

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA: PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del título de: PSICOLOGAS

TEMA:

GUÍA DE EDUCACIÓN PSICOSEXUAL, DIRIGIDA A PADRES Y MADRES DE
FAMILIA, CON HIJOS ADOLESCENTES ENTRE 12-18 AÑOS, CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA ASOCIADA A SÍNDROME DE
DOWN Y PARÁLISIS CEREBRAL.

AUTORAS:

ANDREA PAOLA CLAVIJO BENALCAZAR
LAURA KATERINE NÚÑEZ GALÁRRAGA
DIANA CRISTINA OLIVERO EGUEZ

DIRECTORA:

ELKA JACQUELINE VARGAS ESTUPIÑAN

Quito, junio del 2014

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE
USO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Nosotras, autorizamos a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de titulación y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaramos que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Quito, Junio del 2014

Andrea Paola Clavijo Benalcazar

1720027083

Laura Katerine Núñez Galarraga

1718988973

Diana Cristina Olivero Eguez

1712410545

DEDICATORIA

Dedicado principalmente a Dios por darnos la fuerza y encaminarnos en este proceso, así como también a nuestras familias que siempre estuvieron presentes brindándonos su apoyo incondicional y siendo testigos del esfuerzo que hemos entregado a este trabajo, con el cual se ha llegado a cumplir esta meta y una etapa más de nuestra vida, por lo que dedicamos este producto a las siguientes personas:

Cecilia Eguez

Oswaldo Eguez

Ercilia Galárraga

Guillermo Núñez

David Núñez

Manuel Clavijo

Lucía Benalcázar

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Dra. Elka Vargas Estupiñan MSTR, directora de este trabajo de grado que con su ayuda, tiempo, orientación, supervisión constante logró aportar con la consolidación de este producto.

A la directora del Instituto de Educación Especial de la Fundación “Virgen de la Merced”, la Dra. Ivanova Cadena y la Psc. Infantil Andrea Bastidas coordinadora del área funcional básica, por la apertura y el apoyo que supieron darnos en el desarrollo de la investigación.

Así como también agradecer a los padres y madres de familia, del Instituto de Educación Especial por la disponibilidad de acoger y aportar en esta investigación que llevó a la realización de esta guía.

Finalmente a todos los docentes de la Universidad Politécnica Salesiana, los cuales han sido parte de nuestra formación académica en la carrera de psicología y nuestro crecimiento personal.

A todos y todas gracias.

“Las dificultades en tu vida no vienen a destruirte, sino a ayudarte a darte cuenta de tu potencial escondido”

Anónimo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Descripción del proceso a ejecutar para el diagnóstico.....	4
1.3. Descripción y determinación de instrumentos a utilizar	5
1.3.1. La encuesta	5
1.3.2. La observación.....	6
1.4. Proceso de recolección de información diagnóstica.....	6
1.5 Tabulación de datos.....	7
1.5.1. Encuesta sobre educación sexual a padres y madres de familia	7
1.6. Metaanálisis	33
1.7. Conclusiones	35
CAPÍTULO II	37
MARCO TEÓRICO	37
2.1. Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual.....	37
2.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos	37
2.1.2. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	38
2.1.3. Derechos Humanos para las personas con Discapacidad Intelectual	39
2.1.4. Constitución de la República del Ecuador	40
2.1.5. Código de la Niñez y la Adolescencia.....	41
2.1.6. Ley Orgánica de Discapacidad.....	45
2.1.7. Declaración Universal de los Derechos Sexuales	47
2.1.8. Derechos sexuales y reproductivos	49
2.2. Conceptos y características de la Discapacidad Intelectual, Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.	50
2.2.1. Discapacidad Intelectual.....	50
2.2.1.1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	50
2.2.1.2. Definición	52

2.2.1.3 Etiología.....	54
2.2.1.4. Clasificación	55
2.2.1.5. Características	57
2.2.2. Síndrome de Down.....	57
2.2.2.1. Concepto	57
2.2.2.2. Etiología.....	59
2.2.2.3. Incidencia.....	61
2.2.2.4. Diagnóstico	61
2.2.3. Parálisis Cerebral.....	62
2.2.3.1. Definición	62
2.2.3.2. Características	63
2.2.3.3. Etiología	63
2.2.3.4. Clasificación	64
2.2.3.5. Clasificación topográfica en función del trastorno motor	66
2.2.3.6. Según el tono muscular.....	66
2.2.3.7. Según el grado de afectación	67
2.2.3.8. Trastornos asociados a la Parálisis Cerebral.....	67
2.3. Enfoques teóricos en el desarrollo y su relación con la Discapacidad Intelectual moderada.....	67
2.3.1. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget (Infancia-adolescencia)	67
2.3.1.1. Teoría de Piaget y la Discapacidad Intelectual moderada	69
2.3.1.2. Desarrollo Psicomotor en la Discapacidad Intelectual moderada	73
2.3.1.3. El lenguaje en la Discapacidad Intelectual moderada	76
2.3.2. Teoría del desarrollo psicosocial-emocional de Erickson.....	78
2.3.2.1. Desarrollo social emocional de las personas con Síndrome de Down	80
2.3.2.2 Desarrollo social emocional de las personas con Parálisis Cerebral	80
2.3.3. Teoría Socio-Cultural de Vygotsky.....	81
2.4. Sexualidad y Discapacidad	83
2.4.1 Sexualidad	83
2.4.2. Sexo.....	87
2.4.3. Género	87
2.4.4. Educación Sexual	90
2.4.5. Componentes de la sexualidad humana.....	98

2.4.5.1 Características del desarrollo sexual en las personas con Discapacidad Intelectual moderada.....	104
2.4.5.2. Características del desarrollo sexual en las personas con Síndrome de Down	105
2.4.5.3. Características del desarrollo sexual en las personas con Parálisis Cerebral	106
2.4.6. Masturbación y autoerotismo	107
2.4.7. Salud y cuidados del cuerpo	108
2.4.8. Enamoramiento	110
2.4.9. La responsabilidad de la vida sexual frente a la vulnerabilidad.....	112
2.4.9.1. ¿Qué son las relaciones sexuales?	112
2.4.9.2. Prevención de embarazo	116
2.4.9.3. Prevención de enfermedades de transmisión sexual.....	117
2.4.9.4. Esterilización	117
2.4.9.5. Anticonceptivos	118
2.4.9.6. Embarazo y crianza.....	119
2.4.9.7. Prevención de abuso sexual	120
2.4.9.8. Creencias y realidades sobre la sexualidad.....	123
CONCLUSIONES	125
RECOMENDACIONES	126
LISTA DE REFERENCIA	128
ANEXOS	133

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los padres de familia	7
Figura 2. Género de los padres de familia	7
Figura 3. Edad de los padres de familia	7
Figura 4. Nivel del estudio de los padres de familia	8
Figura 5. Ocupación de los padres de familia	8
Figura 6. Sexo de su hijo/a	9
Figura 7. Género de su hijo/a	9
Figura 8. Edad de su hijo/a	9
Figura 9. Discapacidad que presenta su hijo/a	10
Figura 10. ¿Ha recibido información sobre educación sexual alguna vez?	10
Figura 11. ¿Qué entiende por Educación Sexual?	11
Figura 12. ¿Dónde ha obtenido información sobre educación sexual?	11
Figura 13. ¿Ha hablado sobre sexualidad con sus hijos?	12
Figura 14. ¿Ha sido capaz de dar respuestas a las inquietudes que han tenidos sus hijos sobre sexualidad?	12
Figura 15. ¿Qué edad considera usted mejor para hablar de sexualidad con sus hijos? ..	13
Figura 16. ¿Toma en cuenta la sexualidad de su hijo como parte de su formación integral?	13
Figura 17. ¿Qué temas de sexualidad considera difícil hablar con sus hijos?	14
Figura 18. ¿De los temas antes propuestos cuál de ellos considera necesario que la Fundación aborde?	14
Figura 19. ¿Se debe tratar de diferente manera la sexualidad en las personas con Discapacidad?	15
Figura 20. Considera que sexualidad tiene que ver con:	15
Figura 21. ¿Cuál es la persona adecuada para dar información sexual a sus hijos?	16
Figura 22. En su criterio el saber de temas sexuales	16
Figura 23. Si le piden su opinión sobre la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual, ¿qué diría?	17
Figura 24. ¿Le parece necesario que en la Fundación exista un programa sobre sexualidad?	17
Figura 25. ¿Qué actitud ha observado en su hijo/a hacia la sexualidad?	18
Figura 26. Entre las manifestaciones sexuales que ha observado en su hijo/a han sido: ..	18
Figura 27. ¿Qué manifestaciones sexuales ha observado frecuentemente en su hijo/a? ..	19
Figura 28. ¿Su hijo/a identifica y nombra los órganos sexuales masculinos y femeninos utilizando los nombres correctos?	19
Figura 29. ¿Su hijo/a pregunta o se interesa por los cambios en su organismo?	19
Figura 30. ¿Mantiene la higiene y cuidado adecuado de su cuerpo?	20
Figura 31. ¿Manifiesta interés y cuidado por la propia imagen?	20
Figura 32. ¿Se viste o se desnuda solamente en privado?	20
Figura 33. ¿Acaricia o toca sus partes íntimas en público?	21

Figura 34. ¿Tomaría en serio el noviazgo de su hijo/a con discapacidad intelectual?....	21
Figura 35. ¿Ha observado interés en su hijo/a por buscar afecto en el otro sexo?.....	21
Figura 36. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del otro sexo?.....	22
Figura 37. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del mismo sexo?.....	22
Figura 38. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a novio o novia?	22
Figura 39. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a novio o novia? Por qué.....	23
Figura 40. ¿Ha tenido su hijo/a fantasías sobre novios/as?.....	23
Figura 41. ¿Tiene su hijo/a fantasías sobre su futuro en cuanto al matrimonio?	24
Figura 42. ¿Cuándo su hijo/a se masturba lo hace en privado o en público?	24
Figura 43. ¿Tiene comportamientos provocativos?	24
Figura 44. ¿Su hijo/a ha sufrido algún tipo de abuso o intento de abuso sexual?.....	25
Figura 45. ¿Conoce usted qué hacer si su hijo/a sería víctima de abuso sexual?	25
Figura 46. ¿Cree que las personas con discapacidad no tienen sexualidad?.....	25
Figura 47. ¿Considera que su hijo/a despierta interés sexual con el contacto físico?.....	26
Figura 48. ¿Estaría de acuerdo en que su hijo/a tenga relaciones sexuales antes del matrimonio?	26
Figura 49. ¿Piensa usted que masturbación es sinónimo de enfermedad?.....	26
Figura 50. ¿Cree usted que la única forma de obtener placer es mediante el acto sexual?	27
Figura 51. ¿Cree que su hijo/a puede llegar a ser madre o padre?.....	27
Figura 52. ¿Piensa que su hijo pueda adquirir las habilidades para el cuidado de un hijo?	27
Figura 53. ¿Piensa que su hijo pueda adquirir las habilidades para el cuidado de un hijo? Por qué	28
Figura 54. ¿Considera que las personas que utilizan métodos anticonceptivos hacen una cosa que no está bien?	28
Figura 55. ¿Ha escuchado qué es la esterilización?	29
Figura 56. ¿Si la conoce utilizaría este método en su hijo/a con o sin el consentimiento del mismo?	29
Figura 57. ¿Deja que su hijo tome sus propias decisiones o usted es quien decide por él?	30
Figura 58. ¿Estaría dispuesto a ayudar a su hijo/a en el desarrollo de su sexualidad?	30
Figura 59. ¿Conoce acerca de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual?	31
Figura 60. ¿Conocen acerca de los Derechos sexuales y reproductivos?	31
Figura 61. ¿Se encuentra al tanto sobre los Derechos de las personas con Discapacidad en el Ecuador?.....	31
Figura 62. Le parece importante la creación de una guía de Educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.	32

