



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ψ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

*APLICACIÓN DEL TALLER "PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL" EN UNA
POBLACIÓN DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.*

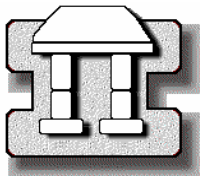
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

MARIA GRISELDA CANALES RUBIALES

ASESORES DE TESIS:
MTRA PATRICIA VALLADARES DE LA CRUZ.
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES
LIC. MARIA DEL ROSARIO GUZMAN RODRIGUEZ

TESIS EMPÍRICA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO



2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Quiero agradecer antes que nadie a la pequeña Griselda por estar siempre a mi lado, ya que sin su ayuda, y sin esa no presencia; esta tesis carecería de un sentido como lo ha tenido hasta este momento; sólo espero que al termino de este esfuerzo, la pequeña encuentre la ayuda y la fuerza necesarias para crecer. Gracias pequeña Gran DIOSA.

Gracias Miguel: por querer seguir a mi lado compartiendo los retos que se nos presentan, y por la felicidad que representa el poder resolverlos juntos. Gracias también por darme el placer de tener una familia como la nuestra, por mis hijos Miguel y Ximena que son el motivo para seguir avanzando en mi preparación.

Les agradezco a mis padres Erasto y María, Pues gracias a su ayuda, apoyo, su fe en mi y el amor por el estudio pude llegar hasta donde estoy, son un gran apoyo y el cariño que siempre me demuestran es muy valioso para mi.

Gracias a mis hermanos Roberto, Lina, Erasto y Juan Carlos, por ser mis compañeros de juego, y en mi vida personal; pues por ustedes he vivido muchas experiencias por demás enriquecedoras a lo largo de mi vida, así que espero que esto siga sucediendo, ahora, en compañía de sus hijos Lina, Beto y Ale.

Abuelitas: Tere y Juanita, y quiero agradecerles Por su ejemplo de fortaleza y por ser una rama Del gran árbol del que surgen mis raíces.

A los miembros de mi nueva familia, los cuales Llegaran a mi vida, por conducto de mi esposo, y para que sepan que no se me olvidan. Gracias Carmen, Camilo y a todos sus hijos y nietos.

Gracias Patricia por que tu ayuda no fue solamente la de una profesora, sino la de un gran ser humano, tu sabes que si en adelante yo logro cosas grandes, tu serás en parte la causante de ello y por eso te agradezco infinitamente tu ayuda y tus consejos.

Maria (por que se que no te gusta que te diga Mari), gracias por estar conmigo a lo largo de este trabajo, y por este tiempo lleno de experiencias tan enriquecedoras tanto en lo personal como en lo profesional.

Vaquero te agradezco tus consejos, por lograr que por medio de tu experiencia la dirección de mi trabajo haya llegado con éxito a su término.

*Gracias a todas las colaboradoras del programa, que debido al tiempo que pase en él, fueron varias, por su presencia, su compañía y por la experiencia que todas y cada una de ustedes dejó en mi.
Gracias en especial a Norma y Ester.*

Quiero agradecer especialmente a los Niños que participaron y a la Fundación John Lagdon Down, ya que con su ayuda hicieron posible mi trabajo. Dándome además la oportunidad, de conocer el valor tanto de los niños como de los padres, al salir adelante en un mundo de tan difícil entendimiento.

Por último quiero agradecer al PIAV y a todos los miembros que se consideren parte de él, pues gracias a su presencia muchas personas han sido beneficiadas, algunas profesionalmente otras personalmente, yo afortunadamente fui beneficiada en muchos sentidos, y por eso siempre recordare con cariño al programa.

ÍNDICE

PÁGS.

Resumen -----	6
INTRODUCCIÓN-----	7
CAPÍTULO 1. ABUSO SEXUAL INFANTIL-----	11
1.1. Ocurrencia del abuso sexual infantil-----	12
1.2. Definición y tipos de abuso sexual infantil-----	13
1.2.1. Definición psicológica-----	13
1.2.2. Definición legal de delitos sexuales, que se relacionan con el abuso sexual infantil-----	14
1.2.2.1. Violación -----	15
1.2.2.2. Abuso sexual-----	16
1.2.2.3. Estupro-----	17
1.2.2.4. Incesto -----	17
1.2.3. Tipos de abuso sexual infantil. -----	18
1.3. Factores de riesgo en el abuso sexual infantil -----	20
1.4. Fases del abuso sexual infantil-----	24
1.5. Cómo detectar el abuso sexual infantil-----	26
1.5.1. Señales claras que permiten distinguir un abuso sexual infantil -----	28
1.6. Consecuencias del abuso sexual-----	29
1.6.1. Factores que intervienen en el impacto de las consecuencias-----	30
1.6.2. Consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil-----	31
1.6.3. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil-----	31
1.7. ¿Cómo ayudar a los niños que sufren abuso sexual?-----	33
1.8. ¿Qué hacer en caso de abuso sexual y dónde acudir?-----	34
1.8.1. Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y los Estudios de Género PIAV-----	34
1.9. Mujeres y discapacidad-----	37
1.9.1. Área laboral.-----	38
1.9.2. Formas de expresión sexual en la mujer con discapacidad-----	40
1.9.3. Abuso sexual en mujeres con discapacidad-----	43
CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE DOWN-----	47
2.1. Incidencia del síndrome de down-----	48
2.2. Aspectos biológicos-----	50
2.2.1. Definición del síndrome de down-----	50
2.2.2. Etiología del síndrome de down -----	50
2.2.3. Clasificación del síndrome -----	53
2.2.4. Características físicas de las personas con síndrome de down-----	53
2.2.5. Evaluación del síndrome-----	56
2.3. Aspectos psicológicos-----	58
2.3.1. La pareja frente al síndrome de down-----	59

2.3.2. Efectos de los sentimientos de los padres y familiares cuando se tiene un hijo con síndrome de down -----	61
2.3.3. Ambiente familiar propicio para el desarrollo de un niño con síndrome de down-----	65
2.3.4. Educación académica y laboral en niños con síndrome de down-----	67
CAPÍTULO 3. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN -----	74
3.1. Presencia de casos de abuso sexual en personas con síndrome de down-----	75
3.2. Mitos y realidades relacionados a la sexualidad en el síndrome de down-----	77
3.2.1. Mitos propios del abuso sexual infantil.-----	77
3.2.2. Mitos del abuso sexual en personas con síndrome de down-----	79
3.3. Importancia de una adecuada educación sexual en personas con síndrome de down-----	80
3.3.1. Desarrollo psicosexual -----	81
3.3.2. ¿Por qué es fundamental la apariencia?-----	84
3.3.3. La familia como facilitadora del aprendizaje sexual-----	85
3.3.4. Comportamiento sexual del individuo con síndrome de down en el contexto social-----	88
3.3.5. Consecuencias de una falta de educación sexual-----	91
3.4. Factores de riesgo-----	93
3.5. Prevención del abuso sexual en niños con síndrome de down-----	95
3.5.1. Estudios realizados para prevenir el abuso sexual en individuos con síndrome de down -----	95
3.5.2. Tipos de prevención-----	96
3.5.3. Medidas de prevención-----	98
CAPÍTULO 4. TALLER DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.-----	104
4.1 Planteamiento del problema-----	104
4.2. Objetivos generales-----	105
4.3. Método-----	106
4.4. Procedimiento-----	107
4.5. Resultados-----	111
4.6. Análisis de resultados y discusión-----	123
CONCLUSIONES-----	128
BIBLIOGRAFÍA-----	134
ANEXOS-----	140

RESUMEN.

El abuso sexual infantil es de por sí un problema **complejo**, pero cuando este se asocia a otro problema de igual importancia como lo es la discapacidad, el nivel de complejidad se multiplica. Además se contemplan aspectos que están asociados a actitudes de poca aceptación, rechazo o bien evitación; algunas de las razones que intervienen para que las personas con discapacidad sufran un abuso sexual son: que se les considera seres sin ningún tipo de impulso sexual o por el contrario hipersexuales; se les mira como personas incapaces de expresar este abuso; además dadas sus características los abusadores los consideran como seres inferiores y sin conciencia por lo que creen que esto no les afectará en nada, al contrario les **hacen un favor**.

Con la intención de prevenir este problema, el objetivo del presente trabajo es **la implementación de un taller de prevención del abuso sexual a niños con síndrome de down**. El cual se complementó con una plática brindada a los padres.

Participaron en el taller 10 niños con síndrome de down que contaban con el 80% de habilidades del IHB, sus edades cronológicas fluctuaban entre 10 a 13 años. La duración del mismo fue de 5 sesiones de 1½ hrs. La plática a los padres duró 2 sesiones de 1½ hrs.

Para evaluar la eficacia del taller se aplicó un diseño pretest-postest. Los resultados que se obtuvieron son: en la medida en que los padres y personas que conviven con los niños sean capaces de hablar del abuso sexual a los niños con síndrome de down, estos serán capaces de adquirir habilidades de autoconocimiento y autocuidado, como lo hicieron con éxito en este taller.

INTRODUCCIÓN.

El Abuso Sexual Infantil es un problema difícil de tratar ya que es un acto que agrede los principios morales, físicos, psicológicos y sociales de los niños que lo sufren, (Cantón y Cortés 2000, Lamberti, Sánchez y Viar 1998, Sullivan y Everstine 1997), pues se les **imponen** actos sexuales a menores que no tienen conciencia de lo que les pasa, abriendo paso a su sexualidad de manera equivocada, en otras palabras se trata de una intromisión en la sexualidad infantil con el fin de obtener beneficios propios, por tanto forma parte de "una explotación de una conducta que los adultos hacen no a favor del propio niño, sino de sus propios intereses y sin que los menores puedan conocer el verdadero significado que tienen para ellos." (Mendoza 2001, p. 20)

Cuando se vive con la condición de ser una persona con retardo en el desarrollo, se está bajo los prejuicios de la sociedad, de ser o estar a un nivel inferior, pues se consideran inadaptados y por lo tanto no tienen derecho a ser educados de la misma manera que los seres "normales". Por tal tienen que enfrentar obstáculos como sentimientos negativos y destructivos (rechazo, estrés, sentimientos de culpa, vergüenza, rebeldía) hasta los positivos y productivos (aceptación, amor, comprensión, deseos de formación), fruto de los cuales pueden llegar a tener una vida exitosa y plena.

A pesar de que estos dos problemas existen, se han investigado, de forma separada, pero muy poco se ha investigado (en nuestro país) de estos temas en conjunto, y en los medios donde se logra encontrar, sólo se menciona superficialmente. Por ello dentro de la presente se desarrolla el tema del ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN, tratando muy en especial la PREVENCIÓN.

Al desarrollar el tema, ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON RETARDO EN EL DESARROLLO, se contemplan dos aspectos que aún en la actualidad son difíciles de abordar, pues están asociados a actitudes de poca aceptación, rechazo o bien evitación. Cruz (1986), considera que cuando se habla de personas que sufren algún tipo de retardo en el desarrollo, se da por entendido que estas personas no tienen ningún tipo de impulso sexual o por el contrario se consideran hipersexuales. Por lo que en muchos casos los padres de estos niños no consideran necesario hablarles de estos aspectos y dejarlos que sigan "inocentes". Razones por las cuales éstas personas son más susceptibles de ser víctimas de abuso sexual, al no tener las habilidades para expresar lo que les está sucediendo.

De lo anterior se desprende que el Abuso Sexual a personas con Retardo en el Desarrollo, es un problema que se presenta en muchas ocasiones, sin embargo, pocas son las veces que se da a conocer o en el mejor de los casos que se denuncia (puesto que la gran mayoría de las veces son personas conocidas o familiares), esto aunado a que se les considera como personas incapaces de expresar este abuso. Un aspecto más de estos niños es la falta de amor por parte de su familia, ya que dadas sus características muchas veces son rechazados, por lo que cualquier muestra de afecto es bien recibida por ellos, aunque esto les signifique un abuso sexual. Por último las personas con retardo son más susceptibles de sufrir un abuso porque las personas los consideran como seres inferiores y sin conciencia por lo que creen que esto no les afectará en nada.

Siendo así el objetivo de este trabajo es: ***la implementación de un taller de prevención del Abuso Sexual a Padres y Niños con Síndrome de Down;*** teniendo como objetivo general del taller: **que los niños adquieran habilidades de autoconocimiento y autocuidado para enfrentar las situaciones de abuso sexual de una manera exitosa.** En congruencia con lo anterior se hace imprescindible enseñarles a estos niños, la forma en que deben cuidarse por sí solos (y prevenir de esta manera posibles abusos) pero que este cuidado no se

vaya a los extremos y tengan miedo de toda la gente, sino que sepan diferenciar entre una persona que quiere abusar de ellos y una que sólo está siendo amable. Es positivo además enseñarles el respeto que las personas deben de tener hacia su cuerpo y el de los demás. Esta enseñanza no sólo se tiene que hacer con los niños sino que se tienen que involucrar a los padres pues a lo largo del trabajo se ha puesto de manifiesto la importancia de ellos para dar continuidad a las habilidades que adquieran los niños en el taller, en el Abuso sexual los niños están ahí, el agresor también está ahí y no es fácil detectarlo. Ellos necesitan aprender a defenderse pero antes de poder hacerlo sus padres necesitan ser conscientes de este derecho. Necesitan estar conscientes de su obligación y esto sólo es posible si aceptan el hecho de que el abuso sexual Infantil es real, tan real como sus vidas, como su mundo, tan real como otros muchos problemas que diariamente nos afectan.

Para alcanzar los objetivos que se pretenden a continuación se desarrollaran los siguientes capítulos:

CAPÍTULO 1. ABUSO SEXUAL INFANTIL: considera temas como las definiciones psicológica y legal, los tipos de abuso que son calificados dentro del actual Código Penal del Distrito Federal y su respectiva penalidad, cuáles son los factores que permiten que se siga presentando este problema y sus consecuencias, así como los lugares y las opciones de las que se puede echar mano en caso de requerir ayuda de este tipo.

CAPÍTULO 2. SÍNDROME DE DOWN: no sólo se abordan los aspectos biológicos más importantes, sino las cuestiones que nos tocan a nosotros como profesionales en esta área, dichos aspectos son los sentimientos que se despiertan en la pareja, en la familia y en la sociedad y la forma que influyen en la crianza de este nuevo ser.

CAPITULO 3. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN: en él se analiza toda la información respectiva al tema, gracias a la

cual se logra conocer aspectos de suma importancia como los mitos o prejuicios que todavía persisten y sobre los cuales se tiene que trabajar no sólo en las personas con esta situación, sino que la educación va más allá llevándola a cabo a todas las personas y a la sociedad en general.

CAPÍTULO 4. El último capítulo describe la aplicación del TALLER DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN: donde gracias a dicha aplicación se lograron resultados por demás importantes.

CAPÍTULO 1

ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Cuando se hace mención de este tema, se piensa: que sólo se ve en las noticias; que es un hecho poco frecuente; que es un suceso que nunca pasa cerca de nosotros, y menos aún dentro de nuestra familia. Todas estas razones son la causa de que en nuestro país se presente un alto índice de incidencia del abuso sexual infantil, puesto que se le da muy poca importancia y por lo tanto entre menos se mencione dentro de nuestra familia es mejor. Sin embargo, esto es totalmente falso, ya que se ha demostrado por diversos autores (Yocihuatl¹ s/f; Lamberti, Sánchez y Viar 1998; Besten 1997 entre otros), que lo mejor es hablar del tema con los niños para que sepan cuidarse ellos mismos (pues sus padres no todo el tiempo pueden estar con ellos, y son precisamente esos momentos de soledad o bien de poco cuidado, cuando los individuos aprovechan para llevar a cabo las conductas de abuso sexual), así cuando dicha situación se les presente sepan cómo reaccionar y quiénes son las personas con las que puede acudir a buscar ayuda.

Otra situación que se presenta frecuentemente es el caso donde los mismos padres o familiares abusan de los pequeños, -situación en la cual, dicho sea de paso, los niños suelen tener consecuencias mayores-, esto se demuestra en las estadísticas del Programa Nacional de Acción a favor de la infancia 1998 las cuales señalan que los agresores principales son los mismos familiares (padre, padrastro, madre, madrastra, hermanos, tíos/as, abuelos/as, vecinos) y sólo un porcentaje muy reducido es cometido por personas desconocidas por la víctima, Besten (1997) menciona que sólo el 6 %.

Ahora bien la familia no sólo importa al momento de presentarse esta situación, sino también a la hora de poder brindar un tratamiento, ya que va a depender del apoyo que se le brinde al niño y del grado de credibilidad que se le tenga para que éste reciba la ayuda necesaria.

Con la intención de que la gente interesada en la problemática conozca un poco más de ella, a continuación se presentan algunos puntos relevantes, iniciando con la definición, tanto psicológica como legal, por ser éstas las que están relacionadas con el trabajo que llevamos a cabo. No sin antes presentar una serie de cifras que dan muestra de la magnitud del problema.

1.1. Ocurrencia del abuso sexual infantil.

Según la opinión de López (1997), los abusos ocurren con más frecuencia de lo que mucha gente piensa, expresándolo de la siguiente forma:

- Aproximadamente 20 chicas de cada cien (una de cada cinco) y 10 chicos de cada 100 (uno de cada diez), al menos, sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.
- Se dan en niños y niñas de todas las edades, desde los primeros años de vida, aunque se dan con más frecuencia en torno a la pubertad.
- Casi la mitad de las personas que sufren abuso, les ocurre más de una vez. Es decir que, que no solamente no evitamos que se den, sino que tampoco evitamos que se repitan.

En una serie de investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra. Finkelhor (2001) considera que aproximadamente un 20% de mujeres y un 10%, de hombres, señalan haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. Mientras que otros autores Wyatt y Powell (1988), Bentovim y Otros (1988) consideran que uno de cada cuatro niños y una de cada tres niñas o

¹ Asociación Civil que se dedica a prevenir el abuso sexual infantil, por medio de la película "el árbol de chicoca"

proporciones similares tienen algún tipo de experiencia sexual con adultos. Los autores antes mencionados están de acuerdo en que los abusos sexuales son más frecuentes en chicas; aunque estudios recientes ponen de relieve que los varones sufren más abusos de los que los primeros estudios indicaban, (Risin y Koss 1987; Finkelhor 1994; López y Otros 1994, citados en López 2000, p. 39).

Ahora bien de los casos que se presentan en nuestro país, tenemos que: el “CAMVAC² (1985), reportó que de una muestra de 185 víctimas de violación el 39% de las personas atendidas en su centro eran menores de edad.” (citado en Valladares 1993, p. 25).

“En el Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas del Estado de México (1991) de una muestra de 531 personas atendidas el 72 % de las víctimas eran menores de 17 años.” (citado en Valladares 1993, p. 26)

1.2. Definición y tipos de abuso sexual infantil.

1.2.1. Definición psicológica.

Algunos autores definen el abuso sexual infantil como:

González (1995) (citado en Memorias del Congreso Nacional sobre maltrato al menor. 1995; p. 33)

“ es cuando se presenta cualquier acto ejecutado por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente... se denomina abuso independientemente de que tales actos se realicen con o sin el consentimiento del menor, pues éste carece de la madurez y el desarrollo cognitivo necesarios para evaluar su contenido y consecuencias ”

² Centro de Atención para Mujeres Violadas. En México fue el primer centro de atención para este tipo de población.

Lamberti, Sánchez y Viar (1998, p. 190)

“es el contacto genital entre un/una menor de edad (18 años o menos) y un adulto que lo manipula, engaña o fuerza a tener comportamientos sexuales”

Yocihuatl (s/f, p. 1)

Dice: “cualquier contacto de naturaleza sexual entre un menor y una persona de mayor edad, puede ser considerado como un abuso...aún cuando sea con el aparente consentimiento del menor, es un abuso sexual; ya que tal contacto lleva en si mismo una relación desigual, pues el pequeño carece de desarrollo emocional, cognoscitivo y físico para una decisión de esta naturaleza.”

Como se puede ver en las definiciones anteriores, los autores de las mismas hacen énfasis en algunos aspectos (como la edad, el desarrollo emocional, si hubo o no violencia) pero dejan de lado otros, por ello, con el fin de tener un marco para basarnos dentro del presente trabajo se tomo la definición brindada por Kempe y Kempe (1985) (citado en Meléndez 1996, p.12)

“es la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a sus desarrollo psicosexual en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para lo cual no pueden dar su conocimiento informado”

1.2.2. Definición legal de delitos sexuales, que se relacionan con el abuso sexual infantil.

Una vez que se presentó la definición psicológica del abuso sexual infantil, continuamos con la definición legal, de todos los delitos que de alguna manera tienen que ver con el abuso sexual infantil, la cual se encuentra revestida de una gran importancia cuando se habla de presentar una denuncia.

Los artículos para sancionar los delitos sexuales fueron implantados en el código penal el 2 de enero de 1931, expedido por Pascual Ortiz Rubio, presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. No obstante las condiciones y tiempos actuales han hecho que se reformen algunos artículos ya obsoletos en materia de delitos sexuales; siendo así a continuación se presentan los que están vigentes y rigen al Distrito Federal³:

1.2.2.1. Violación.

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

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

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

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

Se equipara a la violación y se sancionará con la misma pena, al que:

³ Artículos transcritos del Código Penal del Distrito Federal 2004. pág. 42-44

I. Realice cópula con persona menor de doce años de edad o con persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo*; o

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

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

1.2.2.2. Abuso sexual.

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

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

Este delito se perseguirá por querrela, salvo que concurra violencia.

Art. 177. Al que sin el propósito de llegar a la cópula, ejecute un acto sexual en una persona menor de doce años de edad o persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, o la obligue a observar o ejecutar dicho acto, se le impondrán de dos a siete años de prisión*⁴.

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

* Artículos a los que se recurre en el caso de las personas con discapacidad intelectual

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

I. Con intervención directa o inmediata de dos o más personas;

II. Por ascendiente contra su descendiente, éste contra aquél, el hermano contra su colateral, el tutor contra su pupilo, el padrastro o la madrastra contra su hijastro, éste contra cualquiera de ellos, amasio de la madre o del padre contra cualquiera de los hijos de éstos o los hijos contra aquéllos. Además de la pena de prisión, el culpable perderá la patria potestad o tutela, en los casos en que la ejerciere sobre la víctima, así como los derechos sucesorios con respecto al ofendido;

III. Por quien desempeñe un cargo o empleo público, o ejerza su profesión, utilizando los medios o circunstancia que ellos le proporcionen. Además de la pena de prisión, el sentenciado será destituido del cargo o empleo o suspendido por el término de cinco años en el ejercicio de dicha profesión;

IV. Por la persona que tenga al ofendido bajo su custodia, guarda o educación o aproveche la confianza en ella depositada;

V. Fuere cometido al encontrarse la víctima a bordo de un vehículo particular o de servicio público; o

VI. Fuere cometido en despoblado o lugar solitario.

1.2.2.3. Estupro.

Art. 180. Al que tenga cópula con persona mayor de doce y menor de dieciocho años, obteniendo su consentimiento por medio de cualquier tipo de engaño, se le impondrá de seis a cuatro años de prisión. Este delito se perseguirá por querrela.

1.2.2.4. Incesto.

Art. 181. A los hermanos y a los ascendientes o descendientes consanguíneos en línea recta, que con conocimiento de su parentesco tengan cópula entre sí se les impondrá prisión o tratamiento en libertad de uno a seis años.

1.2.3. Tipos de abuso sexual infantil

El abuso sexual se puede dividir en varios tipos o niveles según sea el punto de vista del autor que lo explica, autores como López (2000) ver cuadro 1.1; clasifican al abuso en contacto directo e indirecto.

CONTACTO DIRECTO	CONTACTO INDIRECTO
❖ Frotamientos	❖ Exhibicionismo
❖ Tocamientos	❖ Voyerismo
❖ Sexo oral	❖ Peticiones sexuales
❖ Sexo vaginal	❖ Pornografía infantil
❖ Sexo anal	

Cuadro 1.1. Tipos de abuso según el punto de vista de López (2000)

Lamberti, Sánchez y Viar (1998) tipifican al abuso sexual infantil, como “contacto genital que incluye: penetración, intento de penetración, estimulación del área vaginal o rectal del niño/a por el pene, un dedo, la lengua o cualquier otra parte del cuerpo del abusador, o por un objeto usado por el perpetrador...cualquier tipo de contacto genital o anal del perpetrador por parte de la víctima, tales como fellatio⁵ (o felación), masturbación, e intromisión de cualquier tipo. El contacto de los pechos no consentido entra en esta definición”.

(p. 190)

Según Saller (citado en Besten 1997, p. 26), distingue tres categorías en la ocurrencia del abuso sexual infantil, Ver cuadro 1.2

⁵ Succión del pene, hacerle sexo oral a un hombre. Tomado de Internet en la siguiente dirección <http://www.jovenescarmelitas.com/viewtopic.php?t=1110&sid=ccce505d6c5126671b974eb1e2bb9921>

ABUSOS SEXUALES INCIPIENTES	OTRAS FORMAS DE ABUSO CONSIDERADAS DE "MENOR GRAVEDAD" (AUNQUE CON LA UTILIZACIÓN DEL CUERPO DEL NIÑO)	MANIFESTACIONES CLARAS E INEQUÍVOCAS
<ul style="list-style-type: none"> ☞ El adulto se muestra desnudo delante del niño ☞ El adulto le muestra sus genitales al niño ☞ El adulto quiere "dar el visto bueno" al cuerpo del niño ☞ El adulto observa al niño al desvestirse, bañarse, lavarse, en el aseo; en algunos casos puede ofrecerle su ayuda para ello ☞ El adulto besa al niño de forma muy íntima (beso con lengua) ☞ Iniciar prematuramente al niño en la sexualidad para satisfacer las necesidades exhibicionistas y/o de mirón del adulto. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Tocamientos o manipulación de los genitales del niño ☞ Obligar al niño a tocar los genitales del adulto o manipularlos, a menudo bajo la apariencia de juego ☞ Masturbación en presencia del niño ☞ Obligar al niño a masturbarse en presencia del adulto ☞ Frotamiento del pene contra el cuerpo del niño ☞ Mostrar ilustraciones pornográficas al niño ☞ Hacer fotografías pornográficas o películas del/con el niño. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Relaciones sexuales genitales-orales (cunilinguismo⁶, felación) ☞ Penetración en el ano del niño con dedos(s), pene u objetos extraños ☞ Penetración en la vagina de la niña con dedo(s) pene o objetos extraños

Cuadro 1.2. Diversas formas en que se presenta el abuso sexual infantil, según Saller (1987)

Es importante señalar que por lo general el abuso no sucede una sola vez sino que se prolonga por un largo periodo de tiempo y puede abarcar todas o algunas de las formas de contacto antes mencionadas incrementándose desde los abusos sexuales incipientes (las conductas más sencillas) hasta llegar a las manifestaciones claras e inequívocas (consideradas como el grado máximo del abuso sexual infantil). (Besten 1997, p 26).

⁶ La estimulación oral en el área genital femenina recibe el nombre cunilingus, palabra que proviene del latín "cunnus", que significa vulva, y "lingere" que significa lamer. Tomado de Internet en la siguiente dirección <http://www.saludymedicinas.com.mx/SUBARTICULO2.asp?ID=628&IDC=1&IDS=1&bann=hombres&nbresub=sexualidad>

Para una mejor comprensión de cómo los distintos tipos de abuso sexual van incrementándose y el proceso que lo explica, se desarrolla el tema de manera amplia en el inciso 1.4 (Fases del abuso sexual infantil).

1.3. Factores de riesgo en el abuso sexual infantil.

La problemática del abuso sexual infantil es multicausal, esto es que, para que se presente se tienen que conjugar varios factores: sociales-culturales, familiares, individuales del agresor y del menor y situacionales⁷. Su importancia es tal que muchos autores han realizado investigaciones para saber cuál es su papel en esta problemática.

Finkelhor (2001) menciona algunas teorías que hasta la fecha existen acerca del porque se presenta este problema, basando su análisis en la teoría del psicoanálisis; teniendo la siguiente clasificación: sobre el ofensor, sobre la víctima y sobre el contexto familiar, las cuales se presentan así, (se presenta como principal la clasificación hecha por éste autor, pero se complementa o se contrasta con datos mencionados por otros autores).

Teorías sobre el ofensor, que la mayoría de las personas los vería como *degenerados o débiles mentales*, al cabo de varias investigaciones se llega a la conclusión de que esto no es correcto pues sólo un pequeño porcentaje de los abusadores coinciden con este estereotipo. Besten (1997) señala que los abusadores "son hombres o mujeres completamente normales de todas las edades y estratos sociales" (p.10), por su parte Contreras (2004) como parte de un seminario de formación de terapeutas en violencia sexual, complementa lo antes mencionando "son personas **funcionalmente** normales, esto es que se desempeñan de la misma forma que el resto de la gente, sin embargo, presentan **características particulares** que los llevan a cometer este tipo de abusos."

⁷ Los factores situacionales son desarrollados por *Contreras en el (2004) dentro del taller "Formación de terapeutas en

como ya se mencionó pueden ser padres, madres, padrastros, entre otros. Siendo así que los niños corren mayor riesgo en aquel ámbito en el que de entrada deberían de encontrar protección, seguridad y consuelo, (Besten 1997). Además "frecuentemente no eran ni brutales ni sádicos en su mayoría sino que usaron su autoridad o encanto para ganar su confianza, cooperación o por lo menos, el asentimiento pasivo del niño. Su inclinación era más bien hacia tocar los genitales, el exhibicionismo y la masturbación" (Finkelhor 2001, p. 36)

Se presume que otra causa del interés por parte del abusador hacia el niño, es fruto de una *ansiedad incestuosa* hacia su madre (por ser muy seductora) teniendo como resultado una ansiedad incestual que a su vez produce un miedo tanto por la mujer adulta como por la sexualidad adulta, dirigiéndose entonces a los niños quienes no representan tal amenaza.

Por último Finkelhor (2001) menciona que una *fijación sexual* sería el resultado de una experiencia sexual infantil placentera del abusador y así se "condicionara a responder ante este estímulo de la infancia temprana" (p. 37), por el contrario una experiencia negativa "tendría el mismo efecto, por lo que el sujeto busca repetir la situación original en un esfuerzo por cambiar el resultado final" (p. 37)

Teorías sobre la víctima, desde esta misma postura se mencionan teorías en donde se manejan grados variantes de complicidad en la ofensa, esto es que el niño de alguna manera le permite al agresor que abuse de él. Se dice que hay niños que al estar necesitados de afecto por parte de sus padres, descubren que pueden obtener atención y afecto por parte de un adulto al incitar sus impulsos sexuales, (Finkelhor 2001, p. 39). En esta misma línea se menciona que el niño colabora con el ofensor cuando se le acerca, al no tomar acciones autoprotectoras, al aceptar insinuaciones del adulto, al permitir que la situación continúe y al no tomar una acción para evitarlo. A este proceso se le llama *precipitación de la*

*víctima*⁸. Por otro lado y desde otro punto de vista, Besten (1997) considera de importancia otro aspecto: cuando al niño desde pequeño se le enseña a que no haga ciertas cosas (jugar, brincar, correr, con lo cual se ven disminuídas sus habilidades de descubrimiento y movimiento) teniendo como resultado el miedo, provocando un comportamiento que tiende a evitar ciertas situaciones y fomenta una personalidad insegura.

