



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La sexualidad en los Trastornos de Espectro Autista: la
importancia de abordar el tema.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Esmeralda Rangel Márquez

Directora: Dra. Patricia Anabel Plancarte Cansino

Dictaminadores: Dra. Patricia Ortega Silva

Dra. Susana Xóchitl Bárcena Gaona

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 30/11/2022



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



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.

Índice

Introducción	4
Capítulo 1. Trastorno del Espectro Autista	15
Definición Actual del Trastorno del Espectro Autista	15
Tipos de TEA y Sus Características.	24
Diagnóstico e Intervención	32
Capítulo 2. Sexualidad	47
Definición	48
La Sexualidad en la Discapacidad.	55
Capítulo 3. Análisis de la sexualidad en el Trastorno del Espectro Autista.	69
Programas de Intervención	79
Conclusiones	87
Referencias	91

Resumen

La sexualidad y el Trastorno de Espectro Autista (TEA), han sido temas históricamente rodeados de prejuicios, debido a esto, existen problemáticas dentro de la sexualidad en personas con TEA, como lo son las concepciones asociadas al desconocimiento sobre la discapacidad y sexualidad, además de las dificultades biológicas que afectan el funcionamiento sexual. Por lo que esta tesina tiene como objetivo general, identificar y describir los tipos de intervenciones y la metodología empleada para abordar el tema de la sexualidad en población con TEA. Para esto, los procedimientos fueron la búsqueda bibliográfica, la elaboración de una base de datos, el análisis conceptual y metodológico de dicha información, la redacción y corrección de los capítulos, y finalmente la compilación. La información encontrada sugiere que conforme avanzan los años, el interés por esta población y el tema ha cobrado mayor interés, al igual que la necesidad de normalizar la educación afectivo-sexual, probablemente debido a la creciente demanda de la sociedad y a los buenos resultados obtenidos en las diferentes propuestas de intervención que se han generado. Se considera fundamental seguir incidiendo en la investigación, así como en la difusión de los resultados de todo lo que tenga que ver con la sexualidad de las personas con TEA, se sugieren posibles líneas de trabajo e investigación que de forma interdisciplinar se puedan implementar desde la educación especial en México.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, sexualidad, intervención, educación especial, discapacidad.

Abstract

Sexuality and Autism Spectrum Disorder (ASD) have historically been issues surrounded by prejudices, due to this, there are problems within sexuality in people with ASD, such as conceptions associated with ignorance about disability and sexuality, in addition biological difficulties that affect sexual functioning. Therefore, this thesis has the general objective of identifying and describing the types of interventions and the methodology used to address the issue of sexuality in the population with ASD. For this, the procedures were the bibliographic search, the elaboration of a database, the conceptual and methodological analysis of said information, the writing and correction of the chapters, and finally the compilation. The information found suggests that as the years go by, interest in this population and the subject has gained greater interest, as has the need to normalize affective-sexual education, probably due to the growing demand in society and the good results obtained. In the different intervention proposals that have been generated. It is considered fundamental to continue influencing research, as well as in the dissemination of the results of everything that has to do with the sexuality of people with ASD, possible lines of work and research are suggested that can be implemented in an interdisciplinary way from the special education in Mexico.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, sexuality, intervention, special education, disability.

Introducción

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) también denominados Trastornos Generalizados del Desarrollo son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia. Los Trastornos del Espectro autista se definen por la presencia de alteraciones en la interacción social y la comunicación, una importante restricción en el repertorio de intereses, actividades y conductas (Secretaría de Salud, 2012), de igual forma la Secretaría de Salud menciona que los “Trastornos Generalizados del Desarrollo” citando al DSM-IV-TR, pueden detectarse a edades muy tempranas y que por definición, el Trastorno Autista es de inicio anterior a los 3 años de edad, y esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable no sólo en el correcto desarrollo y bienestar de la persona afectada, sino también de los familiares, dada la elevada carga de cuidados personalizados que necesitan.

Aunado a estas definiciones este trastorno es actualmente descrito por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5, 2013) con el concepto de, “Dificultad persistente en el desarrollo del proceso de socialización (interacción y comunicación sociales), junto con un patrón restringido de conductas e intereses, dentro de lo cual se incluyen restricciones sensoriales” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.28). El TEA se conoce como un trastorno del "espectro" porque existe una gran variación en el tipo y la gravedad de los síntomas que experimentan las personas, tienen dificultades con la comunicación e interacción social, intereses restringidos y comportamientos repetitivos (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2018). El Trastorno del Espectro Autista (TEA) ocurre en todos los grupos étnicos, raciales y

económicos, aunque puede ser un trastorno de por vida, los tratamientos y servicios pueden mejorar los síntomas y el funcionamiento de una persona (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2018).

Este trastorno constituye quizá, el grupo de alteraciones del desarrollo que más publicaciones, investigaciones y modelos de intervención ha suscitado en los últimos años, como por ejemplo Muñoz y Ruíz (2017) realizaron una “Guía para el juego dirigido con alumnado con Trastorno del Espectro Autista en centros educativos”, también, Palma (2011) realizó un “Software de apoyo al desarrollo del lenguaje en niños con autismo”, entre otros. Estos trabajos, además, proceden de distintos ámbitos profesionales: médicos, psicológicos, educadores y asistenciales, entre otros (Monfort, 2009).

Dentro de este trastorno existen diversos modelos y planes de intervención, los cuales se enfocan en las diversas áreas ya mencionadas, abordadas por diferentes profesionales e instituciones (Monfort, 2009).

Por otro lado, la sexualidad se ha concebido como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que se encuentran presentes a lo largo de la vida del individuo e incluyen creencias, comportamientos, sentimientos, actitudes, pensamientos y valores, los cuales determinan la forma de expresarse y relacionarse. Así mismo la Organización Mundial de la Salud [OMS] (Barrera, et al., 2019) estipula que la sexualidad y las conductas sexuales son parte de la salud sexual de un individuo, por tal motivo se requiere un acercamiento respetuoso entre los individuos hacia la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia, por lo cual se debe considerar que el impacto social tiene un mayor impacto en el comportamiento sexual humano.

Por lo tanto, la sexualidad es un componente fundamental del ser humano, el cual no sólo abarca aspectos relacionados con el sexo, la reproducción, la intimidad, el placer y el erotismo, sino también los papeles de género, la orientación sexual y las identidades. Se vive y se expresa mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (Lancha y Etxeberria, 2019), está presente durante toda la etapa vital, aunque desde hace muchos años cabe la creencia equivocada de que la sexualidad, o su desarrollo, no aparece hasta el periodo de la pubertad. Debido a esta creencia, ocasiona consecuencias graves, ya que ello ocasiona desconocimiento de las circunstancias fundamentales actuales de la vida sexual (Lancha y Etxeberria, 2019).

En este sentido, la sexualidad y la discapacidad, son temas que han sido históricamente rodeados de prejuicios, debido a esto existen problemáticas dentro de la sexualidad en personas con discapacidad, como las asociadas al desconocimiento sobre la discapacidad y sexualidad de los profesionales de la salud, además de las dificultades biológicas que afectan el funcionamiento sexual, el criterio sobre la atención de la sexualidad que no representa un hecho primordial a considerar durante el proceso de rehabilitación, por lo que muchas veces este aspecto es obviado o relegado a un segundo plano (Castillo, 2008). También se supone un estado crónico de infantilidad (Contino y Micheletti, 2019) resaltando lo mencionado anteriormente, la creencia de que haya una sexualidad es que exista a partir de la adolescencia, al infantilizar a esta población, eliminan la existencia de sexualidad.

Debido a las problemáticas mencionadas, es alarmante y necesario problematizar el tema acerca de la sexualidad en las personas con discapacidad y contemplar la idea de que la sexualidad, sea vista como un componente inherente de la personalidad humana, ya que es la

más completa expresión de un individuo en sociedad, irreductible a los estrechos marcos de lo puramente erótico o genital (Acosta et al., 2015).

Es reconocido que esta población, tiene poca o nula educación sexual, ya sea por algún especialista o por sus propios padres, por consiguiente, esta falta de información, llega a generar que esta población no sepa actuar o identificar el desarrollo su sexualidad adecuadamente y para aminorar las consecuencias que conllevan los déficits de las personas con discapacidad y en específico con población con TEA, no se considera necesario que los agentes educativos se conviertan en expertos sobre sexualidad, pero sí deben estar preparados para orientar a una persona en un proceso de aprendizaje sobre un tema relacionado con la sexualidad humana, ya que se ha observado un vacío en el desarrollo de programas de educación sexual por consiguiente, la mayoría de los programas existentes se centran en aspectos biológicos y preventivos, dejando a un lado diversos componentes que forman el desarrollo de la educación sexual como, por ejemplo, el enfoque sociológico o psicológico (Lancha y Etxeberria, 2019).

Ahora bien, la sexualidad en las personas con TEA, independientemente de la severidad de las dificultades, tienen derecho a una educación sexual y que sea adaptada (Koller, 2000), por tal motivo, dentro de esta investigación es importante destacar la sexualidad y su abordaje dentro de esta población, por lo tanto, con el aumento de publicaciones acerca de intervenciones y programas en diversas investigaciones, al paso de los años, han cambiado y a pesar de que existen numerosos e importantes artículos, los cuales proporcionan una abundante información, en estas mismas investigaciones reportan evidencia de lo que es más efectivo en el campo aplicado pero, específicamente en México, existen pocas investigaciones sobre TEA y su sexualidad, de aquí el interés de realizar una investigación documental sobre la sexualidad y su importancia de abordar este tema en personas con TEA.

El Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad menciona que:

En México no existen datos actuales sobre la incidencia del TEA, sin embargo, se estima que alrededor de 6 mil 200 personas nacen al año con TEA. Carol Ajax, fundadora de Spectrum Therapy Center México, aseguró que en el país 1 de cada 115-120 personas presenta algún tipo de Trastorno del Espectro Autista (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2019, p.4).

Así mismo, en una nota Excélsior (2019) se estima que actualmente en el mundo uno de cada 70 recién nacidos es diagnosticado con TEA, mientras que en México uno de cada 115 niños nace con esta condición, lamentablemente no existen datos en específico o estadísticas exactas de una base de datos confiable como el INEGI.

Por otro lado, a pesar de que en México hay múltiples instituciones que intervienen en población con TEA, existen muy pocas investigaciones que retomen a esta población, comparado con otros países, por lo tanto, los planes de intervención publicados son muy pocos, o no son conocidos, de igual forma no se conoce si su intervención es adaptada a la población mexicana o como tal la intervención es replicada de alguna intervención extranjera, por ejemplo, la Secretaría de Salud (2012) en su guía de práctica clínica, para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, mencionan varios instrumentos de evaluación, uno de ellos es el “Childhood Autism Rating Scale” (CARS) elaborado en Carolina del Norte, es un instrumento observacional y fue desarrollado para identificar niños con TEA comparados con niños con otro déficit en el desarrollo y determinar la severidad de los síntomas, se aplica en niños mayores de 2 años, consiste de 15 escalas donde las conductas del niño son calificadas de acuerdo a la edad cronológica, la sumatoria de los ítems ubica al niño en un continuo que va de

“sin autismo” el “autismo moderado” a “autismo severo”. No se amerita de un entrenamiento para su aplicación (Secretaría de Salud, 2012, p.26), se usa como un instrumento confiable para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del TEA, se puede aplicar a cualquier niño mayor de 24 meses de edad, fue diseñado antes de la publicación del DSM–IV y por ello no contiene criterios para diferenciar entre los distintos grupos de problemas del desarrollo, es una de las escalas más usadas en el diagnóstico del TEA, (Albores et.al, 2008). A pesar de ser una escala de evaluación extranjera y usarla tal cual, en su versión en español, es ampliamente reconocida y usada por la misma Secretaría de Salud.

Por otro lado, las investigaciones sobre la sexualidad en jóvenes con TEA se han basado en la definición sus características y cómo podrían tratarse, esto a través de distintas formas de evaluación y planes de intervención, guías y propuestas de programas los cuales en su mayoría son de investigaciones en diversas áreas profesionales, como psicología, medicina y pedagogía, así mismo, estas investigaciones fueron realizadas en lugares como España (Gill-Llario 2016, 2018, Luengo, 2019), Argentina (Hervas 2020) y México (Mazadiego et al., 2017), así mismo se debe destacar que las evaluaciones y los programas de intervención en educación especial y en específico para personas con TEA son intervenciones en sí mismas valiosas, las cuales ayudan a los niños a tener un desarrollo de habilidades que ayuden a facilitar la transición a la sociedad, esto incluye la sexualidad, sin embargo, se han encontrado que, en una intervención se busca abordar las demoras en el desarrollo y las discapacidades antes de que un niño comience la escuela, o se ingrese a un nuevo círculo social como un paso hacia la preparación avanzada; para el niño y un joven con TEA esta intervención o un programa de intervención para el aprendizaje de cualquier tipo, es de suma importancia, pero no se han encontrado tantas intervenciones o investigaciones que hablen sobre la sexualidad, en personas con discapacidad, ya sea cómo o

cuándo se interviene, o cómo abordar este tema, en personas con TEA, como ya se ha mencionado, ya que sus afecciones son un poco más complejas y sus habilidades para desenvolverse en el área social, son complicadas.

A esto se puede agregar que, la preocupación social en México ante los jóvenes con TEA, para lograr que esta población con este trastorno tenga las habilidades de comunicación necesarias, así como para el aumento de la calidad de vida, y dentro de esta, el desarrollo de su sexualidad, al igual que la mejora del funcionamiento y bienestar de los jóvenes, este interés se puede observar que es cada vez mayor. Desafortunadamente esta información es poco divulgada, e investigada y debido a esto, no se conoce como tal, qué intervenciones hay para esta población con estas características en específico, cuál es el desarrollo de su sexualidad e incluso como sabe esta población la existencia de la sexualidad en su propio organismo.

Por tal motivo, es importante saber cuáles son estos tipos de intervención y metodologías, entre otras formas de actuación, utilizadas en México, ya que no existe unanimidad en cuanto al método de intervención más idóneo, pues éste se debe adaptar al entorno y a las características individuales. Dada la gran heterogeneidad de la población con TEA y a la dificultad en comparar las intervenciones, resulta complicado recomendar, con base a la evidencia científica, un método u otro. Por lo tanto para este trabajo es interesante e importante resaltar el cómo y cuándo se debe abordar el tema de la sexualidad y cómo se lleva a cabo en la población con TEA, ya que esto será de suma importancia para futuras investigaciones en este tema, y ayudará a los psicólogos, a impartir mejores terapias, ya que ellos juegan un importante papel, tanto en el diagnóstico de TEA, como a la hora de ayudar a las personas a enfrentar y manejar los desafíos asociados al mismo, como menciona APA (2018), el TEA es una condición que dura toda la vida. A medida que los pacientes van creciendo, los psicólogos crean nuevos planes de

tratamiento para ayudar a los pacientes y sus familias a tener éxito en los puntos clave de transición, por ejemplo, comenzar la escuela, transición a la adolescencia o a la edad adulta, y la calidad de vida, para una vida independiente.

Destacando, de manera importante, en dado caso que este trabajo pudiese ser publicado ayudará a informar a la comunidad de psicólogos en educación especial acerca de las intervenciones en población con TEA y así elaborar nuevas planeaciones o replicarlas para mejorar la inclusión a la sociedad y tener un desarrollo óptimo y adecuado, así como generar conciencia a padres de hijos con TEA y población en general, de la existencia de la sexualidad en la discapacidad.

Por lo tanto, en esta tesina se pretende identificar y describir los tipos de intervenciones y la metodología empleada para abordar el tema de la sexualidad en población con TEA. Así como algunos objetivos específicos, como lo son:

- Describir la definición actual de TEA, sus características y tipos de autismo, así como el diagnóstico y su intervención en general.
- Describir la definición de sexualidad, sus características, la importancia de abordar la sexualidad en la educación.
- Analizar y describir las diferentes intervenciones y metodologías en población con TEA sobre sexualidad.
- Describir y analizar las características y la importancia del cómo realizar intervención para abordar el tema de la sexualidad en personas con TEA.

Los procedimientos dirigidos a cumplir los objetivos, fueron la búsqueda bibliográfica, la elaboración de una base de datos, el análisis conceptual y metodológico de dicha información, la redacción y corrección de capítulos, y finalmente la compilación.

- Búsqueda bibliográfica: Se realizó una búsqueda de cualquier tipo de reporte publicado entre los años 2010 y 2022 en las bases de datos ScienceDirect, Google Scholar, Bibliotecas UNAM, Redalyc, Scopus y Taylor & Francis Online a partir de las palabras clave en español e inglés “sexualidad en discapacidad” (sexuality in disability) y “TEA y sexualidad” (Sexuality and TEA), “sexualidad e intervención” (sexuality and intervention), ”Educación sexual en la discapacidad” (sex education in disability), “conductas sexuales en autismo” (sexual behaviors in autism). Se descartaron aquellos estudios cuyos participantes no consideran a los padres, tutores o cuidadores; aquellos que partan de una corriente teórica diferente a la Psicología Conductual o Cognitivo-conductual; aquellos que no contengan información sobre la sexualidad en la discapacidad o en TEA.
- Elaboración de base de datos: Se diseñó una base para la identificación y organización del material bibliográfico recopilado, la cual se compuso de 12 elementos: referencia, tipo (teórico, experimental, cuasiexperimental, meta-análisis), subtema, objetivo de la investigación, población, definiciones, variables, instrumentos empleados, análisis de datos, resultados significativos, estrategia recomendada, país donde se elaboró.
- Análisis de la información recopilada: Consistió en la identificación, y agrupación o contraste, de los conceptos, variables, modelos teóricos, instrumentos de evaluación, dificultades enfrentadas y estrategias de cómo y cuándo se aborda el tema de la sexualidad. Se elaboró una sábana donde se ubicó de manera ordenada esta información.

- Redacción de capítulos: Se redactaron dos capítulos dirigidos a: Conceptualización y características principales, tanto del Autismo como de la Sexualidad, y un capítulo enfocado en el Análisis de la sexualidad en el autismo y su intervención. Además de los capítulos ya mencionados se redactaron también la introducción y las conclusiones.
- Corrección de capítulos: Una vez redactado cada capítulo se revisó su ortografía y secuencia, se envió primero a la directora de la tesina y posteriormente a los asesores de esta, para conocer sus respectivas observaciones y redactar los cambios pertinentes en los capítulos.
- Compilación total de la tesina: Se integraron la introducción, capítulos y conclusiones en un mismo documento, y se redactó el resumen del trabajo. En cuanto a las referencias, se agregaron en una sola lista las que hayan sido encontradas a lo largo de la investigación; se revisó su redacción con base en la última edición del manual de publicación de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés). Finalmente, se enumeró el índice con el número de página final designado para cada apartado ya referido.