Figura 63. Les parece importante la creación de una guía de Educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

¿Por qué?.....32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características en el habla.....	78
Tabla 2. Métodos anticonceptivos y su uso	118
Tabla 3. Creencias y realidades de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual moderada	124

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Certificado de validación de encuesta	133
Anexo 2. Encuesta sobre educación psicosexual	135
Anexo 3. Informe	142

RESUMEN

Este trabajo se inició con un diagnóstico a los padres y madres de adolescentes con Discapacidad Intelectual moderado asociado a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral de la Fundación Virgen de la Merced, en el que se evidenció la falta de conocimientos y afrontamiento de la educación sexual por parte de los padres, por esta razón el objetivo de este trabajo es aportar con un instrumento que pueda orientar a los padres y madres en la tarea de ser los principales actores en la educación sexual de sus hijos/as.

Un fundamento importante del trabajo se centra en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad intelectual, basados en instrumentos legales, como la Declaración de los Derechos Humanos, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley Orgánica de Discapacidad y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Todas estas leyes con el fin de garantizar condiciones de vida adecuadas y proteger a las personas con discapacidad, haciendo respetar y cumplir sus derechos.

Los enfoques utilizados se fundamentan en aportes de Piaget con su teoría del desarrollo cognitivo, Erikson con su teoría psicosocial-emocional por las que pasa un adolescente a lo largo de su vida y Vigotsky con la teoría socio-cultural que contempla la interacción social. Todo esto les llevará a conocer el proceso psicosexual en relación al nivel intelectual alcanzado por el adolescente con Discapacidad Intelectual moderada.

Se habla de la relación entre sexualidad y discapacidad donde se aborda temas que les ayudará a los padres y madres a informarse de manera clara sobre la sexualidad de sus hijos/as para que sean los principales orientadores de su desarrollo.

ABSTRACT

This work began with a diagnosis to parents of adolescents with moderate intellectual disability associated with Down syndrome and Cerebral Palsy of Fundación Virgen de la Merced, in which the lack of coping skills and sex education was evidenced by the parents, for this reason the objective of this work is to provide an instrument that can guide parents in the task of being the main actors in the sexual education of their sons or daughters.

One important foundation of the work focuses on the recognition of Intellectual Disability Rights, based on legal instruments such as the Declaration of Human Rights, Disability Law and Sexual and Reproductive Rights. All these laws in order to ensure adequate living conditions and protecting people with disabilities, with respect and comply their rights.

The approaches used are based on contributions of Piaget with his theory of cognitive development, Erikson psychosocial - emotional theory by passing a teenager along with his life and Vygotsky socio- cultural theory that includes social interaction. All this will lead them to know the psychosexual process in relation to the intellectual level reached by the adolescent with moderate intellectual disability.

They talk about the relationship between sexuality and disability where topics that will help parents to learn clearly about sexuality of their sons and daughters to be the mail guiding its development.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace en el aula de clase en donde se evidencia académicamente que de lo que no se habla en las personas con discapacidad es de su sexualidad por tanto a partir de aquí nace la necesidad de abordar el tema de la sexualidad en las personas con discapacidad pero desde los padres y madres de los mismos ya que son ellos los encargados de formar a sus hijos en la mayor parte de los aspectos de la vida.

En el capítulo I se realiza el diagnóstico que se llevó a cabo en la Fundación Virgen de la Merced ubicada en Sangolquí, que es un organismo privado, social, sin fines de lucro que atiende a niños, niñas y adolescentes con y sin discapacidad; en donde los objetivos planteados son: Obtener información sobre lo que piensan los padres o cuidadores, acerca de la educación psicosexual de sus hijos/as adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral mediante la aplicación de una encuesta en donde se obtuvieron resultados que permitieron evidenciar que los padres y madres de familia sienten temor, miedo, asombro y dudas para hablar sobre sexualidad con sus hijos debido a que no saben cómo abordar estos temas porque piensan que el desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad es diferente que un adolescente sin discapacidad, ya que los ven como eternos niños lo cual nos lleva a actitudes de sobreprotección.

En el capítulo II se detalla el marco teórico en donde se empieza explicando los derechos de las personas con discapacidad debido a que es de fundamental importancia el conocimiento de los mismos para que las madres y los padres de familia sean capaces de proteger a sus hijos ante cualquier acto injusto ya sea discriminación, abuso, etc. Como nos afirma la Organización de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos humanos donde todas las personas tienen los mismos derechos, sin importar su edad, nacionalidad, religión, color de piel, si tiene limitaciones leves o severas, condición económica, origen social, étnicas, sexo, orientación sexual, estado de salud, o cualquier otra condición propia. En el Ecuador dentro de la Ley Orgánica de

Discapacidad y el Código de la Niñez y la Adolescencia se reconocen los beneficios y garantías que el estado brinda a estas personas así como también a sus cuidadores.

A continuación se realiza una explicación detallada de las discapacidades en las que se enfoca esta investigación, se habla de la Discapacidad Intelectual en donde se hace un recorrido por algunas terminologías antes usadas para describirla así como también algunas definiciones que se hacen en torno a la misma por algunas organizaciones internacionales, se menciona también al Síndrome de Down y a la Parálisis Cerebral como trastornos asociados a la Discapacidad Intelectual moderada. Cada una de estas discapacidades se encuentra dentro de la población que ha sido evaluada en nuestra investigación.

Se ha citado a tres autores importantes cuyas teorías sustentan este trabajo, uno de ellos es Piaget en donde se ha enfatizado las etapas del desarrollo debido a que las personas con discapacidad intelectual moderada no llegan al estadio de las operaciones formales, lo cual nos permite evidenciar las limitaciones que los adolescentes con discapacidad tienen para lograr un buen desarrollo cognitivo y funcional. Se menciona a Erickson por su teoría psicosocial-emocional, en donde se toma en cuenta las etapas por las cuales tiene que atravesar el adolescente para adquirir logros que lo ayudarán en el transcurso de su vida. Por último se cita a Vigotsky por su teoría sociocultural que contempla el desarrollo en función de la actividad y la interacción social, donde los padres son el sistema de apoyo para desarrollar al máximo sus potencialidades y habilidades que requieren para desenvolverse de la forma más autónoma posible, esto se relaciona con lo que plantea Félix López Sánchez en cuanto a las necesidades interpersonales que deben ser satisfechas como son las de seguridad emocional y autoestima, necesidad de amigos y de contacto e intimidad afectiva y sexual, en donde los mediadores importantes para que esto se logre son los padres y madres que están en el diario vivir de sus hijos/as.

Para culminar se habla sobre la sexualidad en las personas con discapacidad en donde se ve a la sexualidad como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tienen a

su disposición las personas, para expresar y compartir deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías y afectos. Se hace énfasis en educación sexual debido a que se pretende mejorar las condiciones de salud sexual de las personas con discapacidad, lo cual engloba el bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. Se habla también de los cambios biológicos que se dan en la adolescencia puesto que son cuestiones que deben conocerse con claridad para que los padres y las madres de familia puedan guiar a sus hijos en el conocimiento de su propio cuerpo propendiendo el respeto hacia sí mismos y los demás. Se topan temas trascendentales como el embarazo, el enamoramiento, la masturbación que ponen en alarma a los padres de familia ya que niegan la posibilidad que esto suceda con sus hijos/as.

CAPÍTULO I

DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

1.1. Objetivos

Obtener información sobre lo que piensan los padres o cuidadores acerca de la Educación psicosexual de sus hijos/as adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral mediante la aplicación de una encuesta.

Observar las diferentes reacciones que manifiestan los padres en cuanto al manejo de la educación psicosexual de sus hijos/as adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral, dentro de un mismo espacio para registrar expresiones en cuanto a preguntas, dudas, experiencias, temores, de cada caso.

1.2. Descripción del proceso a ejecutar para el diagnóstico

El primer paso fue una reunión con el director ejecutivo de la Fundación “Virgen de la Merced” TCRN. Luis Enrique Acosta quien nos solicitó llevar una carta de la Universidad dándoles a conocer el trabajo que se pretende realizar con la población requerida dentro de la institución, posteriormente trabajamos con la Directora del Instituto de Educación Especial Dra. Ivanova Cadena la cual nos asignó a la Psicóloga Infantil Andrea Bastidas coordinadora del área funcional básica la misma que nos ayudó a seleccionar al grupo de adolescentes con Discapacidad Intelectual Moderada asociada a Síndrome de Dow y Parálisis Cerebral entre 12-18 años, que pertenecen al grupo funcional básico 3 y 4.

Teniendo la población necesaria para proceder a la realización del diagnóstico pertinente, como primer paso se realizó como instrumento de aplicación una encuesta, validada por la Directora del Instituto de Educación Especial y la Psicóloga Infantil coordinadora del área funcional básica así como de la tutora de tesis Dra. Elka Vargas Estupiñan MSTR.

En una reunión con la coordinadora del área, sugirió la realización de una convocatoria a los padres y madres de familia explicando las razones de su asistencia para la aplicación de la encuesta la misma que fue revisada por la directora y fue enviada a 13 padres.

Se tomó en cuenta la técnica de observación para el registro de información en cuanto a las diferentes reacciones que se lleguen a manifestar dentro de del proceso de la aplicación de la encuesta.