Teorías sobre el contexto familiar. Continuando con el psicoanálisis, se hace mención sobre todo de las familias incestuosas, aunque esto también puede generalizarse para incluir el abuso sexual fuera de las familias:

- La primer característica de la familia se refiere a un *alto grado de aislamiento social*, cuando las familias se apartan de la interacción con otra y se meten dentro de sí mismas, los incidentes que podrían ocurrir fuera de ella, se presentan ahí mismo.
- La siguiente característica es la *confusión de papeles*, esto es que los adultos colocan a los niños en un papel sexual adulto, y muchas veces el sexo entre los miembros del matrimonio es desagradable o no existe, son matrimonios usualmente infelices. En los casos en donde la madre es alcohólica o está incapacita y por ello no puede proporcionarle cuidados a su hija, ésta tiene que asumir sus roles, incluyéndose los sexuales.
- El *ambiente de abandono*, "en donde cada miembro de la familia teme ser abandonado por los otros, la sexualidad puede ser un medio utilizado para romper ese trauma", (Finkelhor 2001, p. 44)

Finalmente los siguientes autores explican el papel que juegan los **Factores ambientales** como:

⁸ Nombre que se le da en el campo de la victimología al proceso por el cual el sujeto contribuye a su propia

- La **disfunción familiar** la cual no sólo puede aumentar la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, sino que también puede acentuar los efectos del abuso sexual una vez que éste se ha producido. (Cantón y Cortés 2000, p. 35).
- La **ausencia de los padres biológicos** de los menores aumenta en un 50% la probabilidad de que éstos sufran una agresión sexual, ya que el padrastro no siente ningún tipo de afecto filial hacia el menor con el que se encuentra viviendo. (Lima 1998, p.179).
- Las niñas todavía dentro de nuestra sociedad están expuestas a un mayor riesgo por el **tipo de educación específica para cada sexo**, durante la infancia están sometidas a la relación de poder establecida entre padres e hijos; y como mujeres, a la relación de poder entre marido y esposa, “muchas niñas se convierten en víctimas silenciosas de los abusos sexuales sin necesidad de forzarlas con violencia y permanecen en silencio largos años, culpándose a sí mismas de su estado, pues no entra dentro de sus esquemas que un adulto –su padre incluso- sea capaz de hacer algo malo.” (Besten 1997, p.11).
- En contraste cuando la situación de abuso sexual se presenta en los niños este problema se complica pues el hecho de hablar sobre sus experiencias de abuso destruyen su **imagen de hombres** dado que el papel de víctima no es un atributo varonil, además que el comportamiento femenino generalmente es menos violento y obvio, de modo que es más difícil de descubrir. (Besten 1997, p.12).

Lo anterior nos permite rescatar algunos puntos importantes, como: “que las víctimas del abuso son **víctimas**, que los niños no tienen el poder de seducir a hombres mayores en contra de la voluntad de éstos; que los niños que buscan **afecto** desean precisamente afecto, y -en realidad- no piden sexo. Aquellos chicos que intentan sexualizar relaciones afectuosas lo hacen por que siguen una secuencia de **experiencias particulares**, en general, la de haber sido sexualmente abusados. Cualesquiera que sean las **fantasías o los deseos** que los niños

puedan tener, son los adultos quienes deciden si serán los objetos de **encuentros sexuales**, ya que ellos tienen poder sobre los niños y pueden definir y manipular esos deseos según su elección.” (Glaser y Frosh 1998, p. 53).

Una vez revisada la etiología del abuso sexual infantil, parecería sencillo saber que lo provocó, sin embargo, cuando hablamos de generalidades esto es difícil de establecer, y esto sólo se puede lograr evaluando cada uno de los casos en individual, y revisando: **a)** las motivaciones que lo conducen, **b)** el tipo de familia, **c)** la situación en la que se encuentra la víctima, entre otros factores; en fin el contexto que rodea el caso en particular; para saber cuáles fueron las causas que lo provocaron. *Por ello los factores anteriores solamente pueden considerarse puntos de referencia para reconocer una situación como altamente probable, fruto de la cual favorezca su aparición, pero ninguno de ellos es la causa directa del abuso sexual, dado que es un fenómeno muy complejo, siendo así un **fenómeno multicausal**.*

1.4. Fases del abuso sexual infantil.

Cuando el abusador establece una relación con su víctima, depende del nivel de acercamiento que tenga con ella, el tipo de caricias o contacto sexual que obtenga; siendo así que hay casos en donde el abuso fue sólo en forma de tocamientos o exhibicionismo, sin embargo, existen otros muchos, donde el abusador primero seduce a la víctima y posteriormente se produce la manipulación o la penetración, en los casos en donde hay un aumento del nivel de acercamiento, éste se da gracias a todo un proceso que el ofensor va siguiendo ya que no puede dar el siguiente paso si antes no está bien seguro de que no corre peligro de ser denunciado por su víctima o descubierto por los familiares. A esta serie de pasos se les ha denominado fases del abuso sexual, y según sea el autor que lo explica es el nombre que les da, por ejemplo:

Hernández y Gallardo (2000), hacen una propuesta de estas fases, desarrollándolas a través de seis etapas: identificación, acercamiento, confianza,

seducción progresiva, agresión, secreto doloroso y etapa terminal; a todo este proceso le denominan ***espiral envolvente***.

Sanz y Molina (1999), no le dan un nombre especial al proceso pero sí proponen las fases siguientes: confianza, favoritismo, alineación, secreto, violación de los límites personales.

Después de un revisión acerca de estos puntos de vista, nosotros nos quedamos con la propuesta de Valladares (1993), ya que según nuestra consideración las otras son derivaciones de la presente, por ello se brinda una explicación más amplia de la misma.

- Ψ *Fase de seducción*: es cuando el agresor convence al niño por medio de engaños de que las propuestas que le hacen son divertidas, además en muchos casos se ofrece a los niños alguna recompensa, por lo que el niño termina aceptando dicha situación. En los casos en los que hay una negativa por parte del niño, el agresor utiliza amenazas o chantajes.
- Ψ *Fase de interacción sexual*: esta va siendo de manera gradual, desde la exposición semidesnuda, hasta la penetración, ya sea anal o vaginal.
- Ψ *Fase del secreto*: "el ofensor requiere que la situación continúe para satisfacer sus necesidades y demostrar al menor que es un conocedor que puede ejercer dominio y poder sobre el pequeño, y lo consigue persuadiendo a éste a través de amenazas o dándole un sentido atractivo al secreto." (Valladares 1993, p 24)
- Ψ *Fase del descubrimiento*: que puede ser accidental -y por lo mismo cuando se descubre muchas veces origina una crisis familiar- o bien cuando el niño lo comenta directamente o de manera encubierta -en cuyo caso resulta de mayor beneficio para el niño, pues de alguna manera se prepara para enfrentar los conflictos que vendrán.

Ψ *Fase de negación*: existen casos en los que las familias de estos niños no aceptan lo que paso, por lo que ellos mismos niegan y obligan al pequeño a negar los cargos.

A lo largo del inciso anterior pudimos ver que independientemente del autor que explique el proceso, todos hablan sobre el grado creciente de conductas abusivas, implicando así el grado creciente de intimidad en la relación abusador-abusado, Sanz y Molina (1999) dicen que es por que “no se requieren las mismas maniobras persuasivas para acariciar los genitales por encima de la ropa, que para iniciar una penetración digital. El grado de persuasión va en aumento, hasta evolucionar en la coerción franca y abierta con maniobras psicológicas, amenazas y hasta castigos físicos; esto es así, por que el grado de resistencia pasiva que ejerce el niño no es igual en el comienzo del proceso de seducción, que hacia el final del mismo” (p. 69)

1.5. Cómo detectar el abuso sexual infantil.

Cuando un menor es víctima de abuso sexual, muchas veces no sabe que es lo que le está pasando, por ello no sabe si tiene que comunicárselo a alguien y si esto es bueno o malo, sin embargo, el cuerpo, el pensamiento y las emociones del niño son tan capaces que de alguna manera tienen que hacer patente la situación de la que son víctimas, por tal los niños que son pequeños (cero a seis años aproximadamente) es más probable que “digan” que fue lo que paso, a manera de “comentarios desagradables”; en los niños mayores (siete a 12 años aproximadamente) el abuso se “descubre” en forma de “accidentes” (dejar la puerta abierta, dejar señales o manchas en ropa exterior o interior), muchas veces el adulto no es capaz de descifrar estas señales, siendo esto de vital importancia para poder ayudar a tiempo al niño a escapar de la situación en la que se encuentra, por esta razón a continuación se presenta una lista tomada de Besten (1997), acerca de las conductas que puede presentar un niño que esta siendo victima de un abuso:

- ❖ Agresiones a si mismo: con lo cual el niño manifiesta el deseo de provocarse un dolor externo que dé salida a su dolor interno.
- ❖ Agresiones a otros, reflejando la idea de que el ataque es la mejor defensa.
- ❖ Trastornos del sueño: puede indicar que al niño le falta confianza para abandonarse al sueño, además de que teme ser sorprendido mientras duerme.
- ❖ Trastornos de alimentación: con lo que se manifiesta el deseo de la víctima para hacer que su cuerpo le resulte poco atractivo al abusador.
- ❖ Regresiones de comportamiento: por el deseo de ser objeto de cuidado, como si fuera bebé.
- ❖ Comportamientos obsesivos: el hecho de lavarse constantemente puede significar que el niño quiere lavar la vergüenza, la suciedad y recuperar de esta forma su pureza; la obsesión por el orden puede indicar que el niño intenta solucionar el desorden interno que le causa el abuso sexual.
- ❖ Aislamiento: por miedo a que las personas que lo rodean se den cuenta de lo que le sucede.
- ❖ Docilidad extrema: puede reflejar el deseo de no llamar MÁS la atención y la pérdida de autoestima
- ❖ Alteraciones en el rendimiento escolar: el bajo rendimiento puede deberse a que el niño está ocupado consigo mismo y sus experiencias desagradables; por el contrario el alto rendimiento escolar puede ser por la necesidad del niño de distraerse y olvidar sus problemas sexuales.

- ❖ Pérdida de ilusión: cuando un niño no tiene ganas de nada probablemente es por que se siente débil e impotente.
- ❖ Intento de suicidio: ya que el niño se siente completamente desesperado y sin esperanza viendo así a la muerte como la única solución a sus problemas.
- ❖ Accidentes continuos: relacionados con el inciso anterior, ya que con frecuencia los intentos de suicidios son percibidos como *accidentes comunes* que se presentan frecuentemente, además pueden ser un reflejo del deseo de hacer inservible su cuerpo o de recibir más protección y cuidados.
- ❖ Comportamientos extraños: como puede ser el no querer desnudarse, por el deseo de protegerse de los abusos sexuales; o bien no querer estar en casa, con lo cual el niño puede estar diciendo que hay ya no se siente seguro y prefiere evitar ese lugar.
- ❖ Trastornos en el habla: por el silencio que le impone el agresor y las amenazas hacen que el niño no hable por miedo a delatarse y que el agresor cumpla sus amenazas.
- ❖ Miedo: a un lugar o persona determinados es con frecuencia un indicio de que se trata del lugar o del autor de los hechos.

De las conductas anteriores es importante señalar, que no por el hecho de que el niño presente alguna de ellas, se de por asentado, que éste, está siendo objeto de abuso,⁹ por tal, los padres tienen que poner especial interés cuando el niño, presente éste singular comportamiento y observarlo, teniendo como base que

⁹ Estas conductas son únicamente señales de alerta pero también pueden aparecer como consecuencia de problemas de otra índole, por ejemplo, separaciones, riñas familiares, falta de atención, incluso biológicos, entre otros.

debe manifestarse de forma **muy acentuada y repentina, y sin una causa o razón aparente**, para poder presumir que el niño sufre un abuso sexual.

1.5.1. Señales claras que permiten distinguir un abuso sexual infantil.

Como ya vimos cuando alguna o algunas de las conductas anteriores se presentan, haya una posibilidad de que el niño este siendo objeto de abuso, pero como ya se mencionó, antes se tiene que descartar la influencia de otro tipo de problemas. En contraste existen cierto tipo de conductas o señales que se relacionan directamente con el abuso sexual infantil, o sea que si un niño presenta alguna de ellas, la probabilidad de que este siendo objeto de un abuso sexual, es muy alta. Los siguientes son algunos ejemplos de cómo un niño puede actuar o expresar la forma en que es objeto de abuso:

- Al hablar: el señor x tiene ropa interior muy extraña.
- Al jugar: colocar sus muñecas en situaciones o posiciones sexuales.
- De comportamiento: negarse a ir o estar con alguien en específico.
- Comportamiento sexualizado: el conocimiento sobre sexualidad que no corresponde con la edad del niño¹⁰, puede indicar que éste ya ha tenido experiencias fuera de lo normal en ese campo.

También existen algunos indicadores físicos que permiten a los padres presumir que su hijo esta siendo objeto de abuso sexual, por ejemplo: sangrado en genitales o ano, fisuras anales, moretones, infección urinaria, dolor al sentarse o pararse, por último el embarazo.

1.6. Consecuencias del abuso sexual infantil.

Los daños pueden ir desde simples lesiones físicas como contusiones en brazos y piernas, hasta graves trastornos mentales ocasionados por la impresión

¹⁰ por ejemplo el hecho de que un niño/a de tres o cuatro años hable de una cosa que le enseñó x persona o familiar, la

del ataque sexual, y se pueden presentar tanto a corto como a largo plazo, obviamente las consecuencias más severas se presentan en el delito de violación, (Lima 1998, p.180). Además los efectos se pueden ver disminuidos o incrementados por factores ajenos a la víctima y que tienen que ver más con lo social que con las habilidades particulares del individuo.

1.6.1. Factores que intervienen en el impacto de las consecuencias.

Para Lima (1998), los factores que determinan el impacto de la agresión sexual son:

- *Sexualización traumática*: se refiere al proceso en que la sexualidad del niño y sus sentimientos hacia ella son disfuncionales o inapropiados.
- *Traición*: situación en la que un niño es agredido por alguien cercano afectivamente.
- *Vulnerabilidad*: se manifiesta cuando los deseos y voluntad del niño no son respetados.
- *Estigmatización*: se refiere a las connotaciones negativas que se hacen a partir de la agresión sexual. Este sentimiento puede ser infundido por el propio agresor o por los comentarios de la gente que rodea al menor.

El impacto de los abusos sexuales se puede explicar, al menos en parte, por sus características. Los resultados indican que las consecuencias son más graves cuando los abusos se han producido con más frecuencia y prolongado durante más tiempo, cuando el perpetrador ha recurrido al empleo de la fuerza y cuando existe una relación más próxima entre víctima-perpetrador, (Lima 1998, p. 180)

La revelación ¹¹ puede tener consecuencias a corto y largo plazo, de manera que el conocimiento de dicho proceso es fundamental si queremos intervenir para que las víctimas revelen los abusos y aliviar sus posibles consecuencias

cual escupe algo blanco, o bien que el niño se toque o le toque a otra persona constantemente las partes genitales.

negativas. En el caso de los preescolares es más probable que los abusos se descubran de manera accidental, o que el pequeño exprese su molestia al tener que " jugar a eso ", mientras que los escolares suelen revelarlos de manera encubierta, es decir dejando huellas, mencionando algunas frases o teniendo las conductas antes contempladas, hay incluso niños que manifiestan alguna enfermedad o pequeños accidentes, para lograr con ello que sus padres tengan más cuidado y estén al pendiente de ellos. La duración, frecuencia y gravedad de los abusos sexuales también influyen en la revelación, siendo más probable que la víctima los revele cuando se han prolongado durante cuatro o más meses o han sido de una menor gravedad.

1.6.2. Consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil

Cuando un niño sufre un abuso sexual los efectos negativos se presentan en varios aspectos de su personalidad, habiendo una evolución según transcurren los años, hasta convertirse en adultos, estos son divididos por la mayoría de los investigadores en corto y largo plazo, en la presente investigación se adoptó la clasificación propuesta por Valladares (1993). Dicha clasificación fue elaborada basada en el criterio de, Browne y Finkelhor 1866 y Navarro 1990) Ver cuadro 1.3.

1.6.3. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil.

A largo plazo se consideran los efectos que persisten en los niños después de dos años y a lo largo de su vida adulta. Ver cuadro 1.4.

¹¹ El proceso por el que los abusos sexuales se llegan a descubrir o revelar.

CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.	EFFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Afasia temporal ◆ Ansiedad ◆ Ataques histéricos ◆ Dolor de cabeza y abdominal ◆ Embarazo ◆ Enfermedades venéreas ◆ Lesiones en el aparato genital ◆ Trastornos en la alimentación ◆ Trastornos de sueños ◆ Vomito 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ansiedad ♣ Conductas autodestructivas ♣ Baja autoestima ♣ Conducta agresiva ♣ Culpa ♣ Depresión ♣ Ira ♣ Intento de suicidio ♣ Miedo ♣ Neurosis ♣ Psicosis ♣ Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Erotización, ♣ Masturbación excesiva ♣ Exposición de genitales ♣ Homosexualidad ♣ Promiscuidad

Cuadro 1.3. Consecuencias del abuso sexual de menores a corto plazo según Valladares (1993)

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS	EFFECTOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES	EFFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LAS MUJERES	EFFECTOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO O SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> ♣ Ansiedad ♣ Baja autoestima ♣ Depresión crónica ♣ Esquizofrenia ♣ Fobias ♣ Intentos de suicidio ♣ Neurosis histérica ♣ Procesos psicóticos ♣ Personalidad Borderline 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Dificultad para iniciar o mantener relaciones cercanas ◆ Efectos sobre la maternidad ◆ Hostilidad hacia sus madres y sentimientos negativos hacia sus padres ◆ Miedo hacia la pareja ◆ Problemas para relacionarse con hombres y mujeres ◆ Tendencia hacia la revictimización 	<ul style="list-style-type: none"> ♂ Anorgasmia primaria ♂ Anorgasmia secundaria ♂ Dispaurenia ♂ Dolor crónico en la pelvis ♂ Frigidez ♂ Homosexualidad ♂ Inhibición del deseo e inhibición de la excitación ♂ Miedo y repulsión hacia las relaciones sexuales. ♂ Ninfomanía ♂ Promiscuidad ♂ Vaginismo En los hombres ♂ Exhibicionismo ♂ Eyaculación precoz ♂ Homosexualidad ♂ Impotencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcoholismo ▪ Drogadicción ▪ Prostitución

Cuadro 1.4. Consecuencias a largo plazo de la victimización sexual infantil evaluadas en adultos. según Valladares (1993).

1.7. ¿Cómo ayudar a los niños que sufren abuso sexual?

A continuación se brinda una lista con las actitudes que deben conocer y llevar a cabo las personas que se enfrenten con un caso de abuso sexual infantil independientemente de si son los padres, familiares, profesionales u otras personas relacionadas con el apoyo del niño.

Primeramente se les debe permitir hablar abiertamente del tema con el objeto de liberar al niño de su incapacidad para hablar –impuesta por el abusador– sin tener que forzarlos.

Demostrarles que se les cree y que se les puede brindar ayuda, logrando un clima de confianza y seguridad. Para esto López (1997) sugiere que los padres sigan algunas pautas de conducta como: disponibilidad de tiempo, que los niños perciban a sus padres como accesibles, percibir las peticiones de los hijos, interpretar correctamente las demandas, responder a las peticiones, responder contingencialmente a las demandas de sus hijos por último deben ser coherentes en sus conductas con el niño, (p. 22).

Explicarle que se sabe cuál es el problema con el que se enfrenta y su nombre para que sepa que no es el único al que le ocurre.

Que como adulto, puede soportar las experiencias que le va a contar, para que sepa que no tiene que proteger a su mamá, que puede soportar la verdad y cuidar de ella misma.

Que ahora hay alguien con quien puede compartir esa pesada carga de un abuso.

1.8. ¿Qué hacer en caso de abuso sexual y dónde acudir?

Dentro de la sociedad existen diversas instituciones (gubernamentales y no gubernamentales) que contribuyen para que disminuya la aparición del abuso sexual infantil y otros delitos de tipo sexual (violación y violencia intrafamiliar), además en la mayoría de las instancias en caso de que el problema ya se haya presentado, se brinda apoyo no sólo psicológico, sino jurídico, médico y de trabajo social, “Dentro de las **gubernamentales** existen dos instancias a escala nacional de donde provienen las principales acciones para enfrentar y prevenir esta realidad: el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), que participa fundamentalmente a nivel preventivo y de asistencia social, y las Procuradurías Generales de Justicia de los Estados y del Distrito Federal, que reciben las denuncias penales por parte de las víctimas o sus familiares; un programa más por parte de éstas instancias es el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Familiar de la PGJDF, de reciente creación. Por el lado de las **no gubernamentales**, algunos de los que más tradición tienen son: Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violada PIAV (en la actualidad integrando Estudios de Género), dependiente de la Facultad de Psicología de la ENEP¹²- Iztacala-UNAM que ofrece sus servicios desde 1987 en el Estado de México”. (Sullivan y Everstine 1997, p. 257).

1.8.1. Programa interdisciplinario de atención a la violencia sexual y los estudios de género PIAV.

A continuación pasaremos a explicar un poco más acerca del programa PIAV, ya que es dentro del mismo, en donde se llevo a cabo la presente investigación.

¹² Desde el año de 2002 la ENEP Iztacala, cambio su nomenclatura a Facultad de Estudios Superiores Campus Iztacala.

Este programa fue creado desde el año de 1888, con el propósito de brindar apoyo a mujeres con esta problemática, ya que los existentes estaban ubicados en el centro y sur de la ciudad, dejando desprotegida a la población del norte. Además con la creación de éste programa se cumple la obligación de la UNAM de prestar servicios que resuelvan las necesidades prioritarias de la comunidad.

Con el paso del tiempo el programa se ha visto en la necesidad de cambiar ciertas cosas -como es el hecho de integrar la perspectiva de género-; sin embargo los principios por los que se creó siguen siendo los mismos, sólo que se van renovando según sean sus necesidades.

Un dato importante sobre el programa, es que desde su creación hasta la actualidad, ha estado a cargo su fundadora y coordinadora, la Mtra. Patricia Valladares.

Actualmente el programa se compone de los siguientes niveles:

➤ INVESTIGACIÓN

Donde los objetivos son impulsar, dar a conocer y coordinar los diferentes proyectos que se desarrollan de acuerdo al trabajo realizado en los niveles de servicio y docencia, en temas relacionados con los estudios de género y la violencia sexual. En el mismo rubro se investigan factores como: características tanto de la víctima, como del victimario, consecuencias post-asalto, la efectividad de los tratamientos y las estrategias necesarias para la prevención.

➤ DOCENCIA

Los objetivos son: el estudio, la reflexión, y la transmisión de la problemática de violencia sexual y las relaciones entre los géneros, así como el análisis de la transformación del área de estudio, desde distintas perspectivas teórico-metodológicas. Se da asesoría de tesis y tesinas –sobre violencia sexual y estudios de género-, a nivel licenciatura. Se investiga, desarrolla y distribuye material de apoyo para programas de intervención clínica y preventiva –audiovisuales, antologías y manuales de consulta-. A solicitud de las jefaturas de la carrera se realizan cursos curriculares.

➤ SERVICIOS

Este rubro abarca cuatro incisos principales que son:

a) nivel asistencial; proporcionar servicio psicoterapéutico y multidisciplinario a víctimas –desde un enfoque de género-, así como otros servicios, que pueden ser médico, legal, y de trabajo social, que se brindan en la CLINICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL, en caso de que lo requieran canalizar a la población a instituciones públicas con quienes se sostienen convenios.

b) atención a supervivencia de violencia sexual; con la terapia de apoyo a personas víctimas de violencia sexual, se intenta resolver la crisis provocada por el asalto, integrándolo a su estructura a su vida y facilitando su disposición para enfrentar el futuro. Esta terapia se da no sólo a la víctima, sino también a sus familiares, llegando incluso la atención a agresores sexuales.

c) nivel de formación; se intenta promover conocimientos y habilidades a profesionistas para que beneficien y protejan a sus comunidades de la violencia sexual. Se imparten talleres y cursos de formación, capacitación actualización y sensibilización a personal de instituciones públicas y privadas, respecto a la problemática de violencia sexual. Dentro de los talleres preventivos, el objetivo es que la población que los recibe pueda reconocer y manejar exitosamente situaciones potenciales de violencia sexual.

d) centro de documentación; las personas interesadas en obtener materiales de consulta teórica y aplicada, para su ejercicio profesional; para complementar y fundamentar sus investigaciones; o bien obtener material de apoyo para foros de debate, pueden dirigirse a este centro a solicitarlo. El centro se ubica dentro de las mismas instalaciones del programa.

1.9. Mujeres y discapacidad.

Siendo el programa donde se llevó a cabo esta investigación, un programa donde también se investigan las cuestiones de género, es imprescindible mencionar la situación de las mujeres con discapacidad, incluyendo varios aspectos y en especial el de abuso sexual, esto con el propósito de seguir innovando en los asuntos que son aún un tema tabú dentro de nuestra sociedad. Por ello a continuación se brinda un análisis de los aspectos más relevantes.

Por principio de cuentas una situación muy difícil que enfrentan estas mujeres es la discriminación¹³, según la visión de Higgins “si las mujeres enfrentan barreras para lograr igualdad; la situación de las mujeres con discapacidad es aún

más difícil ya que enfrentan múltiples formas de discriminación, tienen un desproporcionado ingreso, abuso sexual y físico, falta de acceso a un adecuado sistema de salud, y otros impedimentos. En el caso de las niñas y las mujeres, no sólo tienen exclusión y falta de accesos, ellas encaran medidas en contra, como confinamiento involuntario en instituciones, aborto, esterilización forzada y drogas psiquiátricas”.

Siendo así “se le protege escondiéndola para que no sufra con miradas indiscretas o se le protege para que no entre en contacto con los varones, prohibiéndoles tener novio o incluso desanimando a los interesados con comentarios negativos **piénsalo bien, mira ella es una invalida, te lo digo por tu bien**”. (Oliver 2004, p. 167).

Continuando en esta misma línea, bajo la mirada de Oliver (2004), la discriminación se da por partida doble, y no sólo por parte de las personas “normales” sino también por los hombres de su misma condición “las mujeres tienen mayor probabilidad de ser analfabetas, o de truncar su educación, de sufrir desnutrición, no contar con una preparación, quedar desempleadas y vivir en pobreza extrema... han quedado como las más inferiores y más discriminadas dentro del grupo de mujeres y discapacitados, donde los propios varones y líderes con discapacidad las discriminan a pesar de compartir la misma condición.” (p. 156).

1.9.1. Área laboral.

A las dos formas anteriores de discriminación se suma una tercera que es la pobreza. En el área laboral, un gran problema es el desempleo, donde podemos ver que las víctimas más afectadas por este son, las mujeres, pues tienen que enfrentar varios tipos de discriminación: por ser mujeres, por ser discapacitadas, y

¹³ “Toda distinción, exclusión o restricción basada en la percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad de sus derechos humanos y libertades fundamentales.” Oliver (2004) (pág. 159)

otras además por ser pobres (sin expectativa de salir adelante trabajando o estudiando), tal como lo demuestra Troncoso, (Presidenta de la Fundación Síndrome de Down de Cantabria) “las tasas de desempleo, tan altas para las personas con discapacidad, se incrementan notablemente entre las personas con discapacidad intelectual y más aún si son mujeres. De hecho, la mayoría de ellas son "inactivas" en el sentido de que ni se les ha propuesto, ni se lo han planteado, ni desean, ni buscan trabajar.”

Al abundar sobre este mismo tema Higgins, (investigadora de información en Proyecto de Vida Independiente) enumera una serie de datos de gran importancia:

- Menos de la cuarta parte de las mujeres con discapacidad severa tuvo trabajo o negocios comparado con el 27.8% de hombres con discapacidad severa.
- Una discapacidad menos severa resultó en un 68.4% de mujeres que son empleadas o que tienen un negocio versus 85.1% de hombres con similares discapacidades.
- Las mujeres con discapacidad representan las profesiones tradicionalmente dominadas por mujeres, como enfermeras, profesores de primaria y secundaria, y bibliotecarias.
- Las mujeres con discapacidad tienen los más bajos ingresos que cualquier otro grupo con ingresos medios de \$ 1,000.
- Hombres con discapacidad severa tienen ingresos más altos que mujeres con discapacidades no severas.

- Cerca del 40% de mujeres con severas discapacidades para el trabajo, vive en la pobreza.

Mediante esta muestra podemos ver que efectivamente para la mujer es más difícil recibir una remuneración económica en proporción, con lo que recibe un hombre bajo esta misma situación. Esto se acompaña de el hecho de pensar que la mujer discapacitada salga sola a la calle a estudiar o trabajar¹⁴ (privilegios de los que el hombre discapacitado goza) pues si al hombre se le permite trabajar, es por qué se le concede el privilegio de que en un momento dado pueda sostener un hogar y una familia, pero para la mujer, esta misma situación se consideraría casi imposible.

Este ámbito cobra importancia pues es uno de los lugares donde frecuentemente se presentan los abusos por el nivel de jerarquía que existe entre el patrón y el trabajador.

1.9.2. Formas de expresión sexual en la mujer con discapacidad.

“En el terreno sexual la mujer es concebida como un ser sexual doblemente pasivo, por ser mujer y por tener una discapacidad que las hace dependientes. Es difícil pensarla como sujeto deseante, sino más bien como incapaz de hacer cosas, tomar decisiones, de experimentar sentimientos, de amar y de desear...mujeres con discapacidad comparadas con sus iguales tienen menos oportunidades de explorar, disfrutar su erotismo y llevar vidas sexuales plenas y gozosas.” (Oliver 2004, p 155).

Pero esta actitud no se da de manera gratuita, sino que es el reflejo de lo que la sociedad le “permite ver y sentir” acerca de su propio cuerpo y por ende de su persona, “usualmente no se reciben comentarios acerca de que el cuerpo con discapacidad sea bello y eso se percibe como negativo, poco valioso y poco útil. La

¹⁴ El objetivo de que el niño o la niña se prepare en el estudio y más adelante en el trabajo, es que logre su independencia por lo menos en un sentido económico y social.

posibilidad de erotismo, goce y sexualidad como algo que pudiese emanar de los cuerpos de mujeres con discapacidad parece punto menos que imposible en el imaginario colectivo y en el imaginario personal de las mujeres con discapacidad.” (Oliver 2004, p.166) Este mismo autor agrega “el ideal del rol de mujer-objeto sexual, de mujer bella y perfecta con medidas especiales son difíciles de cumplir. Al verse imposibilitadas de cumplir con el ideal se viven como deficitarias, experimentando culpa, vergüenza y ansiedad. Desde pequeña el cuerpo de la niña con discapacidad es marcado como diferente=defectuoso=inferior. Diversos mensajes y miradas van mermando su autoimagen y autoestima enseñándoles a definirse más por lo que no tienen que por lo que sí tienen **pobrecita de ti. Nadie se va a fijar en ti.** Al no cumplir con los estándares de belleza que les imponen no son vistas como posibles parejas y ellas mismas pueden percibirse como poco atractivas y frustradas.” (p.165).

La manera en que las personas discapacitadas expresan su sexualidad, está también expuesta al **criterio de los padres** (criterio fundado en las diferencias de género). Pues cuando un joven discapacitado comienza a tener prácticas de este tipo (estar tocando o exhibiendo sus genitales, abrazar o besar a alguien, expresar su agrado por alguna persona), el inconveniente por parte de su familia únicamente se refleja en la pena o el bochorno que el hijo pueda causar a los padres o familiares; siendo la única preocupación saber como se puede corregir esta conducta en el niño.

