicóticos, el autismo, el trastorno maníaco-depresivo y la DI tienen importantes determinantes orgánicos, aunque los factores ambientales también influyen. Estas alteraciones no pueden ser “curadas” por la TCC pero puede ayudar dentro de unos límites a las personas afectadas. Aunque se da un menor protagonismo a los factores genéticos y orgánicos, no se los ignora en absoluto. Su influencia es vista como una limitación estructural sobre la cual operan los factores de aprendizaje en la determinación de la conducta como una predisposición a ciertas formas de reaccionar que interactúa con las experiencias de aprendizaje (Feixas y Miró, 1993; Phares y Trull, 2000).

CONCLUSIONES

De acuerdo con el objetivo de describir las necesidades de educación sexual de las personas con DI, enfocándonos en la etapa de la adolescencia que es cuando se desarrollan las características sexuales primarias y secundarias de los individuos en general sin importar su condición, queda claro que la adolescencia es una de las transiciones más complejas de la existencia; sólo la infancia supera a esta etapa en cuanto al ritmo de crecimiento y cambio. Desde el punto de vista físico, y en concordancia con Papalia, Wendkos y Duskin (2010) las personas pasan, de un día para otro, de ser pequeñas criaturas a convertirse en adolescentes de largas piernas y brazos, no sólo crecen en tamaño sino que también maduran sexualmente. Así mismo desarrollan la capacidad de razonar con ideas más abstractas, de explorar los conceptos del bien y del mal, de desarrollar hipótesis y de meditar sobre el futuro. A medida que salen al mundo, los adolescentes adoptan nuevas responsabilidades, experimentan nuevas formas de hacer las cosas y reclaman con impaciencia su independencia. Comienzan a cuestionarse a sí mismos y a los demás, y a advertir las complejidades y los matices de la vida. Los valores y conocimientos que adquieren con los años les beneficiarán inmediatamente y a lo largo de sus vidas.

Durante la adolescencia, los jóvenes establecen su independencia emocional y psicológica, aprenden a entender y vivir su sexualidad y a considerar su papel en la sociedad del futuro. Shutt-Aine y Maddaleno (2003) mencionan que es un proceso gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado, muchos hemos pasado por eso. A la vez que luchan con cambios físicos y emocionales, los adolescentes de hoy deben también hacer frente a fuerzas externas sobre las que carecen prácticamente de control. Los imperativos de la cultura, el género, la globalización y la pobreza han empujado a millones de adolescentes de forma prematura a asumir funciones y responsabilidades propias de adultos. La violencia, el crimen organizado y los disturbios civiles, el VIH/SIDA, la industrialización, la urbanización y el creciente desempleo han socavado gravemente

la educación y el desarrollo de millones más. A medida que desaparecen las redes sociales tradicionales, la estructura de la familia se remodela y a veces se viene abajo, y la capacidad de los sistemas de apoyo de la familia y la comunidad disminuye. Al ver cómo su mundo pierde seguridad, coherencia y estructuras, los adolescentes se ven abocados con demasiada frecuencia a hacer elecciones difíciles, casi siempre sin nadie que los ayude.

Ahora, en este mismo contexto, pensemos en los adolescentes que no sólo tienen que lidiar con los cambios “normales” propios de su desarrollo biopsicosocial, sino también con alguna discapacidad.

En ese sentido cabe resaltar que la DI es un tema de salud pública ignorado y estigmatizado desde el punto de vista de la investigación epidemiológico y de la atención a la salud. Se coincide con Márquez *et al.* (2011), en el sentido de que la detección, el diagnóstico temprano y la clasificación óptima permiten un tratamiento oportuno e integral que limitaría la discapacidad y permitiría mayor inclusión e integración desde el punto de vista educativo y social.

En México, así como en muchos países de ingresos medios o bajos, la DI no aparece en la agenda política ni es considerada un problema de salud pública, sino como un fenómeno aislado e individual; no se reconocen las repercusiones económicas, políticas o sociales que la discriminación, el estigma y la falta de servicios pertinentes puede tener para la sociedad. Allen, Katz y Lazcano (2009) coinciden con Márquez *et al.* (2011) al mencionar que la DI no suele despertar interés en los ámbitos de la política, la ciencia, la salud ni en general en la comunidad. Muestra de lo anterior es que ésta no está incluida en la Carga Global de Enfermedades ni del Banco Mundial ni de la Organización Mundial de la Salud (OMS), predominando la perspectiva de asistencia y de caridad con relación a este tipo de discapacidad, en los campos de la educación, las políticas sociales y públicas, entre otros. Esto desemboca en que las personas con DI son de los

individuos con mayor vulnerabilidad social, generando exclusión social, discriminación y aislamiento.