En cuanto al desarrollo de este trabajo se divide en 5 capítulos:

- Trastorno del Espectro Autista: En este capítulo se habla de la definición actual de TEA, sus características y tipos de TEA, implicaciones en el desarrollo, así como el diagnóstico y su intervención en general.
- Sexualidad: En este capítulo se habla de la sexualidad, su definición, y se profundiza en la sexualidad en la educación especial, su importancia e intervención en general.

- **Análisis de la sexualidad en personas con TEA y su intervención:** En este capítulo se realiza un análisis sobre la información recaudada de sexualidad y TEA, tal como las metodologías utilizadas para su intervención para así destacar su importancia del abordaje en personas con TEA.
- **Conclusiones:** En este capítulo se hacen constar los resultados obtenidos y la aportación sobre la información recaudada de sexualidad y TEA. Aquí se da respuesta a los objetivos y pregunta de investigación.
- **Referencias:** En este apartado se encuentra la bibliografía del trabajo, los datos de las fuentes que fueron citadas y que apoyaron esta tesina, registradas bajo las normas establecidas por los modelos de cita y referencia de APA.

Capítulo 1. Trastorno del Espectro Autista

Definición Actual del Trastorno del Espectro Autista

La concepción del Trastorno del Espectro Autista (TEA) ha cambiado significativamente en el transcurso de los últimos años gracias al avance en su investigación, el concepto del TEA constituye una amplia categoría de diagnóstico (como los que incluyen parálisis cerebral, epilepsia o retraso mental, entre otros), por esta razón se determina el concepto como espectro.

A través del término Trastorno del Espectro Autista se pone de relieve la amplia gama de eventos y los “síntomas” conductuales del TEA a lo largo de un continuo que le permite identificar las alteraciones del comportamiento y de la interacción social (Psicólogos infantiles Madrid, 2020). Visto en estos términos, el Espectro Autista es sólo la última expresión de las diferentes definiciones. Sin embargo, para llegar a la definición actual se debe mencionar una breve revisión histórica, de las ideas concernientes al TEA, ya que ha pasado por varios periodos en casi un siglo, que reflejan las discusiones alrededor de la nosografía de los trastornos calificados como autísticos y de su clasificación en los sistemas utilizados sucesivamente, especialmente aquellos publicados desde hace 30 años, como lo son, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 y los Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) III y IV (Garrabé de Lara, 2012). El objetivo del capítulo es hacer un breve recorrido histórico, para dar a conocer cuál ha sido la evolución del conocimiento sobre el Trastorno de Espectro Autista, hasta la actualidad, destacando los autores más significativos que han ayudado a definir este trastorno.

En relación con lo anterior, Cuxar y Jané (1998) mencionan que existen registros médicos a lo largo de la historia, que describen sospechas de TEA, por ejemplo, uno de los casos que hay evidencia, en el cual se describe a un niño que presentaba síntomas de aislamiento social, y tenía

una falta total de vínculos, este caso fue escrito por un farmacéutico del hospital de Bethlem en 1799, del cual es citado como una de las primeras pruebas de TEA.

Por ejemplo, en 1801, Jean Marc Gaspard Itard, trabajó con Víctor, el niño salvaje de los bosques de Aveyron en Francia, eso le permitió llevar a cabo la descripción del niño salvaje. Itard con sus métodos de tratamiento sentó las bases modernas de la actuación terapéutica frente a las distintas habilidades de la inteligencia y el desarrollo. Afirmaba que Víctor desplegaba síntomas de TEA en 1887, fue el primero en describir el síndrome de Down, pero también investigó sobre el retraso mental. Su descripción del retraso en el desarrollo describe a individuos quienes hoy en día serían clasificados con TEA.

Ahora bien, si el término Autismo es antiquísimo, recién se utilizaba en la literatura médica en el año 1912 de la pluma del psiquiatra suizo Paul Bleuler, cuando publica un artículo en el *American Journal of Insanity*, para hacer referencia a un síntoma de la esquizofrenia que implicaba una tendencia a alejarse de la realidad externa, con una evidente sustracción de la vida social y aislamiento emocional hacia el mundo exterior (Garrabé de Lara, 2012). Bleuler definió el Autismo como una conducta de separación, junto a un predominio patológico de la vida interior (Cuxart y Jané, 1998).

Seguido de esto, en 1923 el psicólogo también suizo, Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extrovertida e introvertida, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud, este enfoque definía a la persona con autismo como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el mundo interior (Garrabé de Lara, 2012).

Para 1927 Minkowski, un estudiante de Bleuler definió el Autismo como el “generador de problemas” de la esquizofrenia. Años después, recién hacia 1943, el psiquiatra austriaco Leo Kanner, luego de estudiar los casos de un grupo de niños, introdujo la clasificación de Autismo

infantil temprano para señalar las dificultades de adaptación a los cambios en las rutinas, las dificultades para entablar lazos sociales consistentes, la sensibilidad a los estímulos, la ecolalia y las dificultades para realizar actividades espontáneas, en los niños observados, la memoria se encontraba conservada, sensibilidad a los estímulos (especialmente sonido), resistencia, alergias a la comida, buen potencial intelectual, ecolalia o la propensión de relanzar las palabras del locutor y las dificultades en actividad espontánea. Ese mismo año, Kanner publicó un artículo titulado “Autistic Disturbances of Affective Contact” en la revista *Nervous Child*, describiendo el estudio ya mencionado, en este artículo Kanner se refería a estas condiciones como “Síndrome de Kanner”. En el próximo estudio de Kanner, en 1949, observó un pequeño grupo de niños de buenas familias educadas, por la limitada cantidad de muestras y la selección de la población usada, durante este estudio, Kanner comenzó a llamarle por nombre “frío” al estilo de maternidad resultando en propio crédito con el término “Madre Refrigerador” (Balbuena, 2007).

Poco tiempo después de la publicación del artículo de Kanner, se descubrieron investigaciones del médico austriaco Hans Asperger, que anteceden el trabajo de Kanner y que describen características similares que presentaban otro grupo de infantes observados. En 1944, Hans Asperger estudió 200 familias con niños “similares” a los que Kanner estudiaba, excepto que estos no tenían problemas de lenguaje o retardo mental. Le llamó Síndrome de Asperger por experimentar las mismas dificultades con interacciones sociales, pero tenían habilidades de lenguaje mejor fortalecidas y una comprensión superior del promedio normal con entendimiento altamente técnico. Asperger mismo creía que el Síndrome Asperger y Autismo Infantil, eran trastornos distintos, hizo hincapié en los intereses inusuales (áreas del saber o actividades de las cuales manejaban mucha información y detalle) y el férreo apego a las rutinas y también a algunos objetos. Este grupo de niños manejaba adecuado capital lingüístico y podían

comunicarse con fluidez. El reconocimiento internacional del Asperger como entidad clínica ocurrió en 1994, cuando fue incorporado por primera vez en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) -IV (Cuxart y Jané, 1998).

En 1950, Bettelheim estudió el efecto de tres sesiones de terapia con los niños que él llamó autísticos. Al igual que Kanner, Bettelheim decía que el problema en los niños era debido a la frialdad de sus madres “frías”. Por lo que separó a los niños de sus padres. Kanner y Bettelheim, ambos trabajaron hacia la fabricación de la hipótesis que mostró que los niños autísticos tenían madres “refrigeradoras”. Escribió múltiples libros y apareció en revistas como también en la televisión dialogando su teoría (Bettelheim, 2001).

Con la publicación de la primera versión del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) por parte de la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) hacia 1952 e inclusive hasta la segunda edición del manual DSM II (Del Barrio Gándara, 2009), se creó una relación entre psicosis y autismo, y así creando una confusión al identificar a personas con este trastorno, determinando erróneamente a muchos niños con el diagnóstico de “esquizofrenia o reacción esquizofrénica, tipo infantil”.

Bernard Rimland, padre de un hijo con TEA de alto funcionamiento y un psicólogo de investigación, fue la primera persona en desafiar la ortodoxia psiquiátrica sobre la causa del TEA. A través de su propia investigación metódica, Rimland llegó a creer que la teoría de la “madre refrigerador” fue fundada en nada más que pruebas circunstanciales y anecdóticas. En 1964 presentó el primer argumento sólido que el TEA no estaba relacionado con el vínculo entre padre e hijo, sino más bien que se trata de una condición biológica. Como Rimland no tenía acceso a los medios ni la fama de sus antecesores, su obra y teorías pasó casi desapercibida por el público en general. Rimland junto con un pequeño grupo de padres, fundó la Sociedad

Americana de Autismo, para que padres de familia tuvieran una voz en contra de la Teoría Madre Refrigerador, convirtiéndose en el hombre que cambió el paradigma del autismo, ya que estaba convencido que la causa real del incremento del autismo eran excesivas vacunas en los niños (Coto, 2007).

Rett describió en 1966 un complejo desorden neurobiológico que afecta más a niñas, describiendo el caso de 22 niñas en una publicación médica alemana. Sin embargo, esta publicación no recibió el reconocimiento esperado y la mayoría de los médicos no tuvieron conocimiento de este síndrome a causa de la relativamente pequeña circulación de este artículo. El trastorno fue reconocido en forma generalizada sólo después de la publicación de un segundo artículo en 1983 (Coto, 2007).

Ya en los años setenta, Rutter en 1972 y Ritvo y Freeman en 1978 definen diferencialmente los criterios diagnósticos, separando definitivamente al autismo de la psicosis o esquizofrenia (Cuxart y Jané, 1998). Lorna Wing y Judy Gould sugirieron en 1979 el uso del término “Trastornos del Espectro Autista” (TEA) para referirse al autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), Wing y Gould propusieron la “triada de impedimentos”, como criterio diagnóstico, esta triada, divide las características observadas en personas con Trastorno del Espectro Autista en tres categorías: El deterioro emocional o social, la inflexibilidad en el pensamiento y la imaginación, y la dificultad en la comunicación o el lenguaje, de acuerdo con esa tríada, según Coto (2007), los niños y adultos con TGD, presentan déficit severos y generalizados en:

- Habilidades de Interacción Social
- Habilidades de Comunicación
- Imaginación Social (Ausencia de Juego Simbólico/Imaginativo)

En 1980, con la aparición de la tercera edición del DSM (DSM-III), se incluye la expresión “Trastorno Generalizado del Desarrollo” (TGD) para describir a los trastornos caracterizados por alteraciones en el desarrollo de múltiples funciones psicológicas básicas implicadas en las habilidades sociales y en el lenguaje, tales como la atención, la percepción, la conciencia de la realidad y los movimientos motores. Dentro de los TGD, se diferencian tres tipos. El TEA infantil (con inicio antes de los 30 meses de vida), el Trastorno Generalizado del Desarrollo (con inicio posterior a los 30 meses de vida), cada uno de ellos con dos variantes (“síndrome completo presente” o “tipo residual”) y, por último, el TGD atípico. Con esta nueva clasificación, se logró diferenciar definitivamente el TEA de los trastornos psicóticos, la ausencia de síntomas psicóticos pasó a ser en un criterio diagnóstico para el TEA. En 1987, con la aparición de la revisión de la tercera edición del DSM (DSM-III-R, APA) se acotó el Espectro de los TGD, reduciendo los posibles diagnósticos a: Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (Balbuena, 2007).

Luego de los aportes del psicólogo español Ángel Riviere en los años 90’s, quien consideraba al TEA como un continuo de diferentes dimensiones, se evidenció que existen tantos TEA como personas con TEA, también gradientes, con puntos fuertes y otros débiles, tal que en la versión revisada del DSM del año 2000 (DSM-IV-TR), lo que hoy conocemos como Trastornos del Espectro Autista (TEA), se les daba la terminología de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) bajo la clasificación de: Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Rett y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (Dioses et al, 2020). Seguido de esto, con la salida de la quinta edición del DSM en mayo 2013 se planteó una única categoría, la del Trastorno del Espectro Autista (TEA), aportando la posibilidad de realizar un diagnóstico antes de los 36 meses de vida y un sistema

para la identificación del trastorno en la población adulta, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) según el DSM-V donde se menciona el número de características que deben tener para considerarse TEA, (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013):

- Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.
 - Deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
 - Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social.
 - Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones.
- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes
 - Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva.
 - Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal.
 - Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere.
- Los síntomas del TEA tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

- Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.
- Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

Asimismo, las personas con deficiencias notables de la comunicación social, pero que no reúnen criterios para el diagnóstico del TEA, tienen que ser evaluadas para diagnosticar un nuevo trastorno que ha definido el DSM-V denominado “Trastorno de la Comunicación (pragmático) Social”.

Ahora bien, desde el 2014, el TEA se ha definido como, lo que llaman un “Trastorno de Amplio Espectro”, porque los síntomas son diferentes en cada niño. Los síntomas pueden ser desde leves hasta graves y pueden cambiar conforme el niño crece. El TEA es muy diferente en cada niño, esto hace difícil entender el TEA y encontrar las mejores terapias (Eisenberg, 2014).

Vargas y Navas (2012) mencionan que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una condición neurológica y de desarrollo que comienza en la niñez y dura toda la vida. Afecta cómo una persona se comporta, interactúa con otros, se comunica y aprende. Se le llama “Trastorno de Espectro” porque diferentes personas con TEA pueden tener una gran variedad de síntomas distintos. Estos pueden tener problemas para hablar en su entorno social y es posible que no miren a los ojos cuando hablan. Además, pueden tener intereses limitados y comportamientos repetitivos. Es posible que pasen mucho tiempo ordenando cosas o repitiendo una frase una y otra vez.

La definición por considerar más adecuada es la que propone la OMS la cual es la siguiente:

El Trastorno del Espectro Autista es un conjunto de afecciones caracterizadas por alteraciones en comportamiento social, la comunicación, el lenguaje, repertorio de intereses, actividades restringidas, movimientos estereotipados y repetitivos. Aparece en la infancia y tiende a persistir durante la adolescencia y la edad adulta, en la mayoría de los casos se presenta en los primeros cinco años de vida (OMS, 2021, p.1).

Se toma en cuenta esta definición ya que es la que retoma las características más esenciales y abarca el amplio espectro de este trastorno.

Ahora bien, una vez considerando el significado que se tomará en el presente trabajo, en el siguiente apartado se hablará de las características y tipos de TEA, para ahondar más acerca de este trastorno.

Tipos de TEA y Sus Características.

Dentro de este trastorno se han clasificado en “tipos de TEA” y se nombran algunas características, por las que se pueden reconocer a un niño con TEA. Son variadas, pues como ya se mencionó anteriormente, es un trastorno y no es una enfermedad, algunos autores como Cuxart (2000) y Fraile et al., (2020), incluso el DSM y la Secretaría de Salud, 2012, mencionan la clasificación de la siguiente forma:

- **Síndrome de Rett:** Este primer tipo de TEA se presenta casi únicamente en niñas y tiene un carácter regresivo. Las personas afectadas comienzan a sufrir alteraciones en la comunicación, la cognición y la motricidad tanto fina como gruesa alrededor de los dos años. Además de esto se produce una reducción del tono muscular conocido como hipotonía, un crecimiento retardado del cerebro y de la cabeza, dificultades para caminar, convulsiones y retraso mental. Antes de que estos síntomas aparezcan la niña mantiene un desarrollo normal, acorde a su edad (Fraile et al., 2020).
- **Síndrome de Asperger:** Es el caso de TEA más complicado y tardío en diagnosticar, ya que no presenta discapacidades intelectuales ni rasgos físicos que lo identifiquen. Las dificultades principales se encuentran en el ámbito de las habilidades sociales y el comportamiento, lo que hace muy difícil su desarrollo e integración social y laboral. La falta de empatía, la casi nula coordinación psicomotriz, la dificultad para entender las ironías o los dobles sentidos, y la obsesión por centrarse en ciertos temas son otras características que tienen los Asperger.
- **Trastorno Desintegrativo Infantil o Síndrome de Heller:** Se relaciona muchas veces con Trastornos Convulsivos y con la Esclerosis Tuberosa (Trastorno Genético que causa tumores no cancerígenos en el cuerpo). Sus síntomas son parecidos a

los del síndrome de Rett. Estos niños tienen un desarrollo normal hasta los tres o cuatro años. Afecta a las mismas áreas que los otros Trastornos Autistas, como el lenguaje, la función social y la motricidad. Pero su mayor diferencia es que tiene un carácter regresivo y repentino, de hecho, los niños llegan a ser conscientes de lo que les pasa y preguntan a sus padres por qué les pasa eso. (Fraile et al., 2020).

- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado: Diagnosticar este tipo de trastorno es bastante complicado, ya que es necesario realizar una serie de pruebas asociadas con otras enfermedades. Aunque también es cierto que hay una serie de signos que se desarrollan a una edad temprana y que se relacionan con este trastorno. Además de los síntomas de los otros Trastornos del Espectro Autista en este podemos ver que hay problemas durante el periodo de lactancia, su expresión emocional es escasa, sufren ataques de pánico y rabietas muy intensas. Igualmente son propensos a sufrir accidentes y tienden a las autoagresiones. Los estudios demuestran que los niños que han sufrido infancias complicadas o la separación de sus padres son más propensos a padecer este trastorno (Fraile et al., 2020).

Aunado a lo anterior, el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) menciona una adición de grados de severidad, tanto para los síntomas de la comunicación social como de comportamientos restringidos y repetitivos: grado 3 “necesita ayuda muy notable”; grado 2 “necesita ayuda notable”; y grado 1 “necesita ayuda”. A continuación, se puede observar en la Tabla 1 que se encuentra en el Asociación Americana de Psiquiatría (2013, p 31-32), donde se describen los grados de severidad ya mencionados.

Tabla 1.*Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro Autista.*

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Teniendo en cuenta que lo que principalmente afecta a los niños con TEA es su desarrollo en el área cognitiva, social y comunicativa. Esto se demuestra en todos los comportamientos y

relaciones con el entorno, principalmente en la sociedad. Así mismo se expuso que esta es la condición más reconocible y característica (Garrabé de Lara, 2012).