Sin embargo, cuando una chica discapacitada da muestra del despertar de su sexualidad, la preocupación de los padres es mucho mayor, ya que el temor no son sólo se reduce a las prácticas que lleve a cabo la joven, sino las consecuencias que puede tener (riesgo de quedar embarazada), por ello los padres tienen que pensar incluso en el hecho de mutilar su cuerpo (esterilización) tendiendo como consecuencia una gran carga psicológica para la menor y para los padres. “a Diana, una muchacha down de 20 años con un déficit intelectual

moderado, la llevaron al hospital pretextando que debían operarla de las anginas, pero en realidad le practicaron la histerectomía. A partir de entonces, Diana cayó en un estado depresivo que no ha podido superar a un año después. Antes era entusiasta y muy sociable, ahora está siempre triste y apática; su motivación para el aprendizaje ha disminuido, ha declinado su productividad en los talleres...los papás están sorprendidos por su reacción, no saben con certeza cómo sucedió todo esto, experimentan una gran culpa y arrepentimiento por no haberle hablado debidamente sobre la intervención, la cual en si misma provoca alteraciones hormonales que repercuten en sus estados de ánimo”. Carrasco

Un aspecto que atribuye Oliver (2004), a dichas situaciones es “aún cuando la salud reproductiva aparece como derecho en nuestras leyes, en la realidad las mujeres con discapacidad son esterilizadas sin consentimiento, no tienen acceso a la planificación familiar, ni a practicarse exámenes periódicos de papanicolau o de cáncer de mamas debido a las barreras físicas, arquitectónicas, o de transporte, de comunicación y actitudes prejuiciosas.” (p.160).

Otros argumentos que se agregan apoyando la esterilización forzada son: *peligros de embarazo, incapacidad y dependencia de la mujer, que no serán buenas madres y la posibilidad de heredar si discapacidad al niño*. Esta problemática puede salvarse, tal y como lo expresa Oliver (2004) “la dificultad para ser buena madre no radica en la discapacidad, sino en la falta e incompetencia de la sociedad traducida en la falta de guarderías, trabajo para madres discapacitadas, falta de preparación laboral y de escolaridad, sólo por mencionar algunos, exacerbándose el círculo de pobreza para las mujeres con discapacidad.” (p. 169).

Otro punto donde se reflejan las cuestiones sexuales es **la pareja**, en “México casarse o vivir en pareja para las mujeres con discapacidad es menos probable que para las mujeres sin discapacidad y que para los varones con

discapacidad...donde además es común que tanto la pareja como ella experimenten temores acerca de lo erótico sexual debido al desconocimiento de su cuerpo y de cómo obtener placer dada su falta de sensación y temores de que pueden ser lastimadas.” (Oliver 2004, p.168). Es común también para estas mujeres el hecho de recibir por parte de los varones proposiciones de tener un contacto sexual, como un **favor para ellas**, esto claro sin que intervenga la propuesta de establecer una relación firme.

1.9.3. Abuso sexual en mujeres con discapacidad.

Antes que nada “la discapacidad y la violencia están íntimamente relacionadas ya que: **1)** la discapacidad puede ser la causa de la violencia, **2)** la discapacidad puede ser consecuencia de actos de violencia, y **3)** la mujer y la niña con discapacidad están en mayor riesgo de violencia.” (Oliver 2004, p.170).

Esta violencia se ve reflejada en prácticas como: **aislamiento**; con lo cual “las chicas con discapacidad intelectual carecen de destrezas sociosexuales para relacionarse con el género masculino y de modelos y roles con los cuales identificarse. Asimismo, la falta de socialización y de experiencias con el género masculino, ocasiona que se les dificulte la clarificación de sus propias emociones y sentimientos sexuales; al carecer de destrezas sociosexuales manifiestan públicamente conductas sexuales lo cual angustia a los padres y justifica los abusos y violaciones contra ellas. Se argumenta que provocaron al violador y que estaban dispuestas al sexo.” (Oliver 2004, p. 167).

Falta de privacidad; “La ausencia de privacidad e intimidad respecto a su cuerpo es un lugar común para las chicas con discapacidad. Frecuentemente son asistidas en sus funciones fisiológicas (debido a la dependencia física), sus zonas íntimas quedan expuestas, la necesidad les obliga a mostrar su desnudez. La imagen especular que le devuelven las miradas son devaluatorias pues miran a su

cuerpo solamente como algo para atender, limpiar y rehabilitar. Para rehabilitarlo se le exhibe en conferencias, fotos, revistas; le manipulan diversos profesionistas.” (Oliver 2004, p.167).

Por último se presentan algunas cifras donde aparecen los casos en que se presenta dicho problema. Richler (2000), en una ponencia presentada en el Tercer Congreso Internacional **"la discapacidad en el año 2000"** menciona que en "Canadá el 83% de las mujeres con discapacidad psíquica han sido víctimas de abuso sexual. En el caso de las personas sordas, el 54% de los hombres y el 50% de las mujeres han sido atacados. Entre los normoyentes, el porcentaje es mucho menor: 10% de hombres y 25% de mujeres".

“Según un Congreso celebrado en Bruselas el año 2003, sobre prevención del abuso sexual, el 82 % de las mujeres con discapacidad psíquica han sufrido violación o intento de violación, frente al 41 % de las mujeres sin discapacidad (estadística de 1999).” Revista TAU (2001)

El abuso sexual es un problema que dentro de nuestra sociedad aparentemente no existe, sin embargo, si uno se remite a las estadísticas éstas nos brindan pruebas fidedignas de que esto es incorrecto, y por el contrario nos muestran una muy alta frecuencia de los casos que existen (sin contar las cifras negras); una causa que presumiblemente afecta el hecho de no conocer todos los casos de abuso es la falta de unificación de criterios en las diversas ramas que se encargan de atender esta problemática –incluso al interior de cada una de las ramas existen diferencias según sea la corriente- ya que ni siquiera al momento de definir el abuso sexual infantil hay un consenso entre todas.

Razón por la cual dentro de la presente investigación se brindan definiciones en el área psicológica y legal, ya que son las de interés para nuestro trabajo. Además, con la intención de despejar dudas acerca de cómo se consideran cierto

tipo de abusos, se presentan íntegros los artículos del Código Penal del Distrito Federal.

Esta cuestión está íntimamente ligada al conocimiento de los diversos tipos de abuso sexual, ya que para algunas personas o profesionales, cuando sólo hay un tocamiento o la exhibición del cuerpo desnudo no lo consideran un abuso (por que no causa daño visible al cuerpo del niño) y solo cuando hay una penetración (por ano o vulva) lo califican como abuso, una vez revisada la gama de tipos de abusos nos damos cuenta que existen muchos, que son variados y además que el grado se va incrementando según el tipo de acercamiento que tiene el ofensor con su víctima, esto es que se desarrolla todo un proceso el cual se ve culminado con el acto de violación o la manipulación de genitales incluso oralmente.

Como podemos ver tanto en Psicología como en Derecho, son similares los tipos de abuso sexual, encontrándose únicamente la diferencia en el nombre que se les da, siendo así que el criterio para unificar estas posturas es gracias a las normas que nos rigen por medio de nuestra constitución con lo que se hace posible el castigar este delito.

Asimismo, damos cuenta que es un problema **multicausal**, es decir, que es un problema complejo, pues no sólo con la aparición de una situación de riesgo, se asegure que se presentará un abuso sexual, sino que, se tienen que conjuntar varios factores (características personales del menor y del ofensor, características familiares, situacionales y ambientales), para hacer una situación altamente probable.

De igual forma se da la explicación de las señales que un menor puede mostrar cuando está bajo esta situación, ya que los niños no siempre pueden ser

capaces de decirlo abiertamente, pues en la mayoría de los casos son sujeto de amenazas o de engaños por parte del ofensor.

Los últimos incisos nos sirvieron para comprender las consecuencias de lo que un abuso sexual puede acarrear a un menor las cuales pueden ser desde muy leves hasta las más graves (llegando incluso a la muerte), y como puede ser el manejo de estos individuos por parte de familiares, profesionales y comunidad en general, siendo la principal prioridad el hecho de permitirles hablar, creerles y por último apoyarlos en todo lo que pasaron.

Para el final se designó un inciso muy importante a nuestro parecer, ya que es innovador, pues muestra una parte de las mujeres que parece sin importancia, ya que en la mayoría de los trabajos sobre discapacidad, no se hace mención de ello. Dicho tema es la sexualidad en la mujer discapacitada; dentro del cual una consecuencia grave por la falta de información en ese terreno es la presencia de **abusos sexuales** por parte de hombres con o sin discapacidad. Esta problemática tiene sus raíces en la presencia de discriminación que sufren en todos los ámbitos de su vida.

Con el objetivo de que las personas sepan dónde recurrir cuando atraviesan por una situación de este tipo, en el **ANEXO 6** se brinda un listado de instancias **especializadas** en la atención de estos delitos.

CAPÍTULO 2

SÍNDROME DE DOWN.

Este tema no es reciente pues la problemática de los niños de educación especial se remonta a muchos años atrás, sin embargo está no se especializaba a los niños con retardo en el desarrollo, sino que atendía a todos los niños con problemáticas fuera de lo normal como sordera, ceguera, parálisis cerebral, por mencionar algunos. El inicio en México de estas prácticas fue durante el periodo presidencial de Benito Juárez, avanzando poco a poco hasta llegar a la actualidad donde se puede hacer una división en dos grandes grupos, según las necesidades de atención que requieren, siendo el “primero el que abarca a personas cuya necesidad de Educación Especial es indispensable para su integración y normalización, comprende las áreas de retraso mental, trastornos de audición y lenguaje, impedimentos motores y trastornos visuales... El segundo incluye a las personas cuya necesidad de Educación Especial es complementaria al proceso educativo regular, y comprende las áreas de problemas de aprendizaje, lenguaje y conducta.” (Burns 1997, p. 4)

Tiene ya más de 100 años que fue reconocido el Síndrome de Down por un médico inglés de nombre John Langdon Down, quien al hacer investigaciones quedó sorprendido por las características físicas faciales parecidas a los miembros de la raza étnica mongólica del Asia Central (que para el mundo científico se situaba en lo más bajo de la escala humana) o también llamada "idiotia mongoliana". Aunque Galguera y cols (1991) mencionan que la primera descripción de esta enfermedad o padecimiento fue la de Séguin (1846) que lo designó como "idiotia furfurácea". Y que el término "idiotia de tipo mongólico" fue dado por Langdon Down, en 1866. Fue así como el médico inglés describió este tipo particular de retraso mental en el primer informe (1866) sobre Síndrome de

Down, que publicó en "el periódico de las ciencias médicas" presentado por el Colegio Real de Físicos. Sin embargo no fue sino hasta 1959, cuando el Dr. Jerome Lejume y cols., descubren que las personas con "mongolismo" tienen un cromosoma extra en el par 21. A partir de entonces se cambia el término mongolismo por el de Síndrome de Down. Dueñas 1995. Otros de los nombres para designar a este tipo de alteración son: Acromicria Congénita, Amnesia Peristáltica, Displasia fetal generalizada y Anomalía de la trisomía 21.

Durante ese tiempo también el papel que desempeñaban los individuos que padecían síndrome de down era de "inferioridad", eran tantos los prejuicios que muchas veces ni siquiera se les concedía la categoría de seres humanos, por ello tenían que estar confinados (por no decir encarcelados) en sus propios hogares. Afortunadamente gracias a aportaciones hechas por investigadores¹, maestros, y los mismos familiares, se han abierto puertas donde, esta concepción se ha visto modificada y mejorada en todos los sentidos², "junto con el desarrollo de los conocimientos sobre la naturaleza del síndrome, se han producido notables cambios en la perspectiva de vida de las personas con síndrome de down." (Burns 1995, p. 16); así en la actualidad para estas personas se han abierto una infinidad de espacios educativos, de esparcimiento, laborales, culturales; y gracias a esto han mostrado que son capaces de muchos logros y que tienen grandes capacidades, las cuales con el apoyo de sus familiares pueden ser incrementadas.

2.1. Incidencia del síndrome de down.

Antes de comenzar a abordar este tema, es de interés, saber que tanto de la población es de la cual estamos hablando, para entender si el trabajo que se lleva a cabo tendrá o no un impacto en la comunidad. De acuerdo con esto, las cifras que maneja el INEGI aparecen en el cuadro 2.1:

¹ "adelantos en tratamientos médicos han permitido superar muchos problemas sanitarios, y estudios documentados de todas partes del mundo apuntan a vidas más sanas y duraderas¹ (Masaki y cols 1981; Dupont y cols 1986; Malone 1988; entre otros citados en Burns 1995, p. 16)

² Valga mencionar que aún se dan casos en donde los padres siguen viendo a sus hijos como un castigo, por lo cual los niños todavía tiene que enfrentar muchos obstáculos para mejorar su condición,

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1 795 300	943 717	851 583
0 a 4 años	44 629	24 047	20 582
5 a 9 años	89 159	49 345	39 814
10 a 14 años	102 181	56 135	46 046
15 a 19 años	91 396	51 552	39 844
20 a 24 años	88 444	50 834	37 610
25 a 29 años	83 611	49 348	34 263
30 a 34 años	83 081	49 307	33 774
35 a 39 años	82 503	48 980	33 523
40 a 44 años	85 135	49 288	35 847
45 a 49 años	89 698	50 155	39 543
50 a 54 años	98 213	53 516	44 697
55 a 59 años	97 126	52 469	44 657
60 a 64 años	115 935	59 907	56 028
65 a 69 años	122 802	61 286	61 516
70 y más años	506 023	230 484	275 539
No especificado	15 364	7 064	8 300

Cuadro 2.1. Población con discapacidad por grupos de edad según sexo, 2000

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos

Como se puede ver en comparación con el resto de la población, es un número reducido, pero no por ello deja de ser considerable. Causa por la cual fue de interés para la realización de esta investigación.

En congruencia con lo ya mencionado, a lo largo del siguiente capítulo abordaremos los cambios en el pensamiento y por ende en la conceptualización del síndrome de down y los aspectos que lo rodean. Resaltando la importancia de los aspectos biológico y psicológico del individuo dentro de la sociedad.

2.2. Aspectos biológicos

2.2.1. Definición del síndrome de down.

Para iniciar es importante explicar a que nos referimos cuando hablamos de síndrome de down.

En general, varios de los autores revisados Jasso (2001), Araru (1993), Burns (1995), coinciden en que éste se presenta debido a una distribución defectuosa de los cromosomas. Ortega (1997) profundiza así “el niño con síndrome de down tiene un cromosoma adicional en cada una de las células de su cuerpo, es decir, posee 47 cromosomas en lugar de los 46 que existen normalmente. Esto ocurre debido a un error en la distribución del material cromosómico: en el momento de dividirse una de las células recibe un cromosoma de más, lo cual puede suceder en cualquier momento, ya sea durante la formación de células germinales o bien, en las primeras divisiones del huevo fecundado. **El cromosoma adicional causante del síndrome de down, tiene la forma y el tamaño de los cromosomas del par 21, por eso se dice que el síndrome de down es un trisoma (tres cuerpos) en el cromosoma 21.** La información que porta este cromosoma adicional desempeña un papel determinante en las características del individuo y afecta de manera decisiva el curso de su vida, ya que origina un desequilibrio genético que altera el curso normal del desarrollo del niño” (p. 27)

2.2.2. Etiología del síndrome de Down.

Algunas de las causas encontradas que han tenido relación con el nacimiento de un niño con Síndrome de Down son: cuando la madre tiene una edad superior a 35 años (las posibilidades aumentan de 1 de cada 2.000 de estos nacimientos; entre madres de 25 años, a 1 de cada 40 en mujeres que pasan los 45, el riesgo también aumenta con la edad del padre, especialmente entre

hombres mayores a 50 años) (Papalia1995); por el agotamiento de muchos embarazos, después de un período largo de esterilidad, por enfermedades de la mucosa uterina, cuando es anormal la implantación del huevo o cigoto, por hipotiroidismo y por infantilismo materno, (Dueñas, 1995)

Para Jasso (2001), el fenómeno de la traslocación merece importancia ya que se presenta en un porcentaje alto (33 %) y la razón por la que se presenta es “uno de los padres, a pesar de estar física y mentalmente dentro de los patrones de la normalidad, podría ser el portador de la traslocación y, por tanto ser quién produjo la alteración. Cabe aclarar que en este caso el padre no tiene tres cromosomas 21, sino sólo dos; sin embargo, uno de sus cromosomas 21 está adherido a otro, de modo que en realidad sólo posee un total de 45 cromosomas, en vez de los 46 normales o los 47 del niño down. Tal adhesión o fusión no altera el equilibrio y funcionamiento normales de los genes del padre”. (p. 59)

Aunque, parece ser que la enfermedad es fruto de una mala distribución producida por una mutación durante la fertilización o poco tiempo después (desde un punto de vista genético) en la que existe un cromosoma adicional, (Lewis 1993). Así, originalmente este cromosoma se creía que era el número 21, pero los estudios posteriores han demostrado que probablemente se trata del cromosoma 22, que es trisómico. Para evitar confusiones, los números en los pares 21 y 22 han sido invertidos, etiquetándose o llamándose modelo trisómico, trisomo 21 o autosoma trisoma G. Dentro de esta causa genética se encuentran aproximadamente el 95% de los casos de personas con Síndrome de Down, en la cual todas las células del organismo tienen 47 cromosomas en vez de 46.

Aproximadamente otro 3% de la población con Síndrome de Down tienen otra anomalía genética, llamada translocación. Aquí la principal parte de un cromosoma adicional del grupo G está unida a la parte más grande del otro, del mismo grupo o del grupo D. Estas dos formas de alteración se denominan translocación G/g y D/g, y cada una describe un 1.5% de las personas con

Síndrome de Down, así una parte del cromosoma del par 21 se encuentra "fundido, pegado, unido" con otro cromosoma que no es del par 21. (Galguera 1991).

El restante 2% aproximadamente de los casos de Síndrome de Down tienen dos o más tipos diferentes de células; uno de los dos tipos de células tiene un cariotipo del Síndrome de Down y el restante uno o más cariotipos. (Lewis 1993). Las personas con estas características cromosómicas se denominan mosaicos.

Sin embargo, a pesar de que parece ser que en la mayoría de los casos se le atribuye a la madre las causas, Lewis (1993) señala que también pueden influir de alguna manera otras implicaciones como son: los efectos de las radiaciones en los procesos genéticos, el efecto de algunos virus en el desarrollo de tumores malignos por medio de perturbación genética, agentes químicos que pueden producir mutaciones genéticas, desordenes tiroideos de la madre, índice elevado de inmunoglobulina y rreoglobulina en la sangre de la madre, deficiencias vitamínicas (especialmente la vitamina A) por sus efectos en el sistema nervioso que favorecen los desarreglos genéticos que determinan el Síndrome de Down. Otras hipótesis que existen respecto al origen (que en su momento han sido descartadas) son: sífilis, tuberculosis familiar, estrés materno, alcoholismo del padre, entre otras.

Un aspecto interesante, que se refiere a las causas posibles que se relacionan con el nacimiento de un niño con Síndrome de Down, sin duda es la transmisión genética (a través de los cromosomas). Así, con este planteamiento Rodewald realizó un estudio, encontrando que un 20% de niños con Síndrome de Down tenían un padre con patrones dermatoglíficos característicos del síndrome. Este resultado tiene importancia para identificar personas que corren el riesgo de tener un hijo con Síndrome de Down.

2.2.3. Clasificación del síndrome de down

Al mismo tiempo que los investigadores en la materia Lewis (1993), Galguera (1991); nombran a los tres tipos de alteraciones cromosómicas como la causa del Síndrome de Down, clasifican a partir de ahí dicho Síndrome, teniendo así:

Trisomía 21 Homogénea Libre: En esta existe un cromosoma supernumerario, bien individualizado, en el seno de la célula; todas las células son idénticas, esta anomalía puede producirse antes, durante o después de la fertilización. Así en vez de tener 46 cromosomas tienen 47 en todas las células del organismo.

Trisomía por Traslocación: En este tipo, el cromosoma extra no está individualizado, sino generalmente unido a otro cromosoma que a su vez está partido. Es decir, las células del embrión tendrán 3 cromosomas 21, completas, sobre un total de 46 cromosomas. (Aún cuando el padre o la madre son "normales" tanto física como intelectualmente pueden ser portadores de una traslocación equilibrada).

Trisomía por Mosaicismo: Aquí el error cromosómico generalmente se presenta en la 2ª o 3ª división celular, esto implica que las células de la 1ª división tendrán su código genético normal, pero a partir de la 2ª división habrá células con 46 cromosomas y células con 47 cromosomas. En términos generales el Mosaicismo es una mezcla de células normales y células trisómicas.

2.2.4. Características físicas de las personas con síndrome de Down

A partir de las características físicas podemos decir que es fácil identificar el Síndrome de Down, en comparación con otro tipo de retrasos en el desarrollo. Generalmente las personas con Síndrome de Down, nacen antes de tiempo, con

peso y talla bajos, y padecen un retraso mental en diferentes grados. Dueñas (1995) y Lewis (1993) señalan que las características físicas son:

- ⇒ *Cráneo*: Tiende a ser más pequeño en su circunferencia y en su diámetro anteroposterior. La parte posterior es aplanada (Braquicefalia). El hueso maxilar está menos desarrollado y el ángulo que normalmente forma la mandíbula es más bien de tipo obtuso.
- ⇒ *Cuello*: Es ancho y corto y con piel excesivamente suelta.
- ⇒ *Nariz*: Es pequeña y con el puente nasal aplanado, pero por otra parte es ligeramente respingada con los orificios de la misma con moderada tendencia a dirigirse hacia el frente o hacia arriba.
- ⇒ *Ojos*: Se encuentran colocados en forma oblicua y el canto u orilla interna de los mismos está más distante uno de otro. Pueden tener pliegue epicántico (piel redundante del párpado en el ángulo interno del ojo), (Galguera 1991). Tienen también el iris moteado de blanco (manchas de Brushfield).
- ⇒ *Boca*: Es pequeña, su cavidad es reducida para el tamaño de su lengua, por su paladar alto y estrecho tienden a mantenerla abierta. Sus labios son irregulares y secos, tienen dientes pequeños y separados.
- ⇒ *Orejas*: Es frecuente que exista una forma o estructura anormal con variedades diferentes de presentación, aunque la mayoría de las ocasiones son de menor tamaño. Es común que su implantación sea más baja y ligeramente oblicua.
- ⇒ *Lengua*: Es relativamente frecuente observar que la lengua de los niños Down (hace prominencia) en la boca, de tal forma que se encuentra entreabierta de manera permanente en los niños que así lo manifiestan.
- ⇒ *Piel*: Es delicada, a veces es laxa (más elástica) y marmórea (que toma tonos violáceos) en los primeros años, pero después es más gruesa y menos elástica.
- ⇒ *Cabello*: Suele ser fino, lacio y poco abundante.
- ⇒ *Manos*: Son pequeñas, anchas y gruesas, los huesos metacarpianos y fálanges están acortados (el dedo que frecuentemente se altera en su forma

es el quinto de la mano o meñique). Sus huellas dactilares tienen curvas en L en vez de espiral.

- ⇒ *Pies*: Son cortos y anchos, presentan pliegues planos desde la hendidura entre el primer y segundo dedo.
- ⇒ *Tórax*: La fusión es incompleta en los arcos de la porción inferior de la columna vertebral. Configuración anómala de las vértebras lumbares. También puede suceder en algunos niños que su tórax, a la altura del pecho, en el hueso conocido como esternón se aprecie que está hundido (pecho excavado) o por el contrario haga prominencia recordando al pecho de las aves (pecho carinatum).
- ⇒ *Abdomen*: Es prominente con relación a la hipotonía de los músculos abdominales, lo que permite la distensión abdominal.
- ⇒ *Tono muscular y flexibilidad de las extremidades*: Su tono ("fuerza") está disminuido.
- ⇒ *Genitales*: En ocasiones el pene es más pequeño (en niños pequeños), pudiendo no presentar uno o los dos testículos (criptorquidia). En las niñas pequeñas los labios mayores pueden apreciarse de mayor tamaño y ocasionalmente pueden estar aumentados los menores, incluyendo a veces un tamaño aumentado del clítoris. Los hombres (en su mayoría) son estériles, mientras que las mujeres no.

Por último los principales problemas de salud que pueden presentar son: problemas cardíacos, desarrollo anatomofisiológico incompleto, problemas de audición, leucemia y epilepsia; así como estrabismo, miopía, cataratas congénitas, astigmatismo, problemas con el aparato respiratorio, hipotonía muscular³, hipertiroidismo, hiperflexibilidad, entre otros.

Debido a estas características se ve afectado su desarrollo motor, perceptivo, cognitivo, de lenguaje. Sus retrasos pueden ir desde lo más leve hasta lo más

³En relación al desarrollo neurológico Jasso (1991) menciona " se ha podido concluir que en el niño con síndrome de down existe una frecuencia elevada de hipotonía generalizada; una desaparición retardada de los reflejos y de los automatismos

grave, mismos que durante los primeros años de vida no son muy visibles (algunos, como el desarrollo motor, crecimiento físico, entre otros), sin embargo a medida que pasa el tiempo son más identificables. (Pueschel 1994; García 1995).

2.2.5. Evaluación del síndrome de down.

Con la intención de dar a los pacientes un correcto diagnóstico del problema que presentan los niños con Síndrome de down, una correcta evaluación es imprescindible, por lo que a continuación se presentan varias formas de evaluación.

Este síndrome generalmente se diagnostica al nacimiento con base en las características faciales típicas, hipotonía, y un solo pliegue palmar. El estudio citogenético se debe realizar, aunque la mayoría de los pacientes presentan Trisomía simple del cromosoma 21, con el fin de detectar traslocaciones no balanceadas; estos pacientes generalmente tienen padres con traslocaciones balanceadas y habrá una recurrencia para el riesgo del Síndrome de Down en futuras concepciones. Algunos niños presentan problemas que ponen en riesgo su vida (como algunos defectos curchinoides, endocárdicos, atresia duodenal y leucemia), que con mucha frecuencia se pueden tratar con éxito. El grado de inteligencia es variable pero la independencia completa en la edad adulta va a depender mucho del cuidado y el apoyo que padres y familiares tengan hacia el niño, como más adelante veremos. La demencia similar a la de Alzheimer ocurre con frecuencia entre la cuarta y quinta década y es un factor que reduce la expectativa de vida. (Tierney 1995).

Algunas técnicas evaluativas que se utilizan para determinar si un sujeto tiene Síndrome de Down son:

AMNIOCENTESIS: la cual tiene casi un 100% de exactitud, es un procedimiento de diagnóstico prenatal, a través de este proceso, una muestra del

primitivos (reflejos palmar, plantar, de moro y marcha automática); una incidencia importante de estrabismo; y ciertas fallas

fluido amniótico (que contiene células fetales debido a que el feto flota en él, mientras esta en el útero), se retira y se analiza para detectar la presencia de una cantidad de defectos congénitos. A través de este proceso, que normalmente se lleva a cabo entre la decimosexta y la decimoctava semana de embarazo, podemos también averiguar el sexo del bebé, que podría ser crucial en el caso de un desorden unido al sexo como la hemofilia. (Papalia 1995).

La amniocentesis puede utilizarse para identificar cerca de 100 errores congénitos de metabolismo y para diagnosticar espina bífida y anencefalia. (Papalia 1995)

La amniocentesis se recomienda para mujeres de más de 35 años y para mujeres en cuya historia familiar se encuentre el Síndrome de Down. (Papalia 1995)

MVC, Muestra de Vello Corionico: consiste en tomar tejido del extremo de uno o más vellos (proyecciones del corión, la membrana que recubre al embrión parecidas al cabello), y examinar este tejido, el cual contiene células fetales para detectar la presencia de varias condiciones. Este procedimiento puede ser llevado a cabo antes que la amniocentesis (entre la novena y la duodécima semana de embarazo).

ECOGRAFÍA: se dirigen ondas de sonido de alta frecuencia dentro del abdomen de una mujer embarazada para producir un sonograma o cuadro del útero, del feto y la placenta. Esta técnica produce las imágenes más claras que se han obtenido hasta el momento de un feto en el vientre materno.

FETOSCOPIA: los médicos insertan una diminuta lente equipada con una luz directamente dentro del útero, lo cual los habilita para ver partes del feto y así detectar una anomalía que se sospecha existe. Otro uso de la técnica es guiar

la inserción de una pequeña aguja para tomar una muestra de sangre fetal para el diagnóstico de ciertos desordenes. Aunque la fetoscopia es 98 % eficaz, implica un riesgo más grande para el feto que la amniocentesis. (Papalia 1995)

El concepto de atención a las personas con síndrome de down ha evolucionado hasta llegar a la promoción de la función y de la independencia. Cuando se explora a una de estas personas, el médico debe ser consciente del hecho de que existen diversos trastornos del esqueleto y problemas articulares que necesitan ser considerados. Concretamente, habrá que valorar muy cuidadosamente a las personas que presentan hiperflexibilidad extrema; las que se quejan de molestias cervicales; las que tienen complicaciones neurológicas con problemas de cadera, rodilla o pies, y las que tienen síntomas artríticos que evolucionan hacia una acusada discapacidad. Ya que esta patología puede tener consecuencias mortales. (Pueschel y Pueschel 1994)

2.3. Aspectos psicológicos.

Hasta el momento se ha hecho una revisión de aspectos puramente biológicos de las personas con síndrome de down, pero ¿qué pasa cuando trasladamos a estos individuos al terreno de lo social, de la práctica cotidiana?; ¿qué pasa con los sentimientos, con las emociones? ¿qué factores se tienen que presentar para que un sujeto logre alcanzar un grado aceptable de independencia? ¿es más probable que llegue a lograr esta independencia o no?; en respuesta a estas interrogantes se desarrolla el siguiente apartado.

2.3.1. La pareja frente al síndrome de down.

En las parejas cuando se espera la llegada de un nuevo ser, es motivo de alegría, se comienza con expectativas acerca de: que sexo tendrá, como será, a quien se parecerá, que carácter tendrá, hay otros casos en los que a la madre o bien a los nuevos padres les sorprende la paternidad, y más que alegría es motivo de preocupación, pero en todos los casos lo menos que se espera de ese nuevo ser, es que nazca con algún tipo de discapacidad, "que sea lo que Dios quiera, pero que nazca SANO" y ¿qué pasa en la pareja cuando el niño nace con alguna discapacidad?, que este ser es rechazado por el hecho de que no va a poder cumplir con las expectativas que se tenían planeadas para él, así lo muestran Pérez y Carrizosa (2000) "el hijo es sentido como intruso, no es re-conocido como propio y este proyecto se trunca irremediabilmente...surge así un vínculo cargado de dolor y frustración donde deberá nacer un niño distinto, un niño no esperado." (p. 142); estos autores continúan diciendo que : "Muchas de las limitaciones y dificultades de las personas con discapacidad intelectual a lo largo de su desarrollo no pueden ser explicadas solamente por la naturaleza de sus condiciones físicas de discapacidad, sino que más bien podrían estar relacionadas con la manera en cómo fue y es percibida la persona en su contexto familiar y muy en particular por cada uno de sus padres a lo largo de su vida, pero principalmente durante los primeros años".(p. 142)

En el caso de la madre; para "Spitz, Winnicott, Mahaler, Lebovici, Soulé, Diatkine y Stern, citados en Pérez y Carrizosa (2000) la díada madre-hijo es de una importancia capital, ya que desempeña un papel fundamental en el desarrollo del niño y en su organización psíquica" por tal "Cuando un niño deficiente nace, el contraste entre el hijo esperado y el que acaba de nacer afecta centralmente la función materna, ya que la madre se debate con el duelo de la pérdida del hijo que imaginó y siente al recién llegado como un intruso, un desconocido. A partir de ese momento ya no sabe más que hacer con él, su función materna se verá trastocada. El narcisismo de la madre se pone a prueba. La madre se plantea que

ella no logro hacer un niño completo, sano, bien terminado, es frágil y por ello inquietante. La madre siente un gran vacío es su cuerpo y un gran vacío a su alrededor. Insatisfacción, no-plenitud, privación, culpabilidad. El hijo con discapacidad se vuelve persecutorio" (p. 143)

Continuando con esta línea de pensamiento Prado (s/f; p. 11). agrega "Todo padre desea tener un hijo sano, inteligente y preparado para enfrentarse a los retos de la vida; pero cuando esos deseos no son cubiertos, se experimenta un sentimiento de fracaso, culpa y desesperanza por que no se cumplieron las expectativas. Es sabido que se requiere de tiempo y apoyo a través del proceso de aceptación, que muchas veces es interrumpido y bloqueado por diversos factores como el nivel social y cultural que rodea a la familia o por la información que se recibe sobre la discapacidad que padece nuestro hijo, alterando la dinámica familiar y por consiguiente la adaptación social, espiritual y escolar del menor"

Estos son en general, algunos de los sentimientos que despierta en la pareja y en específico en la madre un niño con síndrome de down, como se puede ver son sentimientos negativos muy fuertes que afectan directamente al niño, de los cuales va a depender la ayuda que puedan brindarle o no a ese nuevo ser. Además si estos sentimientos no son clarificados desde el principio continuaran a lo largo de la vida hasta poder ser resueltos positivamente. "El rechazo por este hijo es denegado junto con los deseos de muerte. Lo que posibilitaría la aceptación del niño. Pero, lo reprimido retorna y lo hará en diversos momentos, en diferentes situaciones en la historia vital de este niño y de estos padres." (Fabre y Franco 1995 citado en Pérez y Carrizosa 2000, p 141). Candel (1999) complementa lo anterior diciendo que estos factores no pueden ser considerados de forma aislada "los factores que pueden influir en la buena adaptación de una familia -tales como las características del niño, la personalidad de los padres, la calidad de las relaciones familiares y maritales, los recursos económicos, el

apoyo social, etc.- no son una serie de factores independientes unos de otros, sino que todos ellos interactúan entre sí de forma compleja, de manera que el funcionamiento de una familia puede verse como el resultado de las complejas interacciones entre todos estos factores. "(p. 97).