Tal y como mencionan Vite (2012) y Anguita (2010) la DI genera dependencia de la persona que la vive con relación al entorno familiar, cuando no existen programas sociales y legislación que promueva la vida independiente por parte de estas personas. Asimismo, tiende a empobrecer más a las familias con menos recursos porque genera elevados gastos. Finalmente, todo parece indicar que existe un nivel inaceptable de estigma y discriminación hacia las personas con DI en México, lo que indica la relevancia de esta temática y la necesidad de generar conocimiento al respecto y con base en ello proponer soluciones.

En ese sentido, y en cumplimiento del segundo objetivo que consistía en Identificar los problemas concretos que plantea la educación sexual de personas con DI, estas no tienen que aprender una sexualidad distinta a la de otras personas; sino que, sin dejar de tener en cuenta sus particulares limitaciones, deben también recibir la información y guía apropiada y oportuna respecto al desarrollo sexual humano y al afrontamiento de distintas situaciones que se les planteen en relación al tema: para establecer relaciones de colaboración, respeto, responsabilidad, equidad y complementariedad con el otro sexo; para comprender su cuerpo, el de los demás, así como el sentido del placer erótico y de los afectos.

Rivera (2008), Mella (2012) y Godoy, Riquelme, Salazar y Matus (2007) concuerdan en que si hay una distinción, ésta debe hacerse en la respuesta educativa ya que, en la educación sexual de personas intelectualmente limitadas, no basta con reconocer que ellas tienen derecho a ella, sino que los especialistas deben asegurarse de que incorporen los conocimientos y desarrollen las destrezas básicas que les permitan desplegar necesidades e intereses afectivos y sexuales en ambientes saludables, protegidos y plenos.

Dichas personas, por sus mismas limitaciones cognitivas requieren una educación sexual intencionada para ellas, que les dé las herramientas que necesitan

para poder desenvolverse en este ámbito y comprender las experiencias subjetivas que ésta conlleva. Los padres y profesores deberán prepararse para llevar a cabo esta ayuda, cuidando de no adoptar una actitud de sobreprotección, sino de respeto y comprensión hacia sus necesidades educativas especiales en el aprendizaje de su sexualidad.

Medina (2005) y Navarro, Torrico y López (2010) argumentan que si se inicia la formación sexual de las personas con DI cuando éstas son pequeñas, entregándoles la información y enseñanzas posibles en torno a las experiencias que van viviendo cotidianamente relacionadas con su sexualidad (en la hora del baño, ante la desnudez de su cuerpo o el de otros, en el aprendizaje de conductas cooperativas, etc.), se estarán sentando las bases sobre las cuales se irán construyendo paulatinamente, las nociones y conceptos sobre sexualidad más avanzados que necesitarán al llegar a su madurez sexual.

De este modo, a partir de estas primeras enseñanzas y durante todo el curso de su desarrollo se podrá ir complementando este aprendizaje, agregando conceptos, reiterando los ya incluidos, reforzando y ayudando a poner en práctica, o apoyando la generalización a diferentes situaciones, es decir, aportándoles los recursos y herramientas que necesitan para adquirir la mayor autonomía posible que permita su grado de discapacidad, para vivir su sexualidad de manera saludable y armónica en el entorno en que vive.

Por ejemplo, si el niño incorpora naturalmente en su vocabulario los nombres de las partes de su cuerpo, incluyendo los genitales, será mucho más fácil enseñarle luego los cambios corporales que experimentará al llegar a la pubertad o, si fuera el caso, tendrá los conceptos para comunicar –y que se le pueda entender- respecto a comportamientos inapropiados de otras personas con su cuerpo. Además se habrá establecido una relación con él o ella, en la que tratar estos temas es natural y permitido, por lo que se sentirá con la libertad y la confianza de comunicar sus necesidades e inquietudes. Es importante tener la precaución de abordar los

aprendizajes referidos a la intimidad corporal, en espacios privados y no frente a cualquier persona, para que puedan ir discriminando tempranamente que existen algunas cosas que se pueden hacer solamente en espacios privados y no en espacios públicos.