1.3. Descripción y determinación de instrumentos a utilizar

1.3.1. La encuesta

Es una técnica de investigación apoyada en respuestas orales o escritas de una población determinada. El encuestador es quien elabora las preguntas y el encuestado es quien responde. Los tipos de pregunta que van en el cuestionario son abiertas, cerradas y mixtas, las primeras responden a una manera más amplia de expresar sin categorizar, mientras que la segunda identifica la respuesta que considera correcta entre un grupo de opciones y la tercera es una combinación de las dos anteriores.

La encuesta nos permitió formular una gran cantidad de preguntas, las cuales deben cubrir el contenido de una manera integral del tema a indagar. La encuesta fue estructurada con una introducción que da a conocer a los encuestados el objetivo de la encuesta, datos informativos de los padres y de los hijos, 51 preguntas las cuales se dividen en 4 preguntas abiertas, 43 preguntas cerradas y 4 preguntas mixtas.

La validación fue realizada por la Dra. Ivanova Cadena Msc. y por la Psc. Andrea Bastidas, las cuales revisaron la encuesta he hicieron la corrección de la pregunta número 14 en la cual se pide la opinión sobre la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual dando a elegir cuatro opciones de respuesta y en la cual se sugirió modificarla quitando estas opciones dejándola como una pregunta abierta, en cuanto al resto de preguntas no existió cambio alguno. Una vez hecha la corrección las profesionales procedieron a validar por escrito esta encuesta para su posterior aplicación.

La encuesta fue utilizada en la etapa diagnóstica con el fin de obtener datos de los padres y madres de familia en cuanto al manejo de la educación psicosexual de sus hijos para la posterior realización de una guía que aporte en la orientación de este tema.

1.3.2. La observación

Es un método de evaluación el cual tiene una intencionalidad dirigida al objeto de investigación, es la recolección de información de manera sistemática, válida y confiable la cual permite captar de manera inmediata al objeto, la situación y las relaciones que se establecen. Se ha utilizado la observación abierta, para obtener datos del grupo selecto desde su forma más natural, averiguando ciertas características actitudinales con relación a la educación psicosexual de los adolescentes con discapacidad intelectual moderada, que sea válida y nos permita la toma de decisiones en cuanto al manejo de los temas (Alvarado, 2009, pág. 25).

Por esta razón la observación ha sido utilizada como un método abierto para obtener información de la población seleccionada.

1.4. Proceso de recolección de información diagnóstica

El día viernes 28 de febrero del año 2014 se aplicó la encuesta a los padres asistentes y el espacio asignado para la aplicación fue el aula del milenio, en donde asistieron seis madres y un padre de familia.

Como primer punto se hizo la presentación de las personas responsables de la realización del producto, explicándoles el objetivo principal de este trabajo y los beneficios que este conlleva para una mejor orientación en el manejo de la educación psicosexual en sus hijos/as, tomando en cuenta la discapacidad que presentan.

Se entregó la encuesta a cada padre con la debida explicación sobre la estructuración de la encuesta, dándoles la apertura a preguntar dudas referentes a la misma. En este mismo proceso se observaron y registraron las diferentes reacciones de los padres y madres en cuanto al manejo del tema de la educación psicosexual en sus hijos/as, lo cual

nos permitirá determinar los temas de mayor importancia que requerirán ser abordados dentro de la guía y su utilidad.

1.5 Tabulación de datos

1.5.1. Encuesta sobre educación sexual a padres y madres de familia

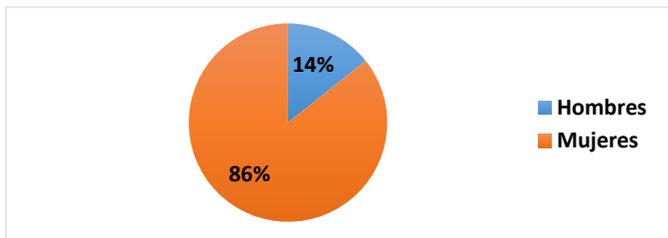


Figura 1. Sexo de los padres de familia
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Se puede evidenciar que el sexo de los pares y madres de familia asistentes a la realización de la encuesta está constituido por un 86% mujeres y en un 14% hombres.

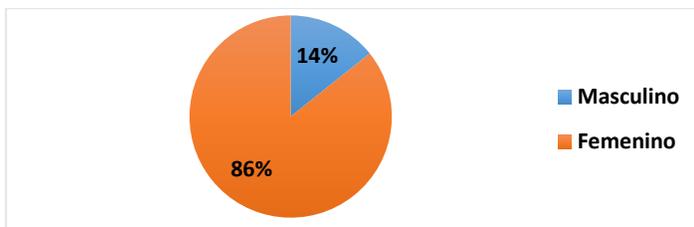


Figura 2. Género de los padres de familia
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 86% corresponde al género femenino y el 14% al género masculino.

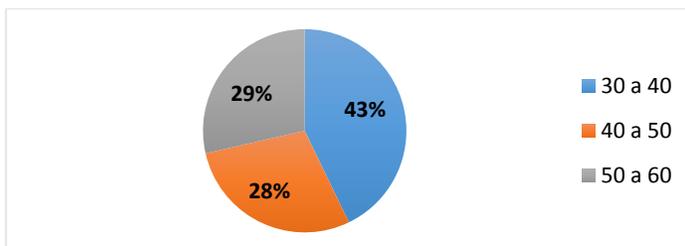


Figura 3. Edad de los padres de familia
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: el rango de edades de los padres y madres encuestados se encuentra, en un 43% de los 30 a los 40 años, en un 29% de los 50 a los 60 años, finalmente el 28% entre los 40 a los 50 años.

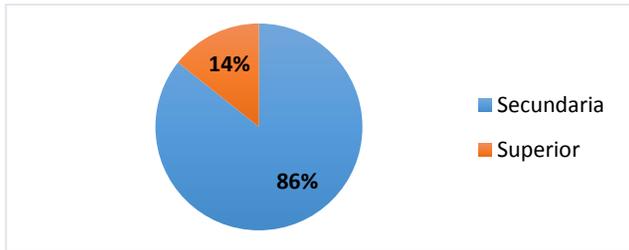


Figura 4. Nivel del estudio de los padres de familia
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El nivel de estudio de los padres de familia que se muestra como resultado es que en un 86% tienen estudios secundarios, es decir han culminado estudios hasta el tercer año de bachillerato, mientras que el 14% tiene un nivel de estudio superior, que corresponde a la educación universitaria.

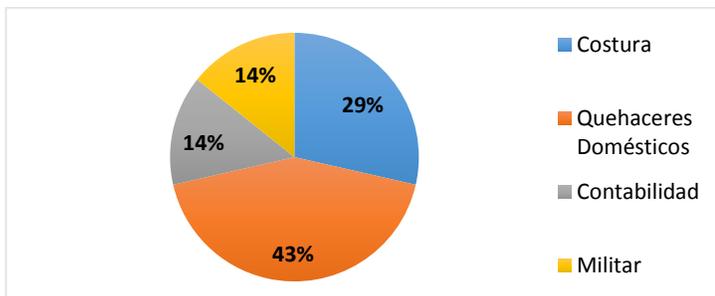


Figura 5. Ocupación de los padres de familia
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: La ocupación más relevante en un 43% es de quehaceres domésticos, en un 29% se dedican a la costura y finalmente mostrando un porcentaje igualitario del 14% corresponde a contabilidad y militar.

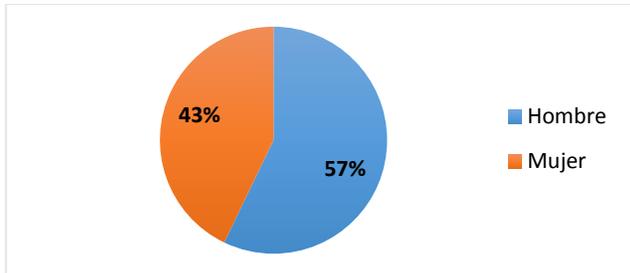


Figura 6. Sexo de su hijo/a
 Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El sexo de los hijos e hijas de los padres y madres encuestados corresponde a un 57% hombres y el 43% mujeres.

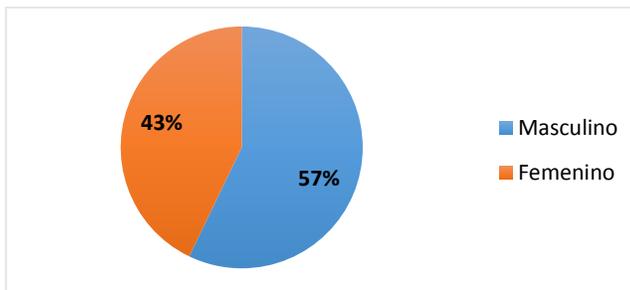


Figura 7. Género de su hijo/a
 Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2004

Análisis: El género de los hijos e hijas de los padres y madres encuestados corresponde a un 57% masculino y el 43% femenino.

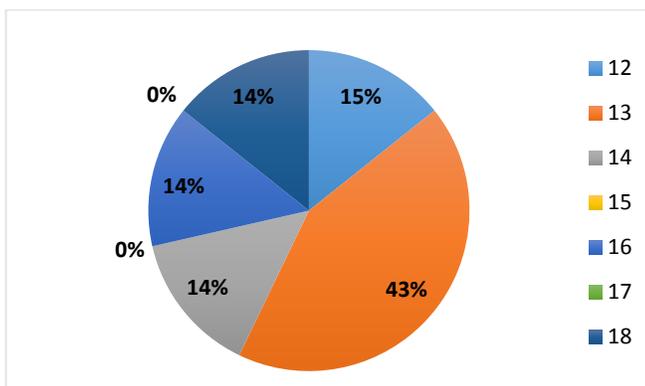


Figura 8. Edad de su hijo/a
 Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: La edad de los hijos e hijas de las personas encuestadas corresponde a un 43% a 13 años, un 15% a 12 años, un 14% comparten las edades de 14, 16 y 18 años, finalmente en un 0% no se encuentran edades de 15 y 17 años.