2.3.2. Efectos de los sentimientos de los padres y familiares cuando se tiene un hijo con síndrome de down.

En la pareja surgen muchos sentimientos hacia el niño con síndrome de down, y es aquí donde hacemos una revisión acerca de cuales son los efectos que tienen en el desarrollo del niño, otro elemento importante, es como se les da la noticia, "el impacto emocional de los padres al enterarse de la condición de su hijo es un traumatismo brutal que tiene profundas y, a veces, definitivas consecuencias. Por esta razón, la manera de dar la noticia a los padres es crucial. A menudo son el médico o la enfermera los encargados de informar y, en muchísimos casos, la ignorancia, y la falta de sensibilidad los lleva a dar la noticia en forma cruel, a veces aterradora e, incluso culpante." (Prado s/f, p. 11). En consecuencia en estos momentos lo que los padres necesitan es apoyo emocional e información correcta.

Una de las reacciones que se presentan con frecuencia dentro de la familia, es el estrés "el nacimiento de un niño deficiente es fuente de estrés en el seno de la familia, aunque la reacción de sus componentes está en función de varios factores, entre los cuales hay que destacar las características del propio niño" (Candel 1999, p. 95). Candel (1999) señala que "las reacciones de las familias no son, en absoluto, uniformes: algunas familias de niños deficientes se adaptan muy bien, otras tienen muchas dificultades y experimentan un notable estrés, mientras que unas cuantas tienen reacciones ambivalentes." (p. 92). Para cerrar, en una revisión de estudios llevada a cabo por el mismo autor se concluye que "las actitudes de crianza de los padres parecen verse afectadas por los niños deficientes en la medida en que aquéllos, en especial las madres, son considerados como más rechazantes, punitivos, sobreprotectores y de carácter

coléricos. Estas actitudes parecen tener implicaciones significativas en el desarrollo del niño deficiente: las actitudes menos positivas se relacionan con ejecuciones más pobres en las pruebas de adquisición de habilidades de desarrollo y en una menor implicación en el tratamiento basado en el hogar. También se ha visto que los padres de los niños deficientes tienden a presentar más problemas emocionales y de personalidad que los padres de los niños no deficientes, incluyendo problemas relativos al control de los impulsos y sentimientos agresivos, mayor tendencia a la depresión y a la disforia, menos sensación de competencia y placer en su papel de padres," (p. 95).

Otros sentimientos presentes son culpa, vergüenza, rebeldía, autocompasión, presentándose de la siguiente manera:

"Una reacción colateral, muy peligrosa, es el sentimiento de culpa y, ligado a él, el de la vergüenza. Pero en este caso, la víctima inmediata es el inocente recién nacido, a quien se esconde, se le segrega, se le confina y se le oculta, negándole toda la vida social y familiar. Esta actitud, sin duda agravará su discapacidad intelectual. El sentimiento de vergüenza es producto del orgullo desmedido de los padres y, con mayor frecuencia, del padre, que a veces llega a negar con violencia lo que es evidente." (Prado s/f, p. 11).

"cuando nació aunque parezca extraño mis sentimientos eran de pena o tristeza por la llegada de alguien no deseada...cuando empecé a manifestarme, lo que los demás recogían y entendían era que yo no quería ver la realidad y que tenía una venda en los ojos" (familia de una niña de 8 años 11 meses) (López M 1999, p. 17).

"Más tarde se buscan culpables. En este sentido, muchas veces son señalados como culpables los familiares del cónyuge, reacción muy peligrosa para la armonía familiar. Otras veces se culpa al ginecólogo, al pediatra, entre otros.

Estas absurdas actitudes son alentadas por ambas familias políticas que, se culpan mutuamente. La hostilidad, en este sentido, puede ser tan grave que puede terminar con un matrimonio." (Prado s/f, p. 12).

"cuando nació fue como una losa que te cae encima y que hizo además que se terminara mi matrimonio" (familia de una joven de 22 años y 5 meses) (López M 1999, p.20).

"En otras ocasiones se culpa a la madre por no haberse cuidado durante el embarazo, o bien, apelan a grotescas y ridículas consejas como eclipses de sol para descargar una culpabilidad que es totalmente inexistente, creada por las mentes febriles de padres muy atribulados. " (Prado s/f, p. 12).

"Después del choque emocional surgen diferentes reacciones en los padres. En algunos casos la reacción es de rebeldía: ¿Por qué a nosotros? -se preguntan- ¿qué hemos hecho para que esto nos suceda? Se trata de una catástrofe para la pareja que, ilusionada, esperaba un hermoso bebé. "(Prado s/f, p.12).

"La autocompasión es también una reacción frecuente y es, quizás, una de las más perniciosas, al igual que la del rechazo hacia el ser inocente que acaba de nacer. En esos momentos de angustia y desolación es cuando el apoyo moral y el consuelo espiritual son invaluable. En este punto, la colaboración de familiares, amigos y sacerdotes es fundamental." (Prado s/f, p.12).

"sólo nos enfrentamos a su diversidad cuando vemos como es rechazado por la sociedad que tiende a la segregación de las personas con síndrome de down " (familia de un niño de 12 años y 3 meses) (López M 1999 p. 20).

Por último una reacción muy positiva que puede darse tanto en la pareja como en la familia, es la aceptación, siendo explicada por Prado (s/f) así:

"La aceptación es el primer paso y, quizá, el más trascendente de todos. Se trata de un camino largo y espinoso, un proceso lleno de eventos, actitudes y disciplinas que habrán de durar toda la vida: La aceptación debe estar orientada por el amor al hijo discapacitado que necesita mucho más que los hijos normales de la ternura, el amor, la solicitud y dedicación de los padres y de toda la familia."
(p. 11)

"su aceptación significó la superación de los prejuicios que todos tenemos y que nosotros, sus padres, también tuvimos en un primer momento"(familia de un niño de 2 años y 3 meses) (López M 1999, p.13).

"en definitiva pienso y siento, que desde ese momento soy especial. Especial sin vanidad, especial sin prejuicios, especial sin miedos, especial por que siento que por muchas líneas que escribiese, jamás podría expresar a nadie como me siento de tener a A como hijo" (familia de un niño de 3 años y 2 meses) (López M 1999, p.14)

2.3.3. Ambiente familiar propicio para el desarrollo de un niño con síndrome de down.

Hasta este momento se ha hecho una revisión de los puntos negativos, pero como en muchas cuestiones faltaría revisar la otra cara de la moneda, tal es el caso de padres y de familias que ven a sus hijos, como eso precisamente un "hijo" que probablemente tiene deficiencias pero que también cuenta con habilidades para poder avanzar en sus logros y cuáles serán sus efectos con la ayuda y el apoyo de todos sus miembros. "Una vez que se ha aceptado ser los padres de una persona con discapacidad intelectual, se le debe ayudar a formar su personalidad, aprovechando al máximo sus talentos, es decir, hay que capitalizar sus aptitudes y potencialidades, y con mucho cariño e infinita paciencia hacer acopio de esfuerzos constantes. La atención se concentra desde su nacimiento, vigilándolo con mucho amor para que pueda alcanzar a tiempo sus metas de aprendizaje durante su crecimiento y desarrollo cubriendo sus necesidades emocionales, teniendo mucha paciencia y delicadeza; ésta es la clave de la educación para la persona con discapacidad intelectual." (Prado s/f, p.13).

Para profundizar sobre esta cuestión Prado (s/f) menciona efectos positivos y las cualidades de las familias donde un niño con síndrome de down puede desarrollar sus capacidades:

"Es en la casa, en donde se comienza con la socialización del niño, la forma en que el niño es tratado en sus primeros años, puede determinar si es espontáneo, imaginativo y curioso, o por el contrario reservado y resentido, las diferentes situaciones familiares pueden ejercer fuertes efectos en la socialización del niño." (p. 13)

"La familia es algo complicado llevar en su guía y formación, dentro de ella se desenvuelven ciertos procesos y etapas que necesitan ser vividas y superadas

de la manera más adecuada para que su desarrollo sea en armonía y con éxito. Cuando se tiene un hijo con discapacidad, también se viven dichos procesos y etapas, en los que se necesitará mayor paciencia, energía y cuidados para que la familia salga adelante y victoriosa". (p. 3)

"La acción familiar es un soporte irremplazable de incalculable valor en cada una de las etapas del desarrollo de las personas con discapacidad intelectual pero primordialmente, los padres son el factor determinante para su plena realización. Por el contrario el niño que es rechazado por sus padres o es maltratado, generalmente lleva con él un sentimiento de hostilidad, devaluación e inseguridad." (p. 12)

Para muchos padres esto no fue nada fácil por el contrario atravesaron por muchos obstáculos, sin embargo, recibieron el apoyo y la orientación que les permitió conocer las limitaciones y los alcances de sus hijos, "padres que ahora hablan con orgullo acerca de sus hijos, que presumen de sus grandes y pequeños triunfos, fueron en un principio, como todos los padres de un hijo con discapacidad intelectual, personas desorientadas, deprimidas y sin una visión hacia el futuro, pero al conocer a sus hijos y adentrarse en su mundo, en el mundo de la discapacidad intelectual, se dieron cuenta de que podrían llegar muy alto, ser personas en su totalidad, ser independientes, trabajadores, buenos hijos, buenos hermanos, en conclusión ser ciudadanos dignos y respetados." (p. 16)

Prado (s/f) agrega que "es muy recomendable el asistir a grupos de padres en donde compartan sus testimonios, donde platicuen una y otra vez sus experiencias con el fin de enriquecerse y enriquecer a los demás, uniéndose con otros padres que se encuentren en la misma situación, dando a luz una gran fuerza que será clave en el desarrollo y crecimiento de sus hijos." (p. 14)

Muchas veces la familia puede tener la intención de ayudar al niño pero no sabe exactamente como hacerlo, y es precisamente ese momento cuando es necesaria la ayuda de personal especializado en este tema "el papel de los padres y de la familia en la educación y desarrollo de las personas con discapacidad intelectual es fundamental y esencial, por supuesto, apoyados siempre en especialistas e instituciones de educación especial pero sin dejarles toda la responsabilidad. La pareja debe estar consciente de que ambos deben ocuparse de formar y educar a sus hijos, ya que es sabido que en muchas ocasiones el padre abandona a la familia, dejándole toda la responsabilidad a la madre." (Prado s/f, p.13).

Por último un grupo que requiere especial atención es el de los hermanos de estos niños cuyos comentarios fueron recabados en un Congreso sobre Familias celebrado en 1991 en Santander de los cuales sobresalen: que para ellos un primer gran problema es la falta de información sobre su realidad familiar por el nacimiento de estos niños, surgen sentimientos de celos por la atención que recibe el niño con síndrome, pero con el tiempo emergen sentimientos de cariño y aceptación lo cual se convierte en proteccionismo, (Candel 1999). "La educación de los hermanos requiere de mucha paciencia y tacto por parte de los padres. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los hermanos poseen un instinto que los orienta para ayudar a su hermano diferente; lo quieren lo ayudan, lo protegen y lo defienden. Esta preparación debe darse desde la llegada del bebé diferente." (Prado s/f, p.12). Acerca de estos sentimientos positivos los autores señalan que están muy mediatizados por los sentimientos que muestran los padres por estos chicos.

2.3.4. Educación académica y laboral en niños con síndrome de down.

Como se mencionó en un inicio, dados los prejuicios de la gente, se podría pensar que estos niños no son capaces de aprender grandes cosas y menos aún el hecho de llegar a ser personas independientes en todos los sentidos. Por el

contrario podemos aseverar que estos niños, jóvenes y adultos son muy capaces de lograr todo eso y más, siempre y cuando las condiciones ambientales sean las más adecuadas, muchos de ellos incluso pueden llegar a tener una independencia laboral y por lo tanto económica. “el éxito del programa escolar para los niños mentalmente retardados depende en gran parte de la comprensión y cooperación de los padres, del personal docente, de la comunicación y de los organismos vinculados a los problemas de los retardados.” (Vanina).

"Lambert (1981) (citado en Candel 1999) argumenta que más que psicoterapia, lo que la mayoría de los padres de los niños deficientes necesitan es una ayuda estructurada que les permita afrontar sus problemas. Además se ha comprobado que esta ayuda es especialmente necesaria en ciertos periodos críticos. Así, Marión (1981) (citado en Candel 1999), señala los siguientes: a) el momento del nacimiento o cuando surgen sospechas de la deficiencia; b) cuando se acerca el ingreso del niño en un colegio; c) cuando el niño se aproxima a la pubertad; d) cuando se acerca la edad de acceder a un trabajo; y, e) cuando los padres se hacen mayores y temen que su hijo deficiente les sobreviva." (p. 92)

Jasso (1991), menciona con relación al nivel intelectual (o de inteligencia) de un niño con síndrome de down: “que existe correlación o asociación entre el nivel intelectual de padres sanos y el desarrollo de sus hijos down; que los niños con mosaicismo, son más inteligentes que los que tienen traslocación y éstos a su vez que los de trisomía regular; que existe un desarrollo de la edad mental en los individuos down al menos hasta los 30 a 35 años de edad cronológica, aún cuando el incremento sea muy lento después de los 15 años de edad, por último que no es correcto dar una calificación exacta del coeficiente intelectual y lo que sí es adecuado es predecir el margen en que se puede desenvolver el desarrollo"

Las escuelas tienen que poner además especial interés en los programas de estudio puesto que como se menciona puede ocurrir lo siguiente: “muchos no

conocen la capacidad potencial para la independencia del estudiante retardado y consideran el esfuerzo y los gastos realizados en su educación inútiles e improductivos. Las actitudes del personal docente, que considera el programa de educación especial como un medio de hacer feliz al niño retardado durante los años que debe permanecer en la escuela, o como un lugar para aislar al niño con problemas, van en detrimento del conjunto del programa escolar y del bienestar de los estudiantes que necesitan ajustes en el programa.” (Vanina). Debido a estas cuestiones lo que recomiendan es, “si la escuela aspira a brindar oportunidades educativas para todos los niños, promoverá programas tanto para los estudiantes regulares como para los no regulares, y los considerará, no como programas especiales, sino como parte del programa total escolar.” (Vanina)

En este apartado la comunidad también resulta importante muestra de ello es lo que se menciona a continuación “Los cuidados que requieren los retardados mentales no se limitan al hogar o la escuela. La comunidad debe también adoptar medidas respecto de los grupos que tienen necesidades especiales. Dado que la escuela y los grupos de padres conocen mejor las necesidades de los retardados mentales, deben tomar la iniciativa para que la comunidad las conozca. La utilización de los recursos de la comunidad debe incluir” (Vanina):

- ∅ Clínicas de orientación de niños
- ∅ Clínicas prenatales
- ∅ Clínicas para niños
- ∅ Oportunidades recreativas
- ∅ Servicios de orientación vocacional
- ∅ Planeamiento vocacional

De este último inciso rescataremos únicamente la labor de dos instituciones que se distinguen por su trabajo y empeño, con lo cual han logrado tener un amplio reconocimiento por parte de la sociedad (señalando que dichas instituciones no son las únicas, ya que existen otras escuelas u organismos que también están trabajando arduamente en este sentido). Nos referimos a la Fundación John Langdon Down, A.C., la cual brinda a millones de niños con estas características unas excelentes bases con relación a lo académico (primordialmente). La otra institución CONFE (Confederación Mexicana de Organizaciones en Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual, A.C.) donde uno de los objetivos principales⁴ es fomentar el desarrollo de la persona con discapacidad intelectual, favoreciendo la autoestima y el crecimiento armonioso de su personalidad. Por tal a continuación se dará una breve explicación de estas instituciones.

LA FUNDACIÓN JOHN LANGDON DOWN⁵, fue creada el 3 de abril de 1972, siendo la primera institución mexicana dedicada a la educación de personas con síndrome de down. “La escuela como institución educativa utiliza métodos y procedimientos especiales para lograr el máximo desarrollo del niño en las esferas: cognoscitiva, psicomotora, de lenguaje, afectiva y social” (García 1993, p. 97) bajo esta premisa la fundadora de la misma sienta los objetivos que han de regir:

- ✓ Proporcionar a las personas con síndrome de down todos los elementos necesarios para llevar a cabo un proceso educativo integral.
- ✓ Formar personas independientes que, dentro de sus limitaciones, logren adquirir su propia identidad y la oportunidad de una vida feliz y productiva.

⁴ Tanto en una como en la otra de las instituciones referidas se menciona el tipo de enseñanza específica como eje principal, sin embargo en ambas instituciones se toman en cuenta todos los aspectos de la enseñanza para poder lograr una independencia laboral y económica.

⁵ La información aquí vertida fue extraída de un folleto creado por la misma institución, con el apoyo de Grupo Holbein S.A. de C.V.

- ✓ Brindar a los padres la información para que comprendan mejor a sus hijos, así como orientación y apoyo psicoterapéutico para obtener una mejor calidad de vida.
- ✓ Promover la creación de programas que conlleven a una mejor comprensión del síndrome de down en la sociedad.
- ✓ Promover y realizar actividades que propicien una mejor calidad de vida para las personas con síndrome de down y sus familiares.

Además de contar con actividades de información y difusión a nivel nacional e internacional.

CONFE⁶, es un organismo fundado en 1978, por padres de familia y profesionales que trabajan en conjunto para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual de México. Cuenta con un equipo de especialistas que ofrecen programas de apoyo a las necesidades de niños, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual y sus familias. Estos programas son:

- ➔ Pronta ayuda a padres.
- ➔ Intervención temprana.
- ➔ Orientación y canalización.
- ➔ Evaluación del desarrollo de 45 días hasta 4 años de edad.
- ➔ Apoyo psicopedagógico para niños en edad escolar.
- ➔ Evaluaciones vocacionales.
- ➔ Programas de casa.
- ➔ Apoyo de padre a padre.
- ➔ Asesoría en la planeación de servicios.
- ➔ Asesoría en la incorporación a centros escolares regulares.
- ➔ Programa de servicios laborales.
- ➔ Asesoría tutelar y protección financiera.
- ➔ Asesoría en programas de vivienda o residencia.

⁶ Esta información fue extraída de un folleto informativo de la institución.

- Centro de información y difusión.
- Programa de arte, cultura, recreación y deporte.

Como vimos este síndrome no es algo nuevo ya que se tienen noticias de él desde hace muchísimo tiempo, despertando en la mayoría de las personas temor por hablar del padecimiento, y no es sino hasta hace muy poco tiempo que comienza a haber una reivindicación del mismo, como muestra son los estudios llevados a cabo en un inicio por Langdon Down (como pionero aparece también Séguin), Lejume y cols, de todos estos se desprenden posteriormente una infinidad de investigaciones con el fin de entender las causas que lo originan. Gracias a la cuales en este momento logramos tener una definición clara de lo que es el síndrome y sin bien aún todavía no se conocen a ciencia cierta cuales son las causas que lo originan, si tenemos un margen de posibilidad que nos permite reducir los riesgos de tener un niño con estas características. Pero bueno eso es sólo en caso de que el niño aún no este presente, pero que pasa cuando ya se tiene, cuando ya se lo esta esperando, o más aún cuando ya nació, primero es importante ubicarlo en el tipo de alteración que presenta, por que médicamente de ese aspecto se van a desprender muchos otros, como las características físicas, los problemas de salud, como se verá afectado su desarrollo motor, perceptivo, cognitivo, de lenguaje, las posibilidades de transmisión; además algo de suma importancia, que es el nivel o grado de afección, lo cual sirve al momento de planear actividades de enseñanza-aprendizaje.

En cuanto al área de lo psicológico revisamos una serie de obstáculos por los que pasa primero la pareja (cuando ésta existe), como son el sentir al hijo como ajeno, como un castigo divino, como un ser que no cumplirá las expectativas que se tenía planeadas para él. Inclusive la carga de la madre es tan grande por que cree que fue incapaz de hacer un niño completo, bien terminado, es decir sano. Los efectos que estos sentimientos causan en la pareja, en la familia; van desde los más negativos y destructivos (rechazo, estrés, sentimientos de culpa,

vergüenza, rebeldía) hasta los más positivos y productivos (aceptación, amor, comprensión, deseos de formación).

Muchos de los cuales representan para el niño un verdadero problema pues será así como se le eduque en el futuro, es decir se le inculcará la incapacidad de llevar a cabo tareas, se le considerará un ser sin sentimientos, ni emociones y menos digno de tener necesidades afectivas, por el contrario si empezamos por aceptarlos los niños se verán beneficiados con un desarrollo integral de todas sus capacidades, logrando con ello seres plenos e independientes.

Por ello es importante valorar la ayuda que brindan las distintas instituciones, como lo son: la familia (siendo transmisora de valores), las educativas (sentando las bases del conocimiento, tanto a nivel de información por medio de la investigación, como de formación en las aulas), por último a la comunidad le corresponde abrir espacios laborales, de salud, cultura y de recreación, para todos ellos.

CAPÍTULO 3

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Dentro de la educación formal, un aspecto a destacar relacionado a las personas con retardo en el desarrollo, es, que no se tenía contemplado el tipo de educación sexual que recibían y menos la forma en que la familia, les enseñaba. Algunas de las razones de esta falta de información son:

- “para que siga inocente” Goodman (1974) (citado en Cruz 1986, p. 57),
- “la angustia en relación con los peligros reales o imaginarios a los que se enfrentan sus hijos” (Ibidem, p. 56),
- “Por que los padres no saben como manejar este tema con sus hijos” (Cruz 1986, p. 22).

Si los padres continúan con esta actitud, contribuirán a que sus hijos sean un blanco para los abusadores, pues precisamente éstos eligen a los niños o personas con discapacidad, por que saben que a esta población no se le educa en este tema, saben además que sus conocimientos sobre sexualidad son limitados. Lo anterior se conjuga a diversos mitos que todavía persisten como: *los niños con síndrome de down no tienen impulsos sexuales, no son capaces de denunciar estos abusos, por que no son dignos de confianza, es más se cree que estas personas ni siquiera saben lo que les está ocurriendo.*

Con el objeto de aclarar hasta donde los individuos con síndrome de down son capaces o no de entender las cuestiones de tipo sexual, además de conocer qué tipo habilidades de autoprotección pueden adquirir, la tarea del siguiente capítulo es hacer una revisión de los tópicos que así se relacionan.

3.1. Presencia de casos de abuso sexual en personas con síndrome de down.

Las siguientes opiniones son expresadas de propia voz, por las personas que sufrieron este tipo de abusos, las cuales se tomaron de diversos medios:

"trabajo en un taller protegido donde he sufrido abuso sexual"
Richler (2000).

"viajo en taxi frecuentemente y he sido agredido sexualmente"
Richler (2000).

"Su familia le acostumbró a asociar los uniformes con autoridades en quien confiar y buscar protección. Por eso la niña, que padecía retardo mental moderado, no dudó en atender el llamado que le hicieron dos policías en la calle. Lejana estaba de pensar que sería violada por ellos. Incluso mientras era abusada, no entendía qué sucedía pues su familia jamás le habló de las relaciones sexuales". (Correa 2001).

"Además, debe asentarse que no es la primera vez que abusan del niño; la gente del pueblo lo sabe, han sido varias ocasiones; una de ellas, incluso, de manera colectiva, perpetrada por un grupo de adolescentes del lugar donde radica" (Notimex 2004)

Según Richler (2000); en un estudio realizado en California, (EE.UU.), las personas con discapacidad intelectual reportaron haber tenido experiencias de abuso sexual en una proporción cuatro veces mayor al promedio nacional.

Los datos antes mencionados son de otros países. Pero qué pasa en el nuestro; en México el tema del abuso sexual en personas con síndrome de down

era inmencionable, hasta hace unos pocos años; por ello se comprenderá la dificultad de echar mano de estadísticas, sin embargo, con el fin de evidenciar este problema, se presenta a continuación un cuadro que logramos obtener dentro del material bibliográfico.

Valladares (1993) realizó una investigación epidemiológica dentro del PIAV¹ de la cual se desprendió un dato de importancia para la presente, dicho dato se muestra en el cuadro 3.1.

INCAPACIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uso de lentes	16	11%
Motora (brazos y piernas)	6	4%
Retardo en el desarrollo	13	8%
TOTAL	35	24%

Cuadro 3.1. Indica el porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad que han acudido a recibir terapia por sufrir algún tipo de violencia sexual.

Como se puede ver de entre una población de 144 sujetos, que es el número total de individuos que participo en la mencionada investigación, el 24%, es decir 35 individuos presentan algún tipo de incapacidad, de entre los cuales el 8% (13 individuos) tienen retardo en el desarrollo. Si bien no se hace mención en específico de casos de síndrome de down, si se habla de una población con retardo en el desarrollo que ha sufrido algún tipo de violencia sexual (8%), dentro de lo cual las cifras que se manejan son significativas, ya que son de los pocos casos que salen a la luz pública dando con ello muestra indudable de que en **nuestro país si existe el problema.**

Probablemente con base en estos niveles de frecuencia se piense que estos casos son aislados sin embargo, la dificultad de conocer estos casos es que

¹ Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y los Estudios de Género, del cual ya se dio una amplia explicación en el capítulo I. (¿Donde acudir en caso de abuso sexual infantil?)

tienden a manejarse de manera confidencial dentro de las instituciones y casi nunca son reportados a la policía, además es muy difícil presentar una demanda contra un familiar, así que los cuidadores y las personas que proporcionan los servicios son quienes más frecuentemente son reportados a la policía, incluyendo a maestros, trabajadores sociales, trabajadores de casas hogar, y personal de talleres protegidos, consejeros y transportistas.

3.2. Mitos y realidades relacionados al abuso sexual en personas con síndrome de down.

“Históricamente la educación que se ha ofrecido a estas personas ha tenido como finalidad conseguir que no se despierte su impulso sexual, considerado una especie de monstruo incontrolable. De ahí que o bien se prohíbe expresamente (Tu no debes hacer eso, no es para ti, tienes que aguantarte...) o se actúa como si no existiese (No tienen esas necesidades)” (García). Este tipo de conductas se conjugan a creencias erróneas, para que la actitud negativa continúe a lo largo del tiempo, y son tantas y tan variadas, que no se quiere dejar de mencionarlas, por eso a continuación se enumeran algunas de las más relevantes.

Primero mencionaremos algunos mitos (o creencias erróneas) que son propios del abuso sexual infantil, ya que se presentan independientemente de a quien se dirigen (niños o personas con o sin discapacidad), para posteriormente enfocarnos a los que se dirigen a la población con discapacidad.

3.2.1. Mitos propios del abuso sexual infantil.

Es poco frecuente; por el contrario son tantos y tan frecuentes que en nuestro país, se considera un problema de salud pública. Y en este caso la dificultad radica en la baja frecuencia al denunciar el delito.

Únicamente se da en familias de bajos recursos económicos; ocurre en todos los niveles socioeconómicos, sólo que es más fácil detectarlo en los bajos, porque no pueden pagar ayuda privada y tienen que recurrir a agencias públicas.

Se abusa sólo de una persona en la familia; se sabe que alguien que abusa de un menor, muy probablemente se encuentre abusando de otro.

Que los niños mienten; pero un niño no puede hablar de algo que no ha experimentado.

En cuanto al ofensor:

Son extraños; al inicio del trabajo se comprobó que la mayoría de las veces los abusos son cometidos por una persona que el niño conoce, siendo incluso sus familiares.

Es un demente o maniaco sexual; la verdad es que cualquier persona puede estar abusando de un infante. En el capítulo 1 cuando hablamos de las características de los ofensores sexuales, vimos que son personas **funcionalmente normales** lo cual quiere decir que son personas que se desempeñan de la misma forma que el resto de la gente, sin embargo, presentan **características particulares** que los llevan a cometer este tipo de abusos.

El ofensor responde a un impulso sexual irrefrenable, es soltero y no tiene con quien descargar dicha energía impulsiva; Richler (2000) desmiente esto y aclara que la mayoría de los ofensores son casados y tienen hijos. Más aún, el agresor suele preferir el contacto con niños a cualquier otra forma de expresión sexual, aún cuando mantenga relaciones sexuales frecuentes con gente de su edad.

Situaciones de riesgo.

Se produce en parques solitarios, la verdad es que este tipo de ataque puede darse en cualquier lugar, bajo cualquier circunstancia y con cualquier persona.

El hogar es el lugar más seguro; la realidad es que muchas situaciones de abuso ocurren precisamente ahí, en donde el ofensor es el padre u otro pariente cercano que tiene fácil acceso a la víctima.

3.2.2. Mitos del abuso sexual en personas con síndrome de down.

No tienen necesidades sexuales (casi semejantes a criaturas celestiales); Molina (1994) dice "sienten idénticas necesidades y necesitan semejantes respuestas afectivas y amorosas por parte de los demás." (p. 382)

Son personas incapaces de expresar este abuso; a lo que el Instituto Roeher (Richler 2000) afirma que; sin son capaces de hacerlo, pero lo que sucede es que las víctimas temen comentarlo porque consideran que no les creerán.

Falta de amor por parte de su familia, (debido al rechazo por sus características); por lo que cualquier muestra de afecto es bien recibida por ellos, aunque esto les signifique un abuso sexual.

Los consideran seres inferiores y sin conciencia por lo que creen que esto no les afectará en nada, (Mendoza 2001); por el contrario las personas que sufren un abuso sexual presentan consecuencias conductuales, y sí son capaces de darse cuenta de lo que pasa.

Lo que este apartado nos muestra es que en la medida en que la gente siga apropiándose de dichas creencias erróneas, la actitud hacia las personas con

discapacidad tenderá hacia la segregación, derivando en la discriminación y en la violación de sus derechos; por el contrario, gracias a la explicación real del problema, lograremos ser más empáticos (comprender y entender la situación) con estas personas.

3.3. Importancia de una correcta educación sexual en personas con síndrome de down.

Se comenzara explicando la diferencia entre información sexual y formación sexual; cuando se dice que a la persona con síndrome de down hay que darle información sexual para que logre un desarrollo psicosexual exitoso, no es sólo darle la información sino además darle la formación, ¿a que nos referimos con esto?, pues al hecho de que si al niño sólo se le da la información, probablemente no sabrá como manejar esta; pero ¿qué pasa cuando se ajusta la información al individuo y además se le enseñan habilidades sociales e interpersonales, para saber cuando aplicar lo aprendido?; esto es lo que hace la diferencia y es lo que se llama **formación sexual**. La cual implica la inclusión se todos los aspectos del individuo (biológicos, psicológicos, sexuales y emocionales) y no sólo el conocimiento de la mera información sexual.