Educar la sexualidad de las personas con DI, es facilitarles vivir y desarrollarse en el ámbito sexual de manera lo más natural y armónica posible de acuerdo a sus necesidades. Como mencionan Godoy, Riquelme, Salazar y Matus (2007) algunas personas con DI mostrarán poco o ningún interés en la satisfacción erótica, otras buscarán placer erótico a través de la masturbación, otras en cambio, tendrán necesidad de compartir la experiencia erótica con otro u otra, dando y recibiendo. La imposición de determinados comportamientos sexuales como si fuesen obligatorios es tan contraproducente como la negación y prohibición absoluta de su sexualidad. La educación sexual no debe imponer objetivos sino sólo dar oportunidades para que las personas con DI, si lo desean y de acuerdo a sus propias capacidades, puedan ejercer a plenitud sus derechos sexuales en un marco de respeto y cuidado consigo misma y con los demás.

En ese sentido, y en cumplimiento del tercer objetivo, cuyo fin era Identificar los alcances y limitaciones del enfoque cognitivo conductual al momento de educar en sexualidad a personas con DI, la TCC resulta muy conveniente en lo referido, ya que dentro de sus técnicas, no sólo se trabaja con la modificación de la conducta inadaptada de dichas personas, sino que también trabaja con las creencias, emociones, pensamientos y conductas de las personas involucradas en su contexto inmediato, es decir, familiares y educadores que, de acuerdo a las características y el grado de DI de la personas, serán las responsables de su educación cuando el terapeuta ya no esté presente. Dado que el grado de conciencia de las personas con DI es menor a la norma, las personas de su contexto inmediato deben tomar esa conciencia por ellas y facilitarles las herramientas que les permitan un desarrollo sano de su sexualidad y con ello una realización personal dentro de la sociedad dando sentido de identidad y pertenencia.

Dado lo anterior podemos afirmar que el objetivo general se cumplió ya que se lograron describir y analizar las características y necesidades de la educación sexual de personas con DI, y se visualizó como la TCC, puede ayudar a facilitar dicha educación.

Finalmente podemos concluir este trabajo mencionando algunos puntos importantes en donde también se realizan sugerencias para trabajos e investigaciones posteriores:

- Es importante analizar cuáles son las necesidades reales de las personas que viven con alguna discapacidad, escucharlas y atenderlas con los apoyos apropiados, ya que en su mayoría se vuelven víctimas de las necesidades de otros (familiares y sociedad en general), es decir, se antepone la necesidad del padre, la madre, el hermano(a), el docente, el médico, la escuela, el trabajo, etc. a la necesidad de la persona con discapacidad, ignorando y/o dejándola en segundo término, creyendo que lo que es bueno para uno seguramente también lo será para la persona con discapacidad.
- Al ser cada persona un ser individual e irrepetible, es necesario crear un plan que atienda cada una de las necesidades de este grupo poblacional y para ello es necesario: determinar las necesidades presentes, definir las metas, encontrar los recursos (materiales curriculares: videos, muñecos, juegos, dibujos, entre otros), desarrollar estrategias y asignar responsabilidades y finalmente, implementar y evaluar si se cumplieron las metas.
- Entendamos por apoyos aquellos recursos y estrategias cuyo propósito es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal y que mejora el funcionamiento individual. De esta manera el funcionamiento individual resultará de la interacción de los mismos apoyos con todas y cada una de las dimensiones que definen a la DI.