El siguiente punto son las características del TEA visto por diferentes autores, si bien, el Trastorno del Espectro Autista, se presenta en la totalidad de los casos antes de los 36 meses de vida, y durante estos primeros meses ya hay características que son observables y esto posibilita el diagnóstico prematuro principalmente de los padres. En algunos casos presentan una dificultad para desarrollar habilidades que un niño sin este trastorno desarrolla a final del primer año de vida (Benavides 2017).

Por otro lado, Yáñez e Iparrazar (2014), identifican una serie de síntomas o características que pueden manifestarse en personas con TEA:

- ❖ Embarazo: Generalmente no difiere mucho el embarazo de una mamá de un niño con TEA y la madre de un niño regular. Las diferencias pueden basarse en que en ocasiones los embarazos de niños con TEA presentan sangrados o suelen ser prematuros.
- ❖ Infancia: Según Riviere (1994) las características del TEA se manifiestan a partir del primer año de vida hasta después de los 18 meses, en la que el niño pierde ciertas capacidades y habilidades adquiridas.
- ❖ Niñez temprana:
 - Falta de interacción con sus semejantes.
 - Su juego suele ser de manera aislada, estereotipada y repetitiva, mostrando resistencia a que se le interrumpa o se interfiera en su actividad.
 - Experimentan movimientos corporales repetitivos como mecerse.
 - Carencia de respuesta ante el dolor u otros estímulos.
 - Excitación, gritos, berrinches y llanto sin motivo aparente.

- Dificultades en el control de esfínteres.
- Variaciones en los hábitos alimenticios.
- Problemas en el desarrollo del lenguaje.
- ❖ Niñez tardía y edad escolar:
 - Continúa presentando conductas estereotipadas y repetitivas.
 - Ante el menor cambio de su ambiente rutinario muestra angustia.
 - Juego estereotipado.
 - Cuando hay lenguaje, es capaz de repetir diálogos largos o canciones (ecolalia demorada).
 - Berrinches y respuestas agresivas.

De igual forma *Families for Early Autism Treatment* (s/f, cómo se cita en Palma, 2011), realizó un listado de comportamientos de niños con TEA, en la cual se expresa cómo interactúan con sus pares:

- Interacción social:
 - Puede que tenga la tendencia a pasar más tiempo solo que compartiendo con otros.
 - Puede que muestre tener poco interés en hacer amistades.
 - Responde menos a los signos sociales, por ejemplo, a las expresiones faciales.
 - Dificultad en iniciar juegos o a unirse a las actividades de sus compañeros o niños de su misma edad.
- Juego:
 - No imita las acciones de los otros compañeros.

- No inicia los juegos donde toma el papel de otra persona o el oficio o la profesión de otra, de hecho, no logra reconocerlos y les es muy difícil desarrollarlos.

- Falta de juego espontáneo o imaginativo.

➤ Comportamiento:

- Puede tener berrinches, rabietas o pataletas sin ninguna razón aparente.

- Puede ser pasivo o muy activo.

Un aspecto significativo para saber o identificar si una persona es autista según Garza (2003), es que una persona tiene o ha tenido en alguna etapa de su vida, cuando menos siete de las siguientes características:

➤ Lenguaje nulo, limitado o lo tenía y dejó de hablar.

➤ Ecolalia, repite lo mismo o lo que oye (como si fuese un perico o cotorro).

➤ Parece sordo, no se inmuta con los sonidos.

➤ Obsesión por los objetos, por ejemplo, le gusta traer en la mano un montón de lápices o cepillos sin razón alguna.

➤ No tiene interés por los juguetes o no los usa adecuadamente.

➤ Apila los objetos o tiende a ponerlos en línea.

➤ No ve a los ojos, evita cualquier contacto visual.

➤ No juega ni socializa con los demás niños.

➤ No responde a su nombre.

➤ Muestra total desinterés por su entorno, no está pendiente.

➤ No obedece ni sigue instrucciones.

- Pide las cosas tomando la mano de alguien y dirigiéndose a lo que desea.
- Evita el contacto físico. No le gusta que lo toquen o carguen.
- Aleteo de manos (como si intentara volar) en forma rítmica y constante.
- Gira o se mece sobre sí mismo.
- Se queda quieto observando un punto como si estuviera hipnotizado.
- Camina de puntitas (como balé).
- No soporta ciertos sonidos o luces (por ejemplo, la licuadora o el microondas).

- Hiperactivo (muy inquieto) o extremo pasivo (demasiado quieto).
- Agresividad y/o auto agresividad (se golpea a sí mismo).
- Obsesión por el orden y la rutina, no soporta los cambios.
- Se enoja mucho y hace rabietas sin razón aparente o porque no obtuvo algo.

- Se ríe sin razón aparente (como si viera fantasmas).
- Comportamiento repetitivo, es decir, tiende a repetir un patrón una y otra vez en forma constante.

- Esta lista se da como referencia, pero será necesaria el diagnóstico del neurólogo, así como la valoración del psicólogo.

Teniendo en cuenta lo anterior, los niños con TEA desarrollan la habilidad para que otra persona haga cosas por ellos, como por ejemplo combinar el contacto visual con gestos para acercarles un objeto, retirarles un estímulo que les desagrada, obtener ayuda etc., lo que va generando una dependencia de la madre para mantener quieto y tranquilo al niño (Palma, 2011).

Al crecer, los que no tienen un tratamiento prematuro, mantienen y se hacen mucho más notorias las características que ya se han explicado. En algunos casos en lugar de progresar, mantiene el mismo desarrollo adaptado y cada vez son más agresivos desde el punto de vista comunicativo y social, más aislados y concentrados en actividades repetitivas y estereotipadas hacia objetos o centradas en el propio cuerpo (Palma, 2011).

Seguido de lo anterior, el Trastorno del Espectro Autista se hace evidente entre los 2 y 3 años de edad, aunque en los casos menos graves puede ser identificado hasta los 6 o 7 años justo cuando las demandas escolares y sociales suelen ser más complejas, dejando al descubierto las dificultades comunicativas, sociales y de flexibilidad que hasta ese momento podían haber quedado ocultas por los apoyos extraordinarios proporcionados por los padres, así como por las opiniones de médicos y educadores que restan importancia a las dificultades de desarrollo mostradas por los niños en la primera infancia, las características ya mencionadas pueden variar según como se puede observar, queda muy claro que es un espectro bastante amplio, por tal motivo no todos los niños que tienen este trastorno son iguales, ciertas características del TEA necesitan ser comprendidas antes de llegar a postular un diagnóstico y tratamiento específico, y para llegar a la mejor clasificación se deben determinar las características que se presentan en cada persona, de tal manera que la intervención es distinta, por tal motivo, en el siguiente apartado se mencionan los métodos de diagnóstico más comunes y las intervenciones que se han aplicado a este tipo de población.

Diagnóstico e Intervención

Las características del Trastorno del Espectro Autista, incluyendo las alteraciones de las relaciones interpersonales, varían mucho de un sujeto a otro, debido a la amplia gama de características del espectro, es imprescindible llevar a cabo una evaluación inicial de manera general siguiendo un solo modelo de intervención (Cuxart, 2000). Sin embargo, el diagnóstico temprano y la intervención oportuna son vitales para el futuro del desarrollo del niño.

Este trastorno se evalúa de acuerdo con el comportamiento que se observa en las personas (Yáñez e Iparrazar, 2014). Para realizar el diagnóstico de los niños con TEA Vázquez (2015) menciona que, los especialistas deben aplicar tres tipos de herramientas:

- Entrevistas estructuradas.
- Registros de observación detallada en ambientes cotidianos (casa y escuela).
- Administración de pruebas de desarrollo.

De igual forma, subraya que, por ningún motivo, es recomendable emitir un juicio a partir de un solo instrumento y mucho menos comunicar a los padres impresiones diagnósticas apresuradas o presuntivas, esto sólo genera confusión e incertidumbre a las familias y puede representar un obstáculo para la futura intervención médica y educativa.

Aunado a lo anterior, los criterios diagnósticos del TEA han sido modificados de las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (conocido como DSM sus siglas en inglés) a lo largo del tiempo, se ha estado utilizando diferentes tipos de instrumentos de evaluación. A continuación, se muestra un listado con una breve definición de los instrumentos más utilizados para el diagnóstico de TEA.

- IITA: Inventario de Indicadores Tempranos de Autismo, inventario de 40 indicadores de TEA, este cuestionario sirve como filtro para detectar si la persona evaluada, puede ser considerada o no con el Trastorno Autista (Vázquez, 2015).
- El DSM V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, es un documento que sirve de guía para identificar ciertas características que determinan si el niño presenta el trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- El CHAT *Checklist For Autism in Toddlers*: Lista de verificación para el TEA en niños pequeños es un cuestionario psicológico diseñado para evaluar el riesgo de Trastorno del Espectro Autista en niños de 18 a 24 meses. La prueba de 14 preguntas es completada por el padre y un pediatra o médico y demora aproximadamente 5 minutos en completarse (Yáñez e Iparrazar, 2014).
- El M-CHAT *Modified Checklist For Autism in Toddlers*: Lista de verificación modificada para el TEA en los niños pequeños, versión más ampliada del CHAT que se utiliza a partir de los 24 meses, este instrumento está diseñado para ser resuelto por los padres. Está conformado por seis elementos claves; en caso de que las respuestas coinciden en dos o más ítems, se deberá realizar una evaluación por parte de un equipo de profesionales (Yáñez e Iparrazar, 2014).
- Cuestionario de Comunicación Social (SCQ): Es otro instrumento de *screening* destinado a evaluar de forma rápida las capacidades de comunicación y de relación social de niños que pudiesen presentar Trastornos del Espectro Autista. Permite acopiar las características observadas por los padres o cuidadores de los niños para poder decidir adecuadamente si es conveniente remitirlos a una evaluación más profunda (Yáñez e Iparrazar, 2014).

- Entrevista Diagnóstica de Autismo (ADI-R): *Autism Diagnostic Interview* es una entrevista semiestructurada, permite una evaluación detallada de aquellos niños y adultos que muestran un posible TEA. Es un instrumento muy útil para el diagnóstico formal de niños a partir de 2 años, y su aplicación lleva unas dos horas (Yáñez e Iparrazar, 2014).
- *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*: El CARS es una de las escalas más utilizadas y fiables para identificar a niños con TEA y a diferenciar de los niños con dificultades del desarrollo que no tienen TEA. Es un instrumento breve dirigido a niños a partir de 2 años y compuesto por 15 ítems, cada uno de los cuales se centra en una característica o comportamiento típico del TEA (Yáñez e Iparrazar, 2014)
- Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (ADOS): Es una escala observacional semiestructurada que puede emplearse para evaluar posibles casos de TEA en pacientes de todas las edades y competencias lingüísticas. Para ello, el ADOS plantea diversas actividades que generan un contexto controlado que permite al evaluador observar los comportamientos sociales y comunicativos relacionados con este Trastorno (Yáñez e Iparrazar, 2014).
- Inventario del Espectro Autista (IDEA): Diseñado por el grupo de Ángel Rivière, este inventario tiene como finalidad valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, tanto en casos de TEA como de Asperger. Está dirigido para niños a partir de 5-6 años (Kaufmann 2006).
- FOSPAC-R: la FOSPAC R o Programa de Flinders de Observación de las Características Autísticas Preverbales versión revisada por Young, Brewer, Williamson en 2003, aplicable desde los 18 meses de edad y hasta los 4 años; donde se evalúa a

través de una lista de observación en actividad de juego libre del niño; un grupo específico de componentes de desarrollo y sus características, de cuyo análisis deriva la instauración de una sospecha diagnóstica específica y por supuesto de recomendaciones para la intervención (López, 2017).

Cada uno de estos instrumentos, son de evaluación, algunos como el ADI-R, ADOS y FOSPAC-R, menciona Vázquez (2015), que estos instrumentos son los que reciben más reconocimiento, ya que han mostrado una eficacia destacada en casi todo el mundo.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades o mejor conocido como CDC (Cala, et al. 2015) sugiere los siguientes profesionales como los especialistas capacitados para llevar adelante una evaluación de desarrollo:

- Pediatra del Desarrollo.
- Neurólogo Pediatra
- Psicólogo Infantil.
- Psiquiatra infanto-juvenil o Paidopsiquiatra.

De igual forma, el CDC menciona que, en algunos casos, el médico de atención primaria podría decidir remitir al niño y su familia a un especialista para que le haga más evaluaciones y determine el diagnóstico. Los especialistas que pueden hacer este tipo de evaluación incluyen los siguientes:

- Pediatras del desarrollo (médicos que tienen una capacitación especial en el desarrollo de los niños y en los niños con necesidades especiales): Su papel es el de mantener la mejor salud física posible en todo momento, tanto en sus aspectos de prevención como de corrección terapéutica, en la seguridad de que la buena salud física es un pilar insustituible para el desarrollo sensorial, mental y psicológico del individuo,

con tareas tales como; Conocer la problemática médica propia del tipo de TEA de su paciente concreto, conocer los programas de salud específicamente diseñados para ese tipo de TEA, conocer al menos lo fundamental de las peculiaridades no estrictamente médicas –psicológicas, conductuales– del individuo, conocer las circunstancias familiares que tanto van a condicionar el desarrollo del niño, mantener el contacto con los demás profesionales propios del TEA (Flórez,2017).

- Neurólogos pediatras (médicos que tratan el cerebro, la columna vertebral y los nervios): Orienta y supervisa a los pediatras para el tratamiento de padecimientos, como; Trastornos Motores: Centrales y periféricos, Trastornos del Movimiento, Miopatías y Distrofia, Síndrome Hipotónico, Síndromes Miasténicos, Paraplejía Espática, hipertensión Endo craneana y patología neuroquirúrgica, hemorragia y hematomas, tumores, abscesos, quistes, malformaciones vasculares, pseudo motor cerebro, hidrocefalia, craneosinostosis, enfermedad vascular cerebral, edema cerebral, neuropatías, enfermedades degenerativas o metabólicas, leucodistrofias y poliodistrofias, degenerativas de ganglios basales, degeneraciones espinocerebrales, metabólicas de micro o macromoléculas, alteraciones en el ciclo de la urea, cistopatías mitocondriales, trastornos del metabolismo intermedio, deficiencia de Trastornos Paroxísticos y síndromes episódicos, epilepsia y Síndromes Epilépticos, cefaleas y migraña, Trastornos Paroxísticos no epilépticos, entre otras (Davila, 2019).

- Psicólogos infantiles o especialistas en educación especial: Las funciones del profesional psicólogo en educación especial se caracterizan por el desarrollo de tareas de diagnóstico, intervención y asesoría, que puede entenderse como una forma de intervención indirecta, centrada en orientar a otros profesionales (en especial a los

docentes, padres de familia y otras disciplinas como médicos y cuidadores) para que puedan comprender y/o modificar conductas y actitudes de las personas con TEA (Ossa y Quintana, 2017).

- Psiquiatras para niños (médicos que saben sobre la mente humana): tiene como propósito colocar los recursos de salud mental en todas las áreas no psiquiátricas de la medicina donde este aspecto sea relevante para promover o recuperar la mejor calidad de vida de los pacientes, dan foco de atención en salud donde estas necesidades cobren relevancia para el tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente en su vida cotidiana (Arab, et al., 2017).

Lo que incide en que, el diagnóstico debe ser entendido sólo como proceso, el cual permitirá al profesional, dar un reconocimiento para tomar la postura terapéutica indicada.

Después de una evaluación realizada por diferentes profesionales, se requiere un proceso de intervención a la persona con TEA, seleccionando un método adecuado. Por esta razón, existen diversas formas de intervención, que se describirán a detalle más adelante, algunas formas son (Tabla 2):

Tabla 2:*Resumen de Formas de Intervención*

Formas de intervención	Tipos
1. Intervención temprana	
2. Intervención farmacológica	- Medicación psicoactiva - Otras medicaciones (hormonas y secretina) - Dietas especiales
3. Intervenciones psicológicas conductuales	- Programas intensivos de conducta - Programa Lovaas - Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) contemporáneo
4. Intervenciones específicas	- Control de problemas tales como trastornos del sueño - Trabajar dificultades específicas - Intervenciones centradas en la comunicación - Intervenciones combinadas
5. Intervención educativa con niños TEA	

Nota: Resumen de las formas de intervención.

1. *Intervención temprana:* Se define, según el Libro blanco de la atención temprana (como se citó en Mulas et.al., 2010) , como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar pronta respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, la atención temprana orienta su intervención en tres esferas: el niño, su familia y el entorno.

Según Dolz y Alcantud (2002) existen diversas ratios con estudios epidemiológicos que marcan la importancia de incrementar la detección temprana con el fin de que todos puedan beneficiarse de las posibilidades que les brinda una adecuada intervención temprana, mencionan en estos estudios epidemiológicos, uno en el 2001 en la Comunidad Autónoma de Madrid, donde apunta una prevalencia media estimada de 8.34 casos con TEA de cada 10,000 nacidos.

En cuanto a la atención temprana, permite que aquellos niños en riesgo de padecer un Trastorno de Desarrollo sean identificados precozmente, y por consiguiente, puedan recibir una intervención temprana, crucial para un mejor pronóstico y una mejor calidad de vida, al igual que ayudan a los profesionales a detectar a niños en riesgo que de otra manera no los identificarían, tanto por falta de tiempo durante la consulta o por falta de capacitación en la evaluación del desarrollo socioemocional y comunicacional de los niños (Rattazzi, 2014).

Rattazzi (2014) menciona que los instrumentos que se utilizan para la atención temprana son evaluaciones breves, formales y estandarizadas que permiten identificar en la población general a aquellos niños en riesgo de presentar un problema puntual. Es muy importante aclarar que estos instrumentos no son diagnósticos, sino que sólo identifican a niños en riesgo. Aquellos niños que son pesquisados positivamente deben ser derivados a un equipo interdisciplinario especializado que lleva a cabo una evaluación diagnóstica integral.

Rattazzi en 2014 menciona que, la intervención temprana en niños con TEA posibilita:

1. Un mejor pronóstico para el niño: CI más alto, mejores habilidades socio-comunicacionales y adaptativas, posibilidad de normalización de la actividad eléctrica cerebral, etc.
2. La prevención de las dificultades asociadas a una trayectoria atípica de desarrollo.
3. Una mejor calidad de vida para la familia.