A esta formación sexual la mayoría de la gente la conoce con el nombre de educación sexual, y es indispensable por que: “no se reduce a una cuestión técnica dirigida a potenciar la dimensión lúdica del cuerpo, sino que está llamada a ayudar al individuo a pasar de la búsqueda de la satisfacción de una necesidad al reconocimiento del otro en el amor: promoción de factores estables de personalidad (autoestima, autoeficacia y control interno) de procesos afectivos mediadores (empatía, relaciones de apego y amistad) y de mediadores cognitivos (capacidad de ponerse en lugar del otro, clarificación de valores, toma de decisiones y solución de problemas). En resumen, la promoción de habilidades sociales e interpersonales sanas” (Amor)

De una correcta transmisión de este tipo de información, depende que el niño logre un desarrollo psicosexual normal, libre de temores “el crecimiento social y sexual de una persona está influido desde una edad muy temprana. Incluso los bebés cuando son acariciados y abrazados experimentan sensaciones muy intensas y reciben mensajes de lo que sus padres sienten por ellos. Si los padres hacen lo posible por dar mensajes positivos y verdaderos, los niños tienen una gran oportunidad de crecer sintiéndose a gusto tanto con su cuerpo y sus sentimientos sexuales, como en sus relaciones con los demás.” (McKee y Blacklidge 1988, p. 2)

Por el contrario “la excesiva protección que se les puede prestar y su carencia de experiencias en este terreno lleva a la población con retraso mental a ser uno de los grupos más vulnerables a ser víctima de abusos sexuales o de otro tipo de manipulaciones por parte de los demás.” (Bermejo 1999, p. 27)

3.3.1. Desarrollo psicosexual

“La sexualidad en las personas con discapacidad es sin duda un tema pendiente, una problemática poco abordada por los diferentes sectores sociales e incluso por los mismos involucrados. Los miedos, los prejuicios y la carencia de información, hacen que este aspecto, natural de la vida de cualquier ser humano, se viva con mucho temor y desconocimiento”.(Atrevete 2001)

Aunque muchas personas no quieran aceptarlo “el primer contacto de todo menor con la sexualidad es el sentimiento placentero que experimenta cuando toca su cuerpo, la cual no es sólo genital, dado que el cuerpo entero es sensual en todas partes,” (Casas 2001, p. 25) lo anterior se presenta independientemente de si es un niño con o sin discapacidad.

Siendo así, antes que nada tenemos que comprender que las personas con síndrome de down sólo por el hecho de ser seres humanos, poseen la

característica inherente de ser seres sexuados, “esta capacidad está presente en todas las personas, independientemente de su dotación intelectual. En cada una de ellas se manifiesta diversa, con sus peculiaridades”, (García); así que “no existe ninguna diferencia en cuanto al origen, constitución y desarrollo de su sexualidad ya que todas las personas siguen el mismo proceso de desarrollo” (Aguilar y Huitrón 1988, p.1). Por ende “los deficientes mentales tienen las mismas diferencias de intereses sexuales que los demás. Unos tienen mucho interés y otros, poco. Pueden ser tanto, sexualmente provocativos como sexualmente sensibles, y pueden ser atractivos para otros.” (McKee y Blacklidge 1988).

De las opiniones anteriores podemos ver que: 1.-la sexualidad es una característica en el ser humano desde que nace y hasta su muerte; 2.-que comprende a la persona en su totalidad (aspectos biológicos, psicológicos, sexuales y emocionales) por eso no se puede decir que exista alguien que carezca de sexualidad, 3.-la diferencia estriba en la duración del proceso, ya que en los niños con síndrome de down se presenta un ligero retraso, incrementándose por varias razones, como puede ser la presencia de mitos, prejuicios y la falta de información por parte de sus cuidadores.

Estas ideas podrían parecer de fácil entendimiento y por ende ser adoptadas por los padres de niños con síndrome de down; sin embargo, la realidad a la que se enfrentan estos niños en relación con sus padres, es otra muy diferente “dicha consideración está muy lejos de la realidad de las personas con síndrome de Down porque, en términos generales puede decirse que no se reconocen sus necesidades afectivo-sexuales. No se les presta la suficiente atención y conocemos muchas familias que desearían que su hijo/a no manifestara interés alguno por este tipo de cuestiones, razón por la cual, expresan su miedo y ansiedad ante la posibilidad de que ese impulso les sea despertado. Todavía nos encontramos con muchos padres y madres en los que admitir la sexualidad en sus hijos/as –mucho más en las hijas- les supone añadir un problema más, un extra complicado como pocos, a los que ya tienen de por sí.” (García).

Para Carrasco, los jóvenes con síndrome de down, en general tienen menos interés por las relaciones sexuales cóitales que cualquier persona de su edad, incluso no tienen una conciencia plena del acto sexual, sus prácticas van encaminadas comúnmente a las caricias, los abrazos, los besos, el autoestimulación entre otras expresiones. El problema que aquí se presenta es cuando los padres confunden los términos de sexualidad con procreación limitando así otras expresiones socio-sexuales, tales como la experiencia de amar y ser amados, acariciados y valorados por una pareja.

Por tal “lo indispensable es que el sujeto con requerimientos especiales reciba la información necesaria sobre aspectos relacionados a la sexualidad, para que de esta manera él sepa ante quienes o ante que situaciones debe comportarse de tal o cual manera” (García). Para lo cual Schwab recomienda “un conocimiento positivo de la sexualidad se desarrolla solamente a través del desarrollo de la autoestima, el entendimiento de las relaciones sociales, y las habilidades de interacción y comunicación personales. Todos estos factores determinan si se logran las necesidades de la intimidad o no”

Más adelante cuando se cuenta con un compañero sentimental “experimentar la sexualidad a través de una relación amorosa es una necesidad tan normal y natural para las personas con síndrome de down y con déficit intelectual como lo es para cualquiera de nosotros...el contar con una pareja significa para ellos una valiosa experiencia de crecimiento personal, ya que constituye la satisfacción de su necesidad romántica, de su atracción física y del tener a alguien con quien compartir sus pensamientos y sentimientos más profundos; les brinda la oportunidad de interesarse por otra persona, preocuparse por cuidarla y procurar su bienestar, establecer un compromiso y sobre todo sentirse amados y apreciados por alguien” (Carrasco)

3.3.2. ¿Por qué es fundamental la apariencia?

Al hablar de sexualidad un elemento que no se puede dejar de lado es la apariencia de las personas y más cuando se habla de personas con síndrome de down. Una forma de ejemplificar como afecta la apariencia a la sexualidad del individuo es: cuando son pequeños el estilo de su vestimenta es muy similar (los visten como niños) la diferencia se va haciendo notoria con el paso del tiempo, cuando al llegar a la adolescencia o a la madurez, no se les concede el **privilegio** de elegir el tipo de vestimenta que desean (ropa de moda, más juvenil), sino que los padres lo hacen según su criterio, el cual muchas veces está pensado en función de que la persona “todavía sigue siendo niño (a)”, “no necesita agradar a sus iguales”, “no necesita ser atractivo para personas del sexo opuesto”,² “su apariencia física no importa”. Dando como resultado que haya adolescentes o adultos que por su forma de vestir tengan apariencia infantil, posibilitando así algún tipo de abuso, o bien que sean objeto de burlas o rechazo por parte de la gente que los rodea. Los padres dudan en animar a su hijo a tener un aspecto atractivo y vestirse a la moda, inquietos ante el aumento de su vulnerabilidad y el inicio de su preocupación por el cuidado de su cuerpo, necesario para el desarrollo de una relación sexual.

Así lo corroboran McKee y Blacklidge (1988), “el hecho es que una persona desordenada, sucia, y con mal olor corporal ofende al prójimo y será evitada por la mayoría de la gente. Si el niño se ve bien le será más fácil sentirse bien. Será más fácil para él hacer amigos y ser aceptado en la comunidad. La buena apariencia es importante, no sólo por su imagen y por su aceptación sino también por protección. Una persona que es claramente diferente puede ser vulnerable a ser explotada... la ropa no tiene por que ser cara, pero debe estar limpia, arreglada, que siente bien, apropiada a la edad de la persona, y no exageradamente pasada de moda. A menudo hacer un dobladillo o poner un

² O bien para personas de su mismo sexo, lo cual dicho sea de paso, es una grandísima ofensa, pues sí el ya mencionado tema de su sexualidad, es un tabú, la homosexualidad en un individuo con síndrome de down, es casi impensable, es más es algo inconcebible.

cinturón ayuda mucho. Lo más importante es ayudar a los hijos a elegir la ropa adecuada para la ocasión y actividad, de forma que ellos y los demás se sientan cómodos. Y si usted no quiere estar continuamente pendiente, enseñe al niño a cuidar de su ropa desde pequeño, si le gusta la ropa que lleva es más fácil.”

3.3.3. La familia como facilitadora del aprendizaje sexual.

Probablemente cuando los padres toman la decisión de hablar de sexualidad con sus hijos discapacitados, se presenta una serie de sentimientos los cuales en su mayoría son de prohibición, o de negación “los padres de hijos con discapacidad soslayan el punto y piensan que sus hijos no están en edad de tener relaciones sexuales, el hecho es que existe y aunque tengan una discapacidad necesitan estar bien informados para tomar la decisión correcta o protegerse de quienes desean hacerles daño.” (Casas 2001, p. 25).

Otra cuestión que preocupa aún más a los padres de estos individuos, es el matrimonio. Aunque como padres y profesores casi todos nos comprometemos a enseñar “habilidades para vivir” a las personas con discapacidades, la mayoría reaccionamos con brusquedad ante la idea de matrimonio por lo menos para nuestro hijo. Quizás este miedo o malentendido crea comportamientos sexuales inapropiados en esa población. Uno de los procesos normales de nuestra sociedad es, por supuesto, que los jóvenes adultos se casen y canalicen así su vida sexual con la bendición de la sociedad, pero esto no es así para la mayoría de las personas con discapacidades.

Otro tópico que surge al hablar sobre el matrimonio, es que las personas con retraso no deben tener hijos, primero por el temor a que salgan con la misma condición de él (no es necesariamente cierto que las personas con discapacidades intelectuales deban de tener también hijos con discapacidades intelectuales,) y segundo por no poder proporcionarles los cuidados adecuados (hay pocos programas que proporcionen una formación para personas con retraso o personas

de inteligencia normal). Esto nos hace reconsiderar el matrimonio y la paternidad como alternativas posibles para personas con discapacidad intelectuales.

Todos estos miedos, no necesariamente son fruto de la incertidumbre que les causa el hecho de pensar que sus hijos empezaran a tener una vida sexualmente activa, sino que también existe la posibilidad de que ni siquiera los mismos padres, cuentan con una adecuada educación sexual para poder transmitírsela a sus hijos, los padres podrían ser fuente de información en extremo importante sobre este tema, pero...con frecuencia carecen de información y pueden sentirlo al tratar asuntos sexuales, es decir, ni siquiera la propia familia, sabe cómo conducirse en este terreno con los niños, por lo cual es mejor no mencionar el tema, y así despertar su sexualidad.

Una sugerencia que hace Casas (2001) es que: los padres podrían empezar a trabajar sobre esos sentimientos, pues, “todos los menores, con o sin discapacidad, tienen necesidades y sentimientos, y es necesario que sepan que cuentan con un adulto de su confianza que les escuchara y les aclarará las dudas en el proceso de reconocimiento del cuerpo y sus placeres.” (p. 25) A lo que el doctor en psicología por la Universidad de Austin, Texas, Marc I. Ehrlich, (citado en Casas 2001), agrega “la sexualidad no sólo se enseña a través de lo que se le puede decir a un hijo o hija con discapacidad, sino del propio comportamiento como padres y como pareja dentro del hogar,” (p. 24) teniendo como resultado que “el afecto físico y verbal que se expresan, y la motivación que sienten los hijos para hacer preguntas sobre el tema, habla de la confianza que se genera para obtener respuestas concretas, objetivas y completas.” (Ibidem, p. 24)

Un ejemplo de que esto se puede lograr es una investigación que llevó a cabo Cruz (1986) donde pudo confirmar que las madres consideran a sus hijos retardados como personas sexualmente normales, los cuales necesitan ayuda para que entiendan y expresen sus impulsos sexuales. Pero además la práctica que aplicó, les permitió tanto a madres como a hijos, mejorar la calidad de sus

relaciones ya que entre ellos se impulsaban a participar en la actividad (entrevista-cuestionario). Otro aspecto a resaltar es, que se observó que los adolescentes son capaces de expresar su sexualidad y ajustarse a las reglas de la sociedad.

Por último Amor dice que “la primera responsabilidad de los padres y profesionales es la de su propia formación: conocer, aceptar y amar su propia sexualidad y adquirir instrucción especializada de acuerdo a las exigencias de la cultura actual en esta área...por que además cada vez que el adulto introduce al menor en el dédalo de la sexualidad, le transmite convicciones, actitudes ideales, ya que por su misma naturaleza tal comunicación no es jamás neutra. Después, deben ser conscientes de la importancia de la autoestima y, teniendo en cuenta que empieza a desarrollarse pronto, deben propiciar experiencias que faciliten su desarrollo” Amor complementa su participación describiendo algunas sugerencias técnicas para padres de familia, formuladas por Edwards y Elkinns (1988):

- ☆ No considerar a la persona con síndrome de down ni tratarla como un ser desvalido; darle autonomía, independencia y confianza en si misma
- ☆ Ayudarle a tener éxito
- ☆ Estimular sus estados de ánimo positivos, para que se enfrente mejor a las experiencias difíciles
- ☆ Estimular un comportamiento adecuado y respetuoso de los demás. Las reglas de oro de la sexualidad: respeto, comunicación, responsabilidad y placer
- ☆ Ayudarle a distinguir sentimientos y a describir experiencias
- ☆ Discutir con él los valores
- ☆ Trabajar la imagen corporal
- ☆ Enseñarle la importancia de la belleza interior y que transmitir simpatía y afecto es esencial
- ☆ Enseñarle a establecer relaciones con otras personas
- ☆ Estimular las aficiones personales, los intereses y las actividades de todo tipo.

3.3.4. Comportamiento sexual del individuo con síndrome de down en el contexto social.

La actitud negativa no sólo se da en la familia, también se presenta en la sociedad, ya que “la sociedad ha visto en el retardado a una persona con poco interés en su comportamiento sexual... queda consternada al escuchar que puede tener los mismos impulsos que un ser normal.” (Andrade y Benavides 1992, p. 45) al mismo tiempo “la sociedad ha etiquetado tradicionalmente al retardado como asexual, sin importar que evoluciona a ritmo lento y bajo formas particulares, pero no por eso es incapaz de alcanzar un desarrollo real de lo sexual.” (ibidem, p. IV)

“Además de la incuestionable importancia del impulso sexual, y de su poderosa motivación en todas las personas, en una sociedad donde el sexo esta omnipresente a nuestro alrededor, es un error ignorar ese hecho y creer que “eso no va con nuestros hijos/as” porque ellos/as “no tienen esas necesidades” o en esto “ no son como los demás.”(García).

Molina (1994) plantea además “justamente es ese rechazo social lo que puede explicar que tengan comportamientos afectivos, amorosos y sexuales, en sentido estricto, semejantes a los de las personas normales mucho más pequeñas, o incluso exhibicionistas y por tanto, escandalosos” (p. 382)

En un intento por explicar esta situación García, añade que esto no es cosa sencilla sino por el contrario se ven envueltos varios factores que la hacen ser más complicada “el tratamiento social dado a las necesidades sexuales y afectivas de las personas con discapacidad intelectual ha sido, a lo largo de la historia y en términos generales, de negación, cuando no de prohibición expresa. La explicación a este hecho, extraordinariamente injusto, es sumamente compleja. Hay numerosos factores históricos, culturales, sociales, educacionales... que están fuertemente implicados.” Por tal los aborda de la siguiente manera:

Acerca de los factores históricos, estos se traducen en los mitos o creencias erróneas que persisten en la mente de muchas personas; los cuales ya han sido ampliamente explicados en el apartado que lleva ese nombre.

De los factores culturales García profundiza “nuestra cultura, con una clara influencia de la religión católica, ha *entendido*- y sigue entendiendo el sexo de una manera raquífica y hasta gazmoña³: vinculando a la reproducción dentro del matrimonio heterosexual adulto, debidamente regulado por la instancia religiosa, enfatizando lo genital y con un predominio del modelo masculino. Desde este enfoque se ha considerado a las personas con síndrome de Down como individuos en estado permanente de infantilismo, incapaces para muchas cosas, entre ellas casarse y tener hijos... luego, la conclusión es obvia: si no pueden reproducirse, no tienen sexualidad. Eso sí, son muy afectuosos, se dice inmediatamente después.”

Acerca de lo social, García expresa: “deberíamos considerar el contexto en el que nos estamos moviendo, porque en el momento presente y a pesar de los cambios sociales acontecidos en nuestra sociedad, el modelo social dominante de la sexualidad (destinada al placer, al bienestar, a una mejor salud...) es un privilegio de unos cuantos sectores sociales, particularmente los jóvenes y guapos/as. El mundo de la moda, los cosméticos, las empresas de cirugía estética, la publicidad...etc. no hacen sino reforzar ese modelo. Nosotros hemos hablado con chicos y chicas down que son conscientes de este hecho: con relativa frecuencia no se sienten atractivos, (¿Quién va a querer salir conmigo? Se plantean con notoria amargura) porque a su alrededor observan unas expectativas absolutamente inalcanzables para ellos/as, mucho más cuando su figura corporal convive a veces, con rasgos de obesidad, escasa actividad deportiva, alimentación sin control...etc. En las series de televisión, da la impresión de que todo el mundo liga con chicos hermosos y chicas bellas y estupendas. Por tanto hay grupos sociales que no forman parte de ese selecto club de privilegiados que disfrutan de su sexualidad, que gozan de sus efectos gratificadores. A los que se le niega los

³ Santurrona, mojigata

espacios de intimidad y la posibilidad de sentir los abrazos, caricias y sensaciones de la persona amada/deseada. Por ejemplo a grupos de ancianos/as, personas con síndrome de down, discapacitados/as físicos/as, enfermos mentales, entre otros. La noción de “atractivo” y “deseable” parece no ir con estas personas que, por otra parte, tampoco suelen cultivar en exceso su imagen corporal (ropa de moda, peluquería, cuidado corporal...por mencionar algunos).”

Hablando de los factores educacionales, la omisión se puede reflejar en la falta de *programas estructurados de educación sexual para esta población*, (cabe señalar que una institución que ha tocado el tema es la Secretaria de Educación Publica proponiendo algunas sugerencias pedagógicas, sin llegar a establecer un programa como tal). Pero como sucede en muchos casos, existen personas que siendo parte o no de una institución, busca la manera de solucionar las situaciones que enfrenta, teniendo como resultado la puesta en práctica de varios programas que están probando su funcionamiento, sin llegar a establecerse de manera formal, sólo formando parte de alguna asignatura; -es importante mencionar que Molina (1994), hace una recopilación de varios modelos de intervención psicopedagógica encaminada a brindar una correcta educación sexual, por ello recomendamos la revisión del material en caso de buscar ayuda en ese terreno-.

En el caso de Amor, propone un programa de educación sexual a favor de personas con síndrome de down dicho programa consta de una amplia explicación de la importancia de la educación sexual; los objetivos que se pretende alcanzar tanto de niños como de sus padres; los contenidos a cubrir; el método a seguir; en ese sentido es uno de los programas que se considera más completo. Para finalizar se ofrece una cita que brinda al autor para fundamentar su trabajo: “las investigaciones han sugerido de manera categórica que los programas formales de educación sexual ni estimulan la experimentación ni la restringen; suelen aumentar el conocimiento, reducir la conducta sexual de alto riesgo, fortalecer la comunicación con los padres y contribuir a una utilización más responsable y comprometida de la sexualidad.”

Como vemos las cuestiones sociales son algo que no podemos dejar de lado, sobre todo conociendo la gran influencia que tiene sobre nuestros pensamientos. Con este panorama tan desolador, "pese a los cambios que venimos observando en los últimos años, cada vez con más frecuencia nos encontramos a algunos padres, madres y profesionales que nos hacen llegar su impresión de que la situación, en esta área, sigue estancada y que no acaba de romper con ese pasado oscuro y sórdido," (García); razón por la cual "es preciso advertir que la trascendencia que comporta la sexualidad, tanto en el ámbito personal y familiar como social, obliga a las personas con discapacidad intelectual, que están en la calle, conviviendo con los iguales, relacionándose con otras personas, a adoptar decisiones. Y para facilitar este proceso decisorio, requieren un apoyo claro e inequívoco tanto de la familia como del entorno. Y, no tenemos ninguna duda, necesitan una capacitación específica en este terreno. Lo contrario supone incrementar riesgos en su vida y en su salud, ya que la ignorancia sexual les hace ser mucho más vulnerables." (Ibidem) Cuando desaparecen las tensiones de las represiones emocionales, mejora el comportamiento. De hecho, si los individuos tienen acceso a una vida normal y a una orientación de cómo dar los pasos necesarios adecuadamente, puede ser que, espontáneamente, se vuelvan más independientes.

3.3.5. Consecuencias de una falta de educación sexual.

Como vemos el trabajo que se tiene que llevar a cabo es grande, ya que de lo contrario, se continuara con la serie de consecuencias que hasta el momento se presentan, según da muestra de ello Cruz (1988) pues menciona que la adolescencia es una edad en que se presentan problemas por la falta de educación sexual, problemas como:

- *embarazos no deseados*, mujeres con discapacidad que son violadas o usadas como objeto de satisfacción por parte del abusador, trayendo como consecuencia un embarazo.
- *exhibicionismo*, total o parcial de algunas partes del cuerpo, que puede presentarse en situaciones familiares o públicas, generando con ello problemas de tipo legal y social.
- *homosexualidad*⁴, debido a que en algunas ocasiones los mismos padres o otros cuidadores reprimen y castigan la relación heterosexual, o bien cuando la persona con síndrome de down, se encuentra con personas que son homosexuales.
- *abuso sexual*, el desconocimiento de las normas sociales acerca de la sexualidad, como la alta probabilidad de que sus quejas no sean tomadas en cuenta los hace ser un grupo vulnerable. (este problema es el que se abordará de manera muy puntual).
- Mayagoitia (1976) (citado en Cruz 1986) agrega uno más, la masturbación.

Por todas estas razones cabría preguntarnos qué podemos hacer para mejorarlo, una respuesta es que “las experiencias sociales de los hijos dependerán, en gran medida, de la cantidad de esfuerzo que los padres deseen y sean capaces de ofrecer, y la cantidad de riesgo que van a ser capaces de soportar. Robert Perske en su artículo la dignidad del riesgo y el deficiente mental, escribe para aquellos que trabajan con el retrasado, este termino evoca palabras tales como **protección, confort, mantener a salvo, tener cuidado y vigilar...** todos nosotros hemos construido la casi total anulación de riesgo en la vida del deficiente mental mediante la limitación de sus campos de comportamiento e interacción en la comunidad, trabajos, tiempo libre, relación con el sexo opuesto. La sobreprotección pone en peligro la dignidad humana de las personas con deficiencia y tiende a mantenerles fuera de la experimentación normal de riesgos

⁴ Aunque Cruz (1986) clasifique a la homosexualidad como un problema, nosotros pensamos que las personas con discapacidad **pueden elegir esta preferencia sexual**, sin que esto se vea como algo negativo o como una consecuencia por falta de información. Privilegiando así el sentimiento de la persona y de **ser deseante**.

que hay que pasar en la vida y que son necesarios para el crecimiento y desarrollo humano normales.” (McKee y Blacklidge 1988)

3.4. Factores De Riesgo

A lo largo del trabajo hemos visto como a los individuos con síndrome de down no se les cree capaces de salir adelante por si solos, siendo esto así, siempre están bajo el cuidado de diversas personas, dicho cuidado puede llegar a ser tan privado, que traspasa los límites de la intimidad. Sí a los niños desde pequeños se les inculco que estos cuidados son “normales” cuando alguien toque sus partes privadas, para satisfacer su deseo sexual, de igual forma será algo “normal” para ellos.

Asimismo Walker indica que la vulnerabilidad del individuo con retardo, se debe al desconocimiento de las normas sociales acerca de la sexualidad, así como de la alta probabilidad de que las quejas del retardo no sean tomadas en cuenta, por lo que se incrementa su victimización.

Las situaciones que acabamos de abordar, son un ejemplo de cómo las personas que estamos alrededor de los individuos con síndrome de down, provocamos el que éstas se vuelvan situaciones de alto riesgo, probablemente de forma inconsciente, en algunos casos tal vez con la intención de ayudarlos; pero sin analizar el daño que podemos provocar, por tal consideramos importante mencionar específicamente cuales son las situaciones que aumentan la probabilidad de que se presente un abuso sexual, según investigaciones realizadas por el Instituto Roeher en Canadá (Richler):

El tipo de discapacidad. Son más vulnerables las personas que tienen limitaciones de comprensión de lo que se consideran interacciones sociales apropiadas, de la información relacionada con la sexualidad humana y quienes tienen una habilidad muy limitada para distinguir el bien del mal. Cuando son

víctimas de abuso, estas personas no saben que hacer y a quien acudir, no conocen sus derechos ni como funciona el sistema de justicia, también una capacidad limitada para comunicar con claridad los detalles y responder a los interrogantes.

Confianza en otras personas. Muchas personas con discapacidad y sus familias tienen que confiar en diversos cuidadores a lo largo de su vida, y reciben atención en distintos centros de servicio. En algunos casos, la atención incluye cuidados personales íntimos, lo que aumenta la vulnerabilidad de la persona.

Obediencia y falta de poder. A las personas con discapacidad se les educa y socializa para que sean complacientes y obedientes, o se les impone a la fuerza, lo cual los hace más susceptibles a ser atacados.

Aislamiento social y necesidades de intimidad. Frecuentemente resulta fácil para el personal que proporciona cuidados directos, aprovecharse de una persona con discapacidad por la gran necesidad de amistad que tienen estas personas así como su comportamiento en la intimidad. El hecho de que el 12.7% de las personas con discapacidad nunca antes visiten a sus familiares o amistades fuera de su hogar, y que el 16% de las personas con necesidades especiales múltiples nunca visiten a nadie, son datos significativos sobre el grado de aislamiento en que viven las personas con discapacidad.

Medidas de seguridad ineficaces. En la mayoría de las instituciones existen sistemas y procedimientos de seguridad ineficaz (o inexistente), que dificultan que los agresores sean detectados o acusados legalmente.

Pobreza. Si las personas con discapacidad además son de escasos recursos económicos, es muy probable que vivan en áreas caracterizadas por un alto índice de criminalidad, en donde tienen mayores probabilidades de ser víctimas de un atentado.

Una vez que conocimos los factores de riesgo que pueden propiciar un abuso sexual en personas con síndrome de down, vemos que son de gran utilidad, pues podemos tomarlos en cuenta, para elaborar un programa preventivo como él que se aplico.

3.5.-Prevención del abuso sexual en niños con síndrome de down

3.5.1. Estudios realizados para prevenir abuso sexual en personas con síndrome de down.

Como se mencionó en un inicio, las investigaciones que se han llevado a cabo en nuestro país para tratar de indagar sobre este problema, son pocas, por ello incluimos tanto las que se relacionan directamente con nuestro trabajo, como las que tienen algún tipo de correlación, tal es el caso de las que han aplicado la educación sexual en esta población, referidos trabajos fueron de gran utilidad, pues con su ayuda, se pudo saber como se ha trabajado y que resultados se han logrado. Con el objetivo de que se conozca su trabajo, se presenta a continuación un resumen de sus investigaciones.

Andrade y Benavides (1992) describen algunos lineamientos de las acciones educativas hacia las personas con necesidades especiales en el área sexual y proponen algunas alternativas para el diseño de programas educativos sobre la sexualidad. Estas alternativas son: que el área sexual se debe desarrollar de una manera adecuada, ya que primero son seres sexuales, compuestos por el sexo psicosocial. Otra es reconsiderar la conducta sexual del retardado socialmente y con base en ello fomentar, organizar y programar la educación para la sexualidad del retardado. Por último “proponen una educación para la sexualidad programada, aceptada y aplicada a todos los estratos sociales, lo cual vendría a ser una medida de prevención, no sólo de la aparición de problemas en el área sexual, sino del retardo mismo, pues ya se vio como los factores socioculturales y

psicológicos, son una causa determinante de la etiología del retardo en el desarrollo.” (p. 98).

Aguilar y Huitrón (1988) elaboraron un programa preventivo y/o correctivo sobre educación sexual para niños con retardo en el desarrollo, en este se menciona que la educación sexual sea parte integrante de su formación ya que el proceso de desarrollo de su sexualidad es igual que el de las personas “regulares”. Las autoras enfatizan el trabajo con los padres de familia, pues es precisamente en la familia donde se dan las bases que estimulan o inhiben el proceso de educación sexual. Los resultados encontrados por las autoras fueron: que al trabajar con estos niños se requiere diseñar trabajos enfocados a todas las áreas (motora fina y gruesa; lenguaje expresivo y receptivo). Otro aspecto importante es partir de lo que el niño sabe sin tomar mucho en cuenta su edad. Tanto en este, como en todos los trabajos anteriores, se resalta el hecho de que el mínimo de habilidades con las que tiene que contar un niño, para poder entrar a un **programa grupal** de trabajo, es del 80%, basado en el IHB. Y para los sujetos que no cumplen con el porcentaje, lo que se recomienda es trabajar estos aspectos de manera individual.

Un trabajo importante realizado por Mendoza (2001) contiene un folleto de prevención del abuso sexual infantil dirigido a niños hipoacusicos, en donde se explica ampliamente la importancia de la prevención del abuso sexual en niños discapacitados, (por lo que se considera un material muy completo).

3.5.2. Tipos de prevención.

Como se sabe, la prevención es la precaución que se toma para evitar un riesgo. En cualquier caso, prevenir implica primero sensibilizar a la población sobre el problema y capacitarla para evitarlo.

Los programas preventivos sirven:

- 1) para reducir en una comunidad la frecuencia de trastornos de todo tipo (prevención primaria).
- 2) Para reducir la duración de un numero significativo de los trastornos que se presentan (prevención secundaria)
- 3) Para reducir el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (prevención terciaria)

La prevención primaria trata de reducir el riesgo de una población de manera que aunque algunos individuos puedan “enfermar” el numero sea reducido; y como lo menciona Valladares (1983) “contrasta con la psiquiatría individual orientada al paciente o que se centra en una persona y se ocupa de las influencias generales solo en cuanto afectan al sujeto”(p. 21).

Los programas de prevención secundaria, tienden a reducir la incapacidad provocada por un trastorno: considerando la población riesgo, como todos aquellos individuos que pueden sufrir el trastorno.

La prevención terciaria procura reducir la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales e incluye a las otras dos formas de prevención. Este tipo de prevención incide mediante la rehabilitación de los pacientes para devolverles su máxima capacidad productiva, tan pronto como sea posible.

Entonces la prevención es el tipo de intervención que tarde o temprano, proporcionara la solución a la gran cantidad de problemas que rodean al hombre. Pero para que los programas de prevención sean efectivos, se debe incidir directamente en la familia, la escuela, el área laboral y en la comunidad en general.

La prevención en el caso del abuso sexual infantil se puede dar de 2 maneras:

- 1.- entrenando a los padres para que ayuden a sus hijos a ser asertivos.
- 2.- educando sexualmente y entrenando asertivamente a los niños.