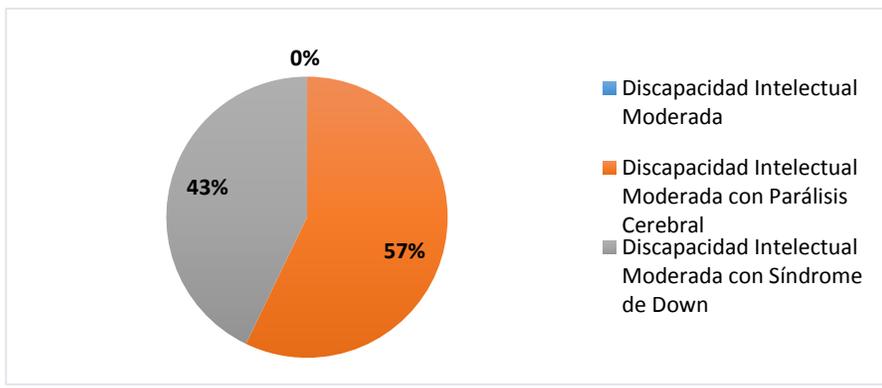


Figura 9. Discapacidad que presenta su hijo/a
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: En cuanto a la discapacidad que presentan los hijos e hijas de las personas encuestadas, en un 57% presentan discapacidad intelectual moderada con Parálisis Cerebral, un 43% presenta discapacidad intelectual moderada con Síndrome de Down y finalmente en un 0% discapacidad intelectual moderada.

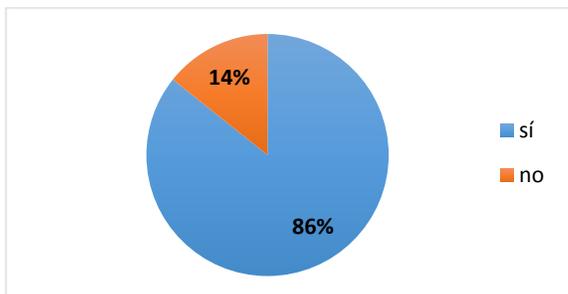


Figura 10. ¿Ha recibido información sobre educación sexual alguna vez?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: En un 86% los padres y madres con hijos adolescentes que presentan discapacidad intelectual moderada no han recibido información sobre educación sexual, mientras que un 14% de los mismos si la han recibido.

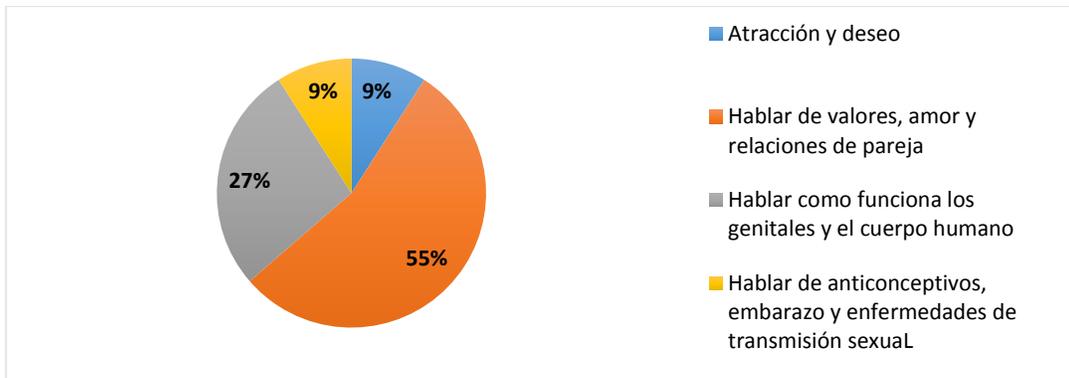


Figura 11. ¿Qué entiende por Educación Sexual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 55% de los padres y madres encuestados evidencian que hablar de educación sexual es hablar de valores, amor y relaciones de pareja, el 27% manifiesta que es hablar de cómo funcionan los genitales y el cuerpo humano, el 9% lo entiende como atracción y deseo así mismo otro 9% lo entiende como hablar de anticonceptivos, embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

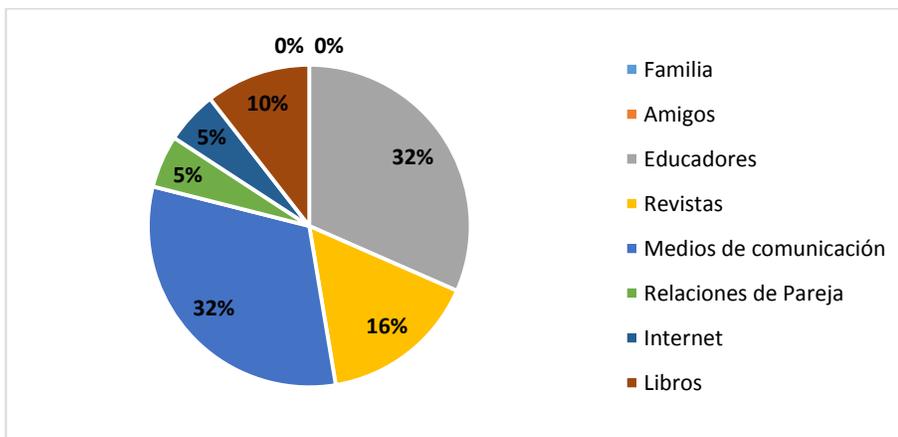


Figura 12. ¿Dónde ha obtenido información sobre educación sexual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: La información acerca de la educación sexual que han recibido los padres y madres de familia en un 32% ha sido recibida por educadores, otro 32% por parte de los medios de educación, el 16% en revistas, el 10% en libros, un 5% en internet así como también en relaciones de pareja y finalmente en un 0% compartido entre amigos y familia.

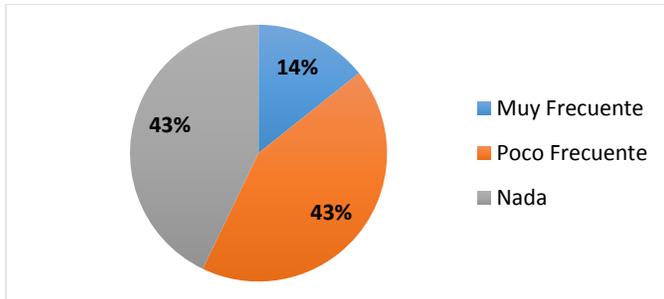


Figura 13. ¿Ha hablado sobre sexualidad con sus hijos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Un 43% de los padres y madres encuestados manifiestan no haber hablado nada sobre educación sexual con sus hijos, por otro lado igualmente en un 43% lo ha hecho de forma poco frecuente y un 14% de forma muy frecuente.

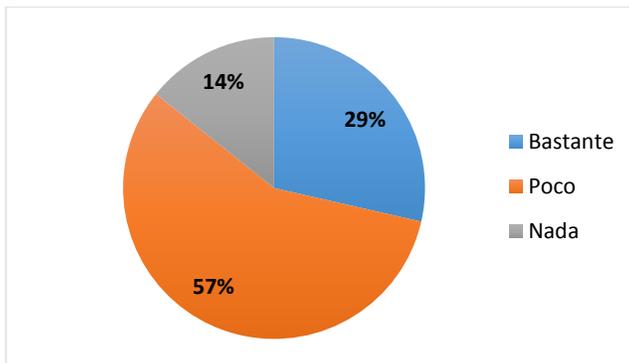


Figura 14. ¿Ha sido capaz de dar respuestas a las inquietudes que han tenidos sus hijos sobre sexualidad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Con respecto a que los padres han sido capaces de dar respuesta a las inquietudes que han tenido sus hijos sobre sexualidad lo han hecho echo en un 57% poco, en un 29% bastante y en un 14% nada.

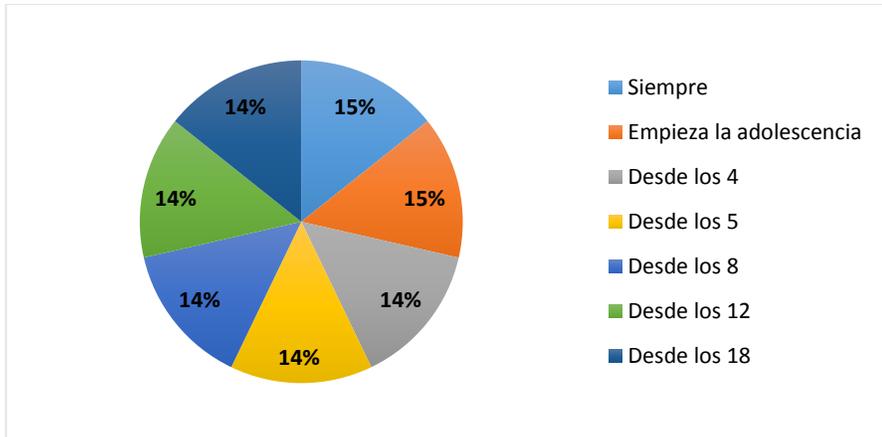


Figura 15. ¿Qué edad considera usted mejor para hablar de sexualidad con sus hijos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Un 15% de los padres y madres encuestados considera que la mejor edad para hablar de sexualidad con sus hijos debería ser desde que empiezan la adolescencia, se comparte este 15% manifestado que siempre se lo debe hacer, en un 14% por cada edad dice que desde los 4 años, 5 años, 8 años, 12 años y 18 años.

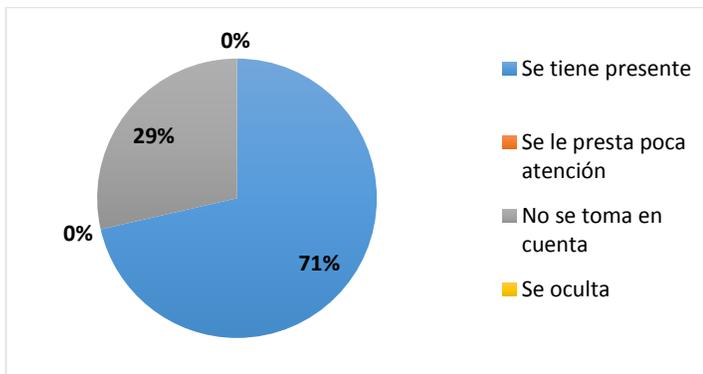


Figura 16. ¿Toma en cuenta la sexualidad de su hijo como parte de su formación integral?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres encuestados manifiestan en un 71% que tienen presente a la sexualidad de su hijo o hija como parte de su formación integral, el 29% no la toma en cuenta, en un 0% manifiesta que se le presenta poca atención y otro 0% dice que se lo oculta.