4. Una mayor inclusión educativa, al favorecer la concurrencia a la escuela común.

5. Una reducción de los costos generales asociados al cuadro.

2. *Intervenciones farmacológicas*: Es la utilización de varios tipos de medicación y dietas como tratamiento del Trastorno del Espectro Autista, González (2003) agrupa estas intervenciones en categorías:

- **Medicación psicoactiva**: En general las drogas psicoactivas se utilizan para tratar conductas disruptivas, aislamiento social, problemas de sueño, ansiedad, hiperactividad y tics en personas con TEA. Algunas de estas drogas se dirigen a reducir la agitación y a provocar un efecto de calma en la persona. Otras pretenden producir sedación e inducir sueño. Otras, por el contrario, pretenden incrementar el estado de alerta y la atención, mientras otras se prescriben para tratar la depresión y los pensamientos distorsionados. La mayoría de estos fármacos pueden ejercer algunos de estos efectos en grados distintos, y no puede descartarse cierto grado de variabilidad entre personas en respuesta a estos efectos.

González, (2003) menciona que existen diversos estudios que han evaluado la eficacia de los neurolépticos, principalmente del haloperidol, de la naltrexona, clonidina y de la fenfluramina, algunos autores que cita Gonzales son: Bouvard et al., 1995; Campbell, Anderson, Small, Adams, et al., 1990; Campbell, Anderson, Small, Locascio et al., 1993; Kolmen, Feldman, Handen y Janosky, 1997a, 1997b; Willemsen-Swinkels, Buitelaar, Weijnen y van Engeland, 1995, 1996, Fankhauser, Karumanchi, entre otros.

Los estudios revisados por González (2003) ofrecen evidencias de que la naltrexona y la clonidina reducen la hiperactividad en niños con TEA, pero no facilitan el aprendizaje discriminativo, no logran reducir el nivel de conductas autoagresivas ni de otros rasgos autistas, y su implementación llega a incrementar el nivel de estereotipias. Algunos estudios informan también sobre la aparición de respuestas paradójicas al tratamiento con naltrexona, como incrementos espectaculares en autoagresiones y en estereotipias.

- Otras medicaciones (hormonas y secretina): Las hormonas son complejos químicos naturales producidos por el organismo que ayudan a regular algunas funciones fisiológicas (digestión, crecimiento, metabolismo, temperatura, función inmune, etc.) El hecho de que ciertas personas con TEA presentan también determinados problemas de salud (hipotiroidismo, diabetes, problemas de crecimiento y gastrointestinales, etc.), ha provocado que algunas investigaciones hayan propuesto como tratamiento del TEA la administración de la hormona del crecimiento (hormona adrenocorticotropa o ACTH) o de secretina (O'Donohue y Dorsa, 1982 cómo se citó en González 2003). Cabe resaltar que, la utilización de terapia hormonal o secretina aún no ha demostrado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TEA.

- Dietas especiales: La administración oral de altas dosis de vitamina B6 (pyroxina) combinada con magnesio es la terapia vitamínica más utilizada como tratamiento del TEA (González 2003). La pyroxina está implicada en la formación de algunos neurotransmisores, y su deficiencia, junto a la de magnesio, puede originar algunos problemas neurológicos, tales como neuropatías

periféricas. En el tratamiento del TEA también se han propuesto otras dietas especiales. Una de las más populares consiste en la restricción de gluten y caseína. Se sugiere que, en algunos niños, el TEA está relacionado con alergias a comidas específicas, y que la eliminación de estos nutrientes puede resultar en una mejoría de las manifestaciones del TEA.

3. *Intervenciones psicológicas conductuales*: La Secretaría de Salud de México (2012) menciona que las intervenciones psicológicas del comportamiento para el TEA se dividen en tres grandes grupos:

- **Programas intensivos de conducta**: Destinados a mejorar el funcionamiento general y la modificación de conductas. Las intervenciones conductuales se basan en los supuestos teóricos de que los principios del aprendizaje son universales y se aplican por igual a todas las personas, hayan sido clasificadas con TEA o no, y las técnicas derivadas de estos principios pueden ser aplicadas independientemente de que se conozca la etiología del TEA. En otras palabras, a partir de un análisis funcional, la mayoría de los investigadores que han estudiado los procedimientos efectivos de aprendizaje en niños con TEA adoptan la metodología del Análisis Aplicado de la Conducta (González, 2003).

Entre las técnicas con evidencia científica para la intervención de estos trastornos se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Esta terapia es el enfoque terapéutico que combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en las conductas, relacionándolo también con los principios de modificación de conducta. La TCC se ha mostrado eficaz para el tratamiento de los TEA de alto funcionamiento. La evidencia de la efectividad de

la TCC en personas con TEA es limitada., Arjalaguer, (2015) y Carratalá y Arjalaguer (2015), consideran que la TCC centrada en enseñar emociones, la expresión de sentimientos y la percepción social es efectiva para niños con diagnóstico de Trastorno de Asperger.

A continuación, se mencionan algunos programas de intervención identificados dentro de la terapia cognitivo-conductual, esta terapia se basa en enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas entre ellos se encuentran diversos programas como, por ejemplo:

- Programa Lovaas: Entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado, se consiguen mejorar habilidades como la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, ha sido criticado por los problemas en la generalización de las conductas aprendidas para un uso en un ambiente natural espontáneo (Mulas et al., 2010)
- Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) contemporáneo: Se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias positivas, buscando un mecanismo de ‘extinción’. Algunos de los modelos basados en ABA contemporáneo son: *Pivotal Response Training (PRT)*, *Natural Language Paradigm (NLP)* e *Incidental Teaching* (Mulas et.al., 2010)

4. Intervenciones específicas: Las cuales se refieren a tratar un síntoma en específico para así reducir alguna conducta puntual algunas son:

- Control de problemas tales como trastornos del sueño: Esto para aumentar las conductas positivas, así como mejorar el contacto social.
- Trabajar dificultades específicas: Generalmente centrándose en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación en el desarrollo sensoriomotor.
- Intervenciones centradas en la comunicación: Estrategias visuales e instrucción con pistas visuales, lenguaje de signos, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), historias sociales, dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC), y entrenamiento en comunicación funcional (FCT) (Mulas, 2010).
- Intervenciones combinadas: Algunas intervenciones combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces: el modelo SCERTS, combina varias técnicas para crear programas individualizados para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA). SCERTS® tiene como objetivo ayudar a las familias, maestros y terapeutas a trabajar de manera cooperativa para apoyar a niños individuales con Trastorno del Espectro Autista (TEA). El acrónimo significa Comunicación Social (SC), Regulación Emocional (ER) y Soporte Transaccional (TS); el modelo TEACCH, las siglas significan “Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación”, el objetivo principal de la metodología TEACCH es maximizar la adaptación de materiales y estructurar el entorno para mejorar las habilidades y destrezas funcionales del alumnado que lo usa; el modelo Denver, fue armado para dirigir las necesidades únicas de niños con TEA que empiezan a caminar, e incorpora las

técnicas existentes que han recibido apoyo empírico para aumentar la adquisición de habilidades en niños con TEA muy jóvenes (Mulas, 2010).

5. *Intervención educativa con niños TEA*: En cuanto a la intervención educativa de los niños con TEA, ya sea en un colegio ordinario o uno especializado en TEA, se deben atender las necesidades de cada estudiante, llevando a cabo una educación sistemática, individualizada y completa.

Se debe tener en cuenta las necesidades que presentan los estudiantes con TEA para después elegir el tipo de centro educativo, ya sea en un centro de educación especial o en un centro ordinario, lo más importante que se debe tener en cuenta para el estudiante TEA es que cuente con los recursos necesarios, tales como un profesor de audición y lenguaje, un especialista en pedagogía terapéutica, un orientador, así como distintos materiales para su máximo desarrollo y bienestar (García et al., 2016).

Teniendo en cuenta las anteriores intervenciones, se puede observar que son diversas, por lo tanto, no existe unanimidad en cuanto al modelo de intervención y elegir el más idóneo. Dada la gran heterogeneidad de los pacientes y a la dificultad en comparar las intervenciones, resulta complicado recomendar, con base en la evidencia científica, una forma de intervención u otra (Mulas et al., 2010).

En relación con lo antes señalado, se puede destacar en particular los siguientes puntos para realizar una intervención adecuada:

- Los TEA representan un diagnóstico complejo, que aglutina un conjunto de síntomas amplio, de forma que cada intervención hace hincapié en mejorar unos síntomas y no otros. Por tanto, hay que estar atento a las características de la población estudiada y a los resultados que se midieron.

- Las intervenciones en niños con TEA, por su naturaleza, son complejas y variadas, a menudo implementadas de maneras diferentes, por personal diverso y en ambientes distintos. Esto hace difícil la generalización de los resultados.
- La comparación de grupos ha de ser cuidadosa, pues comparar grupos de tratamiento con no tratamiento tiende a sobreestimar el efecto de la intervención.
- Las variaciones en los resultados pueden deberse al diferente tiempo de seguimiento, por lo que éste debe ser adecuado y valorar el mantenimiento a largo plazo.
- Los resultados deben valorarse en función de la calidad metodológica de los trabajos y su potencial de sesgo.

Debido a esto, a pesar de que existen muchos tipos de intervención, no hay uno general para todos los tipos de TEA, ya que este trastorno debe ser tratado de manera individual, la mayoría de los niños autistas mejoran su condición si reciben un diagnóstico precoz, un programa de tratamiento integral y un gran apoyo en el hogar. Estos niños pueden lograr insertarse en la sociedad y desarrollarse con mayor normalidad, entre más temprano sea el diagnóstico y la estimulación, es más probable que el TEA se desarrolle levemente y no llegue a niveles extremos. De igual forma, es importante realizar una intervención en todas las áreas, como lo son comunicación, lenguaje, comportamiento entre otros, sin embargo, este trabajo se centrará en un área poco explorada, la cual es relevante y sumamente importante para el desarrollo social en el TEA, y un paso para entrar a la vida adulta, se abordará el tema de la sexualidad en personas con TEA.

Capítulo 2. Sexualidad

El propósito del presente capítulo es dar camino a una definición a utilizar sobre este concepto, así mismo, para fomentar la educación sexual, así como dar a conocer una problemática en la que las personas con discapacidad se ven involucrados, ya que atraviesan diferentes etapas de su vida sin que sean tomados en cuenta, sobre todo en el tema de la sexualidad, por tal motivo, se tomara en cuenta en el contenido de este capítulo, la definición, y como es vista la sexualidad en la discapacidad. Con el objetivo de coadyuvar en la educación sexual tanto de las personas con discapacidad, tal como en un cambio de aptitudes y actitudes en los padres y cuidadores para favorecer y prevenir enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abusos, desconocimiento y finalmente, pero no menos importante, dar pie y base al tema meta de este trabajo, la sexualidad en las personas con TEA.

Definición

Antes de ahondar en el tema sobre la sexualidad en personas con TEA, es importante reconocer y ubicar qué es la sexualidad y cómo es vista, definida y aprendida en personas con discapacidad.

De manera general, de la sexualidad humana, los conceptos de sexo, género y sexualidad debieran definirse de forma clara y sin ambigüedades, para entender o comprender las diferencias, lo que no siempre ocurre. Antes de comenzar con la definición de sexualidad mencionaremos brevemente los conceptos de sexo y género para poder ahondar el concepto de sexualidad:

- **Sexo:** Etimológicamente, la palabra “sexo” proviene del latín *sexus*, que significa “cortar o dividir” (González et al. 2016), implicando con ello la división y clasificación en machos y hembras a partir de sus características biológicas, tales como los genitales (pene y vagina), o por el tipo de gameto que producen (espermatozoides y óvulos) (Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000; González, et al. 2016). Cabe mencionar y destacar que también hay personas intersexuales, la Asociación de Psicología Americana (2006) define la intersexualidad como una variedad en las características del desarrollo físico sexual típico. La intersexualidad es popularmente conocida como hermafroditismo, sin embargo, este término ya no es utilizado. Esteban, et, al (2018) menciona que, la intersexualidad es usualmente vista como un efecto de algún síndrome o condición física, no obstante, desde los nuevos paradigmas también es vista como la continuidad o espectro de la diversidad del sexo biológico

- Género: Se define en función a las características normativas que lo masculino y femenino tienen en la sociedad y en la creación de una identidad subjetiva y de las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres. La noción de “género”, se convertiría en un término académico que hace referencia a la construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres (Melero, 2010), por otro lado Santana (2013), menciona que el género, aparece actualmente como una característica de la identidad individual, algunas veces como relaciones interpersonales, de igual forma lo define como cualquier modo de organización social, como estructura de la conciencia, una psique, una ideología triangulada o internalizada, menciona que el género también, figura como categoría de análisis de las relaciones manifiestas de poder en dominación y subordinación, ya sea como diferencia sexual, o, para referirse a los roles y estereotipos sexuales. La expresión de género corresponde a las formas de mostrar la identidad en el mundo social, la estructura binaria de sexo-género está arraigada en la construcción identitaria y social, de tal forma las personas no binarias son aquellas cuya identidad no entra dentro de estas categorías excluyentes, Antelo (2021) menciona que pueden no sentirse identificadas ni con lo masculino ni con lo femenino (personas agénero); pueden sentirse identificadas con elementos de ambas categorías, con lo masculino y lo femenino a la vez (personas de género neutro); o pueden fluir entre ambos extremos del espectro, transitando entre lo masculino y lo femenino e identificándose más con alguno de ellos dependiendo del momento biográfico (personas de género fluido).

Ahora bien, abordar el concepto de sexualidad desde un punto de vista integral, se ve como una de las dimensiones fundamentales e inherentes de los seres humanos, dejando atrás

enfoques más limitados, de esta forma, la sexualidad ha venido evolucionando de la mano de la historia del ser humano, debido a que es un término dinámico (Vélez, 2006). Por lo tanto, este concepto, es una dimensión fundamental y es necesario para identificar al ser humano como tal, ya que está íntimamente relacionado con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud para relacionarse con los demás.

La sexualidad humana ha permanecido a lo largo de la historia del homo sapiens, vigente como una manifestación de la personalidad de hombres y mujeres, lo que ha permitido la convivencia humana y forma parte del rol asignado a la procreación, al placer, a la salud, a la autoestima y el desarrollo de una comunicación emocional íntima y confiable de la pareja. Así mismo, la sexualidad ha tenido una gran influencia en el comportamiento de las relaciones interpersonales entre hombres y mujeres y un rol importante en la función social de los individuos, de las familias y de la sociedad. Esto se considera que corresponde a una unión de fenómenos emocionales y de conductas interrelacionadas con la sexualidad, la misma que marca de una manera concluyente al ser humano en todas las etapas de su desarrollo (Benavides, 2017).

De igual forma, como todo concepto, la sexualidad tiene diversas definiciones, algunas de ellas se mencionan a continuación:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la sexualidad humana se define como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (OMS, 2006 p.5).

Así mismo Herrera (2020) afirman que la sexualidad es inherente al ser humano, es una dimensión de la personalidad que está presente en el comportamiento; es una función biológica y afectiva. Todos somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos y se expresa en todo lo que la persona hace como parte fundamental de su personalidad.

Para el apartado filosófico la sexualidad es la conducta más regulada por los preceptos morales, incluso mucho más que otras actividades que también son importantes, como la alimentación o la salud. De tal forma, la conducta sexual o sexualidad no solamente ha sido un poderoso mecanismo biológico capaz de producir la diversificación que observamos, sino que socialmente también ha sido modificada por diversos factores, entre los que sobresalen los culturales, los económicos y los políticos (Foucault, 1984, como se citó en Oliver, 2016).

En cuanto a la psicología hablaremos de 3 grandes enfoques que hablan de la sexualidad, el Cognoscitivista, Histórico-cultural y Conductual; el Cognoscitivista, menciona que la sexualidad humana, es una suposición básica, de lo que el ser humano piensa, influye sobre lo que siente. Los terapeutas que utilizan un abordaje cognoscitivo, creen que la aflicción psicológica es frecuente entre el resultado de pensamientos desagradables que por lo general no son acordes a la realidad y que incluyen ideas falsas, distorsiones, exageración de problemas y evaluaciones irracionales, entre negativas de sucesos (Herrera, 2020), además la adquisición de la identidad y el rol sexual no están fijadas por la codificación biológica ni por las influencias ambientales, sino por la organización cognitiva del propio niño. Es decir, que a medida que van cambiando las estructuras cognitivas, lo hacen también las actitudes sexuales. Por esto, a patrones universales de evolución cognitiva corresponden patrones universales de evolución en la adquisición de la identidad y el rol sexual (Brizuela, et al., 2010).

La idea central es que, la sexualidad puede ser definida como la expresión psicológica y social de los individuos, en una cultura y en un momento determinado, por lo tanto, el estudio de la sexualidad debe realizarse desde diferentes puntos de vista; a las explicaciones biológicas deben agregarse, con toda la importancia que merecen, las que estudian el comportamiento humano en general, lo psicológico y lo sociocultural, para el cognoscitvismo es un aprendizaje significativo, en concreto la sexualidad es una conducta aprendida a través de la interacción social y el aprendizaje de diversos contextos.

Ahora bien, en el enfoque Histórico-Cultural, se menciona que la sexualidad, debe verse como un proceso que se inicia, desde que el niño entra en contacto con una cultura particular, aprende lo que socialmente es y no es aceptable en los círculos sociales, entre estos círculos se encuentra la familia y la escuela, de tal forma la sexualidad se aprende de los padres, de los profesores, y de los compañeros de la escuela. Algunos autores como Rocha (2009), mencionan que la sexualidad es una parte de la personalidad de los individuos, es decir, que es una manera consistente de comportarse a través del tiempo y en diferentes situaciones, estos autores refieren que sexualidad es esa parte de la personalidad relativa a los conocimientos, actitudes y valores relacionados con la formación de la identidad de género, el desempeño de los roles sexuales, el comportamiento sexual (coital o relativo a la masturbación), y lo relativo a la salud sexual y reproductiva, lo cual se manifiesta de manera expresa en dos dimensiones: la física y la emocional.

Se puede destacar que la sexualidad, según el enfoque Histórico-Cultural, es un proceso que se ve reflejado como una parte de la personalidad de los individuos en ámbitos particulares de la relación con otros y de la valoración del sí mismo, de tal manera que lo sexual hace referencia a todos aquellos valores y creencias que se tienen acerca del género y de los diferentes

roles que las personas pueden tener en la sociedad, a las habilidades de actuar de manera responsable, a la forma en que se desempeñan y con quién o quiénes reflejan este comportamiento sexual, además de que el desarrollo sexual va acompañado por un desarrollo biológico que causa modificaciones en el cuerpo del individuo, y por cambios en la forma en que las personas ven e interpretan lo afectivo, todo esto mediado por el lenguaje y los artefactos, donde la forma en que se aprende es, en un primer momento por medio de la familia, y en un segundo momento en la escuela (Barrera et al, 2019).