En el primer caso la prevención implica una desprofesionalización, es decir se entrena a los padres para que ellos a su vez, entrenen a sus hijos asertivamente y con ello se evitaría el riesgo. En el segundo caso, se tiene que trabajar directamente con los niños; dándoles entrenamiento asertivo para que tengan habilidades conductuales, y así evitar el problema.

3.5.3. Medidas de prevención para evitar que se presente un abuso sexual en personas con síndrome de down.

A continuación se enlistan una serie de medidas de prevención que recomiendan López y del Campo (1997):

1. Enséñele el concepto de lo público y lo privado.
2. Cuando le enseñe las habilidades para cuidar su aspecto personal hágalo siempre en un lugar privado. Cierre la puerta del baño o del dormitorio y dígame que es algo privado y por eso cerramos la puerta. Enséñele los nombres de las partes íntimas del cuerpo y no se las toque nunca sin guantes.
3. Hay que enseñar al niño la diferencia entre el contacto de la persona que cuida de él (agradable) y el contacto de la persona que abusa de él (incomodo, doloroso)

4. Enséñele los diferentes tipos de contacto físico apropiados a cada relación.
5. Enseñe a las personas con discapacidades de desarrollo a decir: <<NO>>

Walker (2000), también recomienda que se brinde una educación en estos ámbitos y bajo estas condiciones:

- ✍ Cuidado de la propia higiene: arreglo, baño, cuidado menstrual, higiene de las poluciones nocturnas, entre otros,
- ✍ Conocimiento de la anatomía y fisiología propias: nombre correcto de las partes del cuerpo, sus funciones, conocer los cambios de la pubertad, además de introducir las rutinas de intimidad.
- ✍ La anatomía y la autoestima: aprender a tomar decisiones, hacer elecciones y la oportunidad de practicar.
- ✍ Las relaciones (área fundamental de la vida): en la pubertad hay cambios en la relación con los compañeros comunes, ya que éstos están tan comprometidos con sus propios cambios e intereses, que les resulta muy difícil mantener una relación de igual a igual con los adolescentes con discapacidad...se pasa de una relación entre iguales (niños) a una relación de ayuda. Es fundamental que tengan relaciones con adolescentes que compartan su discapacidad.
- ✍ Las habilidades sociales: hay que dedicar mucho tiempo a los modales, es importante que sepan comunicar sus deseos y necesidades de manera conveniente, la negación social es un arte que deben aprender, saber lo que atañe un romance; el área de las actividades íntimas es una parte que difícilmente puede ser supervisada, y menos es algo que podrá aprender de la T.V., del cine, o de las revistas, por ello la transmisión de estas habilidades tendrá que dárselas la persona que se hace cargo de su educación, para que mínimo concuerden con el tipo de comportamiento que se pretende tenga el niño.

- ✍ Las oportunidades de desempeñarse en sociedad: deben tener acceso a un amplio espectro de contactos sociales, de movilidad social y geográfica y aprovechar las oportunidades que brinda la comunidad. Tienen que tener ocasión de socializarse, de tener amistades y de disponer de intimidad sexual si así lo desean (asegurándose que sepan que hacer ante cada situación y ver quien les provee la oportunidad.)

Para enseñar a las personas con síndrome de Down ha ser resueltas, hay que animarlas a expresar sus propias preferencias y rechazos, y a distinguir entre decisión y agresividad.

Formarse una autoestima y enseñar al niño a que se sienta bien con su cuerpo, con independencia del grado de discapacidad que tenga, también son componentes importantes a la hora de enseñar a la persona a decir <<NO>> al abuso.

A veces las respuestas negativas de sus víctimas les estimulan, en lugar de contenerles, enseñe a la persona con discapacidad a utilizar otros <<no>> no-verbales y rotundos: moviendo la cabeza, yéndose, protestando, escupiendo, apartando a las personas con las manos.

Las personas con discapacidades de desarrollo no sólo deben recibir una formación sobre conocimientos sexuales, sino también sobre seguridad personal y decisión. Hay que enseñar a las personas con discapacidad a percibir cuando alguna de esas figuras de autoridad quiere hacerle daño y atentar contra sus derechos.

Enseñe a la persona con síndrome de Down a manifestar que se han propasado con ella. Un cambio brusco de conducta, o que de repente muestre interés por lo sexual, o que empiece a utilizar términos sexuales, puede ser indicio de que algo ha pasado.

Si se siguen esas pautas, la persona responderá con naturalidad a los contactos físicos abusivos, porque le parecerán inusuales. A medida que comprenda más las cosas, y tras iniciar un proceso para que aprenda a juzgar y decidir, entonces le explicaremos que debe dar su consentimiento para un contacto sexual y cuales son los requisitos para una relación sexual no abusiva.

Lo que el presente capítulo nos deja es, que en nuestro país y en todos en general, el problema del abuso sexual en personas con discapacidad, es grande, sin embargo no se puede comprobar tanto como se quisiera, ya que el número de denuncias que se presentan por esta causa es muy bajo, pues como ya se vio se tienen que sortear muchos obstáculos antes de que un caso así salga a la luz pública, esto por supuesto, en el entendido de que ya se está abriendo la posibilidad de investigación, (situación que en nuestro país esta apenas iniciando).

Trabajos que se han realizado con el objetivo de brindar a esta población una correcta educación sexual, sugieren varios puntos importantes, al momento de ponerse en práctica:

- ☆ La sexualidad comprende a la persona en su totalidad (aspectos biológicos, psicológicos, sexuales y emocionales) por tanto al momento de darles una formación sexual, se tiene que contemplar el desarrollo de la autoestima, el entendimiento de las relaciones sociales y las habilidades de interacción y comunicación personales.
- ☆ Cuando los jóvenes con síndrome de down muestran interés por las prácticas sexuales, casi siempre van encaminadas a, sólo dar o recibir caricias, besos, abrazos o autoestimulación, (ya que no tienen una conciencia plena de lo que es una relación sexual coital);
- ☆ Por el contrario los padres o cuidadores piensan que sexualidad equivale a procreación, por lo que no se les permite establecer una relación estable con una pareja, negando con ello una experiencia de crecimiento personal que enriquecería en mucho a la persona.

- ☆ Un aspecto por demás importante en la sexualidad del sujeto es su apariencia, pues de ello depende que el sujeto sea aceptado, o bien que sea objeto de explotación.
- ☆ Las principales instancia proveedoras de esta información son: la familia bajo la figura de los padres, cuya primera responsabilidad es su propia formación (conocer, aceptar y amar su propia sexualidad) para poder transmitir a sus hijos los valores, convicciones e ideas que se desprendan de la preparación o enseñanza de la sexualidad en sus hijos;
- ☆ Otra instancia es la sociedad, donde la prohibición de este aspecto esta a la orden del día, sin embargo, aquí el problema se complica, pues se conjugan varios factores (históricos, culturales, sociales, educacionales) que hacen muy difícil su resolución. Una posible solución a este problema es que se requiere apoyo claro e inequívoco tanto de la familia como del entorno, además de una capacitación específica de educación sexual, en dicha población.
- ☆ Si no se pone un remedio y no se les brinda esta formación sexual continuaran presentándose consecuencias graves para estas personas; problemas como: homosexualidad, embarazos no deseados, exhibicionismo, abuso sexual.

Algunos factores que incrementan la presencia del problema son las creencias erróneas que aún persisten en la comunidad, por eso se piensa que es importante aclarar hasta que punto estas ideas pertenecen al mundo de lo real, ya que sólo gracias a esta explicación podrá mejorar la actitud que se tenga para con estas personas.

Logramos saber que la alta vulnerabilidad de las personas con síndrome de down, se debe en gran medida a la falta de información sobre el tema, al desconocimiento de las normas sociales; además existen otras características que son ya, muy propias del sujeto, y que también contribuyen al problema, estos son: el tipo de discapacidad, confianza en otras personas, obediencia y falta de poder,

aislamiento social y necesidades de intimidad, por último las situacionales, como son la pobreza, y las medidas de seguridad ineficaces.

Se hablo sobre la forma de prevenir que el problema continué, basando la propuesta en varios estudios que ya se han aplicado, asimismo estos conocimientos fueron de gran utilidad al momento de planear la aplicación del taller, los cuales sirvieron para saber que tipo de información se podía manejar, cual era la mejor forma de brindar la información, la importancia del apoyo brindado por los padres de familia, el material apropiado, las características de los sujetos.

Para terminar, las medidas de prevención que se pueden poner en práctica de manera general son:

- ✍ Conocimiento de la anatomía y fisiología propias.
- ✍ Cuidado de su aspecto personal.
- ✍ Autoestima.
- ✍ Diferentes tipos de contactos (agradables o desagradables)
- ✍ Diferentes tipos de interacciones (familiares, conocidos y desconocidos)
- ✍ Habilidades sociales (modales, comunicar correctamente necesidades, saber decir NO, entre muchos otros)
- ✍ Oportunidades para desempeñarse en sociedad (contactos sociales, tener amistades, movilidad social, oportunidades en la comunidad)

Con esta información lo último que queda por mencionar es que el trabajo para tratar de mejorar la situación de las personas con síndrome de down es grande, pero en la medida que los padres de familia, la sociedad y las instituciones se comprometan a informarse, se verán avances tal como lo menciona García “todos/as necesitamos saber, actualizar nuestros conocimientos y revisar nuestras actitudes. Para conocer y comprender sus necesidades. Para transmitirles a ellos/as ese conocimiento que les ayude a crecer y que les enriquezca.”

CAPÍTULO 4

TALLER DE PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.

4.1. Planteamiento del problema.

Cuando se vive con la condición de ser una persona con retardo en el desarrollo, sé esta bajo los perjuicios de la sociedad, de ser o estar a un nivel inferior, pues se consideran inadaptados y por lo tanto no tiene derecho a ser educados de la misma manera que los seres “normales”. Esta Concepción afortunadamente esta cambiando y con base en información vertida por una gran cantidad de investigadores, Escobedo y Cols. (1997), Chávez (1986), Alcañiz y Andreu (1998), Perera (1995); se puede saber que estas personas están capacitadas para aprender habilidades que les sirven para tener una mejor calidad de vida “el objetivo final de disciplinar a un niño es hacerle responsable de sus acciones y de las consecuencias que estas podrían tener sobre él y sobre terceras personas, la disciplina no es sinónimo de prohibiciones y castigos ni de verdugos y víctimas, sino un instrumento esencial para guiar, enseñar y educar al niño” (Ortega 1997, p.143); claro esta que no se les puede enseñar de la misma forma que a una persona normal, pero si se pueden adaptar los métodos existentes a su manera para que puedan apropiarse de la información que se les brinda. Y para ello también es importante conocer como es su crecimiento y desarrollo, (Jasso 1991, Castañedo 1999), para saber cuáles son los parámetros con los que cuenta y de esta manera saber que se puede trabajar con ellos.

Al ser los niños con síndrome de down una población vulnerable de sufrir un abuso sexual, por el tipo de características que presentan (poca interacción social, capacidad limitada de comunicación, dependencia a cuidados especiales por parte de personas ajenas a su familia, obediencia y falta de poder, poca o nula seguridad en las instituciones, necesidad de afecto y pobreza), aunadas a los prejuicios anteriormente expuestos, se decidió llevar a cabo un taller para prevenir esta situación, ya que como también se vio son muy capaces de aprender habilidades, teniendo como:

4.2.- Objetivo general:

Que los niños adquieran habilidades de autoconocimiento y autocuidado para enfrentar las situaciones de abuso sexual de una manera exitosa.

4.2.1 Objetivos específicos:

1. Que los niños conozcan el nombre correcto de las partes del cuerpo para que con la ayuda de esto puedan diferenciar entre las partes públicas y privadas.
2. Que el niño logre diferenciar entre el contacto de afecto y el contacto de abuso para que no sea violada su intimidad.
3. Que el niño sepa expresar de manera adecuada sus sentimientos con el fin de promover la comunicación como base para comentar los diferentes contactos.
4. Que el niño logre diferenciar los tipos de interacción, para que sepa distinguir entre contactos agradables y desagradables.

5. Que el niño diga NO cuando alguien atenté contra su intimidad, con el fin de evitar contactos abusivos.

Objetivos específicos de los padres

1. Que los padres conozcan todos los aspectos que se relacionen con el abuso sexual en niños con retardo en el desarrollo con el fin de que sepan detectar conductas en sus hijos que denoten este tipo de abuso.
2. Que los padres adquieran habilidades asertivas para que en caso de que se presente una situación de abuso sexual sepan actuar correctamente con sus hijos.
3. Que los padres conozcan las penalidades por llevar a cabo estas practicas con el fin de que reflexionen o pidan ayuda en el supuesto caso de que sean ellos los que abusen del niño.

4.3 Método

Sujetos

Participaron 10 niños con síndrome de Down con un repertorio de 80% en las subáreas de imitación, seguimiento de instrucciones y atención, participaron 6 niñas y 4 niños, cuyas edades fluctuaban entre los 9 a 13 años. Los niños asisten a la fundación John Langdon Down y se ubican del 2° al 6° nivel, según la programación de la fundación. También se requirió la participación de los padres de los niños seleccionados, ya que se les impartió una plática informativa.

Escenario

Instalaciones de la Fundación John Langdon Down; el taller se impartió en el auditorio el cual contaba con luz, proyector de acetatos y computadora.

Materiales.

La descripción detallada de los diferentes materiales utilizados se encuentra en los **anexos 1 y 2.**

Instrumentos.

A los padres se les aplicó un cuestionario (ver ANEXO 3) para evaluar el nivel de información que tenían acerca del tema; a los niños se les aplicó un formato (ver ANEXO 4) que constaba de tres partes: la primera evaluaba el conocimiento del nombre y ubicación correctos de las partes del cuerpo, la segunda era una entrevista cerrada para evaluar la aceptación o rechazo de varias situaciones de riesgo, la tercera y última eran una serie de dibujos que evaluaban la aceptación o rechazo de caricias agradables y/o desagradables.

Diseño

El taller se basó en un diseño pre-test; post-test, tuvo una duración 5 sesiones de 1 hora y media y se dividió en 5 áreas: cuerpo humano, caricias, sentimientos, habilidades sociales y prevención.

4.4.- Procedimiento.

Fase de selección

Para seleccionar a los niños la única condición que se pidió fue que contaran con las habilidades requeridas, y fue la psicóloga de la institución la que formo el grupo.

Fase I pre-test

Para evaluar la información a los padres se les aplicó un cuestionario (ver ANEXO 3).

Para llevar a cabo la evaluación de los niños se les aplicó el formato del ANEXO 4, y al momento de evaluar las tres partes se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

A) Partes del cuerpo

En este apartado se evaluaron las partes del cuerpo que mencionaron adecuadamente y donde se encuentran estas. En la parte de señalar se tomaba como respuesta correcta que tocara con sus manos la parte del cuerpo que se les pedía y que dijeran el nombre adecuado

B) Situaciones no aceptadas socialmente

En esta parte se les presentaron una serie de situaciones de riesgo (situaciones donde la mayoría de veces el niño se encuentra solo o con poca vigilancia y por ello es fácil que un adulto u otro niño pueda abusar sexualmente de él) que no deben aceptar para poderla tomar como respuesta adecuada.

C) Caricias adecuadas e inadecuadas a niños y niñas

En este aspecto se elaboraron varios dibujos en donde se podían ver diferentes tipos de caricias: adecuadas (caricias que no implican el tocamiento en los genitales, senos y boca y que no causan molestia o sea que son del agrado del niño) e inadecuadas (caricias que implican el tocamiento en los genitales senos o boca y que además hacen que el niño se sienta incómodo ante estas caricias) y, estas a su vez se dividían en niños y niñas en donde tendrían que marcar que tipo de caricia era, con el objetivo de saber hasta donde podían diferenciar entre uno y otro tipo de caricia.

Fase II intervención

Primero a los padres de los niños seleccionados, se les impartió una plática informativa, en la cual se dio una breve explicación del tema, se les explicaron brevemente los subtemas que se trabajarían con sus hijos; las diferentes formas de prevenir una situación de abuso y las instancias a donde pueden acudir a pedir ayuda. En la segunda sesión con los padres, se continuó con esta plática y al final se les aplicó el cuestionario para evaluar el grado de información que adquirieron. En caso de requerir más información acerca de lo que se trabajó con los padres se puede revisar el anexo 1.

En esta fase se aplicó un taller a los niños el cual constaba de 5 sesiones con una duración de 90 min. Cada una, en la que se manejaron temáticas como: partes del cuerpo, derechos de los niños, caricias, secretos, obediencia y prevención. La forma en que se expusieron estas fue mediante diversas dinámicas (juegos, cantos, rompecabezas, colorear, pintar, recortar, entre otras) con el objeto de que el niño aprenda mediante el juego. Para una visión más específica de las actividades y dinámicas manejadas en el taller se puede revisar el anexo 2.

Fase III post-test

En esta fase se les aplicó nuevamente el cuestionario a los padres y a los niños la evaluación inicial. (ANEXOS 3y 4)

ACTIVIDAD	SESION	TIEMPO
Presentación y preevaluación a padres.	1	90 min.
Exposición del tema y postevaluación a padres.	1	90 min.
Preevaluación a niños	1	30 min.
Desarrollo del taller - Cuerpo humano y derechos de los niños	1	90 min.
- Caricias y secretos	1	90 min.
- Obediencia y prevención	1	90 min.
- Prevención del abuso sexual	2	180 min.
Postevaluación	1	30 min.
Seguimiento	1	180 min.

Tabla 4. 1. ESQUEMA DEL MÉTODO DEL TALLER "PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN" Canales 2005.

4.5.- Resultados

A continuación veremos los resultados tanto cuantitativos como cualitativos que se obtuvieron en el taller.

4.5.1.- Resultados cuantitativos de niños

Para una mejor comprensión de los resultados presentamos en el cuadro 4.1., los datos demográficos de los niños: edad y nivel de escolaridad; y de los padres edad, escolaridad, número de hijos, lugar que ocupa el niño en la familia, si los padres habitan en el mismo hogar o están separados y sus ingresos de estos para poder ver si estos influyeron en los resultados que después se presentarán.

Nombre	Edad	Nivel	Edad Padres		Escolaridad		No. de hijos	Lugar que ocupa en la familia	Habitan el mismo domicilio	Ingresos Promedio
			Papa	Mama	Papa	Mama				
D	10	2°	44	44	Diplomado	Secretaria	2	1er hijo	Si	\$ 4,000.00
J A	12	3°	33	29	Técnico	Preparatoria	2	1er hijo	Si	3,500.00
J	13	3°	45	38	Secundaria	Primaria	3	3er hijo	Si	3,000.00
E	10	3°	42	42	Licenciatura	Licenciatura	4	3er hijo	Si	12,000.00
A	10	4°	45	42	Técnico	Secundaria	2	1er hijo	Si	8,000.00
M	12	5°	76	52	Preparatoria	Preparatoria	1	1er hijo	Sí	4,000.00
D	12	5°	52	52	Preparatoria	Enfermera	4	4to hijo	Sí	10,000.00
A L	13	5°	69	66	Medico	Maestra	5	5ta hija	Sí	12,000.00
N	13	6°	Finado	54		Técnica	3	3ra hija	No	1,800.00

Cuadro 4.1. Muestra los datos demográficos y personales de los niños que asistieron al taller.

Los datos se muestran en las siguientes figuras:

En la figura 1, se puede ver que en la evaluación inicial pocos son los niños que saben donde se encuentran las partes privadas (senos, nalgas, ano, pene o vulva) en tanto que en la evaluación final hubo un aumento considerable de respuestas correctas a estas partes del cuerpo que son de nuestro interés. Cabe señalar que la única parte del cuerpo que se mantuvo igual fueron las nalgas.

La figura 2, muestra que en la evaluación inicial muy pocos son los niños que conocen el nombre correcto de las partes del cuerpo ya que los conocen con otros nombres por ejemplo al pene le dicen pajarito, pirrin; a los senos los conocen como chiches, pecho; a las nalgas las conocen como nachas, pompas, glúteos; y a la vulva no conocen donde se encuentra.

Se puede observar en la figura 3 que en la evaluación inicial la mitad del grupo aceptaba situaciones de abuso sexual, al finalizar el taller sólo logramos reducir esta aceptación al 22%; pero afortunadamente se logro informar que hacer en estas situaciones a los participantes.

En la figura 4, podemos ver que la evaluación inicial gran parte de las niñas rechaza las caricias inadecuadas en tanto, que en la evaluación final los dos primeros tipos de caricias tienen el mismo numero de menciones; en el dibujo 4 se ve un una disminución de rechazo a este tipo de caricias y finalmente en el dibujo 6 hubo un aumento considerable de niñas que rechazan estas caricias.

En la figura 5, se puede observar que el dibujo 1 aumentó muy poco el número de niñas que aceptan las caricias adecuadas en tanto que el dibujo 5 mostró un ligero decremento de aceptación a este tipo de caricias.

La figura 6, nos deja ver que la evaluación inicial aproximadamente la mitad de los niños rechaza las caricias inadecuadas; en tanto que la evaluación final

todos los niños rechazan las caricias del dibujo 1 y 6 mientras que en el dibujo 2 solo la mitad lo hace.

En la figura 7, nos muestra que en la evaluación inicial todos los niños aceptan las caricias adecuadas sólo que en la evaluación final en el dibujo 3 hubo un decremento de aceptación a estas caricias y los demás tipos de caricias se mantuvieron igual.

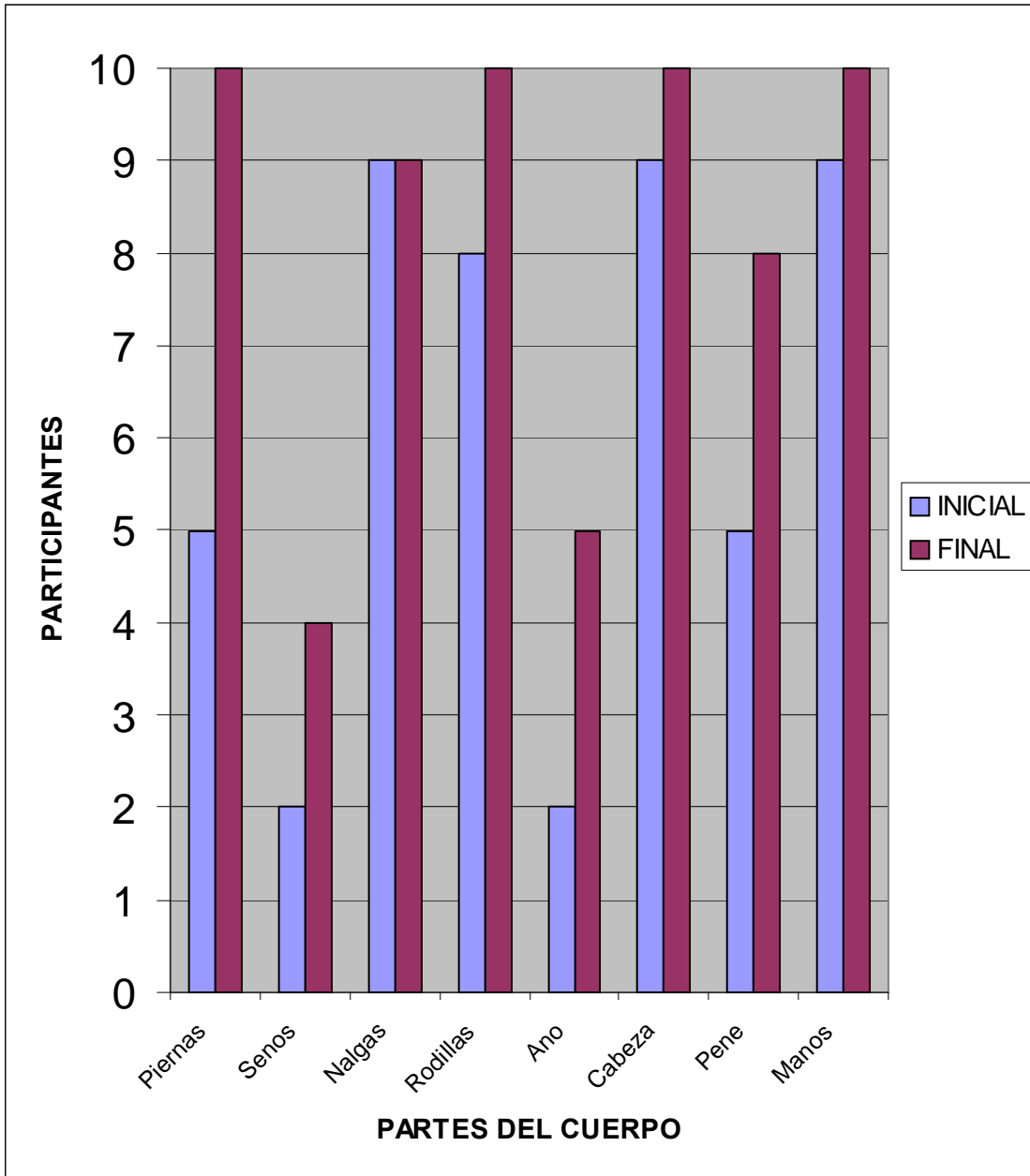


Figura 1. Evaluación inicial y Final de las Partes del Cuerpo que Señalaron los Participantes.

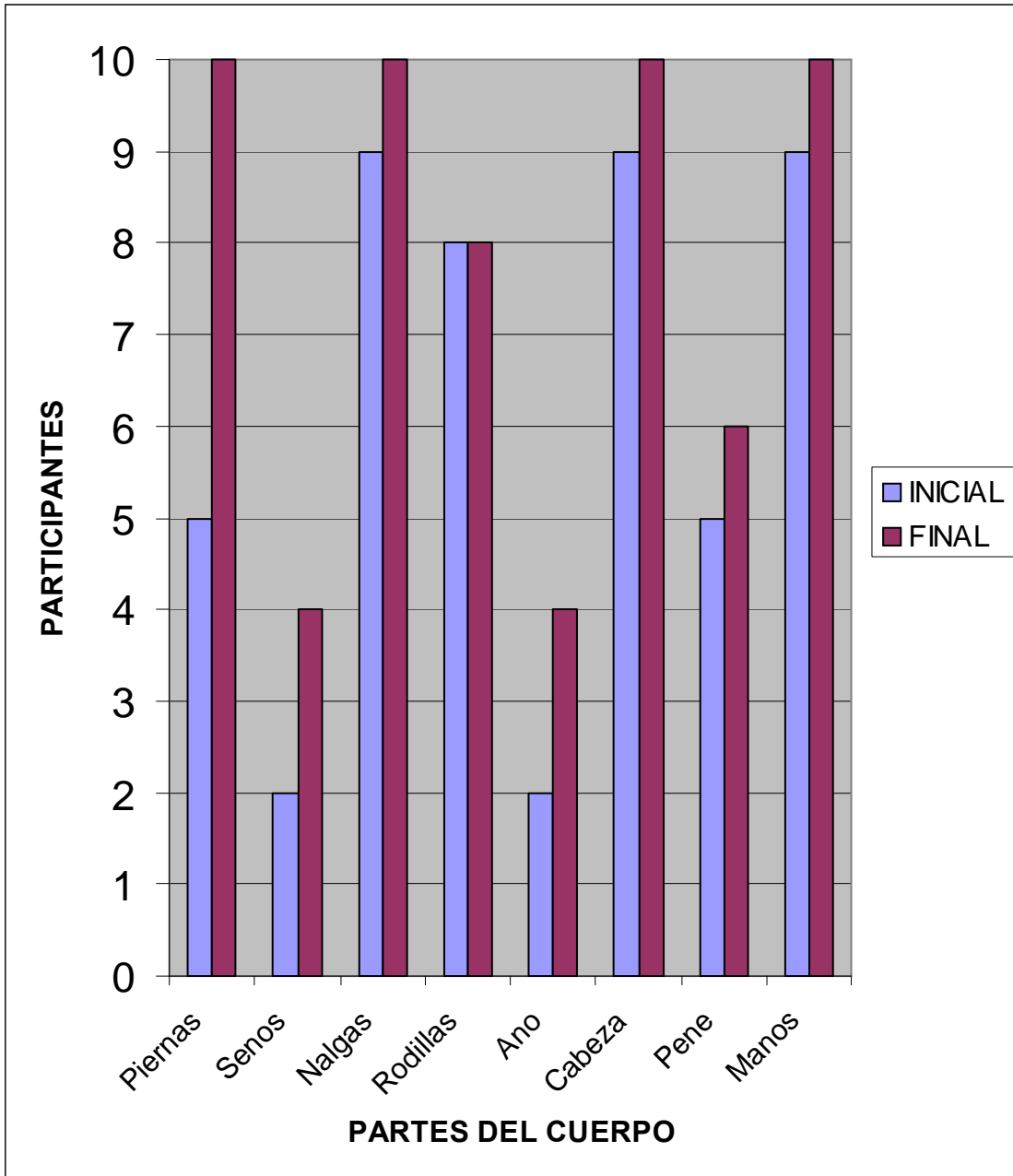


Figura 2. Evaluación Inicial y Final de las partes del cuerpo que mencionaron los participantes.

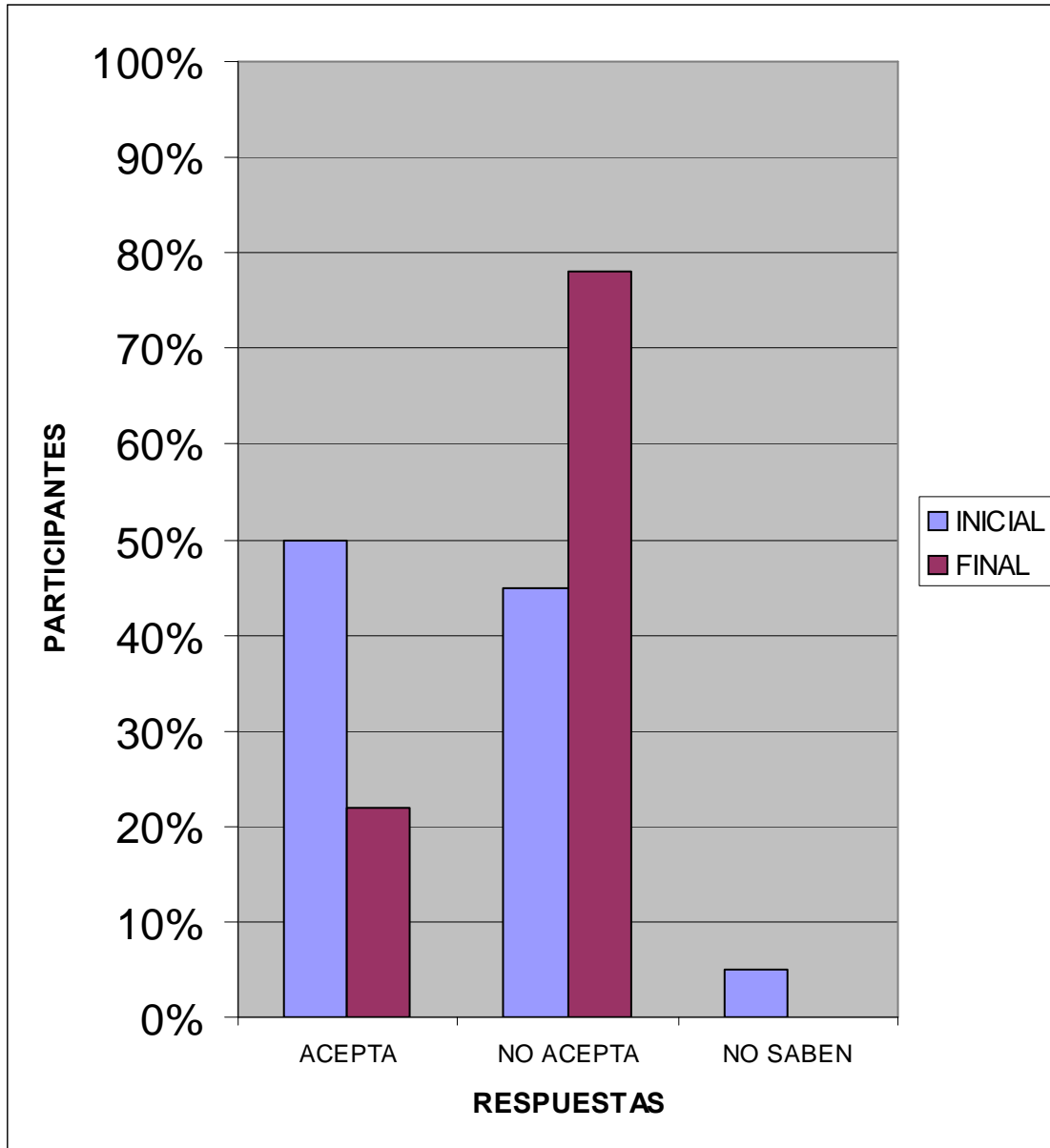


Figura 3. Porcentaje de Respuestas a Situaciones no Aceptadas Socialmente.