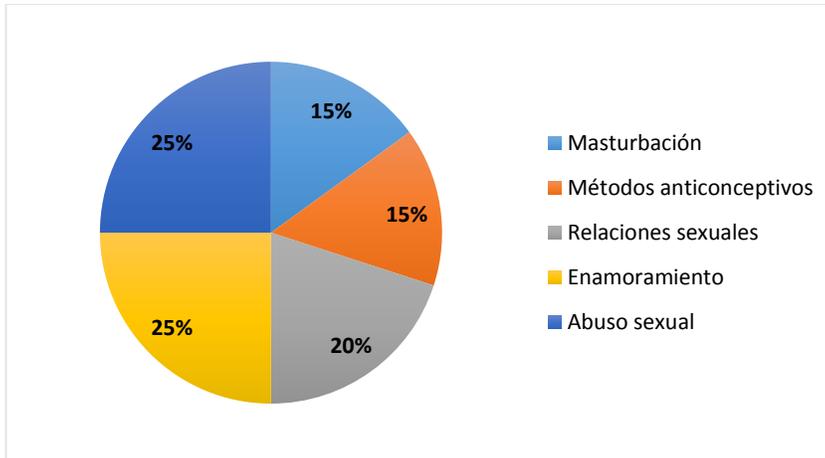


Figura 17. ¿Qué temas de sexualidad considera difícil hablar con sus hijos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los temas de sexualidad considerados a tratar de forma difícil por parte de los padres y madres, en un 25% el enamoramiento, otro 25% sobre el abuso sexual, un 20% en cuanto a relaciones sexuales, un 15% masturbación y finalmente sobre métodos anticonceptivos en otro 15%.

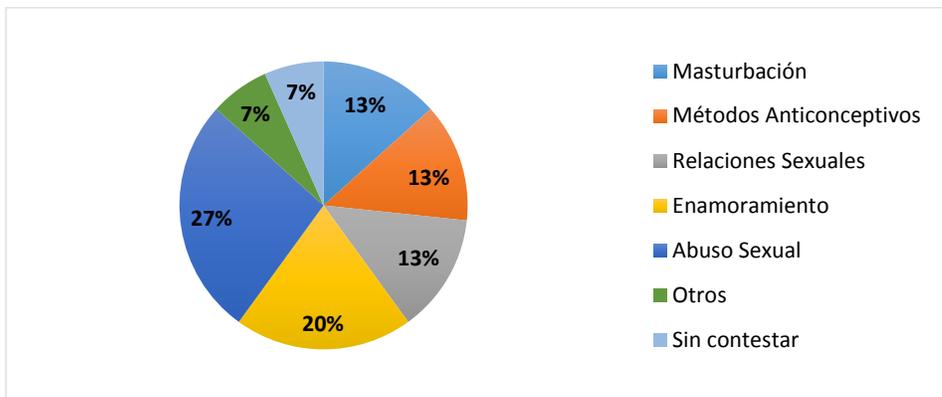


Figura 18. ¿De los temas antes propuestos cuál de ellos considera necesario que la Fundación aborde?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: De los temas antes propuestos los padres y madres consideran necesario que la Fundación aborde en un 27% el tema de abuso sexual, en un 20% el tema enamoramiento, un 13% en cada tema siguiente, masturbación, métodos anticonceptivos y relaciones sexuales, finalmente en un 7% propone otros temas como el comienzo de la adolescencia sexual mientras que en otro 7% no contesta la pregunta.

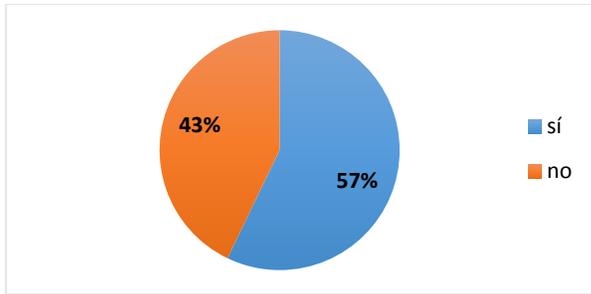


Figura 19. ¿Se debe tratar de diferente manera la sexualidad en las personas con Discapacidad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Con relación al trato de la sexualidad de las personas con discapacidad los padres y madres en un 57% considera que el tema debe ser tratado de diferente manera y mientras que un 43% manifiesta que no.

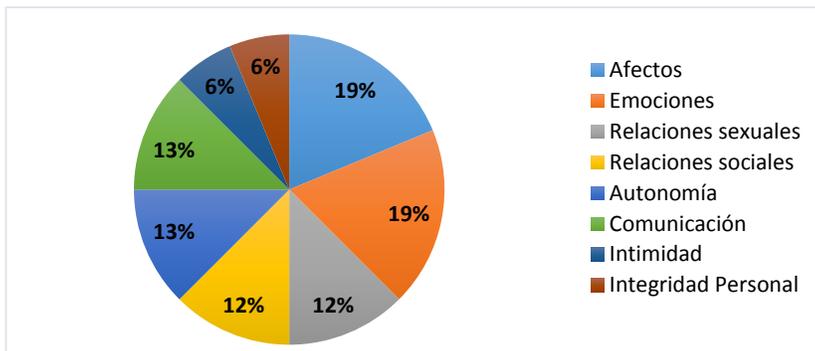


Figura 20. Considera que sexualidad tiene que ver con:
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres consideran que la sexualidad tiene que ver en un 19% con afectos y emociones, en un 13% con autonomía y comunicación, en un 12% con relaciones sociales y relaciones sexuales, y finalmente un 6% con intimidad e integridad personal.

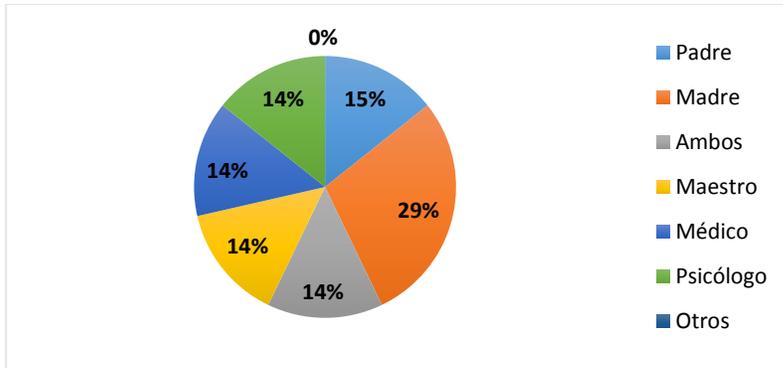


Figura 21. ¿Cuál es la persona adecuada para dar información sexual a sus hijos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Se evidencia según los padres y madres de familia que la persona adecuada para dar información sobre sexualidad a sus hijos, en un 29% debería ser la madre, en un 15% el padre, en un 14% el padre y la madre, el psicólogo, el médico, el maestro u otros.

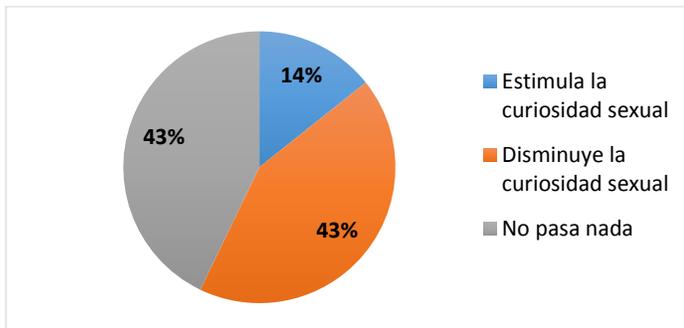


Figura 22. En su criterio el saber de temas sexuales
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Según el criterio de los padres y madres el saber de temas de sexualidad en un 43% disminuye la curiosidad sexual mientras que otro 43% manifiesta que no pasa nada, y un 14% aduce que estimula la curiosidad sexual.

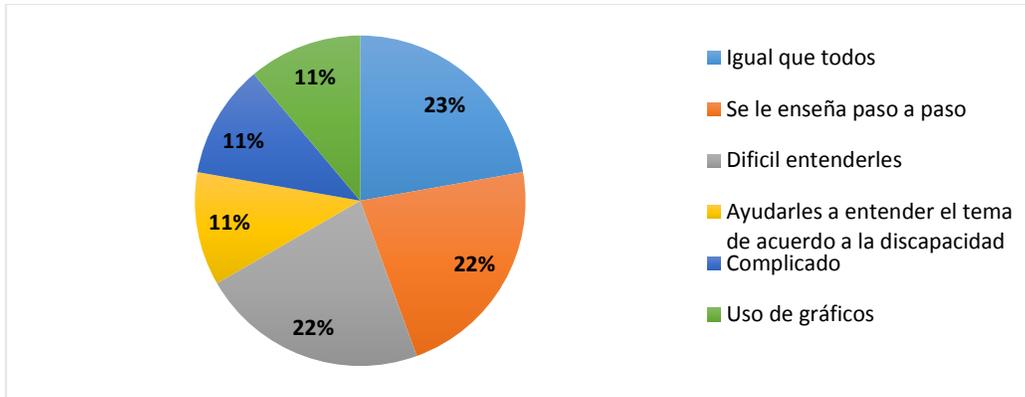


Figura 23. Si le piden su opinión sobre la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual, ¿qué diría?

Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: En cuanto a opiniones sobre la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual los padres manifiestan en un 23% que es un tema que se lo debe tratar igual que a todas las demás personas, en un 22% que sería difícil de entender y que les debe enseñar paso a paso, mientras que en un 11% opina que se debe tratar con uso de gráficos, ayudarles el tema de acuerdo a la discapacidad y que es complicado.

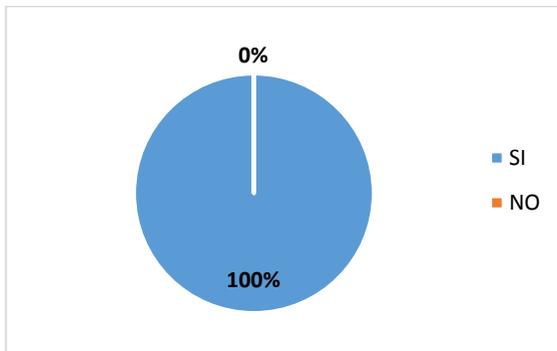


Figura 24. ¿Le parece necesario que en la Fundación exista un programa sobre sexualidad?

Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Al 100% de los padres encuestados les parece necesario que en la fundación exista un programa sobre sexualidad.

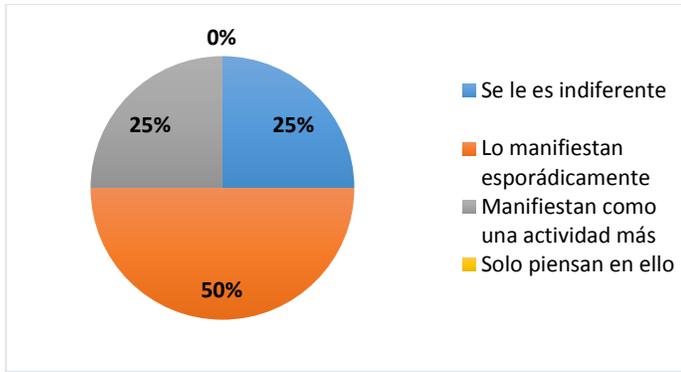


Figura 25. ¿Qué actitud ha observado en su hijo/a hacia la sexualidad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Las actitudes observadas por parte de los padres y madres hacia sus hijos con discapacidad intelectual moderada con relación a la sexualidad en un 50% dicen que lo manifiestan esporádicamente, en un 25% lo manifiestan como una actividad más, así como también se les hace indiferente y finalmente un 0% no aduce que sus hijos solo piensen en ello.