- En ese sentido es fundamental introducir dentro de estos apoyos el ámbito de la sexualidad, ya que es un aspecto inherente al ser humano independientemente de su condición y que necesita vivenciar para su óptimo desarrollo, dejando a un lado tabúes y prejuicios que sólo estigmatizan y frenan el desarrollo saludable.
- Los problemas sexuales de las personas con discapacidad se derivan del prejuicio y la discriminación y no de la deficiencia individual propiamente.
- Está demostrado, por algunos estudios (Mineduc, 2006; Godoy, Riquelme, Salazar y Matus, 2007; Mella, 2012), que la educación sexual beneficia a esta población al incrementar habilidades sociales, mejorando su asertividad e impulsando su independencia, ya que aprenden que la expresión de su sexualidad es su responsabilidad, permitiéndoles cambiar conductas para expresar adecuadamente su propia sexualidad.
- Los jóvenes con DI tienen las mismas preguntas e inquietudes sexuales que aquellos que no la tienen, por lo tanto se les debe escuchar y atender su demanda de información.
- En este sentido propongo un programa de educación sexual de tres bloques que abarque en primera instancia el conocimiento corporal hablando de partes públicas (cabeza, extremidades) y privadas (genitales, nalgas, senos); en segunda instancia trabajar con la discriminación de situaciones de riesgo tales como embarazos no planeados, abuso sexual y enfermedades de transmisión sexual incluidos el VIH/SIDA, así como otórgales herramientas que les permitan actuar de determinadas formas antes dichas situaciones, mediante el juego de roles o moldeamiento de conductas entre otras técnicas conductuales; y por último trabajar la discriminación de los diferentes tipos de relaciones interpersonales (familiares, de pares, laborales, etc.) lo que les permitiría la sana convivencia y una mejor integración social.

- Al educar en sexualidad se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones: ¿cómo la discapacidad de la persona podrá afectar su desarrollo psicosexual?, ¿cómo su discapacidad puede afectar su capacidad para aprender acerca de su sexualidad?, ¿cuál información adicional requerirá para poder vivir su sexualidad a plenitud?
- Se debe utilizar un lenguaje adecuado y concreto, que inspire respeto, franqueza y libertad de expresión, así como honestidad al hablar que permita una comunicación positiva y respuestas basadas en la verdad.
- Es importante el respeto por las diferencias, así como la igualdad en la participación de ambos sexos.
- Los profesionales en educación y las familias deben tener conocimiento acerca del desarrollo psicosexual de sus hijos e hijas, para poder adecuar el tema acorde con su edad.
- Resulta importante resaltar la utilización de metodología activa y medios audiovisuales para reforzar la enseñanza, de manera que capten el interés y atiendan sus necesidades.
- Para que la educación sexual tenga éxito es importante que exista una estrecha relación entre la escuela y el hogar, con el fin de que todo se relacione entre sí, para que no hayan confusiones en los jóvenes, niños y niñas.
- La educación en sexualidad no sólo debe ser proporcionada a las personas con DI, las personas inmersas en su contexto inmediato (familiares, docentes, personal médico y de salud) también deben recibir psicoeducación que les permita adquirir las herramientas para afrontar las distintas situaciones

relacionadas a la sexualidad, les permita modificar, creencias, emociones, pensamientos y conductas acerca del tema, y les enseñe como enseñar sexualidad.

- El enfoque de la TCC permite que se desarrollen estas habilidades a través de distintas herramientas y técnicas que facilitan el desarrollo integral de la sexualidad y con ello relaciones funcionales y adaptadas no sólo de las personas con DI, sino de todos los involucrados en el proceso, ya que como se mencionó los terapeutas cognitivo conductuales se asemejan a un profesor el cual tiene la responsabilidad de proporcionar asesoramiento, ofrecer ejercicios específicos de entrenamiento, corregir equivocaciones, intentar corregir estilos erróneos de proceder, y proporcionar información actualizada, demostrar interés, apoyo y aliento, entrenamiento que se debe de adjudicar familia y educadores para continuar entrenando y reforzar las conductas adaptadas de las personas con DI, aun cuando el terapeuta ya no esté presente.

De esta manera se visualiza que la educación de la sexualidad es esencial para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad. Ésta les permite adquirir los conocimientos necesarios para interrelacionarse con los demás y las demás de manera respetuosa, responsable y solidaria. Así mismo, les facilita la toma de decisiones para establecer en un futuro sus proyectos de vida, así como prevenir situaciones de riesgo como el embarazo, el abuso sexual y las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Todo ello permitirá personas más autónomas y felices.