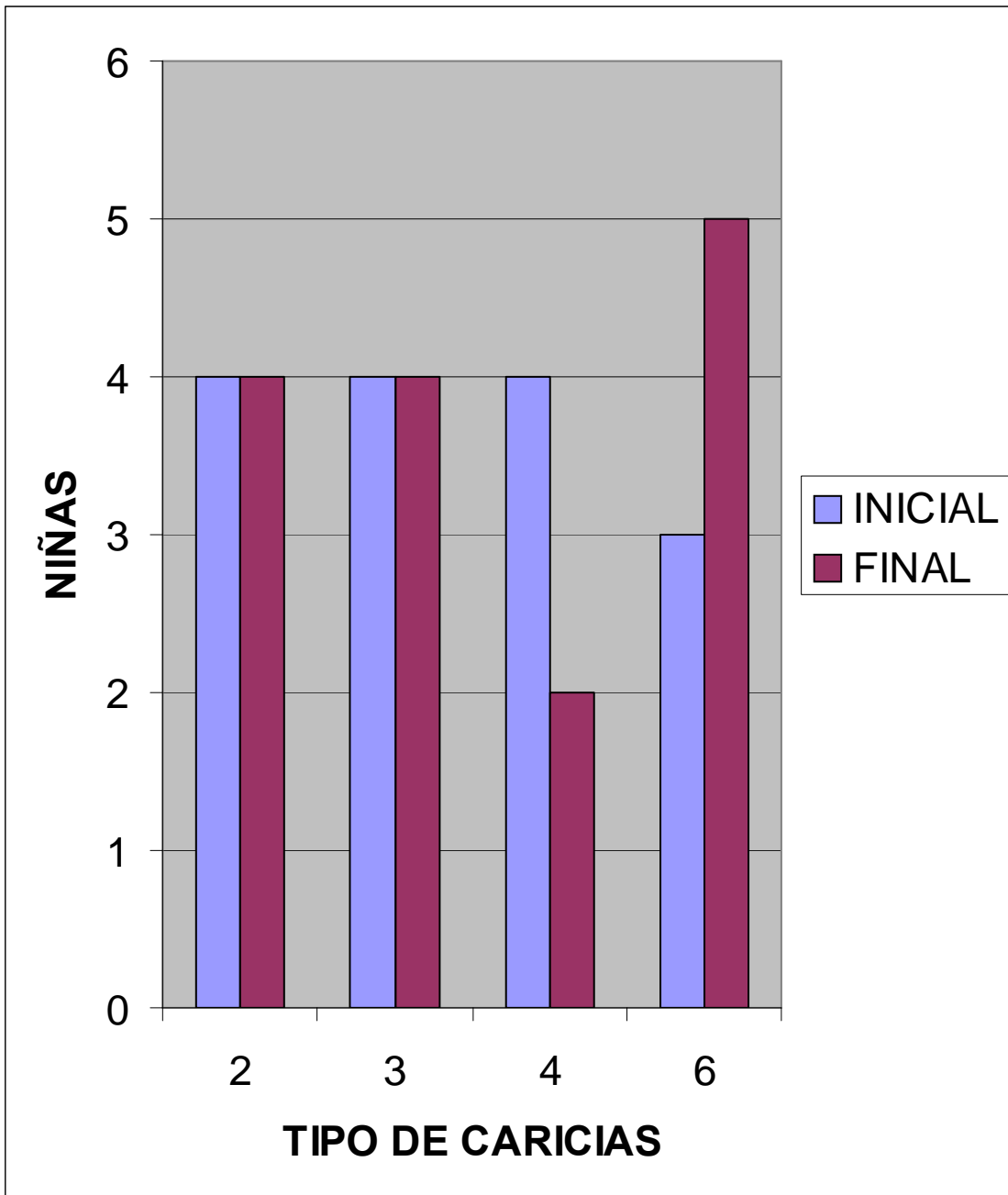


Figura 4. Evaluación Inicial y Final de caricias inadecuadas en las niñas.

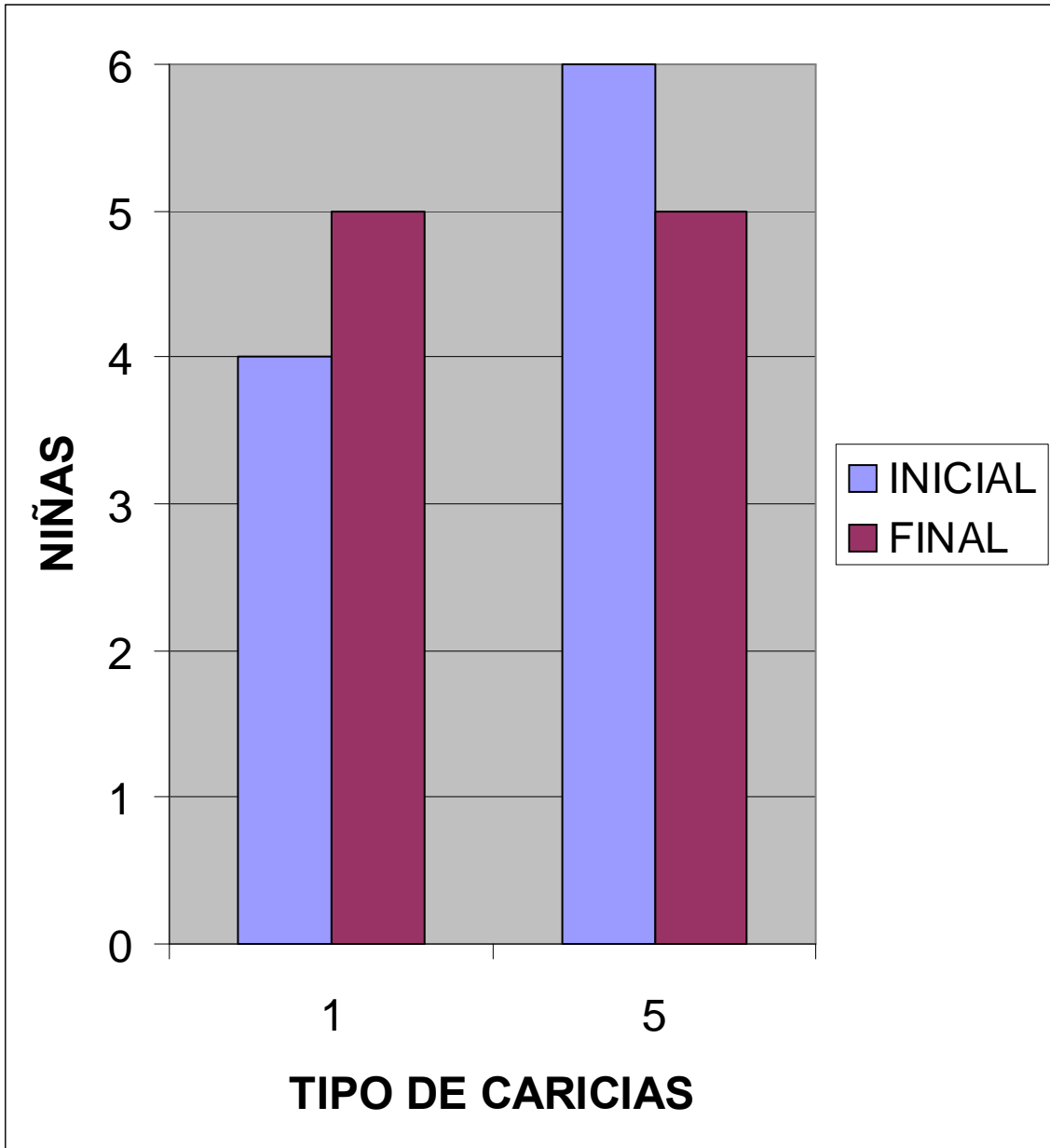


Figura 5. Evaluación Inicial y Final de caricias adecuadas en las niñas.

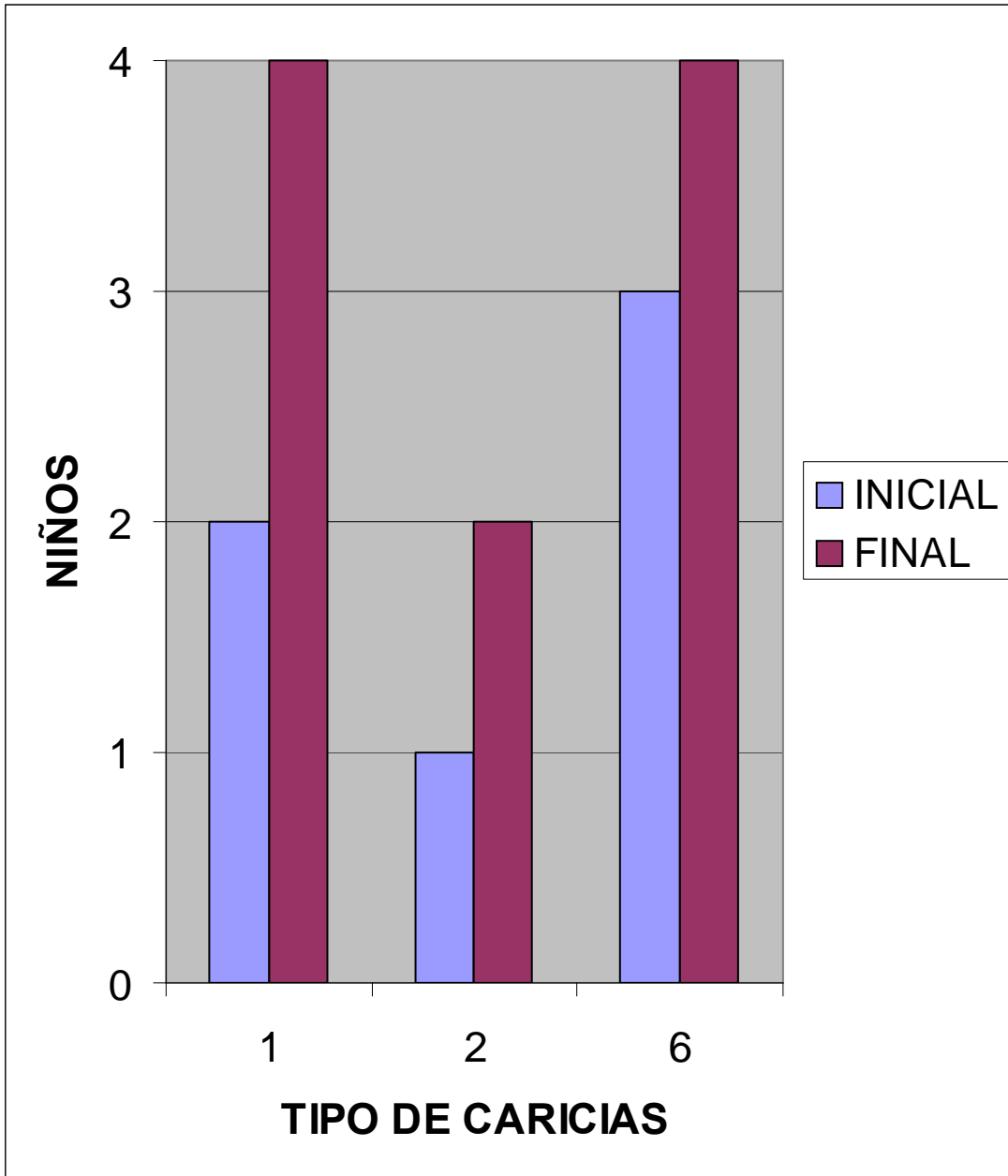


Figura 6. Evaluación Inicial y Final de caricias inadecuadas en los niños.

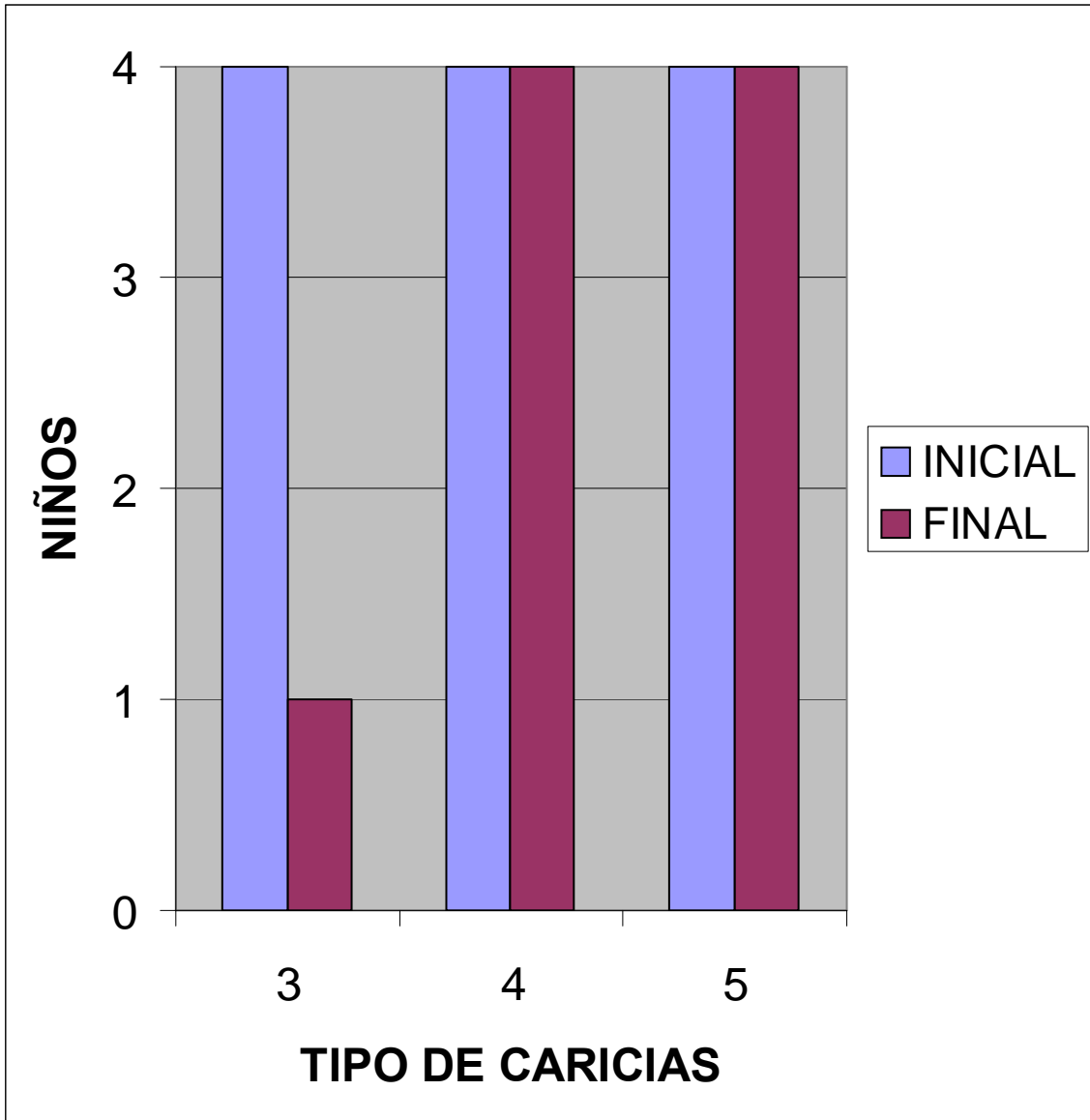


Figura 7. Evaluación Inicial y Final de caricias adecuadas a los niños.

4.5.2.- Resultados cualitativos de los niños.

Los datos más significativos que encontramos fueron los siguientes:

- a) En la sesión de Cuerpo Humano se les enseñó a los niños el nombre, ubicación correcta las partes del cuerpo, las dinámicas que se les dieron fueron de su agrado pues pedían que se cantar varias veces “La canción de la tía Mónica”.
- b) En el tema Derechos de los Niños, cuando se les preguntaba algún derecho ellos solo repetían el que habían escuchado de su compañero anterior o bien el que nosotras le decíamos.
- c) Con relación al tema de caricias agradables la mayoría si pudo diferenciar entre las caricias que les agrada y las que no, a excepción de una niña que solo recorto en esta dinámica cosas materiales (como sala, carro, flores, entre otras)
- d) En cuanto al tema de secretos se pudo ver que los niños aceptaron lo que se les pedía a cambio de recibir el regalo.
- e) El tema de sentimientos fue en donde los niños identificaron más fácilmente los estados de animo de las caritas que se les presentaron.
- f) Con respecto a la prevención de todas las dinámicas que se llevaron a cabo la que más éxito tuvo fue la elaboración de su títere y la invención de la historia.

5.3.- Resultados cualitativos de padres

Los resultados que se obtuvieron fueron:

- a) Que los padres conocen los tipos de abuso sexual.
- b) Saben que cualquier persona puede abusar de sus hijos incluso familiares
- c) Saben que en cualquier lugar puede ocurrir el abuso sexual incluso en su propio hogar.

- d) La mayoría de los padres sabe que un cambio de actitud o conducta es una señal de alerta para saber si su hijo está siendo abusado.
- e) Todos los padres respondieron que no siempre deben obedecer a los adultos, porque así es como se comenten los abusos, con excepción de una señora que opina que si deben obedecer por tener mayor experiencia y conocimiento.
- f) Los padres saben que hay muchas opciones para prevenir el abuso (comunicarlo, defenderse, no dejarse tocar, poner límites y decir no) por mencionar algunos sin embargo, el que los padres tengan esta información no nos garantiza que su hijo sepa como actuar.
- g) Todos los papas saben que métodos utilizan los agresores para someter a los niños (chantaje, amenazas, engaños, entre otros). Antes de la platica a los padres ellos mencionaron los cuidados que pueden brindar a sus hijos, una vez que se les dio la información los padres comprendieron que a los niños se les debe de informar para que los mismos se cuiden.
- h) Que los padres piensan que cuidando a sus hijos y dándoles información pueden protegerlos del abuso sexual.
- i) Todos los papas saben que el cambio de conducta en sus hijos puede ser un indicio de un abuso sexual
- j) Todos los padres conocen las consecuencias un abuso sexual que van desde angustia, miedo, baja autoestima hasta el suicidio entre otros
- k) Que los padres saben que tiene que buscar ayuda profesional o bien hacer una denuncia pero no saben cómo hacerlo.

Algo de llamar la atención es, que antes y después de dar el taller, la mayoría manejaba la información de abuso sexual, las únicas cuestiones que aprendieron en nuestro taller fueron: ellos saben como prevenir un abuso, pero lo que no sabían era que **sus hijos son los que deben de tener esos conocimientos**, también que los niños tienen que **cuidarse por si solos**. Para terminar conocieron las **instancias especializadas** donde pueden dirigirse en caso de que se presente un

abuso sexual, aunque sin profundizar en la forma y los procedimientos específicos que se siguen en una denuncia formal.

4.6. Análisis de resultados

La educación sexual en educación especial sigue siendo un tema embarazoso. Los niños con síndrome de down son tan sencillos, tan inocentes y faltos de maldad, que los padres suelen cometer el error de pensar que serán así durante toda la vida. Sin embargo el desarrollo de un organismo es algo que no se puede detener por el simple hecho de ignorarlo, el niño crecerá y su desarrollo traerá consigo cambios físicos y psicológicos, (Ortega 1997) por esto es importante que el niño(a) y el o la joven down conozcan su cuerpo, aprendan a cuidarlo y entiendan los cambios que le han de ocurrir, -con la ayuda, el apoyo, la orientación, además de una correcta información y formación, por parte de sus padres o cuidadores -; para que así él o ella puedan prevenir que se viole su intimidad, y en la medida de lo posible sea quien lleve a cabo las medidas de su propia higiene.

Cuowenhowen (2002), Soulier(1995) y Ortega (1997), entre otros, mencionan que es importante enseñarles a los niños el nombre correcto de las partes del cuerpo y su funcionamiento para evitar el abuso sexual; de los resultados obtenidos en nuestro taller en un inicio pudimos ver que menos de la mitad de los niños conocía el nombre correcto de las partes del cuerpo o las conoce con otro nombre , al final de éste se logró un incremento; con base en esto podemos decir que los niños si son capaces de adquirir estos conocimientos, pero no lo hacen porque interfieren algunos aspectos como: padres no se los enseñan, temen hablarles del tema, no saben como hacerlo o bien porque tienen miedo que los niños ejerzan su sexualidad. Este fenómeno se pudo visualizar al basarnos en el cuestionario a padres, donde la mayoría manejaba la información correspondiente, pero lo que no hacen es enseñárselas a sus hijos.

Existen factores que permiten que se presente una situación de abuso sexual en personas con discapacidad, Cuowenhowen (2002), Soulier (1995), señalan como principales: **acceso a información reducido o nulo**, -los niños no tienen una correcta información de como es que pueden actuar en una situación de abuso, siendo así que son susceptibles de aceptar una conducta de abuso sexual a cambio de que se les de algo que les guste (juguetes, dinero, comida)-; **pocas habilidades sociales; dependencia a otras personas**; esto se reflejó al inicio de nuestro taller puesto que los niños no contaban con las habilidades de autocuidado para actuar en una situación de riesgo, al final del taller no se pudo ver un incremento considerable en esta categoría¹, esto probablemente se deba a que las personas con síndrome de Down "pierden con facilidad el significado de sutiles mensajes o insinuaciones, y tienen dificultades para tomar decisiones, razonar y juzgar" (Couwenhoven 2002, p.17); también represento un obstáculo la dificultad que tienen en la "generalización, transferencia y aplicación de lo aprendido a otros contextos diferentes de los de la situación de aprendizaje...y poca flexibilidad para adaptarse a los cambios" (Troncoso 1999); lo anterior aunado al poco tiempo que se trabajo con los niños, por tal y debido a lo complejo del tema es recomendable que se les brinde de preferencia a los padres de manera amplia para que sean éstos los que se lo trasmitan a sus hijos desde su infancia y a lo largo de su vida.

"Las reglas entre contactos y limites con frecuencia son confusos y cambian en función de la cultura y el contexto, haciendo que la enseñanza resulte dura y que sea una tarea difícil establecer reglas sencillas" (Couwenhoven 2002, p.19), lo anterior se pone de manifiesto en los resultados encontrados en el taller ya que las caricias que algunos de los niños les agradaba a otros no; como por ejemplo el que les tocara la cabeza a unos les gustaba y a otros no; el trabajo que realizamos en el taller estuvo encaminado a enseñarles a los niños la diferencia entre las caricias adecuadas y un abuso. Sólo que en este apartado el instrumento que se aplicó

¹ Únicamente una niña de VI nivel tuvo la mayoría de aciertos, pero en la platica dada a los padres, la madre de la niña nos había comentado que ella le habla a su hija sobre estos temas desde que tuvo un incidente de este tipo con un compañero

no evaluó lo que queríamos, razón por la cual lo consideramos un factor influyente en los resultados obtenidos, la evaluación se hizo por medio de dibujos que estaban vestidos y no mostraban específicamente la parte del cuerpo en donde se comete el abuso, -una de las niñas mencionó que le gustaba que le tocarán la falda siendo que el lugar era la vulva; otro de los dibujos (una mujer bañando a una niña) lo aceptan por que sus madres lo hacen siendo que la intención era que una extraña le tocará el cuerpo- razón por la cual los resultados se aprecian un tanto confusos, por esto la recomendación para futuras evaluaciones es: que los dibujos sean más explícitos o que se evalúe por medio de otro instrumento.

En relación a la conformación del grupo, éste se conformó escogiendo a niños de varios niveles, lo que representó una diferencia en edades y habilidades con que contaban. Esta diferencia se vio reflejada en las dinámicas, puesto que los niños de los niveles más bajos (2 y 3) llevaban a cabo las dinámicas pero sin entender el objetivo de éstas, siendo todo lo contrario con los niños de los niveles más altos (4,5 y 6) ya que estos realizaban las actividades y cuando se les preguntaba algo acerca del tema contestaban adecuadamente.

En cuanto al grupo de padres pudimos ver que todos tienen información del tema de abuso sexual infantil, saben como se puede presentar, el lugar, las consecuencias que puede traer. Sin embargo, a pesar de que tienen la información no saben como trasmitírsela a sus hijos, creemos que una de las razones por las cuales los padres no les dan abiertamente información de como prevenir un abuso es, que por el sólo hecho de mencionar el tema le pueda suceder esto a su hijo; o bien como ya se mencionó que su hijo pueda ejercer su sexualidad. A este respecto es importante señalar lo que Aguilar y Huitrón (1988) mencionan acerca de que las necesidades sexuales de las personas con retardo en el desarrollo es la misma que todas las personas "no existe ninguna diferencia en cuanto al origen, constitución y desarrollo de su sexualidad, todas las personas siguen el mismo proceso de desarrollo" (p. 1). Por lo tanto "si los padres hacen lo

posible por dar mensajes positivos y verdaderos, los niños tienen una gran oportunidad de crecer sintiéndose a gusto tanto con su cuerpo y sus sentimientos sexuales, como en sus relaciones con los demás.” (McKee y Blacklidge 1988, p. 2)

Tomando en consideración el nivel de escolaridad de los padres con relación al grado de información que les brindan a sus hijos, se puede mencionar que el primero no influye en los resultados que obtuvimos, sino que pensamos que influyen más otros factores como: son las creencias y tabúes que tengan acerca del tema, por ejemplo el caso de un niño el cual es hijo de padres a nivel de licenciatura que tiene poco conocimiento del tema en comparación con una niña que su madre tienen estudios a nivel técnico y sin embargo, sabe cómo actuar en una situación de riesgo. A este respecto habría que agregar lo mencionado por Casas (2001), donde lo importante es trabajar con los **sentimientos** (y por ende con el **comportamiento**) que despierta este aspecto en los padres, con independencia del su nivel académico.

Basándonos en el trabajo realizado por Ávila y Lemus (1997), se puede mencionar que los temas que se manejaron tanto en su taller como en el nuestro fueron básicamente los mismos sólo que nuestro taller pretendía hacer una diferencia al enseñar esta temática a los niños y el taller de las autoras citadas manejaba los temas sin hacer esta diferencia, además la población con la que se trabajo tenía diferentes tipos de problemáticas y diferentes niveles de afectación, a diferencia del nuestro en él cual sólo se trabajó en niños con síndrome de down con la mayoría de las habilidades básicas. Nuestros resultados difieren con los del trabajo anterior en aspectos como: el hecho de que los niños adquirieran las habilidades de autocuidado en tan poco tiempo, puesto que pudimos ver que un tema se tiene que trabajar mediante varias actividades y durante varias sesiones para que se lo apropien.

Por lo tanto de nuestro taller podemos concluir, que los niños con síndrome de down si son capaces de adquirir habilidades de autocuidado, pero para que esto sea posible el trabajo que se haga con ellos se tienen que hacer durante un periodo de tiempo prolongado (incluso implementándose como una materia más dentro del programa educativo), y siempre tomando en cuenta que los contenidos deben de ser de lo general a lo particular.

Este taller nos permitió ver que los niños con los que trabajamos no tienen la información adecuada acerca del tema, por ello la importancia de llevar a cabo talleres relacionados a esta temática, y sobre todo resaltando el hecho de hacerlo por medio de dinámicas (cantos, juegos, marionetas, entre otras), puesto que de otra forma podría hacerse más complicada la transmisión de conceptos, además de lo atractivo que así les resulto a los niños de nuestro taller.

CONCLUSIONES.

El abuso sexual infantil se ha presentando desde hace mucho tiempo dentro de nuestra sociedad, sólo que anteriormente formaba parte de prácticas comunes dentro del entorno familiar y se presentaba frecuentemente, sin embargo era poco probable que saliera a la luz pública, por todas las implicaciones negativas que traía consigo por tal la forma en que la familia lo afrontaba era guardando silencio.

Es un fenómeno **multicausal**, pues deben de conjugarse varios factores, (características del niño, características del abusador, el contexto familiar y los factores ambientales) para que se presente un abuso sexual.

El abuso sexual infantil se desarrolla mediante un **proceso** en el cual, primero se van dando acercamientos, se va ganando la confianza de la víctima, se van salvando obstáculos hasta llegar a la conclusión y el ocultamiento del suceso. La última fase (en los casos donde se llegue a ésta) es el descubrimiento o la negación.

Todas las víctimas de abuso sexual infantil, invariablemente presentan **consecuencias**, las cuales pueden ir desde dolores abdominales, de cabeza, trastornos en la alimentación, en el sueño, depresión, miedo, vergüenza; hasta la pérdida de ilusión, alcoholismo, drogadicción, privación de la vida.

Un tema que es importante también es la situación de la mujer con discapacidad, esta situación es difícil ya que enfrenta la discriminación en muchos aspectos de su vida, y no sólo por parte de la gente “normal” sino por los mismos hombres con discapacidad. Una muestra de esta discriminación se puede ver así: tienen un desproporcionado ingreso (las que logran trabajar), abuso sexual y físico (el cual muy pocas veces es denunciado por ser los mismos familiares y cuidadores los que lo hacen. También está el caso de los hombres que piensan que les **hacen un favor**), falta de acceso a un adecuado sistema de salud (debido

a las barreras físicas, arquitectónicas, o de transporte, de comunicación y actitudes prejuiciosas), falta de acceso a la educación formal (por ser este un lugar donde no se puede estar cuidando de un posible embarazo a la niña, es mejor tenerla en casa que es un lugar **seguro**). Algunas de las consecuencias que trae para las mujeres dicha prohibición son: *aislamiento, esterilización forzada, devaluación de su cuerpo y su persona, incapacidad de ser deseante*; dicha actitud atraviesa por los pensamientos negativos de los padres o cuidadores por el *miedo de embarazos, incapacidad y dependencia de la mujer, que no serán buenas madres y la posibilidad de heredar si discapacidad al niño*.

La realidad de las personas con síndrome de down, sin duda es difícil, ya que tienen que aprender a vivir bajo cierta forma de vida, la cual está eternamente mediada por la dependencia hacia otras personas, con lo cual la posición del sujeto es en la mayoría de los casos, la de un ser desvalido, incompleto, falto de salud, aislado; despertando en sus semejantes sentimientos de rechazo, temor, incertidumbre, burla. Siendo capaz de salir adelante solamente con el apoyo, la aceptación y el amor de una familia, que lo vea como un ser completo, un ser que puede lograr hacer cosas por sí sólo, que puede lograr la independencia en todos los aspectos posibles. Amén del apoyo que se recibe por parte de instituciones que se preocupan del bienestar tanto del individuo, como de los familiares.