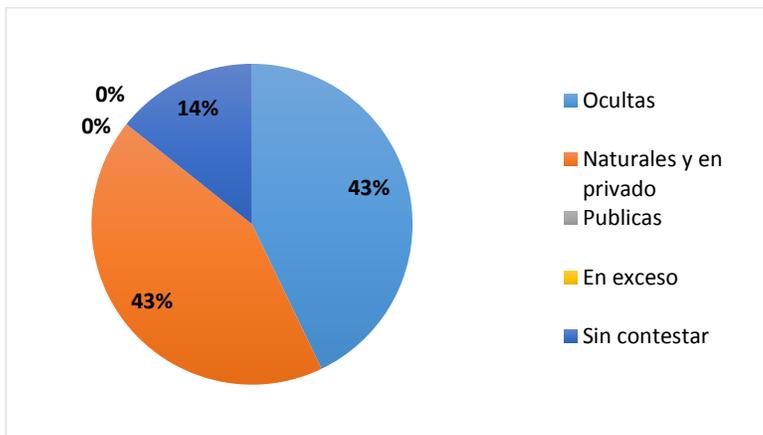


Figura 26. Entre las manifestaciones sexuales que ha observado en su hijo/a han sido:
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: entre las manifestaciones sexuales que los padres y madres han observado en sus hijos e hijas, en un 43% son naturales y en privado así como también son ocultas, en un 14% la respuesta no es contestada y finalmente en un 0% son públicas y en exceso.

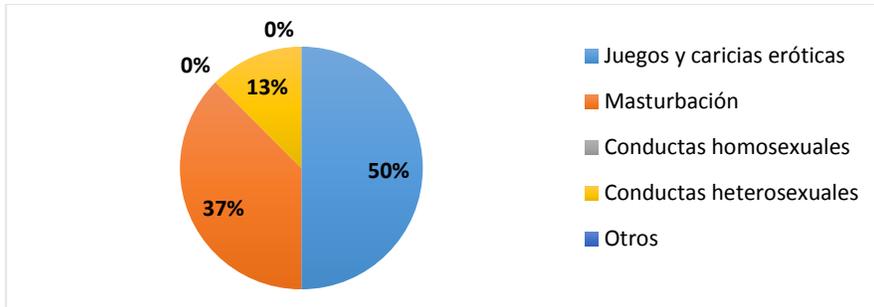


Figura 27. ¿Qué manifestaciones sexuales ha observado frecuentemente en su hijo/a?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: las manifestaciones sexuales más frecuentes observadas por parte de los padres y madres en su hijos e hijas, son, en un 50% juegos y caricias eróticas, en un 37% masturbación, en un 13 % conductas heterosexuales, sin haber observado conductas homosexuales u otras.

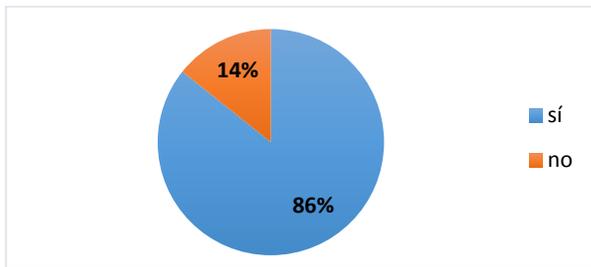


Figura 28. ¿Su hijo/a identifica y nombra los órganos sexuales masculinos y femeninos utilizando los nombres correctos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 86% de los adolescentes con discapacidad intelectual moderada identifica y nombra correctamente los órganos sexuales masculinos y femeninos, mientras que un 14% no lo hace, según los padres y madres.

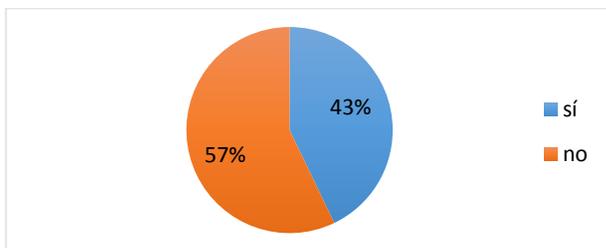


Figura 29. ¿Su hijo/a pregunta o se interesa por los cambios en su organismo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 57% de los padres manifiesta que sus hijos e hijas no preguntan o se interesa por los cambios en su organismo, mientras que un 43% si lo hace.

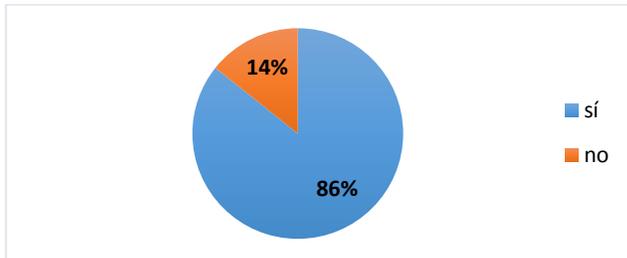


Figura 30. ¿Mantiene la higiene y cuidado adecuado de su cuerpo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres encuestados manifiestan en un 86% que sus hijos e hijas mantienen la higiene y cuidado adecuado de su cuerpo y un 14% dice que no lo hace.

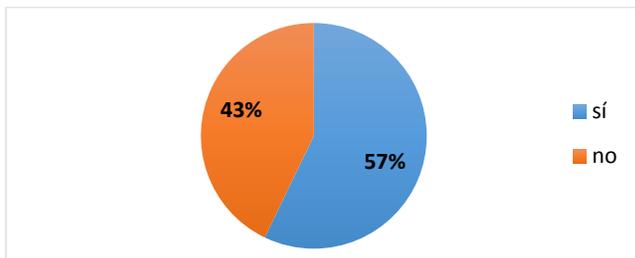


Figura 31. ¿Manifiesta interés y cuidado por la propia imagen?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres encuestados indican en un 57% que sus hijos e hijas manifiestan interés y cuidado por su propia imagen mientras el 43% dice que no lo manifiesta.

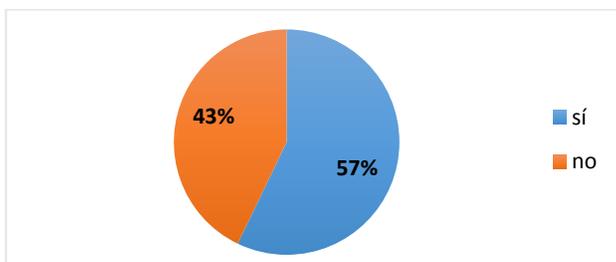


Figura 32. ¿Se viste o se desnuda solamente en privado?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Un 57% de los padres y madres indican que sus hijos e hijas se visten o se desnudan en privado mientras que el 43% no lo hacen.

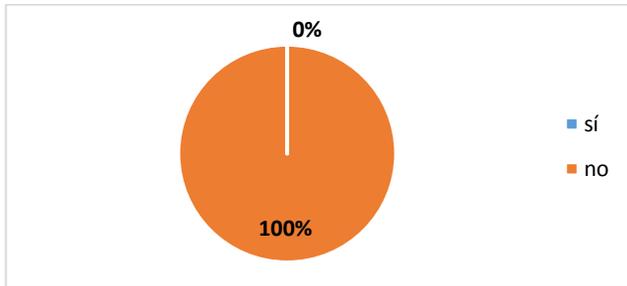


Figura 33. ¿Acaricia o toca sus partes íntimas en público?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de los padres y madres encuestados indican que sus hijos e hijas no se acarician ni se tocan sus partes íntimas en público.

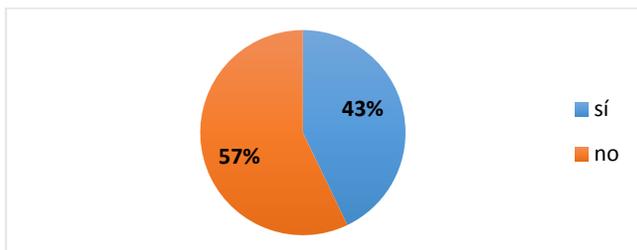


Figura 34. ¿Tomaría en serio el noviazgo de su hijo/a con discapacidad intelectual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres según los resultados en un 57% no aceptarían el noviazgo de sus hijos e hijas con discapacidad intelectual moderada mientras que el 43% si lo tomaría en serio.

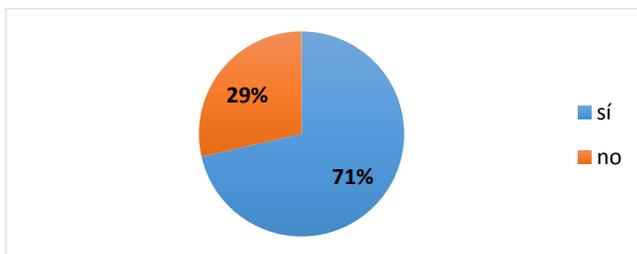


Figura 35. ¿Ha observado interés en su hijo/a por buscar afecto en el otro sexo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 71% de los encuestados sí han observado interés en sus hijos e hijas por buscar afecto en el otro sexo y el 29% no han observado este interés.

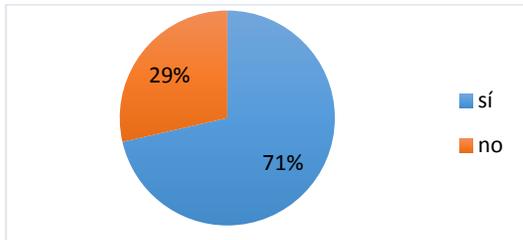


Figura 36. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del otro sexo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres de los y las adolescentes han manifestado en un 71% que sus hijos e hijas presentan sentimientos de atracción amorosa por el otro sexo y el 29% no ha evidenciado estas manifestaciones.