Desde el enfoque Conductual, uno de los pioneros en la metodología y la investigación de la conducta, fue Watson en el siglo pasado, dando pie a esto, fue de los primeros en mencionar la conducta sexual, haciendo estudios acerca de la excitación y la respuesta sexual femenina, empero, las únicas pruebas que confirman las investigaciones pioneras de Watson son sus instrumentos de laboratorio, con los cuales realizó dicha investigación. La sexualidad desde la perspectiva conductual, según Watson son respuestas, las cuales meramente son contracciones musculares o secreciones glandulares y en el cual no hay instintos en el hombre, y las emociones son reflejos condicionados, las únicas emociones innatas son el miedo, la rabia y el amor y para esto Watson no habló de reflejos condicionados, hasta que en 1914 descubrió la obra de Pávlov, y la convirtió en uno de los pilares de su sistema psicológico (Tortosa y Mayor, 1992).

Pávlov, (1997) menciona que, la conducta sexual se define como un reflejo condicionado a las contracciones musculares y esta se refiere a todo tipo de práctica sexual que una persona puede realizar consigo misma o con otra persona. La definición de sexualidad en el conductismo en si no se adopta como sexualidad, es mejor encontrada y definida a partir de conducta sexual y reflejo condicionado y no como un vocablo exacto de sexualidad.

Tomando en cuenta el modelo de los cuatro holones sexuales Rubio (1994) propone que la sexualidad está conformada por cuatro holones o subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva. La estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, a saber, la de procrear, la de pertenecer a una especie dismórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas.

Para este trabajo, tomaremos a la sexualidad como una visión global y no excluyente, contemplando las dimensiones de la sexualidad humana en general tales como la biológica, psicoafectiva y psicosocial, conformada por cuatro subsistemas reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva. considerando así la definición de la OMS basada en la idea de Rubio (1994), puntualizándose como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, teniendo presente así, aspectos del desarrollo, conductas aprendidas en su entorno social y de esta forma, se especificará dentro de la Educación Especial, para lograr identificar aspectos relevantes en la discapacidad, especialmente en el Trastorno del Espectro Autista.

La Sexualidad en la Discapacidad.

La manera en que los individuos, colectivos o sociedades vivan y expresen su sexualidad, así como la diferencia sexual en cada etapa de su vida, los sentidos y significados que le otorguen, va a variar dependiendo de factores culturales, históricos, contextuales como propios de cada persona. Los padres de familia son los primeros educadores de la sexualidad de sus hijos, con ellos se desarrollan los vínculos afectivos primarios, son modelos que desde el nacimiento proveen de mensajes respecto al afecto, al contacto, a las relaciones con los demás, posteriormente, este aprendizaje se ve influido también por las experiencias con el grupo de pares, por los medios de comunicación, la religión, la escuela, etc. (Godoy et al., 2007).

Acosta (2015) menciona que la imagen de los individuos con alguna discapacidad es una construcción social muy estereotipada: son vistos como personas débiles, muy dependientes e incluso dignas de lástima. De igual forma menciona algunas interrogantes como ¿Y su vida sexual? ¿Sería prudente dedicar tiempo a ese asunto cuando en ellos supuestamente deben priorizarse otras atenciones? Esas y otras interrogantes condicionaron la pertinencia de un proyecto de investigación acerca del erotismo en las personas con alteraciones motoras, y cuyo fruto fue "Ámame como soy", un documental de corte inclusivo, esta investigación y posterior proyección documental se sustentó en una situación problemática o premisa: las personas con discapacidad suelen verse como seres asexuales ante la sociedad, aun cuando tengan los mismos derechos y necesidades que el resto de los hombres y mujeres. Acosta (2015) menciona que la sobreprotección familiar, los prejuicios sociales y las barreras arquitectónicas que los rodean, igual que la insuficiente educación sexual que reciben, son circunstancias que obstaculizan el disfrute pleno de su sexualidad.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con Caricote (2012), la sociedad enfoca la discapacidad desde el punto de vista médico y psicológico, pero no lo valora como un tema de interés social, así mismo, la visión médica, hace referencia a la inferioridad biológica de las personas significando una pérdida funcional como una carencia de valor, de igual forma, algunas actitudes negativas según Morell et al. (2017) se observan en los temas explícitamente relacionados con la maternidad o la paternidad, empero, los profesionales de la salud representan el colectivo con actitudes más favorables hacia los derechos sexuales de las personas con discapacidad, no obstante, aquellos profesionales con mayores conocimientos sobre discapacidad poseen actitudes más negativas en algunos aspectos relacionados con la maternidad/paternidad y el matrimonio (Morell et al. 2017).

Caricote (2012) menciona que tanto sexualidad como discapacidad son temas tabúes que históricamente se han rodeado de malentendidos y prejuicios. Ahora bien, cuando ambos aspectos están reunidos en una sola persona y se es adolescente, terminan siendo blanco de críticas e incluso morbosidad; no se es reconocido en sus necesidades eróticas, cuando la realidad es que tiene derecho a disfrutar de la sexualidad como cualquier otra persona.

La sexualidad de esta población es un tema que ha sido poco tratado por las organizaciones que la atienden, por sus docentes, sus familias y en general por la sociedad; debido a que giran en torno a ella una serie de creencias que invisibilizan la existencia de su sexualidad (Rivera, 2008). Entre las barreras que obstaculizan la sexualidad de la persona con discapacidad encontramos mitos y falsas creencias como las que siguen (Castro et al., 2018):

- Son personas asexuadas.
- Sexualmente son como niños.
- No resultan atractivas para otras personas.

- Son inocentes y no debe respetarse su interés sexual.
- No deben tener actividad sexual.
- No pueden formar pareja, ni casarse.
- No pueden, o no deben, tener hijos.
- Tienen demasiada motivación sexual, son “hipersexuales” o “incontrolados”.
- La educación sexual despierta su sexualidad inocente y dormida.

Se considera que las actitudes hacia la sexualidad están influidas por la moral imperante de cada contexto histórico, las mismas prácticas sexuales son valoradas de forma diferente según sean realizadas por personas con o sin discapacidad. Hasta hace pocos años, este colectivo era considerado como no apto para expresar libremente su sexualidad, mantener relaciones afectivo-sexuales o vivir en pareja, ahora se puede afirmar que no existe una sexualidad especial para las personas con alguna discapacidad, cuando se refiere a los mitos sobre la sexualidad de las personas y se puede considerar que no existe una sexualidad diferente.

Algunos mitos y realidades sobre la sexualidad en personas con alguna discapacidad se pueden observar en la siguiente Tabla 3 de Rivera (2008).

Tabla 3.

Mitos y realidades sobre sobre la sexualidad en personas con discapacidad.

Mitos	Realidades
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.
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 súper 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. Las personas con discapacidad no pueden tener realmente sexo.	El sexo se tiene de diferentes maneras, de acuerdo con las individualidades de cada persona. Existe la creencia de que el sexo debe tenerse solo 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.

Mitos	Realidades
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 aventurera.	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.
Las personas con discapacidad nunca serán agredidos sexualmente.	Muchas veces se cree que las personas con discapacidad no corren riesgo de ser agredidos sexualmente, pero la realidad es que se encuentran más propensos a sufrir de esta situación, por abusos de los médicos, padres, madres, docentes o especialistas en rehabilitación. Están más propensos en una relación de 2 a 10 veces más que el resto de la población.
No necesitan educación sexual	Todos y todas 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.

Nota. Tabla tomada de Rivera, (2008) Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad (p. 164).

Como todos los individuos, las personas con discapacidad poseen un cuerpo sexuado que experimenta: sensaciones, emociones, deseos, erotismo y placer; el cual se relaciona con otros, construyendo en el transcurso de su vida su identidad como hombre o mujer (Mella, 2012). Las personas con discapacidad también pueden amar y ser amadas y experimentar una vida sexual satisfactoria, que tendrá su especificidad considerando sus posibilidades y limitaciones, pero la existencia de prejuicios y creencias generalizadas, aunque erróneas, de que son asexuadas, que

no tienen interés en lo erótico, que no son atractivas para otras personas y que, por lo tanto, deben relacionarse entre ellas y no con otros sujetos, entre otras, han transformado su sexualidad en un ámbito plagado de tabúes y prohibiciones (Godoyet al., 2007) .

Dentro de este marco, debido a las diversas actitudes, mitos y tabúes sobre la sexualidad en la discapacidad, e inclusive la falta de información, algunas personas con o sin intención, llegan a realizar alguna discriminación o violencia sexual. Acevedo et al. (2019) mencionan que este grupo poblacional se encuentra sometido a una vulnerabilidad social específica que lo expone de manera específica a la violencia sexual. La falta de información, los problemas de registro, la falta de denuncia y la impunidad han contribuido al ocultamiento de la problemática, a la vez que no ha sido suficientemente abordado el carácter específico de la misma. Gil-Llario et al. (2020) realizaron una evaluación para explorar los diferentes aspectos de la sexualidad de este colectivo, a través de una entrevista semi estructurada, dentro de los resultados encontraron que, de los 360 participantes, 22 (6.10%) tuvieron una experiencia de abuso sexual, y solo 12 personas (3.33%) se lo contaron a alguien:

- Madre 1 (0.28%)
- A otro familiar 3 (0.83%)
- A un educador 5 (1.39%)
- A un amigo 1 (0.28%)

De los cuales: “No se lo creyó” 1 (0.28%), “Me riñó y me dijo que yo tenía la culpa”, 4 (1.11%), “Me dijo que no me preocupara y lo arregló todo” 6 (1.67%). Esto mismo ocasionó que sintieran miedo 6 (1.7%) y sintieran enfado 4 (1.1%).

Considerando los resultados del estudio anterior, se puede considerar que la violencia sexual aún en 2020 se ve reflejada, y esto a pesar de los avances normativos, aún quedan retos

para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, entre los cuales Acevedo et al. (2019) mencionan que se incluyen: por un lado el desconocimiento de sus necesidades por parte del personal médico así como los imaginarios, mitos y prejuicios acerca de su sexualidad, dificultades en el acceso a servicios de anticoncepción y atención de la violencia sexual; por otro lado, las familias y las personas con discapacidad optan por métodos de anticoncepción definitivos como forma de prevención de la violencia sexual, de control de la hipersexualidad o bajo un supuesto de la asexualidad de estas personas.

Por otro lado, Cavalcante (2018) realizó un artículo, donde examina las diferencias conceptuales entre las expresiones discriminación interseccional y discriminación múltiple, analizando por qué la primera refleja más adecuadamente la discriminación que enfrentan las mujeres con discapacidad, la idea de discriminación múltiple no enfatiza la interconexión entre las distintas formas de discriminación, que crean nuevas e intensificadas situaciones de opresión, si bien es sabido que por separado, como ya se ha ido mencionando la discapacidad en el área de la sexualidad es discriminada, en algunos lados el ser mujer también implica discriminación debido a esto, Cavalcante (2018) comenta que, las mujeres con discapacidad experimentan un riesgo específico frente a la violencia sexual, derivado de la percepción negativa del agresor y de la sociedad sobre las mujeres con discapacidad, y entender que ellas no son, en sí mismas, más susceptibles o vulnerables a la violencia sexual, para así enfocar el problema en el marco de la igualdad y la no discriminación y centrar las acciones de combate a la violencia sexual en el agresor, sin culpabilizar la víctima o revictimizarla, dando así que, proteger los derechos de las mujeres con discapacidad también requiere entender que no resaltarlas en el discurso de

protección de los derechos de las mujeres es insuficiente para solucionar un problema que afecta directamente su libertad e igualdad.

Como resultado a lo anterior mencionado, la búsqueda de los derechos sexuales en personas con discapacidad, en América Latina, tienen una historia de trasfondo, Míguez (2020) realiza un análisis de las luchas por el reconocimiento en la relación sexualidad-discapacidad en América Latina, donde menciona que las luchas por el reconocimiento de esta población comienzan a emerger muy tímidamente, con ritmos particulares en los distintos países, en ese vaivén constante entre lo que se piensa, lo que se dice y lo que se hace. Parecería haber un reconocimiento en la esfera del derecho a través de marcos normativos nacionales que, en la mayoría de los países, han ido acompasando el espíritu de la CDPD (Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad). La Convención supone un cambio de paradigma en el trato de las personas con discapacidad, pues se pasa de un trato o perspectiva médica o paternalista a un enfoque basado en los derechos humanos que vela por que estos se cumplan y por qué las personas con discapacidad tengan acceso y puedan participar en las decisiones en que influyen en su propia vida y en caso de que se violen sus derechos, puedan manifestarlo y verse amparados (Herrera, 2020). Debido a esta CDPD da un gran paso al apoyo y seguridad a las personas con discapacidad, así poco a poco lograr disminuir la violencia sexual y discriminación. Como cierre de este punto se presenta un cuadro comparativo de Míguez (2020) sobre marcos normativos de cada uno de los países sobre el CDPD (Tabla 4).

Tabla 4.*Discapacidad y sexualidad a través de marcos normativos nacionales*

	Marcos normativos en torno a discapacidad	Alusión a la sexualidad de las personas con discapacidad en los marcos normativos vigentes
Argentina	- Ley No 22.431 "Sistema de protección integral a los discapacitados" (1981). - Ley No 25.673 "Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable" (2003).	Ausencia en las dos normativas sobre sexualidad de Personas con discapacidad.
Colombia	- Ley Estatutaria (2013).	Se introduce en esta Ley la salud sexual y reproductiva de las Personas con discapacidad
Costa Rica	- Ley No 9379 "Ley para promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad" (2016).	Se introduce en esta Ley la salud sexual y reproductiva de las Personas con discapacidad
Uruguay	- Ley No 18.651 "Protección integral a las personas con discapacidad" (2010). - Ley No 18.426 "Salud sexual y reproductiva" (2008). - Ley No 17.515 "Trabajo sexual" (2002)	Ausencia en las dos normativas sobre sexualidad de Personas con discapacidad.

En México se creó Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Personas con Discapacidad, elaborado por Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), como tal no hay una legislación específica como en los otros países de América latina, sin

embargo INMUJERES tiene como objetivo coordinar, impulsar, promover y ejecutar las políticas públicas, programas y acciones relacionadas a la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres con el fin de que tengan acceso a una mejor calidad de vida (Instituto Nacional de las Mujeres, 2019). Por tal motivo, esta cartilla se ha elaborado a partir de la revisión de criterios internacionales que dotan de contenido a cada derecho enunciado en la misma, instrumentos normativos nacionales e internacionales en materia de derechos humanos, en el marco de la reforma constitucional publicada el 10 de junio de 2011, misma que permitió la modificación del artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al estipular que en México “todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte” (Instituto Nacional de las Mujeres, 2019),

Por consiguiente, las organizaciones, tanto de salud, así como las político-gubernamentales, además de los profesionales que se comprometen con las personas con discapacidad, los familiares y las propias personas con discapacidad, forman un conjunto clave para el desarrollo de prácticas eficaces que deriven en resultados personales de calidad de vida para esta población (Beltrán, 2019), considerando que la calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que se caracteriza por ser multidimensional, por tener propiedades universales y propiedades ligadas a la cultura, por tener componentes objetivos y subjetivos y por estar influenciado por características personales y factores ambientales (Herrera, 2020).

Para conocer e introducir concepto de calidad de vida, no se puede separar del contexto donde las personas con discapacidad viven. Citando a Schalock y Verdugo (2013 como se citó en Herrera, 2020), se deben tener en cuenta las influencias del microsistema, mesosistema y macrosistema:

- Microsistema o contexto social inmediato, como la familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.
- Mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema.
- Macrosistema, o los patrones culturales más amplios, tendencias socio-políticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.

Las observaciones para micro, meso y macrosistema, se separan en indicadores sociales, valoración personal y evaluación funcional. Los indicadores sociales se refieren a condiciones externas basadas en el ambiente como pueden ser la salud, el bienestar social, el nivel de vida, la educación o la vivienda, entre otros (Schalock y Verdugo, 2013, como se citó en Herrera, 2020)

Martín y Sánchez (2016) mencionan que la relación que existe entre los diferentes agentes involucrados en potenciar la inclusión, la formación necesaria para los profesionales que prestan servicios a las personas con discapacidad, como pueden ser profesionales sanitarios o educativos, o aquellos que pueden ser determinantes para avanzar hacia una sociedad más democrática, es justo el camino que queda por recorrer en la sociedad para la mejora de la calidad de vida.

Debido a lo anterior, se considera importante ofrecer una educación sexual para personas con discapacidad y familiares, para así aumentar la calidad de vida (Castro et al., 2018).

Teniendo en consideración que padres y docentes conozcan la trascendencia de educar en la sexualidad a los niños con discapacidad y así influir, en el carácter preventivo y a la vez en desmitificar que las personas con discapacidad son asexuadas.

Ponsa et al., (2018) mencionan que las personas con discapacidad tienen carencias en relación con la información sexual; esta situación requiere la revisión de los programas de formación e intervención existentes, al igual que comprobar la accesibilidad a los servicios, de igual forma resalta que, es necesario trabajar desde todos los entornos de educación sexual existentes, más allá del ámbito sanitario, como es la familia, la escuela y la sociedad. Se deben ampliar los programas de educación sexual a aspectos conductuales y sentimentales, mejorando así la intervención en la Salud sexual de las personas con discapacidad física.

Para la enseñanza del tema de la sexualidad, Badilla et al. (2018) mencionan que tanto en la población con o sin discapacidad, el abordaje educativo implica el diseño y planificación del proceso de enseñanza y aprendizaje para cumplir con los objetivos propuestos, es decir, determinar mediante el ejercicio reflexivo del profesional en educación, los objetivos a seguir, lo que se hará para cumplirlos y los recursos didácticos pertinentes.

Basado en lo anterior Bárcena et al. (2020) mencionan que es deseable evaluar los estilos de crianza y otros factores que pueden afectar la comunicación, así mismo mencionan que, se han reportado diversas experiencias exitosas en el caso de los programas destinados a la educación sexual de jóvenes con discapacidad intelectual y la de sus padres, sin embargo, estos programas se han desarrollado en países como España y Cuba, estos programas no se han centrado específicamente en el desarrollo de autoeficacia en los padres, ni tampoco en la generación de sus expectativas positivas hacia la comunicación con sus hijos, como señalan Morell et al. (2017), muchos padres muestran actitudes más conservadoras que los profesionales que laboran en las instituciones, indican la necesidad de seguir trabajando en la mejora de las actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad, incidiendo

especialmente en los familiares, ya que estas actitudes conservadoras resultan uno de los principales impedimentos para conseguir una expresión libre y adecuada de su sexualidad.