Los puntos relevantes acerca del abuso sexual en niños con síndrome de down, o personas con discapacidad vienen a ser: que aún existe una tremenda falta de formación e información de tipo sexual en ellos, que todavía falta mucho camino por recorrer para que sus cuidadores los consideren capaces de cuidarse y/o de llevar a cabo tareas por sí solos, continuando así con la excesiva protección e impidiéndoles tener experiencias de este tipo con el resto de la población. Dicha actitud no se da de forma gratuita, esta es fruto de diversos mitos y prejuicios por parte de la sociedad la cual solamente acepta que las personas bellas y atractivas tengan prácticas sexuales, los demás los discapacitados, los ancianos no son dignos de tener necesidades sexuales. Esto también preocupa a los familiares,

muchos de los cuales preferirían que sus miembros no mostraran interés por su sexualidad, confundiendo el termino con relaciones sexuales cóitales=procreación.

Mientras al sujeto se le limite en sus campos de comportamiento e interacción, se le coloca en una posición donde no puede experimentar los riesgos normales que se requieren para el crecimiento y desarrollo humanos normales.

La importancia de éste trabajo es que conjuga las dos problemáticas anteriores, esto es que se trató de recabar el mayor número posible de fuentes bibliográficas, tanto nacionales como de otros países. Este primer objetivo se cumplió. Una vez que se recabo información, el siguiente paso era saber como otros investigadores han trabajado con esta problemática, para así poder plantear la presente propuesta del taller (esto también se cumplió).

Acerca de la aplicación del mismo, las conclusiones a las que se llegaron fueron: será importante pues es una de las pocas investigaciones empíricas sobre abuso sexual en síndrome de down, en nuestro país.

De los objetivos planteados para el taller se lograron cumplir los dirigidos a los padres. Con respecto a los niños se cree que debido a la falta de tiempo, se lograron cumplir sólo algunos, pero lo importante es que se pudo corroborar la situación de que estos niños son capaces de adquirir habilidades de autoconocimiento y autocuidado, pero es un proceso de larga duración y que debe estar apoyado en gran medida por los padres. Los cuales cuentan con la información necesaria del tema, pero al momento de transmitírselas a sus hijos es cuando se presentan los obstáculos.

Por esta razón los padres se mostraron interesados cuando se les propuso el trabajo de la prevención del abuso sexual en sus hijos, por que aunque la mayoría de ellos tenían conocimiento del tema, cuando lo abordan existen aún ciertos temores de su parte, logrando con nuestro taller que algunos padres se

dieran cuenta de mitos que obstaculizan el camino hacia una adecuada información

Una ventaja que se logro sin planearla, fue la oportunidad de saber que el taller se puede aplicar a niños aún a pesar de encontrarse en diferentes niveles educativos, (de acuerdo en los niveles que cursan dentro de la institución), eso si, que cuenten con las habilidades que se requerían en las características de los sujetos.

Con relación a la planeación del taller, un aspecto importante fue la elaboración de los instrumentos propios para llevar a cabo la evaluación del mismo; lo que nos permitió sentar las bases para que futuros investigadores sepan cómo han sido los intentos por evaluar y los complementen o en su caso hagan nuevos diseños.

Siendo así las sugerencias que se brindan son: la necesidad de llevar a cabo talleres en donde los padres sepan qué, cómo, cuando y dónde hablarles del tema a sus hijos.

Planear los talleres con una larga duración (inclusive contemplándolo como una asignatura), ya que probablemente así se asegura el éxito de la adquisición de las habilidades en los niños.

Investigar a profundidad los otros aspectos (victimario y situacionales) que influyen para que dicha problemática se siga presentando.

A pesar de que en esta investigación se abordó un tema que durante mucho tiempo no se tocaba, debido al miedo y los prejuicios que surgía por parte de las personas que lo vivían (en su mayoría padres de niños con discapacidad). No podemos alejar nuestra vista de la realidad y pensar que únicamente trabajando con las víctimas, dándoles las habilidades necesarias para que sepan cuidarse por

si solos, se va a erradicar dicha problemática; pues como lo vimos en uno de los puntos desarrollados, para que dicha situación se presente tienen que conjugarse otros aspectos, como son los concernientes al victimario, a los cuales se les resta responsabilidad al ser considerados seres degenerados, violentos o trastornados, sin importar que se “aprovechan con habilidad y a conciencia de la ignorancia y curiosidad infantil para satisfacer sus propias necesidades”, (Besten 1997). Donde además con su forma de proceder les hacen creer a los niños que ellos son los responsables del abuso por ser “provocativos”, o bien en el caso de las personas con discapacidad los argumentos que los eximen de dicha responsabilidad son: que por no tener conciencia, el abuso no les causa problemas, que debido a su situación no son capaces de expresar el abuso o bien que les hacen “un favor”.

Así también se resta responsabilidad a los factores ambientales y sociales donde problemas como familias disfuncionales (aisladas socialmente, confusión en los papeles, ambiente de abandono, ausencia de padres biológicos y el tipo de educación para cada sexo entre otras) contribuyen en gran medida para que el problema continúe. Sin olvidar la parte que corresponde a la sociedad, donde en una sociedad sexualizada, a la persona con discapacidad se le niega totalmente el derecho de poder disfrutar de la suya; prohibiéndole el acceso a información y servicios que le permitan un conocimiento sano de su sexualidad, y de esta forma permitiendo que se mantengan los abusos sexuales.

Sin restar importancia a este trabajo, ahora se puede ver que designando la justa responsabilidad a cada uno de los aspectos anteriores, se tendría que trabajar con cada uno de ellos antes de poder brindar una solución razonable a este problema. Pero algo de lo que si estoy segura, que puedo resalta sobre este trabajo es; *que ya no podemos darnos el lujo de abordar el tema con temores, que se tendría que educar a la gente en el respeto por los grupos vulnerables (niños, mujeres, ancianos, discapacitados), buscar la equidad en el trato a las personas en general (para evitar el abuso de poder), que el tema no siga manejándose en secreto pues lejos de ayudarnos, nos aniquila “son los secretos dolorosos los que*

matan, no son el veneno ni el odio los que te matan, es el guardar secretos. Por que vives aterrada(o) de que alguien los descubra. Los secretos destruyen a las personas y las destruyen sin necesidad. Cuando develas un secreto es como renacer, por que ya no tienes miedo”, (Bass y Devis 1995). Acorde con lo anterior algo que he aprendido a lo largo de mi experiencia dentro del PIAV y hasta el momento es que HABLAR SANA.

BIBLIOGRAFÍA.

- ARARÚ; *El nacimiento de un ser único*; ARARÚ No. 25 feb-abril 99. 17-21.
- Aguilar, L y Huitrón, V (1988) *Programa de Educación Sexual para Niños con Retardo en el Desarrollo*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.
- Alcañiz, J y Andreu, M (1998) *Saber y Goce en la Educación Especial*; España: Octaedro.
- Andrade, U y Benavides, E (1992) *La Educación Sexual en sujetos con Retardo en el Desarrollo Psicológico*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.
- Anuario estadístico (1994) Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. México.
- Archivos del PIAV (1992) Datos estadísticos. Programa Interdisciplinario de Atención a Personas Violadas. México. FES Iztacala.
- Ávila, A y Lemus, A. L. (1997) *La Prevención del Abuso Sexual Infantil: el caso de los niños con retardo en el desarrollo*; Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.
- Bass E y Davis L (1995) *El coraje de sanar*. Guía para las mujeres supervivientes del abuso sexual en la infancia. Barcelona: Urano.
- Benítez, V.P, Espejel, R.R y Espinosa, T (1996) Un programa de prevención del abuso sexual aplicado a los niños con retardo en el desarrollo. Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala.
- Bermejo, B; *El desarrollo de habilidades sociales como forma de prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad*; Siglo Cero Año 1999 Vol. 30(6) 27-31.
- Besten, B (1997) *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Burns I (1995) *El síndrome de down estimulación y actividad motora*. Barcelona: Herder
- Candel I (1999) *Programa de atención temprana*. Madrid: CEPE.
- Cantón J, y Cortés, M. (2000) *Guía para la evaluación del abuso sexual Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Carol Ann H (1994) *Madres sobrevivientes*. Argentina: Nueva Visión.

Casas Y; *Cuando hay que hablar de las abejas*; FEM Año 25 No.220 Julio 2001. 24-25.

Castañedo, C (1999) *Deficiencia Mental*, Aspectos teóricos y tratamiento. México: CCS.

Cazorla , G; Samperio, R y Chirino, I (1992) *Alto a la agresión sexual*. México: Diana.

Código Penal para el Distrito Federal (1993) México: Ed. Porrúa.

COVAC (1994) *Datos Estadísticos Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres*. A.C .México.

Couwenhoven T; *Educación de la sexualidad: como construir los cimientos de actitudes sanas*; Centro CONFE 2001, Vol. 15 No. 1 Primavera-verano 2002.

Cruz, M.A. (1986) *Reporte de las necesidades de información sobre la sexualidad de los adolescentes con retardo en el desarrollo superficial*. Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.

Duarte, P. y Gonzáles, G. (1994) *La lucha contra la violencia de genero en México*. México: COVAC.

Duarte, J y Cortés M del R (2000) *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Pirámide.

Dueñas, B.P. (1995) *Grupo Operativo a madres de infantes con Síndrome de Down*, México, Tesis ENEP Iztacala.

Echeburúa, E y Guerricaechevarría, C (2000) *Abuso Sexual en la Infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.

Finkelhor, D. (2001) *Abuso sexual al menor, causas consecuencias y tratamiento psicosexual*. México: Pax.

Galguera, I; Hinojosa, R.G. y Galindo, C.E. (1991), *El Síndrome de Down*. México: Trillas.

García, E.S. (1993) *El niño con Síndrome de Down*. México: Diana.

García F.J. (1995) *Una propuesta de intervención para profesionales, padres y madres*. Pamplona: COFES.

Gearheart, B.R(1997) *Incapacidad para el aprendizaje*. México: Manual Moderno.

Glaser, D. y Frosh, Stephen. (1998) *Abuso sexual de niño*. Argentina: Paidós.

González, G (1993) *La antesala de la justicia la violación en los dominios del ministerio público*; México: COVAC.

Green, R.C(1999) *Sexualidad humana conceptos básicos*. México: Interamericana.

Heward, W y Orlansky (1992) *Programas de Educación Especial*. Barcelona: CEAC.

Jasso, L (1991) *El Niño Down, Mitos y Realidades*; Cap. 5; México: Manual Moderno.

Jasso, L (2001) *El Niño Down, Mitos y Realidades*. Cap. 4. México: Manual Moderno.

Dorranty, W.C (1993) *Terapia del abuso sexual infantil*. España. Gedisa.

Khemka y Hickson; *La toma de decisiones por adultos con retraso mental en situaciones de abuso simuladas*. Siglo Cero (1999) Vol. 32 (4) 17-25

Lamberti- Sánchez- Viar Compls (1998) *Violencia Familiar y Abuso Sexual*; Cap. X; Buenos Aires: Universidad.

Lewis, V (1993) *El Desarrollo y Déficit: ceguera, sordera, déficit motor, Síndrome de Down, Autismo*. Barcelona: Paidós.

López, F (2000) *Prevención de los Abusos Sexuales de Menores y Educación sexual*; Salamanca: Amarú.

López, F y Del Campo, A (1997) *Prevención de Abusos Sexuales a Menores, Guía para padres y madres*; Salamanca: Amarú.

López, M (1999) *Aprendiendo a conocer a las personas con síndrome de down*. Málaga: Aljibe.

López, y Cols. (1999) *Ximena aprende sobre abuso sexual*. México: Limusa.

Mac-cary, J.L (1999) *Sexualidad humana*. México: Manual moderno.

Mckee L y Blacklidge V (1988) *Sexualidad y socialización*; San Sebastian

Memorias del Congreso Nacional sobre Maltrato al Menor (1995) DIF UNICEF PGJDF.

Mendoza C; (2001) *Folleto de Prevención al Abuso Sexual Infantil dirigido a Niños Hipoacusicos*; Tesis de Licenciatura. FES Iztacala.

- Molina S (1994) *Deficiencia mental*; Malaga: Aljibe
- Ortega, L. C. (1997) *El Síndrome de Down*; México:Trillas.
- Papalia (1995) *Psicología del Desarrollo*, Bogota: Presencia.
- Perera, J (1995) *Síndrome de Down*; Barcelona: Masson.
- Pérez E. y Carrizosa S. (2000) *Investigación psicoanalítica y psicosocial sobre el síndrome de down y otros problemas del desarrollo*. UAM Xochimilco. México.
- PIAV (1993) Datos estadísticos de abuso sexual infantil. México. UNAM FES Iztacala.
- Prado A (S/F) *La familia ante la discapacidad intelectual*. México: CONFE.
- Pueschel, S; Pueschel, J (1994) *Síndrome de Down, problemática biomédica*, España: Massón-Salvat.
- Echeburúa y cols. (2002) Tratamiento psicológico de las víctimas de agresiones sexuales *En: S. Redondo (Coord.) Delincuencia sexual y sociedad. (329-359)* Barcelona: Ariel.
- Rodríguez, P (1995) *La vida sexual del clero*. Barcelona.
- Sanz y Molina (1999) *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen-Humanitas.
- Silva, R.A (1992) *Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Soulier B (1995) *Los discapacitados y la sexualidad*; Barcelona: Herder.
- Sullivan, D y Everstine L (1997) *El Sexo que se Calla*; México: Pax.
- Tierney, L.M. (1995), *Diagnóstico Clínico y tratamiento*. México: El Manual Moderno.
- Tordjman, G. (1991) *La violencia, el sexo y el amor*. Barcelona: Gedisa.
- Ubaldi N (1999) *La atención a víctimas de abuso sexual y violación en la voz de prestadores/as de servicios de salud: conceptos y subjetividades*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Valladares .P (1993) *Estudio epistemológico de la violencia sexual*. Tesis de maestría. México. UNAM FES Iztacala.

VOCES, periódico de la confederación española de organizaciones a favor de las personas con retraso mental; febrero 2001.

FUENTES DE INTERNET.

Amor; La educación sexual en el marco de la educación para la salud y la promoción del desarrollo individual y social de la persona con síndrome de down. (35 párrafos) (En red) Disponible.

http://www.down21.org/educ_psc/sexualidad/sxua_enmarco_educ.htm

Atrevete (Agosto 2001) Sexualidad y discapacidad: una manifestación de la naturaleza humana. (14 párrafos) (En red) Disponible.

http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

Bain; Hablar sobre la sexualidad con mi hijo. (20 párrafos) (En red) Disponible.

http://www.down21.org/educ_psc/sexualidad/hablar_sexualidad.htm

Carrasco; Las implicaciones sobre los aspectos reproductivos de las personas con síndrome de down y con déficit intelectual. (26 párrafos)

Disponible. www.downsyndrome.com/como.html

Correa (2001 Agosto) La discapacidad mental no implica asexualidad: niños y jóvenes con retraso mental cognoscitivo precisan educación sexual. (10 párrafos) Diario el Universal (Venezuela) Disponible.

http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

García; Sexualidad en personas con síndrome de down (58 párrafos) (En red)

Disponible. <http://www.sindromedown.net/web2/verdocumento.asp?ID=905>

Gómez (1999) Daño moral mínimo (5 párrafos) Polibea (En red) Disponible.

http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

Higgins; Mujeres y discapacidad en los Estados Unidos (4 párrafos) (En red)

Disponible. http://www.dpi.org/sp/resources/topics/convencion/06-23-03_bulletin05.htm

Martínez; Una experiencia enriquecedora: educación sexual en la escuela especial (28 párrafos) (En red) Disponible. <http://www.elcisne.org/html/esee.html>

Notimex. (2004 Abril). Acusan a sacerdote de abuso sexual en Jalisco. (31 párrafos)(En red) Disponible.
<http://www.tabascohoy.com/th/nuevo/notas/notas.php?nid=49486>

Richler (2000, Mayo-Julio) Abuso sexual (26 párrafos) ARARÚ (En red) Disponible. http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

Schwab; Sexualidad y el síndrome de down (35 párrafos) (En red) Disponible.
<http://www.ndss.org/content.cfm?fuseaction=InfoRes.HechosSaludarticle&article=190>

TAU (revista)(2001 Enero) La sexualidad en el ámbito de la discapacidad ¿una revolución pendiente (14 párrafos) (En red) Disponible.
<http://www.fear.org/Voces/326-sexualidad.htm>

Troncoso (1999, Dic); La importancia del apoyo y seguimiento en el trabajo de las personas con discapacidad intelectual (29 párrafos) Revista Síndrome de Down (En red) Disponible.
http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

Vanina; Sexualidad en personas con retardo mental ()(En red) (81 párrafos) Disponible. http://www.capitannemo.com.ar/retardo_mental_4.htm

Walker (2000 Sept.) Relaciones sociales y sexuales: el método de los círculos (14 párrafos) Revista Síndrome de Down. Disponible.
http://www.pasoapaso.com.ve/boletin/boletin_11_5.htm#preguntas

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA DE "TALLER PARA NIÑOS"

NOMBRE DE LA SESIÓN: CUERPO HUMANO Y DERECHOS DE LOS NIÑOS.

FECHA: _____

No. DE SESIÓN. 1

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Ambientación	Que los niños y las expositoras se relacionen entre si, para crear un ambiente de participación	Mar adentro mar afuera	Se les indica con una línea colocada con cinta canela que hacia el lado derecho es el mar y del otro lado la playa, conforme se les vaya diciendo tendrán que salir y entrar al mar.	Cinta canela	15 min.	Griselda
Presentación	Que los niños conozcan lo que se trabajará en el taller	La responsable dará una breve conferencia.	Por medio de la conferencia se sabrán las expectativas de los niños y se explicarán los temas que veremos en el taller.	Pizarrón Gises	5 min.	Griselda
Cuerpo humano	Que los niños reconozcan y nombren correctamente	❖ Dirigir a los niños con el armado del rompecabezas	❖ Mediante un rompecabezas (1 m x 1 m aprox.) se les mostrará a los niños	Rompecabezas hecho con papel pellón	20 min.	Griselda

	todas las partes del cuerpo.		todas las partes del cuerpo y sus respectivos nombres *	Lugar para fijarlo		
		Coloreado del cuerpo humano	Por medio de papelitos que tomarán al azar, tendrán que colorear la parte del cuerpo que les haya tocado, en una figura en blanco.	<ul style="list-style-type: none"> • Figura en blanco de papel peyón • Crayolas • Lugar para fijar la figura 	20 min.	Griselda
Derechos de los niños	Que los niños conozcan cuáles son sus derechos y obligaciones.	Conferencia por medio de imágenes	Con dibujos alusivos al tema se les explicará a los niños cuáles son sus derechos y obligaciones	Dibujos	20 min.	Griselda
		Dinámica de la papa caliente	Se coloca a los niños en un círculo y el que pierda tienen que decir uno de los derechos según se acuerde.	Pelota	10 min.	Griselda

- dependiendo de la capacidad de los niños se escribirán los nombre en papeles que también tendrán que ir colocando o bien solo se les indicará de manera verbal el nombre correcto.

NOMBRE DE LA SESIÓN: CARICIAS Y SECRETOS

FECHA: _____

No. DE SESIÓN 2

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Caricias	Aprender a diferenciar las caricias agradables de las desagradables	Collage	Pedirles que recorten de una imagen que muestre una caricia agradable y una desagradable	Revistas Tijeras Pegamento Hojas	20 min.	Griselda
		Figura humana	Darles un dibujo de la figura humana donde pondrán una estrella donde les gusta que los acaricien y un tache donde no les gusta.	Hojas Lápices Estrellas	20 min.	Griselda
Secretos	Aprender a diferenciar los secretos de los sobornos	La caja mágica	Se les pedirá que imaginen un regalo que les gustaría que les dieran pero que esto sería a cambio de algo que deben de hacer y ellos tienen que contestar si están dispuestos a hacerlo.	Caja de regalo Dulces	20 min.	Griselda
		El semáforo	Darle el dibujo de los semáforos en donde pintarán de verde los secretos y de rojo los sobornos.	Hojas Colores	20 min.	Griselda

NOMBRE DE LA SESIÓN: OBEDIENCIA Y PREVENCIÓN.

FECHA: _____

No. DE SESIÓN: 3

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Sentimientos	Que los niños reconozcan y vinculen los sentimientos con las conductas	Carillas	Se les muestran las caras con diferentes expresiones y les pedimos que representen lo que generalmente se hace cuando está la persona en esta situación.	Hojas	15 min.	Griselda
Obediencia	Que los niños identifiquen bajo que circunstancias los niños deben obedecer las ordenes de un adulto.	La reina pide	Por medio del juego se les enseñará a quien deben obedecer y bajo que circunstancias.	Pizarrón Gises	20 min.	Griselda
Prevención	Que los niños adquieran habilidades que les permitan enfrentar situaciones de abuso sexual	Siluetas	Darles un papel bond donde dibujarán su silueta y dibujarán la ropa que cubre las partes del cuerpo que no les gustaría que les tocarán.	Hojas Colores Lápices	30 min.	Griselda

		Identifica tu sexo	Se les dará un dibujo con ropa de niños y de niñas; donde pintarán de verde la de niño y de rojo la de las niñas.	Colores Hojas	15 min.	Griselda
--	--	--------------------	---	------------------	---------	----------

NOMBRE DE LA SESIÓN: PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

FECHA: _____

No. DE SESIÓN: 4

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Prevención	Que los niños adquieran habilidades que les permitan enfrentar situaciones de abuso sexual	Círculos	Por medio de círculos se les explicará el tipo de interacción que tiene con otras personas	Peyon Colores	30 min.	Griselda
		Correcto e Incorrecto	Se les darán ilustraciones con escenas correctas e incorrectas y las pegaran en el lugar donde corresponda	Papel bond Pegamento Hojas	25 min.	Griselda
		Autorretrato	Se les dará una hoja en donde se dibujarán ellos mismos diciendo No cuando ellos lo decidan	Colores Lápices Hojas	25 min.	Griselda

NOMBRE DE LA SESIÓN: PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

FECHA: _____

No. DE SESIÓN: 5

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIAL	TIEMPO	RESPONSABLE
Prevención	Que los niños adquieran habilidades que les permitan enfrentar situaciones de abuso sexual	Teatro guiñol	Se les dará el dibujo de los personajes que participan en el teatro y se les pedirá que ellos lo adornen y vistan. En la historia se les enseñará a decir no.	Hojas Lápices Dibujos de los personajes.	50 min.	Griselda
		El laberinto	Se les dará un dibujo de un laberinto el cual tendrán que resolver, para encontrar a quien pueden pedirle ayuda.	Dibujo Colores	15 min.	Griselda
Cierre	Dar un reconocimiento a los niños	Diploma	A cada niño se le hará entrega de un diploma por su participación en el taller.	Diploma	15 min.	Griselda

ANEXO 2

GUÍA PARA PROGRAMA INFORMATIVO A PADRES.

FECHA: _____

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	RESPONSABLE
Ambientación	Que las expositoras conozcan a los padres por medio de la dinámica, para crear un ambiente de cordialidad.	Explicación de la dinámica de ambientación Binas	Los participantes llevarán a cabo la dinámica, posteriormente expondrán las expectativas (del taller) que les haya comunicado su contraparte.	Sillas	15 min.	Griselda
Presentación	Que los participantes conozcan la forma en que se desarrollará el taller (de los niños) y los subtemas que contendrá.	Breve exposición por parte de la responsable	En un papel previamente escrito se mostrarán los subtemas que se tratarán en el taller y se explicará un poco sobre lo que tratan cada uno de ellos.	❖ Hoja de papel bond ❖ Marcadores de colores	15 min.	Griselda

Abuso Sexual Infantil	Que los participantes conozcan los aspectos más relevantes del subtema mencionado.	Dinámica de las tarjetas (conteniendo los mitos más comunes del abuso)	Cada persona elegirá una tarjeta donde tendrá que responder si es cierto o falso.	Tarjetas de papel de diferentes colores	20 min.	Griselda
		Dar una definición, las causas, los factores de riesgo y las consecuencias de abuso.	Los puntos anteriores se anotaran en el Pizarrón conforme se vaya dando la conferencia.	Gises Pizarrón	20 min.	Griselda
Abuso Sexual Infantil vs. Abuso Sexual en Niños con Retardo en el Desarrollo	Que los participantes conozcan las semejanzas y diferencias entre los tópicos ya mencionados	Dirigir la dinámica de frases incompletas	En el Pizarrón se colocarán de forma desordenada, una serie de tarjetas(con las semejanzas), en un lado y en el otro lado su complemento, los participantes pasarán uno por uno a colocar en orden, el numero de frase que le corresponde. Posteriormente se hará lo mismo,	Pizarrón Tarjetas con frases	20 min.	Griselda

			pero ahora se colocaran frases con las diferencias.			
Educación sexual	Conocer la información que los padres les dan a sus hijos acerca de educación sexual	Mediante corrillos	Coordinar los corrillos ,que los padres se pongan a platicar entre ellos que información les han dado acerca de educación sexual	Gises Pizarrón	15 min.	Griselda
Prevención de abuso sexual infantil	Informar a los padres como pueden prevenir el abuso sexual en sus hijos	Tienda mágica	Se les pedirá que imaginen que entran a comprar a una tienda donde pueden comprar todo lo que quieran para poder prevenir a sus hijos del abuso sexual	Gises Pizarrón	15 min.	Griselda
Prevención al abuso sexual infantil en niños con retardo en el desarrollo	Informar a los padres acerca del abuso sexual	La telaraña	Con una bola de estambre se le avienta a una persona que nos diga que puede hacer un profesor para prevenir el abuso sexual	estambre	20 min.	Griselda
Prevención del Abuso Sexual		Dirigir la dinámica del cartero	Mediante la dinámica se le pedirá a la persona que haya	Hoja con las frases Sillas	15 min.	Griselda

			perdido que responda si la frase que se menciona es correcta o incorrecta			
Evaluación para el post-test	Obtener la información para evaluar el taller.	Brindar el formato del Anexo 1	Los participantes contestarán el formato que la responsable les brinde.	Hojas con el cuestionario Pluma	25 min.	Griselda

ANEXO 3

CUESTIONARIO QUE SE APLICÓ A LOS PADRES CON EL FIN DE CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN CON QUE CONTABAN ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER.

CUESTIONARIO A PADRES

Instrucciones: a continuación se presentan una serie de preguntas, las cuales usted deberá contestar. La información que nos brinde al responder será CONFIDENCIAL por lo que le pedimos conteste con la verdad y la mayor confianza posible.

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cuanto sabe acerca del Abuso Sexual Infantil.

¿Qué es el abuso sexual infantil?

¿Quiénes considera que pueden abusar sexualmente de un menor?

¿En qué lugares considera que puede ocurrir un abuso sexual a un menor?

¿Cómo se puede comprobar que un menor ha sido víctima de un abuso sexual ?

¿Considera usted que los niños siempre deben obedecer a los adultos?

_____ porque _____

¿Qué puede hacer un niño para no sufrir un abuso sexual ?

¿Cuáles son los métodos de los que se vale un adulto para someter sexualmente a un (a) niño (a)?

Menciona 3 medidas para prevenir el abuso sexual infantil.

¿Qué deben hacer los padres de familia para proteger a sus hijos(as) del abuso sexual infantil ?

¿De qué forma se podría usted dar cuenta si su hijo(a) esta siendo abusado sexualmente ?

¿Cuáles son las consecuencias que puede presentar un infante que ha sido víctima de abuso sexual ?

¿Qué se debe hacer en una situación en la cual un menor manifiesta haber sido abusado sexualmente ?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

No. de control: _____

ANEXO 4

FORMATO QUE SE LES APLICÓ A LOS NIÑOS PARA EVALUAR EL NIVEL DE HABILIDADES DE AUTOCONOCIMIENTO Y AUTOCUIDADO ANTES Y DESPUÉS DEL TALLER.

EVALUACIÓN A NIÑOS

Nombre del niño/a: _____

Cuerpo humano

PARTES DEL CUERPO	MENCIONARLO	SEÑALARLO
PIERNAS		
SENOS		
GLÚTEOS O NALGAS		
RODILLAS		
ANO		
CABEZA		
VULVA(PENE)		
MANOS		

Que harías tu si:

Tu pelota se vuela a casa de tu vecino y el te dice que pases a buscarla.

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Si tu mamá no está en casa y alguna persona toca la puerta y dice que viene a hacer un arreglo

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Si una persona que te cuida te hiciera algo que te molesta y después te pide que guardes el secreto.

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Si alguien te tocara de una forma que te hiciera sentir raro o que no te gusta.

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Tu papá te pide que te desnudes para revisar tu cuerpo

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Estás viendo (algo que le atrae mucho) en una tienda y el dueño te dice que te lo dará a cambio de que le des un beso

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Tu familiar te dice que jueguen a tocarse los genitales

a) aceptas b) no aceptas c) no se

si tu tía te pidiera que le tocaras la vulva

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Un niño que te gusta mucho te pide que te dejes tocar (vulva o pene)

A) aceptas b) no aceptas c) no se

Tu maestra te pide que toques sus senos

A) aceptas b) no aceptas c) no se

ANEXO 5

FORMATO QUE SE DISTRIBUYÓ A LOS PADRES PARA INFORMAR DE LA APLICACIÓN DEL TALLER.

Te pedimos que permitas que tu hijo participe en el taller de:

PREVENCIÓN DEL

ABUSO SEXUAL EN

NIÑOS CON SÍNDROME

DE DOWN

El cual tiene como objetivo: **que los niños adquieran habilidades de enfrentamiento en una situación de abuso sexual.**

CONTENIDO DEL TALLER:

☞ CUERPO HUMANO.

Objetivo: que los niños reconozcan y nombren correctamente las partes del cuerpo.

☞ DERECHOS DE LOS NIÑOS.

Objetivo: que los niños conozcan cuales son sus derechos y obligaciones.

☞ CARICIAS.

Objetivo: que los niños aprendan a diferenciar las caricias agradables y desagradables.

☞ SECRETOS.

Objetivo: que los niños aprendan a diferenciar los secretos de los sobornos.

☞ SENTIMIENTOS

Objetivo: que los niños reconozcan y vinculen los sentimientos con las conductas.

☞ OBEDIENCIA.

Objetivo: que los niños identifiquen bajo que circunstancias deben obedecer las ordenes de un adulto.

El cual tendrá una duración de (8 hrs.)
5 sesiones

Platica informativa **sólo a padres** de los niños participantes. Dos sesiones previas al taller.

LUGAR: Auditorio de la Fundación John Langdon Down A.C.

SI DESEAS MAYOR INFORMACIÓN, ACUDE A:

Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) Iztacala UNAM.

Av. De los Barrios S/N Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo de México



Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual .

Coordinadora:
Mtra. Patricia Valladares de la Cruz
Teléfono: 5623-11-02

Imparte el taller:
Psic. Ma. Griselda Canales Rubiales.
Tel. 56-44-65-03



Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual.
PIAV-UNAM.

Tienes un hijo con

SINDROME DE DOWN

y quieres protegerlo de un

ABUSO SEXUAL

Esto te interesa.
Tu participación y la de tu hijo son muy importantes

ANEXO 6.**DIRECTORIO DE AGENCIAS ESPECIALIZADAS EN DELITOS SEXUALES.****GUBERNAMENTALES**

Centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI). Tel. 53-45-52-48

Centro de terapia de apoyo a víctimas de delitos sexuales (CTA). Tel. 52-00-96-33 y 34

Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual (CAMIS). Tel. 53-17-31-35

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Tel. 30-03-22-00

Fiscalía central de investigación para delitos sexuales. Tel. 53-46-81-10

Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIF) Coordinación General
Tels. 5341-5721 y 5341-4443

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

Asociación para el Desarrollo de Personas Violadas (ADIVAC). Tel.: 5682-7969

INSTITUCIONALES

Programa Interdisciplinario de Atención a la Violencia Sexual y los Estudios de
Género (PIAV). Tel. 56-23-11-02

SEP/Denuncia de abusos sexuales en escuelas públicas Tel. 53-28-10-60