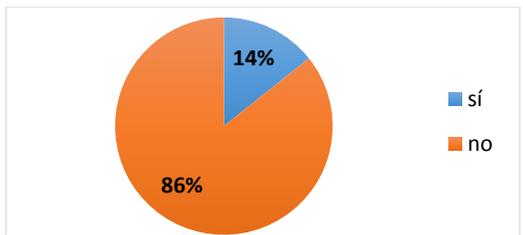


Figura 37. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del mismo sexo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Las personas encuestadas en un 86% indica que sus hijos e hijas no han manifestado sentimientos de atracción amorosa en una persona del mismo sexo mientras el 14% sí ha evidenciado esta manifestación.

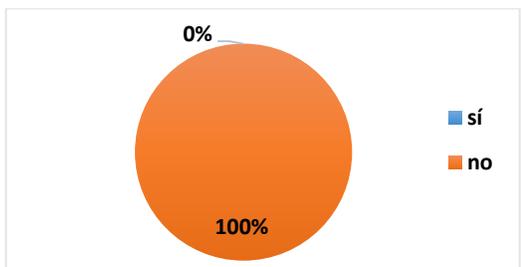


Figura 38. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a novio o novia?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres de familia niegan en un 100% la posibilidad de que sus hijos/as tengan novio o novia ya que no les ven con la capacidad de llevar una relación amorosa.

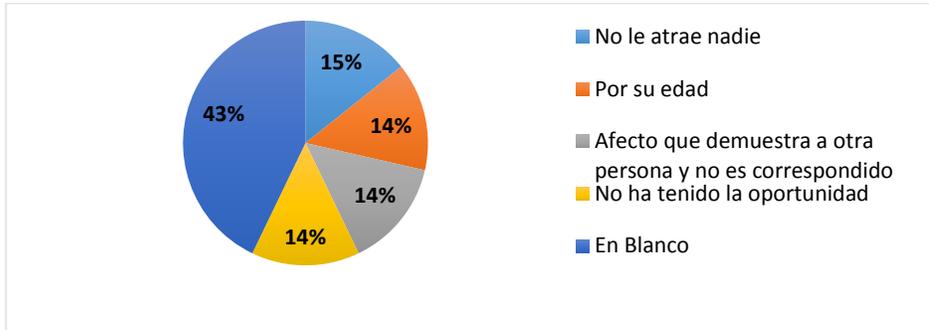


Figura 39. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a novio o novia? Por qué
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres evidencian en la pregunta 38 que sus hijos e hijas no han tenido novio o novia, por las siguientes razones, en un 43% no responden el por qué, un 15% indica que es porque no les atrae nadie, y en un valor igualitario del 14% expresan que es por la edad, por el afecto que demuestra a otra persona y no es correspondido, finalmente porque no han tenido la oportunidad.

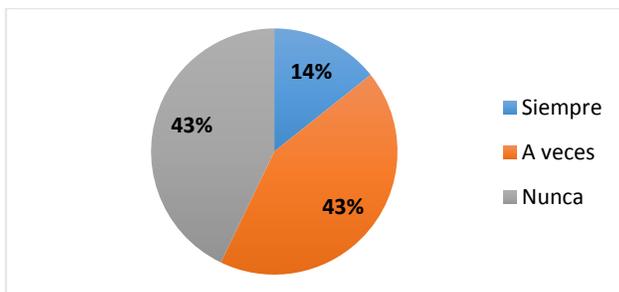


Figura 40. ¿Ha tenido su hijo/a fantasías sobre novios/as?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 43% de los padres y madres encuestados dicen que a veces sus hijos e hijas tienen fantasías sobre novios/as y otro 43% niegan esta posibilidad, finalmente el 14% expresa que siempre las tienen.

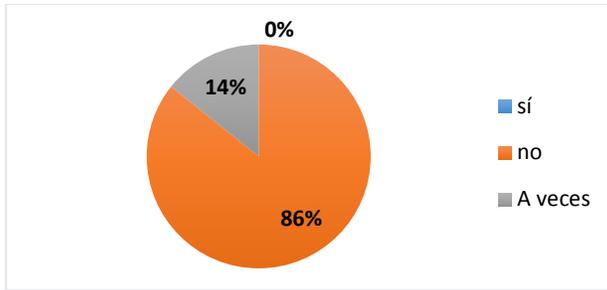


Figura 41. ¿Tiene su hijo/a fantasías sobre su futuro en cuanto al matrimonio?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: En un 86% de los padres y madres encuestados revelan que sus hijos no tienen fantasías sobre su futuro en cuanto al matrimonio, mientras que el 14% indica que a veces presentan estas fantasías, evidenciando que ninguno admite esta situación con un 0% para una respuesta afirmativa en su totalidad.

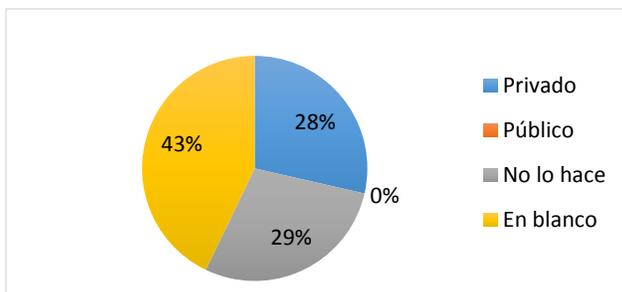


Figura 42. ¿Cuándo su hijo/a se masturba lo hace en privado o en público?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 43% de los padres y madres encuestados no responden si sus hijos e hijas se masturban en público o en privado, el 29% niega que se masturban ni en privado ni el público, el 28% lo hacen en privado y el 0% no lo hacen en público.

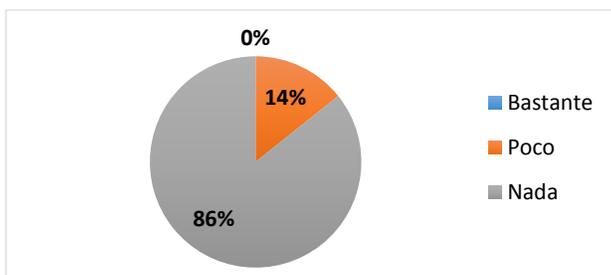


Figura 43. ¿Tiene comportamientos provocativos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: En un 86% los padres y madres encuestados han evidenciado que sus hijos e hijas no tienen comportamientos provocativos hacia la persona que les atrae, un 14% expresa que son pocos, y un 0% que sea bastante.

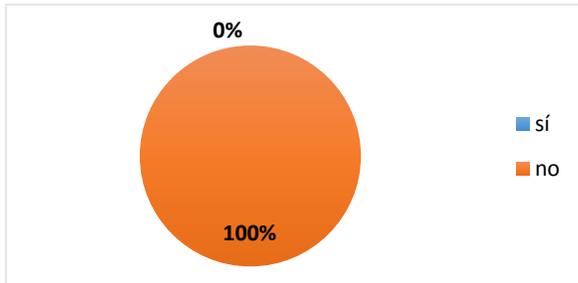


Figura 44. ¿Su hijo/a ha sufrido algún tipo de abuso o intento de abuso sexual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de los padres y madres encuestados niegan que sus hijos e hijas han sufrido algún tipo de abuso o intento de abuso sexual.

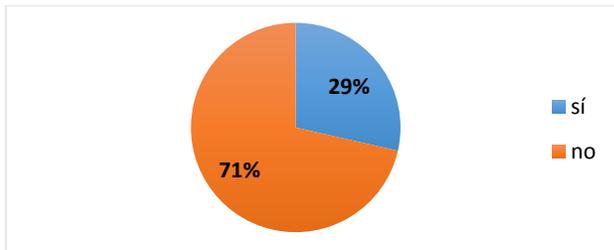


Figura 45. ¿Conoce usted qué hacer si su hijo/a sería víctima de abuso sexual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 71% de las personas encuestadas no conocen que hacer si sus hijos e hijas serían víctimas de abuso sexual, y el 29% si conoce que hacer si sucediese esta situación.

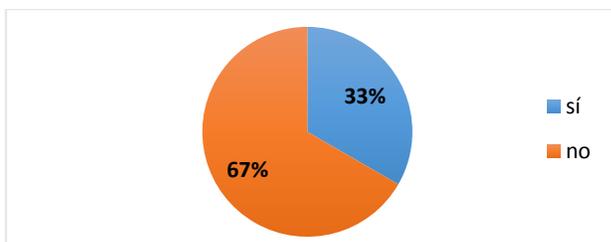


Figura 46. ¿Cree que las personas con discapacidad no tienen sexualidad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres de familia afirman en un 67% que las personas con discapacidad tienen sexualidad y en un 33% indican que no la tienen.

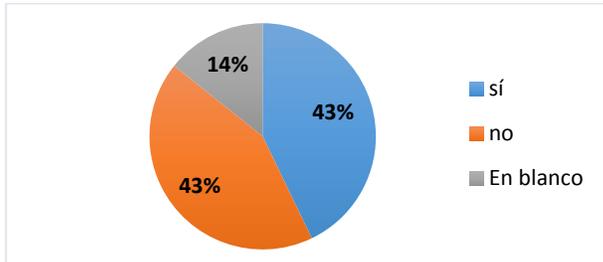


Figura 47. ¿Considera que su hijo/a despierta interés sexual con el contacto físico?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 43% de los padres y madres encuestados consideran que sus hijos e hijas despiertan interés sexual con el contacto físico mientras que otro 43% no lo considera así, finalmente el 14% no responde a la pregunta.

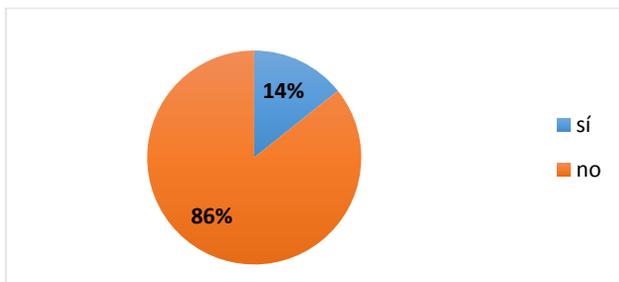


Figura 48. ¿Estaría de acuerdo en que su hijo/a tenga relaciones sexuales antes del matrimonio?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 86% de las personas encuestadas no están de acuerdo en que su hijo e hija tenga relaciones sexuales antes del matrimonio, mientras que el 14% contesta que sí.

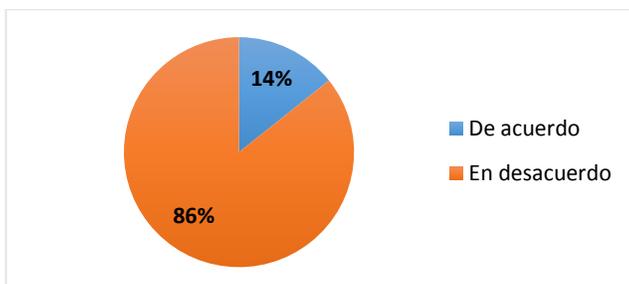


Figura 49. ¿Piensa usted que masturbación es sinónimo de enfermedad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Los padres y madres encuestados en un 86% están en desacuerdo que la masturbación sea sinónimo de enfermedad y el 14% están de acuerdo con que masturbación es sinónimo de enfermedad.