Algunas de las consecuencias encontradas por la falta de un programa de educación sexual, según un estudio realizado por Muñoz et al. (2016), es la baja percepción que tenían las pacientes sobre el uso y ventaja de los métodos anticonceptivos y del cambio frecuente de pareja, ya que como se menciona, estos aspectos constituyen un factor vulnerable para el incremento de las Infecciones de Transmisión Sexual, el embarazo, los desórdenes en su sexualidad. De igual forma Muñoz et al. (2016) encontraron que, la educación sexual es un elemento de la educación en general, que busca cumplir con un objetivo de carácter formativo, creando en el individuo, sea niño, joven o adulto, una serie de actitudes, valores y comportamientos ante su propio cuerpo, hacia la realidad de su sexo, así como de su rol actual y futuro. De ahí que educar sexualmente implica completar el desarrollo integral del individuo, se evita que se forme una imagen distorsionada, negativa o falsa sobre el sexo y su sexualidad, y contribuye a evitar futuros problemas relacionados con este aspecto.

Dada la importancia del papel de la familia en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (Castro et al., 2018) presenta algunas estrategias que los padres pueden seguir en la educación sexual de los hijos:

- Hablar con naturalidad de la sexualidad humana.
- Explicar las diferencias existentes entre ambos sexos.
- Ayudar a los hijos a comprender el significado de la paternidad/maternidad.
- Enseñar a los hijos a valorar las relaciones interpersonales como algo positivo.

- Enseñar a distinguir los lugares públicos de los privados.

De igual manera, se pueden considerar algunos aspectos que se podrían incluir en los programas de intervención para maximizar su impacto, Bárcena et al. (2020):

- La evaluación y desarrollo de competencias para la conducta sexual-amorosa de las personas con discapacidad,
 - Las actividades dirigidas a la prevención de la violencia sexual y otras formas de maltrato.

Hay que tener en cuenta que, la educación de la sexualidad es esencial para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad la cual, les permite adquirir los conocimientos necesarios para interrelacionarse con los demás de manera respetuosa, responsable y solidaria. Asimismo, les facilita la toma de decisiones para establecer en un futuro sus proyectos de vida, así como ayuda a los padres a eliminar tabúes y tener un crecimiento óptimo con una buena calidad de vida.

A manera de conclusión de este capítulo, la sexualidad es una temática que, en cierta parte de la sociedad, es considerada como tabú y más aún, cuando está relacionada a personas con algún tipo de discapacidad como lo es el TEA, es importante tomarse en cuenta este tema para una buena educación especial, y de salud sexual para poder mejorar la calidad de vida en esta población.

Capítulo 3. Análisis de la sexualidad en el Trastorno del Espectro Autista.

En este apartado se pretende mostrar el análisis de los temas que se han desarrollado a lo largo de los capítulos anteriores, se tomará ambos temas, la sexualidad y su educación en la discapacidad, al igual que el TEA, ya que ambos temas por si solos son de suma importancia y muy poco indagados y en conjunto son aún menos explorados.

Ahora bien, recordando brevemente que, la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales (Organización Mundial de la Salud, 2018), y que, por otro lado, el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un conjunto de afecciones caracterizadas por alteraciones en comportamiento social, la comunicación, el lenguaje, repertorio de intereses, actividades restringidas, movimientos estereotipados y repetitivos. Aparece en la infancia y tiende a persistir durante la adolescencia y la edad adulta y en la mayoría de los casos se presenta en los primeros cinco años de vida (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2022).

Las personas con TEA, según Gil-Ilario et al. (2016) tradicionalmente han sido consideradas como individuos asexuados caracterizados por la presencia de déficits socioafectivos que impiden el desarrollo de una sexualidad madura y plena, por ello, algunas investigaciones indican que muchos individuos con TEA, sobre todo las personas con un buen funcionamiento intelectual, muestran tanto interés por las relaciones sexuales como por el establecimiento de vínculos afectivos (Gil-Ilario et al. 2016) de este modo en el que se vivencia y se desarrolla la sexualidad, así como su educación dependen del contexto y del género, tal como

ya se ha comentado en capítulos anteriores, también dependerá del círculo social, y creencias en que se desenvuelvan, debido a esto, con frecuencia, han sido consideradas sexualmente inmaduras, asexuadas e incluso propensas a participar en comportamientos sexuales “ofensivos” (comportamientos sexuales considerados socialmente poco apropiados), estos pueden deberse a que las personas con TEA presentan una escasa conciencia de la privacidad. De esta manera, para las personas con TEA, integrar las necesidades del contexto o identificar las conductas apropiadas o inapropiadas se hace especialmente complejo, por lo que por un lado las vuelve vulnerables y por otro, estas dificultades pueden situar sus conductas en el marco de lo inadecuado o incluso de lo ilegal (Mazadiego, 2017), así mismo se puede mencionar que el desarrollo sexual de personas con TEA es poco conocido e incluso ignorado, por la infantilización o la creencia de asexualidad.

Para ahondar un poco en este análisis, se abrirá paréntesis en este momento para explicar brevemente el desarrollo sexual de las personas con TEA según algunos autores como Arroyo (2018), Bórquez (2015) y Artiles (2020):

- **Sexo afectividad en bebés:** Los niños con TEA pasan por las mismas etapas de desarrollo que el resto de los niños, aunque existen variaciones en las formas como se manifiestan, no hay un patrón fijo, y puede haber gran diversidad en las manifestaciones, muy frecuentemente, aunque fisiológicamente están bien desarrollados, en los primeros meses de vida no se da una participación emocional compartida con las figuras de crianza, y en general, en el último trimestre del primer año, no se observan relaciones triádicas que indiquen actitudes de empatía o de compartir experiencias con los cuidadores, en muchos casos no se percibe tan claramente como en otros bebés, esa

preferencia por estímulos sociales ni la necesidad primaria de establecer vínculos afectivos (Arroyo, 2018).

- **Sexo afectividad en la infancia:** En los niños con TEA, este período está marcado por un crecimiento biofisiológico normal y un desarrollo psicosocial divergente con el de la población normal, en este sentido, no comprenden las normas sociales y todavía son bastante dependientes para controlar su conducta, no suelen ser conscientes de pertenecer a un grupo sexual (autoasignarse como niña o niño) ni del rol que desempeñan, es frecuente que en estas edades, como continuidad y progreso de las anteriores, surjan conductas de apego, como la búsqueda de proximidad y contacto físico, el malestar ante la separación de los padres, la tranquilidad cuando se está con ellos, la respuesta ante los juegos interactivos, referente a las manifestaciones de tipo sexual, frecuentemente tienen conductas exploratorias de su cuerpo o de otros, que habitualmente son los adultos que están a su cuidado (Arroyo, 2018).

- **Sexualidad en la adolescencia:** Los adolescentes con TEA desarrollan la sexualidad en la etapa biológica correspondiente, con una evolución física que va acompañada de cambios en las relaciones interpersonales y de la necesidad de compartir la sexualidad con el otro. Al igual que todos los jóvenes de su edad, principalmente, los jóvenes con TEA de alto funcionamiento suelen desear relaciones íntimas, si bien, tienen dificultades para establecerlas y mantenerlas, lo que puede generar frustración. Su falta de empatía, las dificultades en la comprensión de las normas y reglas sociales y el desconocimiento en cierta medida de sus propios impulsos y sentimientos explican algunos fracasos que suelen traducirse en trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Bórquez, et al. 2015). Adicional a esto Artiles et al. (2020) mencionan que, en forma

general, este periodo de adolescencia se puede dividir en dos fases: la primera de ellas transcurre entre los 10 y 14 años, donde los jóvenes comienzan a auto estimularse sexualmente, desarrollando fantasías sexuales, sentimientos y conductas homosexuales y bisexuales, así como el ensayo de conductas al futuro, estableciendo su amor platónico. Entre los 15 y 19 años se desarrolla la segunda fase, más centrada en su consolidación de la identidad sexual, sentimientos, conductas y fantasías heterosexuales, homosexuales y bisexuales, Joyal et al. (2021) mencionan que la transición a la edad adulta en general y la sexualidad en particular son un desafío para la mayoría de los adolescentes y podría serlo aún más para aquellos con TEA.

- Sexualidad en adultos: Schöttle et al. (2017) mencionan que la frecuencia del comportamiento sexual, en las mujeres con TEA reportan un comportamiento sexual más solitario (masturbación) y menos deseo de tener relaciones sexuales con una pareja que sus contrapartes femeninas sin TEA y se encontró un patrón similar en los hombres con TEA, entre otras conductas como, aumento de deseo sexual y coito. Los adultos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tienen desafíos particulares que enfrentar en sus intentos de involucrarse en relaciones románticas/sexuales y se involucran, en promedio, en menos comportamientos socio-sexuales que los individuos con desarrollo típico (Joyal et al. 2021).

Conociendo un poco más el desarrollo de la sexualidad en el TEA, se puede observar que algunas conductas sexuales más comunes según Arroyo (2018, p.4) son:

- Satisfacen sus necesidades sexuales a través de la masturbación con mayor frecuencia que a través del contacto sexual con otros.

- Muestran fuerte interés y deseo por establecer contactos íntimos con otras personas.
- Manifiesta deseos o conductas sexuales en momentos inapropiados o con personas inapropiadas (masturbarse en público, mostrarse interesados por personas que no están interesadas en responder a sus iniciativas sexuales, mostrarse desnudos, etc.).
- Algunas personas con TEA necesitan usar objetos particulares o estímulos visuales para excitarse sexualmente, dada su carencia de habilidad para imaginar situaciones sexualmente excitantes.
- Algunas personas con TEA tienen dificultades para establecer una relación sexual recíproca e íntima. Otras no, esto depende de su nivel de habilidades sociales.
- Algunos hacen uso de partes del cuerpo de otras personas (pelo, pie,) sin distinguir entre sexos o la relación que tienen con esa persona (pueden ser familiares o personas extrañas).

Algunos otros comportamientos son descritos por Vieira y Bortolozzi (2019) los cuales son, iniciar un acercamiento inapropiado, tocar a la persona de manera invasiva, creer que su objetivo debe responder a sus sentimientos y hacer comentarios inapropiados. Por otro lado, Vieira y Bortolozzi (2019), mencionan que es posible que las personas con TEA no puedan moderar sus expresiones y ser considerados perseguidores, además de ser más insistentes ante una negativa. Considerando estas dificultades para interpretar las normas sociales, muchas personas con TEA terminan siendo vistos como "aburridos" o "molestos" y, en algunos casos, estos problemas incluso podrían tomar dimensiones más drásticas, con acciones legales y otros autores, han identificado el desarrollo y conducta sexual en el TEA, Khudiakova y Chasteen (2022) han mencionado que las personas con TEA pueden tener

otras identidades como LGBTQ+, y a causa de este punto pueden ser particularmente vulnerables al estigma y la discriminación, y su experiencia puede ser entendida a través de la interseccionalidad. El estudio de Khudiakova y Chasteen (2022) explora las diferencias en el estigma y la discriminación experimentado entre las personas autistas LGBTQ+ y las que no lo son. Ochenta y siete adultos con TEA, incluidos 41 LGBTQ+, respondieron a una encuesta que mide la centralidad, prominencia y conciencia del estigma, experiencias cotidianas de discriminación y conciencia del estigma interseccional, los resultados muestran que los participantes LGBTQ+ esperan experimentar más estigma y discriminación. Sin embargo, la frecuencia de las experiencias de discriminación no difirió entre los participantes LGBTQ+ y los que no lo son. Khudiakova y Chasteen consideraron que se deben hacer más estudios para entender la interseccionalidad entre el TEA y las identidades LGBTQ+, y concluyen que se pueden observar algunas limitaciones o retos dentro de este trastorno, entre ellos la falta de conocimiento o educación sexual, así como lo son el desarrollo de afectividad o contacto social, el cual va de la mano con la educación sexual.

En relación con los retos que viven las personas con TEA, Hervas y Pont (2020) mencionan algunos aspectos de acuerdo con su análisis realizado en población argentina:

- Incremento de agresiones sexuales, abuso sexual: Especialmente en chicas con TEA, que tienen tres veces más probabilidad de ser víctimas de agresiones sexuales. Hasta un 18% de las personas con TEA han estado expuestas a agresiones físicas y un 16% a agresiones sexuales. En muchos casos nunca se lo han comentado a otra persona o lo hacen mucho tiempo después. Cuando esto ocurre, suelen presentar problemas de salud mental, inestabilidad emocional, conductas autolesivas y conductas sexualizadas.

- Previas experiencias de victimización: La exposición a situaciones abusivas en público, en especial dentro del ámbito escolar o a situaciones abusivas en internet, es frecuente. El acoso escolar, en ocasiones ha podido incluir un componente sexual, obligados a realizar prácticas sexuales que les condiciona su desarrollo sexual, se puede resaltar que, un estudio de Brown et al. (2014), encontraron evidencia inicial de un vínculo entre la victimización sexual y la falta del conocimiento sexual en una muestra de TEA. Tener niveles bajos del conocimiento sexual pone a los individuos en riesgo por encima y más allá de lo que se puede explicar por tener TEA solo.

- Factores familiares. La supervisión y el control parental es importante para todos los adolescentes, pero en especial para aquellos adolescentes vulnerables con TEA. Factores relacionados con el estrés, falta de recursos de supervisión familiar y familias con problemas emocionales o mentales, se han asociado a un incremento del riesgo de abuso. Alvares (2020) menciona que las dinámicas familiares pueden influir sobre la sexualidad de las personas. En este sentido los valores y las creencias del núcleo familiar, así como la relación que mantienen entre ellos provocan un impacto directo sobre las vivencias de las personas, debido a esto, existen familias en las que la sobreprotección es imperante, y rechazan la posibilidad de una pareja en sus hijos, a pesar de que estos ya sean adultos. De este modo, la decisión de mantener una relación amorosa no sería del agrado de los padres. A grandes rasgos, estas negativas no siempre responden a la sobreprotección, si no que están relacionadas con otros factores, como pueden ser las ideologías o los valores.

En cuanto a las dificultades, Alvares (2020) en su trabajo realizado en España, con el objetivo de explorar las perspectivas y experiencias relacionadas con la sexualidad de las

personas con TEA desde un punto de vista ocupacional, sus participantes mencionaron qué el tener TEA implica diversas dificultades, algunas de ellas repercuten en la vivencia de la sexualidad, la dificultad para relacionarse con otras personas, debido a los problemas que presentan en cuestión de habilidades comunicativas o habilidades sociales, captar las ironías u otras figuras retóricas del habla cotidiana constituyendo aspectos que dificultan la comunicación con otras personas, y, por ende, el inicio de nuevas relaciones e incluso uno de los informantes, afirma la preocupación por no encontrar pareja por el hecho de tener TEA.

En relación con la información anterior, se puede dar respuesta a una incógnita de despierta el interés en este trabajo ¿Por qué los jóvenes con TEA carecen del conocimiento adecuado y necesario del tema de sexualidad?, y justo es debido a una carencia de educación sexual en personas con TEA, de alguna forma se ha justificado con que actualmente el hablar de la sexualidad sigue siendo complicado, ya que la mayoría de los seres humanos les parece algo íntimo y que no se debe dialogar en público, y otra parte, que es tal vez, aún más difícil de entender, es en donde la discapacidad encierra sentimientos encontrados hacia otro ser, debido a su limitación física, mental, emocional y social que le reduce la oportunidad de interactuar y desarrollarse en su medio ambiente (Morales, 2009) y esto ha generado mitos hacia la sexualidad en la discapacidad, como ya se ha estado mencionando y recalcado en el capítulo anterior.

Ahora bien, si por lo general, las personas con TEA necesitan algún tipo de enseñanza en lo que se refiere al reconocimiento e interpretación de expresiones faciales, emociones y otras conductas no verbales, tal como las habilidades para iniciar, mantener y concluir interacciones sociales con sus pares (Gil-llario, et al. 2018) al igual que aprender a comunicarse y tener un aprendizaje del lenguaje puede tener una enseñanza hacia la

sexualidad, ya que en lo que respecta a las personas con necesidades educativas especiales, como es el caso de las personas con TEA, independientemente de la severidad de las dificultades, tienen derecho a una educación sexual y adaptada (Lancha y Etxeberria, 2019).

Actualmente, en los últimos años, tanto los padres como los profesionales que trabajan con ellos (orientadores, profesores de pedagogía terapéutica, ente otros) han sido progresivamente más conscientes de sus necesidades y carencias y cada vez son más frecuentes sus peticiones de ayuda para atender a las demandas de los adolescentes con TEA tanto para mejorar su calidad de vida como para ayudarles a protegerse de los intentos de abuso sexual y de maltrato por parte de conocidos y desconocidos. En este sentido, muchos profesores afirman no contar con la formación adecuada para poder ofrecer una educación sexual diferencial que permita dar respuesta a las necesidades específicas de los jóvenes con TEA en esta materia.

Kalyva, (2010) y Lancha (2020) afirman que los profesionales son conscientes de las dificultades que presentan las personas con TEA para comprender las normas sociales y el concepto de la intimidad y, por consiguiente, llegan a la conclusión uno de los mayores temores de las familias, e incluso de algunos profesionales, son las percepciones erróneas relacionadas con la intención de los comportamientos sexuales de las personas con TEA.

De esta forma, se puede notar que, se empieza a buscar una buena educación sexual a personas con TEA, así como a profesionales y familiares allegados, esto de acuerdo con los artículos ya mencionados. Es importante esta educación para evitar abusos y tener una mejor información, destacado que la sexualidad de las personas con diversidad funcional está sujeta a miedos, ignorancias y creencias infundadas que pueden afectar tanto a las personas con TEA como a las familias y a los profesionales a la hora de iniciar el proceso de intervención

educativa sexual (Lancha, 2020), por tal motivo a continuación se mencionan algunos programas e intervenciones aplicados a la educación sexual.