REFERENCIAS

1. Allen, B., Katz, G. y Lazcano, E. (2009). Estudio sobre discriminación y discapacidad mental e intelectual. Dirección general adjunta de estudios, legislación y políticas públicas. México.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013
3. American Association on Mental Retardation AAMR (2002). Mental Retardation: Definition, classification and systems of supports. Washington, D.C.: E.A.
4. Anguita, J. (2010). La deficiencia Mental. *Revista digital innovación y experiencia educativas* 6(36), pp. 1-11. Granada, España.
5. Audesirk, T., Audesirk, G. y Byers, B. (2004). Continuidad de la vida: reproducción celular. En: Audesirk, T., Audesirk, G. y Byers, B. (2004). *Biología ciencia y naturaleza*. Pp. 174-199. México: Editorial Pearson Prentice Hall.
6. Caballo, V. (1996). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. España: Siglo XXI.
7. Cruz, M. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y cultura* 2(22), pp. 147-160. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

8. Feixas, G. y Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós.
9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2002). Adolescencia, una etapa fundamental. Nueva York.
10. Gonzáles, T. y Juárez, L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), pp. 1027-1047. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
11. Godoy, P., Riquelme, I., Salazar, A. y Matus, M. (2007). Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Guía para el docente. Santiago de Chile: Arquetipo.
12. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI. (2011). Síntesis metodológica y conceptual del censo de población y vivienda 2010. México.
13. Kazdin, A. (2000). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México: Manual Moderno.
14. Katz, G., Rangel, G. y Lazcano, E. (2008). Discapacidad intelectual. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
15. López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002). DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona; Masson.
16. Márquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L. y Galván, C. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental* 34(5), pp. 443-449. UAM Xochimilco, México.
17. Medina, M. (2005). Educación sexual para niños y jóvenes discapacitados: un enfoque humanista. México: Universidad iberoamericana.

18. Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En: Lim, S. y Garske, J. (1988). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
19. Mella, J. (2012). Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones sobre la terapia ocupacional. *Revista chilena de terapia ocupacional*, 12(2). Santiago de Chile: Facultad de medicina.
20. Mineduc (2006). Estudio de educación sexual y afectividad en el mundo de la discapacidad intelectual. Unidad de Educación Especial, Secretaría Técnica de Educación en Sexualidad y Afectividad, Santiago de Chile.
21. Muñoz, N. y Urán, J. (2014). Verificación del impacto de la educación sexual en la consulta externa de dos IPS de Bogotá. (Tesis de Maestría) Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9022/52827579-2014.pdf>
22. Navarro, Y. (s.f.). Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. *Información psicológica*, 2(103), pp. 15-30. Universidad de Huelva.
23. Navarro, Y., Torrico, E. y López, M. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educación y diversidad*, 4(2), pp. 75-92. Universidad de Huelva.
24. Navas, P., Verdugo, M. y Gómez, L. (2008). Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual. *Intervención Psicosocial* 17(2), pp. 143-152. Universidad de Valladolid, España.

25. Nuño, A., Granados, O., Jara, S., Tuirán, R., Treviño, J. y Gómez, I. (2017). Modelo educativo para la educación obligatoria. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/198738/Modelo_Educativo_para_la_Educacion_Obligatoria.pdf
26. Organización Mundial de la Salud (2000). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. PAHO, WHO. p. 6-7.
27. Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud CIF. Madrid:IMSERSO
28. Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10 Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.
29. Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.
30. Phares, J. y Trull, T. (2000). Evaluación conductual. En: Psicología clínica; conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.
31. Piaget, J. (1964). Seis estudios de Psicología. Editorial Labor S.A., España.
32. Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación* 32(1), pp.157-170. : San José Costa Rica: Universidad de Costa Rica
33. Ruíz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención, cognitivo conductuales. España: Bilbao.

34. Rojas, R., Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A. y Uribe, P. (2017). Educación Sexual Integral: Cobertura, homogeneidad, integridad y continuidad en escuelas de México. *Salud Publica de México* 59(1), pp. 19-28. Centro de Investigación en Salud Poblacional; Instituto Nacional de Salud Pública. México, Ciudad de México.
35. Shutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las américas: Ampliaciones en programas y políticas. OPS, Washington, D.C.
36. UNESCO (2014). Educación Integral de la sexualidad: Conceptos, enfoques y competencias. Oficina Regional de educación para América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>
37. UNESCO (2017). La educación para la salud y el bienestar: contribución a los objetivos de desarrollo sostenible. París, Francia. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002464/246453s.pdf>
38. Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002. *Siglo Cero* 34(1), pp. 5-20. España.
39. Vite, M. (2012). La discapacidad en México desde la vulnerabilidad social. *POLIS* 2012 8(2), pp. 153-173. México.