Programas de Intervención

Para Bórquez, et al. (2015), es muy importante contextualizar a los jóvenes antes de comenzar a abordar cualquiera de las temáticas o propuestas en un programa o si se considera alguna otra intervención, y para esto se tome en cuenta los siguientes puntos:

- Enseñar conductas socialmente adecuadas.
- Enseñar a relacionarse con los demás en diferentes situaciones y contextos de forma correcta y efectiva.
- Entregar mayor relevancia a las rutinas, ya que son importantes para que se puedan sentir seguros y tranquilos en su ambiente.
- Prevenir y detectar de manera temprana las situaciones de abuso.
- Potenciar su autoestima para que se sientan miembros valorados dentro de su comunidad.
- Mantener contacto fluido entre las personas que conforman la red de apoyo del adolescente.
- Dar tiempo suficiente para que los adolescentes procesen la información.
- Explicar el concepto completo, usar lenguaje directo, realista y consistente (asegurándose que el adolescente entienda entendiendo de lo que se está hablando).
- Utilizar materiales de apoyo visual, realista y personalizado cuando sea necesario.
- Resaltar que los sentimientos siempre tienen prioridad.
- Señalar el tiempo estimado de duración del taller: Para esto es necesario introducir el tema a tratar, de forma paulatina, dando a conocer los conceptos básicos y

sabiendo que es lo que los jóvenes ya conocen al respecto, cuáles son sus dudas y qué les gustaría aprender.

- Una buena forma de familiarizarlos con las temáticas que serán abordadas es haciendo una comparación con situaciones que ya son conocidas por ellos, logrando así un aprendizaje más significativo y de fácil interpretación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pueden mencionar algunas propuestas de intervención como lo son:

- Programa de educación afectivo-sexual EAS-SALUSEX para adolescentes con TEA
- Estudio de caso: Modificación de conductas sexuales en niños autistas
- Programa de intervención grupal dirigida a adolescentes con TEA

Estos modelos de intervención son propuestos por autores como Gil-llario et al. (2018) Mazadiego et al. (2017) y Rodríguez (2016), los cuales se describirán a detalle a continuación.

El “Programa de educación afectivo-sexual EAS-SALUSEX para adolescentes con TEA” de Gil-llario et al. (2018) este programa fue elaborado por un grupo llamado SALUSEX, quien diseñó e implementó el programa de educación afectivo-sexual especialmente dirigido a satisfacer necesidades tanto en lo referido a conocimientos y actitudes como, habilidades de comunicación e interacción con sus iguales con fines afectivo-sexuales. El programa se constituyó por 20 sesiones, de dos horas cada una, la metodología utilizada, partió de explicaciones breves, acompañadas de material gráfico como videos y pictogramas, todas las sesiones iniciaron con breves preguntas cuyo objetivo era activar los conocimientos previos y al finalizar la sesión se preguntó de igual forma para su valoración de la calidad de las actividades realizadas en la sesión, así como de lo aprendido. Al finalizar cada uno de los cursos se aplicó

una prueba de evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas tras haber sido trabajadas durante el curso.

El contenido del programa se agrupó en 3 bloques:

Bloque 1: Sexualidad y relaciones afectivas.

1. ¿Qué es la sexualidad? Dimensiones y funciones.
2. Aprender a relacionarse con los demás.

Bloque 2: Sexualidad y conocimiento/cuidado de uno mismo.

1. Conocimiento de uno mismo.
2. Aprender a quererse uno mismo.

Bloque 3: Sexualidad y comportamientos de autoprotección.

1. Relaciones sexuales.
2. Prevención de abusos sexuales.

El programa fue aplicado a 10 adolescentes (50% chicos y 50% chicas) de entre 14 y 17 años que formaban parte del aula de un Instituto de Educación de España. Los resultados mostraron que su nivel de conocimientos mejoró sustancialmente ya que, por ejemplo, el 97,2% conocían la información básica en relación con la higiene corporal y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); también mejoraron sus actitudes siendo un 87,5% quienes respondieron acertadamente a la prevención del sexismo y la violencia de género, pero lo más remarcable fue su mejora, para las habilidades y pautas de las relaciones de pareja y contacto adquiriendo un 90,5%. Son destacables las cifras crecientes a lo largo de las sesiones en la motivación y satisfacción con los avances adquiridos.

Otro programa para tomar en cuenta es el de Mazadiego et al. (2017) el objetivo de su estudio fue lograr con del método conductual, la modificación de conducta, esto a través de la

enseñanza de conductas sexuales aprobadas en cualquier entorno social. En su investigación participaron tres niños entre 12 y 15 años, con niveles de TEA 1 (Alto funcionamiento); Nivel 3 (Necesita ayuda notable) y Nivel 4 (Asperger); los materiales utilizados fueron: una entrevista sobre su sexualidad, Test de Sexualidad y Técnicas conductuales, se trabajaron temas de: privacidad e intimidad, valores, relaciones afectivas en familia, con amigos y en pareja, a través de entrevistas. Los materiales para las entrevistas fueron: material visual, imágenes y pictogramas. Para las técnicas de reforzamiento conductual, los instrumentos fueron: Una entrevista sobre su sexualidad, que constó de 4 preguntas abiertas; una guía de observación para los padres y maestros, sobre su comportamiento sexual, que constó de cuatro preguntas y un test sobre sexualidad, que contenía 14 preguntas con tres alternativas de respuesta; se utilizó la técnica del juego de roles para facilitar la adquisición de capacidades tales como la perspectiva social y la empatía, relaciones interpersonales, o las motivaciones racionales y emocionales a través de dramatizaciones; y la observación para detectar cambios de conducta más los reportes de sus profesores y padres de familia, como procedimiento se dividió en fases:

- Fase Diagnóstico: El cuál se tomó del realizado por la Fundación, quién consideró a la niña con TEA 1 (Alto funcionamiento); al sujeto dos: Nivel 3 (Necesita ayuda notable) y al otro sujeto: Nivel 4 (Asperger), aplicación de los instrumentos.
- Fase Intervención: Se dio información sobre la sexualidad en los dos géneros, reglas de comportamiento, explicando que no se debían tocar los órganos genitales en público, ni en la escuela ni en su hogar por ser tema privados y de respeto a su cuerpo, se les habló sobre los valores y normas en la sociedad de respeto e integridad moral, pero dependerá del grado de TEA para que el niño pudiera comprender y mostrar una capacidad de respeto moral a reglas sociales, de las que dependió su comportamiento

ante un estímulo sexual efectivo directo, puesto que existió un cuestionamiento sobre lo que sucede a nivel de pensamiento, análisis y reflexión con cada uno de ellos, respondiendo sus dudas y preguntas. Se hicieron dramatizaciones para especificar las diversas situaciones en que se podían encontrar y cómo debían conducirse. Se trabajó la Técnica de roles de Moreno con cada participante. Se les dio información sobre sus cambios físicos y emocionales y sobre la autoexploración, en un ambiente privado e íntimo. También se realizaron algunas dramatizaciones para demostrar las relaciones afectivas en la familia, la forma en que convivían con el grupo de amigos y con su pareja.

- Cierre: Aplicación de la posprueba con la prueba sobre sexualidad, pues la entrevista y la guía de observación, solo sirvieron de diagnóstico; finalmente se terminó con un convivio.

Los resultados mostraron mejoría en su comportamiento sexual público y privado, extinción, conductas de tocamientos en contextos sociales, autovaloración como personas íntegras, conocimiento de su sexualidad.

Se considera que los resultados fueron positivos en un 90%, los tres participantes mostraron cambios positivos en el aprendizaje, por ser un aspecto íntimo que no debía ser mostrado y que pudo ser sustituido por solicitar permiso para ir al WC y en los varones empezaba a convertirse en situaciones de masturbación.

Por otro lado, Rodríguez (2016) desarrolló un programa de intervención grupal dirigida a adolescentes con TEA en España, con la finalidad de apoyar su desarrollo afectivo-sexual y acompañarlos en el desarrollo de su autonomía. Dicha intervención se realizó a través de 8 módulos que abordaron los objetivos planteados (Aprender a manejarse en las relaciones interpersonales, Comprender las características de la etapa por la que están pasando en cuanto a

la afectividad y sexualidad, y que descubran sus necesidades, Fomentar la autonomía en las diferentes áreas de su vida) repartidos en 23 sesiones. Y en cuanto a las madres y padres, se desarrollarán 7 módulos distribuidos en 15 sesiones con. En torno a los adolescentes, se planeó en sesiones grupales (5 o 6 personas) sobre los aspectos afectivo-sexuales; además, se llevaron a cabo sesiones individuales puntuales, en las cuales se trataron las dificultades y necesidades de cada caso en concreto. Los principales materiales que propuso ocupar son: pictogramas, historias sociales, juego de roles, *kahoot* (juego de video), agendas visuales y estimulación de habilidades de trabajo (TEACCH). Los temas por trabajar fueron; “Hablamos de afectividad”, “¿Qué hago cuando me gusta alguien?”, “Nuestro cuerpo”, “Hablamos de sexo”, “Me respeto y me hago respetar, respeto al otro”, “Me autodetermino”, “Aprendo a resolver mis problemas” y “Soy autónomo”. La evaluación de resultados se llevó a cabo con base en dos medidas (pre y post), tanto para los adolescentes como para las madres/padres, recogidas en un cuestionario con 13 y 16 preguntas, las cuales fueron elaboradas a partir de los objetivos ya mencionados. Por tanto, a partir de la comparación entre las medidas pre y post se pudo conocer el impacto que ha tenido esta intervención, tanto para los adolescentes como para las madres y padres.

En cuanto a los resultados previstos en este estudio, se esperó, cambios positivos tanto en los adolescentes con TEA como en las madres y padres. En cuanto a los adolescentes se esperó que se creen estrategias para relacionarse eficientemente con otras personas; que conozcan las características e implicaciones que conlleva una relación de pareja, además de saber actuar cuando se sienten atraídos por una persona; para así aprender información relevante acerca de la sexualidad y su cuerpo, sus necesidades y cómo satisfacerlas; que aprendan a auto respetarse y respetar al otro; y por último, que adquieran conductas de autodeterminación, además de ser capaces de enfrentarse a sus propios problemas y elegir por sí mismos.

Por otra parte, en cuanto a las madres y padres se esperó que con este programa de intervención fueran más conscientes de la importancia que entraña el que sus hijos/as tomen una educación en cuanto a la afectividad y sexualidad; y que aprendan a facilitarles conductas de autonomía.

No obstante, adicional a las propuestas de intervención, varios autores como Merino y Martínez (2014), Bórquez et al. (2015) proponen algunos materiales, temas, estrategias, procedimientos y lineamientos para el abordaje de la sexualidad en el TEA como los son:

- Juego de roles: Es una actividad de simulación y dramatización de situaciones, en donde es necesario ponerse en el lugar de otro para experimentar un hecho desde otro punto de vista y poder así resolver conflictos y tomar decisiones.
- Historias sociales: son materiales gráficos en los que se relatan situaciones o acontecimientos de forma escrita, apoyando con pictogramas o imágenes para facilitar la comprensión.
- Análisis de tareas: material en el que se describen pasos a seguir para realizar una actividad determinada.
- Vídeos: este material aporta con estímulos tanto visuales como auditivos, aumentando las vías de ingreso de la información.

En su documento Merino y Martínez (2014), se centran específicamente en la prevención de situaciones de abuso, es decir, en dotar de herramientas visuales para identificar conductas inadecuadas para la intervención en prevención del abuso, así como conductas inadecuadas en la relación con otras personas que pueden ser interpretadas y valoradas como situaciones de acoso, mencionan que no es necesario utilizar los materiales visuales en su documento, en intervención se podría utilizar juguetes, marionetas, vídeos de YouTube, cuentos, role playing y remarcan la

colaboración con las familias y con el contexto. Y a pesar de que es un tema constantemente hablado para la prevención de abuso sexual infantil, abuso sexual en la discapacidad, son pocos los autores que se enfocan en específico en TEA como los ya mencionados con anterioridad, se encuentran algunos artículos adicionales en discapacidad cognitiva como el de Bonilla et al. (2018) donde su investigación se enfocó en identificar los posibles riesgos de abuso sexual y cuáles son las estrategias de prevención para disminuir el abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva en la ciudad de Bogotá D.C. con objetivo de detectar los riesgos que hacen vulnerables a este tipo de población, donde se evidenció que existen diferentes factores que hace vulnerable esta población. Como producto de su investigación se creó una guía de prevención de abuso sexual, dirigido tanto para la población con discapacidad cognitiva y como para sus padres, madres cuidadores y profesionales. Sin embargo, son pocos los que se enfocan al 100% de TEA.

Se puede observar que cada vez conforme avanzan los años, el interés por esta población y el tema es más abordado, así mismo, las conclusiones generales de cada propuesta llegan al mismo punto, la cual es: la necesidad de normalizar la educación afectivo-sexual en el TEA dada la creciente demanda y los buenos resultados obtenidos en las diferentes propuestas de intervención mencionadas. Por otro lado, aún falta más información y más propuestas para que se pueda realizar un análisis aún mayor, y así se pueda llevar a cabo en más lugares y observar un cambio notorio, así como la elaboración de programas para la educación sexual para padres y maestros con personas con TEA, ya que a pesar de que hay diversos programas que lo sugieren no hay programas enfocados con acompañantes.

Conclusiones

Enfocado al TEA en general, a pesar de que existen muchos tipos de intervención, no hay una específica para todos los tipos de TEA, ya que este trastorno debe ser tratado de manera individual, la mayoría de los niños autistas mejoran su condición si reciben un diagnóstico precoz, un programa de tratamiento integral y un gran apoyo en el hogar, pero pocos se enfocan en ellos. De igual forma, es importante realizar una intervención en todas las áreas, como lo son comunicación, lenguaje, comportamiento entre otros.

En cuanto a la sexualidad es un tema que, en cierta parte de la sociedad, es considerada como tabú y más aún, cuando está relacionada a personas con algún tipo de discapacidad como lo es el TEA, es importante tomarse en cuenta este tema para una buena educación especial, y de salud sexual para poder mejorar la calidad de vida, el tema de la sexualidad en la discapacidad debería considerarse aún más dentro de los temas de investigación, en diferentes discapacidades incluyendo el TEA.

Ahora bien, las personas con TEA tienen necesidades sexuales comunes, poseen una amplia variedad de comportamientos sexuales y desean tener relaciones íntimas como el resto, no se trata de personas asexuales.

Aunque las personas con TEA pueden mostrar conductas sexuales consideradas «problemáticas», esto se debe en gran parte a sus carencias sobre todo en la comunicación y la interacción social y conocimiento sobre este tema.

En definitiva, la educación sexual es fundamental para el desarrollo de personas con TEA, por ello es imperante que los programas de educación sexual se realicen desde pequeños a temprana edad y durante todo su desarrollo, para así evitar que sean más vulnerables y vivan la sexualidad de una forma más arriesgada, ya que como se describió en el capítulo 3, no se tiene

una edad exacta para aplicar algún modelo de intervención, sin embargo, si se destaca su importancia a corta edad para evitar lo anterior mencionado.

Este trabajo permitió identificar las prácticas frecuentes en el abordaje educativo de la sexualidad en poblaciones con TEA, desde los retos que enfrenta en general la población con TEA, el aprendizaje del lenguaje, hasta el sentido de adaptabilidad social, de ahí se parte para construir experiencias oportunas de aprendizaje de una sexualidad plena y afectiva. Los resultados de esta investigación no distan de otras investigaciones realizadas con poblaciones de TEA, por lo tanto, se evidencia que el profesorado, tutores, padres y figuras de acompañamiento, se enfrentan a retos similares para abordar la educación sexual, ya que se ven limitados a los talleres que se han adaptado a la educación especial, sin embargo, para el TEA, se han visto muy limitados por la amplitud de su espectro. Sí bien, a pesar de diversas investigaciones y entrevistas con personal docente y padres de familia, estas recalcan que en el tema de la sexualidad se valora como insuficiente en comparación con la necesidad que poseen, y se constituye en una necesidad que deben asumir para la protección de salud la sexual de la población con TEA.

Otro aspecto importante, es que este estudio utiliza diversas fuentes de referencia, al momento de organizar el abordaje educativo de la sexualidad para el contexto en el que se encuentra actualmente, como libros de ciencias, artículos, trabajos de grado y diversas guías y programa de estudio para la sexualidad, cabe resaltar que la mayoría del contenido desarrollado se centra en el abordaje educativo de población con TEA. Para un enfoque en profesorado y familias no se encontró nada en específico, pues actualmente ya hay diversas guías de apoyo para padres, pero no talleres o programas enfocados directamente para ellos.

Adicionalmente las investigaciones están enfocadas en su mayoría en España, muy pocas latinoamericanas, y aún menos mexicanas, este es un punto por subrayar, ya que, a pesar de haber interés en el TEA, es muy poco lo investigado en sexualidad con esta población, comparado con otras investigaciones de sexualidad en la discapacidad sobre todo población mexicana ya que de los 95 artículos incluidos en esta investigación 19 son de sexualidad y TEA, tan solo 1 son en México, comparado con 7 de los 27 que son de España (Tabla 5), cabe destacar que estas investigaciones se realizaron de manera digital a través de revistas como lo son Scielo, Redalyc, Revista UNAM entre otras con ayuda del buscador de las mismas revistas y Google Académico.

Tabla 5

Artículos por país.

País	Discapacidad	Sexualidad	Sexualidad y discapacidad	Sexualidad y TEA	TEA	Total general
Alemania				1		1
Argentina		1		1	3	5
Brasil		1	2	1		4
Canadá				2		2
Chile	1	1	3	2	1	8
Colombia		1	3	1		5
Costa Rica		1	2	1	2	6
Cuba			3		1	4
España		2	4	7	14	27
Estados Unidos				1	4	5
Grecia					1	1
México		4	3	1	8	16
OMS		1			2	3
Perú		1			1	2
Portugal			1			1
Ucrania				1		1
Uruguay					1	1
Venezuela		1	2			3
Total general	1	14	23	19	38	95

Nota: Número de artículos por país de acuerdo con el tema buscado.

En cuanto al alcance de este trabajo, se es consciente que el estudio entre las variables TEA y sexualidad que se ha realizado es escaso, en el ámbito mexicano, pero se entiende que con él se aportan líneas de trabajo a desarrollar en el futuro. Primero, este trabajo representa un acercamiento al estudio de la relación entre dos variables con componente tabú, el Trastorno del Espectro Autista con su estigmatización y la sexualidad negada a población estigmatizada y poco comprendida. Segundo, aporta una línea de intervención hacia padres, tutores y padres que diariamente conviven con población con TEA, esta línea es elaborada con el propósito de abordar los aspectos más relevantes sobre sexualidad y todos los aspectos que la conllevan (cambios biológicos, fisiológicos y emocionales) que se producen en la pubertad y continúan en la adultez y cómo sobre llevarla entenderla de manera empática, sin prejuicios o creencias Y, por último, resultado de la reflexión teórica han surgido posibles líneas de trabajo e investigación que de forma interdisciplinar se puedan implementar desde la educación especial en México.

Algunas de ellas son:

- Profundizar en la investigación entre dos variables, Trastorno del Espectro Autista y Sexualidad, en población mexicana.
- Evaluar las intervenciones que se apliquen y diseñar intervenciones sobre el cómo y cuándo abordar la sexualidad para cuidadores y familiares de personas con TEA en México.

Por tanto, se considera fundamental seguir incidiendo en la investigación, así como en la difusión de los resultados de todo lo que tenga que ver con la sexualidad de las personas con TEA, ya que, debido a estas investigaciones, se ayuda a visibilizar la dimensión sexual del ser humano, y sobre todo en las personas más vulnerables, para así mejorar, el aprendizaje, desarrollo y la calidad de vida de las personas con TEA.

Referencias

- Acevedo, N., Rivillas, J., Calderón M., Meneses, M., Forero, J. y Murad, R. (2019). Imaginarios acerca de la sexualidad y la violencia sexual contra las personas con discapacidad. *Asociación Profamilia*, 1, 1-11.
- Acosta, M., Costales, Z., Meizoso, N. y Borges, A. (2015) Sexualidad y discapacidad: enfrentando estereotipos desde el documental audiovisual. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 26(3), 273-279.
- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J., y Cortés, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44.
- Álvarez, H., Herskovic, V., y Matamala, M. (2017). Psiquiatría de enlace en niños y adolescentes. Manejo del paciente y su familia en unidades pediátricas de alta complejidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 932-943.
- Antilo, A. (25 noviembre de 2021). *Personas no binarias: conoce la diversidad de las identidades de género*. Cúdate Plus.
<https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2021/11/25/personas-binarias-conoce-Arab, E.,>
- American Psychological Association. (2006). Answers to your questions about individuals with intersex conditions. [PDF]
<https://www.apa.org/ipsynet/advocacy/policy/statement-spanish.pdf>
- Arroyo, N. (12 marzo de 2018). *Sexualidad y autismo*. Revista universitaria Universidad Pedagógica Nacional (UPN). <http://educa.upnvirtual.edu.mx/index.php/expediente/16-expediente/327-04-sexualidad-y-autismo>

- Artiles, E., Pérez, G., Vega D., Cabrera, C., Alemán, C. y Hernández, J. (2020). *Patrones de sexualidad en jóvenes y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista* [Tesis de grado, Universidad de Las Palmas de Canaria] <http://hdl.handle.net/10553/102123>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (Vol. 5) [PDF].
<http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Badilla, L., Carvajal, L., García, V., Solís, D., Ugalde, T., Zamora, K., y Solórzano, J. (2018). Abordaje educativo de la sexualidad en estudiantes con discapacidad intelectual en una institución de educación secundaria costarricense. *Actualidades Investigativas en Educación*, 18(3), 116-146.
- Bárcena, S, Guevara, Y. y Rodríguez, M. (2020). Programa de intervención para promover la comunicación sobre sexualidad en padres de hijos con discapacidad intelectual. *Psicología y Salud*, 30(2), 173-187. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2652>.
- Barrera, E., Castillo, S., Rangel, E. y Rincón, R. (2019). *Análisis conceptual de la sexualidad: una propuesta interconductual* [Proyecto de investigación no publicado]. UNAM, México.
- Balbuena, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81.
- Beltrán, C., Morales, J., Muñoz, C., y Rivas Ferrera, L. (2019). *Programa de ocio y tiempo libre: incidencia en la calidad de vida de jóvenes y adultos con discapacidad intelectual* [Tesis de Grado. Universidad de Concepción, Los Ángeles, Chile.]

- Benavides, A. (2017). Bioética en sexualidad y reproducción humana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 565-572.
- Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía. Autismo infantil y nacimiento del yo*. Paidós.
<https://es.scribd.com/doc/312774607/Bettelheim-Bruno-La-Fortaleza-Vacia-Autismo-Infantil-Y-El-Nacimiento-Del-Yo-pdf>
- Bonilla-Bustos, L. C., Espejo-Suárez, K. J., Galeano-López, L. M. y Montenegro-Cataño, G. I. (2018). *Prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva* [Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia]
- Bórquez, C., Ellwanger, K., Gálvez, C., Lamelés, D. y Pablete C. (2015). *Autismo y Sexualidad. Lineamientos y sugerencias para el abordaje* [Tesis de grado, Universidad de Valparaíso, Chile].
- Brizuela R., A., Brenes A., M., Villegas B., M., y Zúñiga P., B. (2010). El abordaje teórico y clínico de la orientación sexual en *Psicología. Wimb Lu*, 5(1), 9-35.
- Brown-Lavoie, S., Viecili, M. y Weiss, J. (2014). Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2185-2196. DOI:10.21303/2613-5647.2020.001303
- Cala, O., Licourt, D., y Cabrera, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178.
- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 16 (2), 53-57.

- Carratalá, E. y Arjalaguer, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con Trastorno del Espectro Autista e impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 37-44.
- Castillo, J. (2008) Atención sexológica de las personas con discapacidad en Salud sexual y práctica sexológica. Lecturas para profesionales de la salud. *Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)*. Ciudad de la Habana, 1, 85-113.
- Castro, J., Martínez, E., González, A., y Fernández, A. (2018). La sexualidad de las personas con diversidad funcional: una revisión bibliográfica. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 87, 747-769.
- Cavalcante, A. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender, and Women Studies*, 7, 15-25.
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad. (2019). Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/conadis/articulos/dia-mundial-de-concienciacion-sobre-el-autismo-2019#:~:text=En%20M%C3%A9xico%20no%20existen%20datos,de%20trastorno%20del%20espectro%20autista.>
- Contino, A y Micheletti, A. (2019). Niñez eterna. La infantilización en la discapacidad intelectual. *Revista F@ro*, 29, 1-19.
- Ossa, C. y Quintana, I. (2017). Evolución de tareas profesionales de psicólogos en establecimientos de educación especial e integración escolar en Chile. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 4(2), 109-119.

- Coto, M. C. (2007). Autismo infantil: el estado de la cuestión. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 2(116), 169-180.
- Cuadro, A. (2017). *Mirando el autismo con otros ojos: acercamiento a las vivencias de familias de niños con TEA* [Trabajo final de grado, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.]
- Cuxart, F. (2000). *El Autismo: Aspectos descriptivos y terapéuticos*. Ediciones Aljibe.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=195560>
- Cuxart, F., y Jané, C. (1998). Evolución conceptual del término “Autismo”: Una perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 19(2-3), 369- 388.
- Dávila Gutiérrez, G. (2019). El qué, con quién, el cuándo, el dónde y el cómo Con quién...Neurólogo Pediatra. *Instituto Nacional de Pediatría*, 30(1), 2-6.
- Del Barrio Gándara, M. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 81-90.
- Dioses, A., Brito J., Chávez, J., Velásquez, C., Jara-Barboza, G., Mamani, L., Mayhuasca, K., y Maldonado, M. (2020). Efectos de un programa de comunicación y lenguaje basado en Análisis Conductual Aplicado en niños de 2 a 5 años con Trastorno del Espectro Autista. *Revista Digital EOS Perú*, 8(1), 55-70.
- Dolz, I. y Alcantud, F. (8-22 de febrero de 2002). *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo*. [Ponencia]. Un espacio para las personas con Autismo, Universidad Central de Venezuela, Venezuela.
- Eisenberg, J. (2014). *Tratamientos para los niños con Trastorno del Espectro Autista*. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica [Archivo PDF].
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK264313/pdf/Bookshelf_NBK264313.pdf

- Esteban, C., Ortiz, D., Muñiz, Y., y Ramírez, L. (2018). Una vida interyacente: Una exploración a la calidad de vida y salud psicofísica de las personas intersexuales. *Ciencias de la Conducta*, 33(1), 19-50.
- Flórez, J. (2017, 17 de octubre) Desarrollo y discapacidad intelectual: el papel del pediatra [Congreso]. XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria, Santander, España.
- Fraile, L., Irure, A., García, J., y Sastre, M. (2020). *El trastorno del espectro autista: cómo hacer más fácil la vida a las personas con autismo*. [Archivo PDF].
https://www.unav.edu/documents/4889803/23506220/22_Campolara+Secci%C3%B3n+Sagrada+Familia_EL+TRASTORNO+DEL+ESPECTRO+AUTISTA_+C%C3%93MO+HACER+LA+VIDA+M%C3%81S+F%C3%81CIL+A+LAS+PERSONAS+CON+AUTISMO.pdf
- García, S., Garrote, D., y Jiménez, S. (2016). Uso de las TIC en el Trastorno de Espectro Autista: aplicaciones. *EDMETIC*, 10 (10), 134-157.
<https://doi.org/10.21071/edmetic.v5i2.5780>
- García-Franco, A., Alpizar-Lorenzo, O. A., y Guzmán-Díaz, G. (2019). Autismo: Revisión Conceptual. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 6(11), 26-31. <https://doi.org/10.29057/esat.v6i11.3693>
- Garrabé de Lara, L. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35, 257-261.
- Garza, F. (2003). *Manual para padres de niños autistas*. [Archivo PDF].
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/manual_autismo.pdf

- Gil-Llario, M., Ballester-Arnal, R., Fernández-García, O. y Morell-Mengual, V. (2020) La evaluación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual: construcción y descripción de una entrevista semiestructurada. *Revista de Psicología*, 1 (1), 379-392.
- Gil-Llario, M., Giménez, C., Díaz, I. y Morell, V. (2016). ¿Coinciden padres y profesores en la valoración de las necesidades afectivo-sexuales de los adolescentes con TEA? *Asociación Científica de Psicología y Educación*. 2841-2847.
- Gil-Llario, M., Ruíz, E., Iglesias P. y Fernández, O. (2018). Eficacia del programa de educación afectivo-sexual EAS-SALUSEX para adolescentes con TEA. *Revista de Psicología*, 1(1). 395-406.
- Godoy, P., Riquelme, I., Salazar, A., y Matus, M. (2007). Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. *Ministerio de Educación*.
<https://centroderecursos.educarchile.cl/handle/20.500.12246/2930>
- González, A. (2003). *Tratamientos para el autismo*. En M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández e I. Amigo. (Psicothema.), Guía de tratamientos psicológicos eficaces (Pág. 471-477). Editorial Pirámide.
- González, S., González-Arratia, N. y Valdez, J. (2016). Significado psicológico de sexo, sexualidad, hombre y mujer en estudiantes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 21(3), 274-281.
- Herrera, C. (2020). *Sexualidad y discapacidad intelectual: la visión de la juventud canaria* [Tesis de Grado, Universidad de la Laguna, San Cristóbal de La Laguna, España.]
- Hervas, A y Pont, C. (2020). Desarrollo afectivo-sexual en las personas con Trastornos del Espectro Autista. *Medicina (Buenos Aires)*,80 (2), 7-11.

- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019) *Cartilla de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las personas con discapacidad*. [Archivo PDF]
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/Cartilla_DS_y_DR_Web_2019.pdf
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2018). *Trastornos del espectro autista* [Archivo PDF].
https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/19-mh-8084s_158870.pdf
- Joyal, C., Carpentier J, McKinnon S, Normand, C. y Poulin, M. (2021). Sexual Knowledge, Desires, and Experience of Adolescents and Young Adults with an autism spectrum disorder: An Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12 (685256). 1-19 Doi: 10.3389/fpsyt.2021.685256
- Muñoz, M. & Ruiz, S. (2017). *¡Yo también juego! ¿Te apuntas?: Guía para el juego dirigido con alumnado con Trastorno del Espectro Autista en centros educativos*. Asociación Autismo Córdoba.
- Kalyva, E. (2010). Teachers' perspectives of the sexuality of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4 (3), 433-437.
- Kaufmann, L. (2006). Un instrumento de evaluación del tratamiento clínico de niños con autismo. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 120-148.
- Khudiakova, V. y Chasteen, A. (2022). The Experiences of Stigmatization and Discrimination in Autistic People of Different Genders and Sexualities. *Journal of Interpersonal Relations*, 15, 139-151.
- Koller, R. (2000). Sexuality and Adolescents with Autism. *Sexuality and Disability*, 18, 125-135.

- Lancha, V. (2020). Expresión sexual de las personas con TEA: percepción de los profesionales de la educación. *Siglo Cero Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 51(2), 33–53. <https://doi.org/10.14201/scero20205123353>
- Lancha, V. y Etxeberria, J. (2019). Desarrollo Sexual de las Personas con Tea: Percepción de los Profesionales de la Educación. *Actas del XIX Congreso Internacional de Investigación. Educativa*, 1, 220-225.
- López, E. (3 marzo, 2017). *La Evaluación y Detección Temprana de los Trastornos del Espectro del Autismo*. Autismo Diario. <https://autismodiario.com/2017/03/03/la-evaluacion-y-deteccion-temprana-de-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/#:~:text=La%20primera%20de%20ellas%2C%20la,juego%20libre%20del%20ni%C3%B1o%3B%20un>
- Martín, M. y Sanchez, M. (2016). Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Ciência y Saúde Coletiva*, 21, 2365-2374.
- Mazadiego, T., Marín, J., Meléndez, S. y Huerta, S. (2017). Estudio de caso: Modificación de conductas sexuales en niños autistas. *Transversalidad científica y tecnológica*, 1(1), 101-105.
- Melero, N. (2010). Reivindicar la igualdad de mujeres y hombres en la sociedad: una aproximación al concepto de género. *Barataria: revista castellano-manchega de ciencias sociales*, 11, 73-84.
- Mella, J. (2012). Ensayo sobre la importancia de la educación sexual en personas con déficit intelectual: reflexiones desde la terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2), 1-13.

- Merino, M. y Martínez, V. (2014). Materiales para la prevención y la intervención en desarrollo afectivo y sexual en trastornos del espectro del autismo. *Autismo Burgos*, 1-42.
- Míguez, M. (2020). Discapacidad y sexualidad en América Latina: hacia la construcción del acompañamiento sexual. *NÓMADAS*, 52, 133-147. DOI: 10.30578/nomadas.n52a8
- Monfort, I. (2009). Comunicación y lenguaje: bidireccionalidad en la intervención en niños con trastorno de espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2). 53-56.
- Morales, B. (2009). *Investigación documental sobre el análisis de la sexualidad en adolescentes con diagnóstico de Autismo* [Tesis de Grado, Universidad Metropolitana.]
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50(3), 77-84.
- Muñoz, J., Pérez, M, Rodríguez, Y. y Arévalo, E. (2016). Efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable en mujeres con discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Enfermería*, 32 (2), 171-181
- Oliver, C. (2016). La evolución del concepto de sexualidad como un precepto moral. *Revista Digital Universitaria*, 17 (2), 1-11.
- Organización Mundial de la Salud (2021) *Trastornos del espectro autista*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2022) *Trastornos del espectro autista*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. (Archivo PDF)
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [Archivo PDF]
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Palma, C. (2011). *El piano parlante: Software de apoyo al desarrollo del lenguaje en niños con autismo* [Tesis de grado, Universidad de Chile, Santiago de Chile.]
- Pávlov, I. (1997). *Los reflejos condicionados: lecciones sobre la función de los grandes hemisferios*. Morata.
- Pérez-Acosta, A. y Cruz, J. (2003) Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria*, 20 (2), 205-227.
- Ponsa, M., Sánchez, E. y García, L. (2018) Salud sexual de las personas con discapacidad física: Educación Sexual. *Revista de Psicología*, 1 (2), 41-51.
- Psicólogos infantiles Madrid. (13 de julio de 2020). *Trastorno del Espectro Autista*.
<https://psisemadrid.org/trastornos-del-espectro-autista/>
- Rattazzi, A. (2014). La importancia de la detección precoz y de la intervención temprana en niños con condiciones del espectro autista. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 25, 290-294.
- Real Academia de la Lengua Española. (2020). Autismo. *En Diccionario de la lengua española* (edición de tricentenario) Consultado el 5 de mayo del 2020.
<https://dle.rae.es/autismo>

- Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista Educación*, 32(1), 157-170
- Rocha, E. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Revista interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 250-259.
- Rodríguez, C. (2016). *Propuesta de intervención para el desarrollo afectivo-sexual y fomento de la autonomía en adolescentes con TEA*. [Trabajo Fin de Grado, Universidad de La Laguna. España.]
- Santana, L., Arraes, A., Pontes de Oliveira, D. y Pinheiro, R. (2013). Abordajes de género y sexualidad en la psicología: revendo conceptos, recapacitando prácticas. *Psicologia: ciência e profissão*, 33(3), 730-745.
- Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Espectro Autista*. <http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/IMSS-528-12-ER.pdf>
- Schöttle, D., Briken, P., Tüscher, O. y Turner, D. (2017). Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 19(4), 381-393. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.4/dschoettle
- Tortosa, F. y Mayor, L. (1992). Watson y la psicología de las emociones: evolución de una idea. *Psicothema*, 4(1)297-315.
- Vargas, M. y Navas W. (2012). Autismo Infantil. *Revista Cúpula*, 26 (2), 44-58.
- Vázquez, M. (2015). *La atención educativa de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista*. Instituto de Educación de Aguascalientes. [Archivo PDF].

https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/2Academicos/13Libro_Autismo.pdf

Vélez, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3 (3), 156-162.

Vieira, A y Bortolozzi, A. (2019). Considerações sobre a sexualidade e educação sexual de pessoas com transtorno do espectro autista. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 14 (2), 1265-1283. <https://doi.org/10.21723/riace.v14iesp.2.12575>

Villamayor, V. L., y Murgiondo, J. E. (2019). *Desarrollo Sexual de las Personas con Tea: Percepción de los Profesionales de la Educación. In Investigación comprometida para la transformación social*, actas del XIX Congreso Internacional de Investigación Educativa (pp. 220-225). Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica (AIDIPE).

Yáñez, C., Iparrazar, D. (2014). *Taller para reforzar la comunicación en niños con Trastorno del Espectro Autista a través del método TEACCH* [Tesis de Grado, Universidad Pedagógica Nacional] <http://200.23.113.51/pdf/30602.pdf>