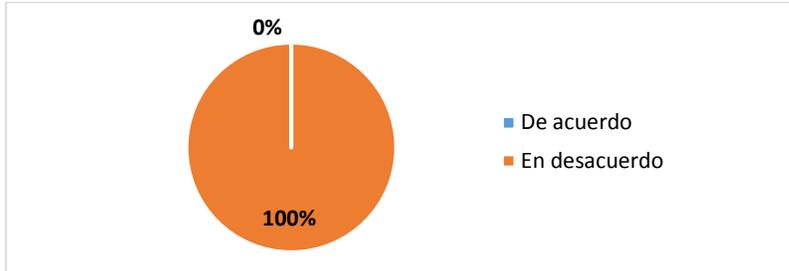


Figura 50. ¿Cree usted que la única forma de obtener placer es mediante el acto sexual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de las personas encuestadas expresa que el acto sexual no es la única forma de obtener placer ya que están en desacuerdo.

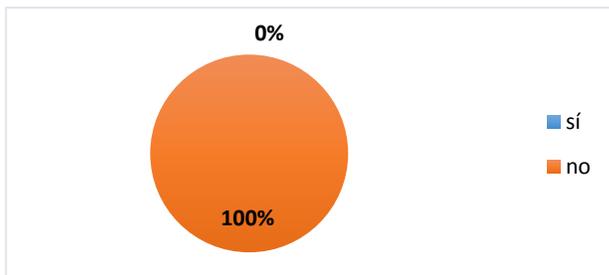


Figura 51. ¿Cree que su hijo/a puede llegar a ser madre o padre?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de los padres y madres encuestados indican que no creen que sus hijos e hijas no pueden llegar a ser madres o padres.

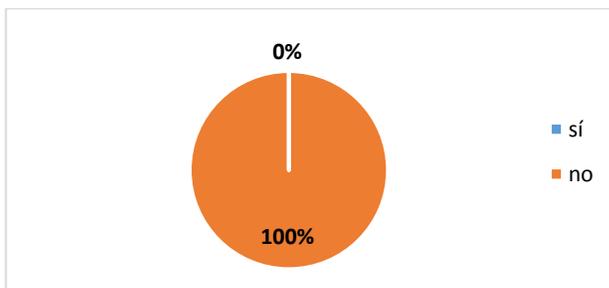


Figura 52. ¿Piensa que su hijo pueda adquirir las habilidades para el cuidado de un hijo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de los encuestados piensa que sus hijos e hijas no pueden adquirir las habilidades para cuidar a un hijo.

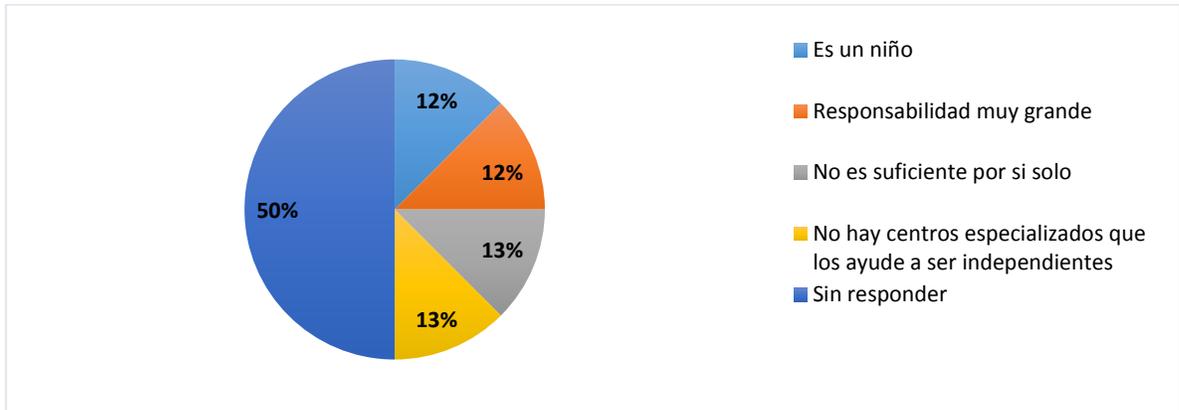


Figura 53. ¿Piensa que su hijo pueda adquirir las habilidades para el cuidado de un hijo? Por qué
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Las razones dadas por los padres y madres para que sus hijos no puedan adquirir habilidades para el cuidado de un hijo, en un 50% no responden, un 13% indica porque no hay centros especializados que los ayude a ser independientes, no es suficiente para que lo hagan solos, y un 12 % expresa porque son niños y por qué es una responsabilidad muy grande.

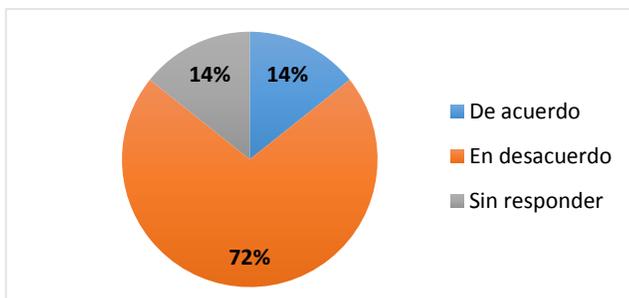


Figura 54. ¿Considera que las personas que utilizan métodos anticonceptivos hacen una cosa que no está bien?

Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 72% de los padres y madres expresan que están en desacuerdo en considerar que las personas que utilizan métodos anticonceptivos hacen algo que no está bien, un 14% está de acuerdo y otro 14% no responde.

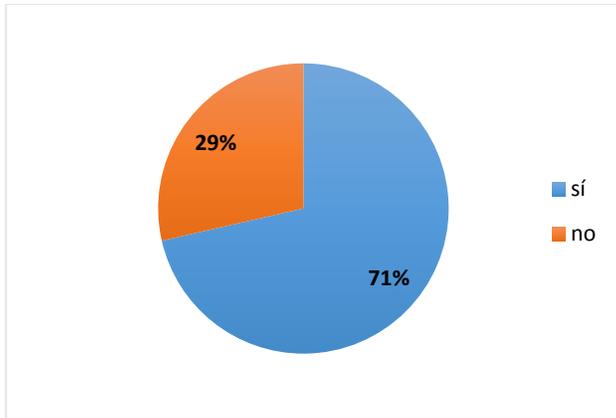


Figura 55. ¿Ha escuchado qué es la esterilización?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 71% de las personas encuestadas han respondido que si han escuchado sobre lo que es la esterilización, y un 29% no lo ha hecho.

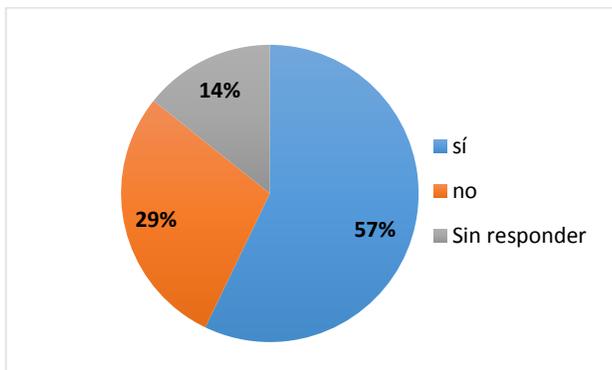


Figura 56. ¿Si la conoce utilizaría este método en su hijo/a con o sin el consentimiento del mismo?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Con relación al uso de la esterilización los padres y madres encuestados responden en un 57% que si lo utilizarían con o sin el consentimiento de sus hijos e hijas, mientras que el 29% no lo utilizaría, finalmente el 14% no respondió a la pregunta.

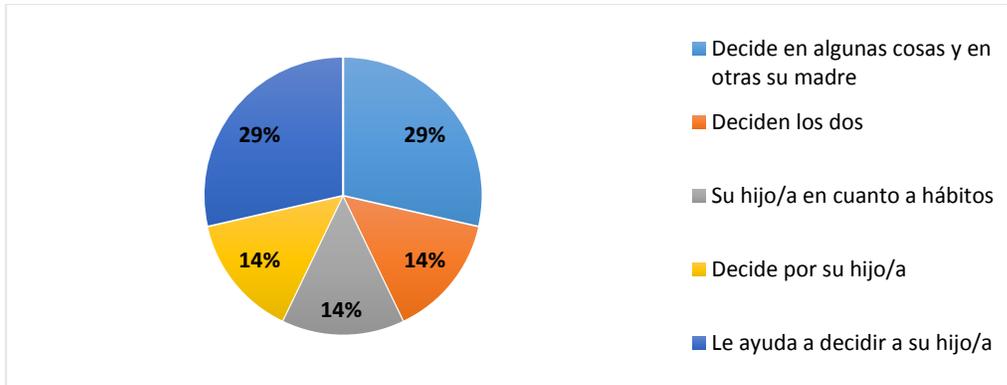


Figura 57. ¿Deja que su hijo tome sus propias decisiones o usted es quien decide por él?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 29% de los padres y madres encuestados responden que en la toma de decisiones sus hijos e hijas lo hacen en algunas situaciones y en otras solamente la madre, otro 29% indica que les ayudan a decidir, y en un 14% manifiestan que la toma de decisiones la hacen de manera conjunta, también les dejan decidir en cuanto a hábitos (aseo), mientras otros padres deciden totalmente por sus hijos.

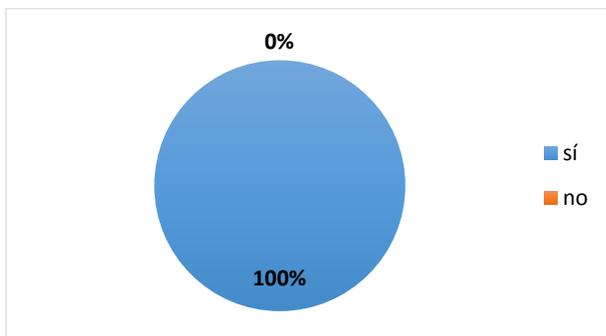


Figura 58. ¿Estaría dispuesto a ayudar a su hijo/a en el desarrollo de su sexualidad?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 100% de los padres y madres encuestados dice que si estarían dispuestos a ayudar a sus hijos e hijas en el desarrollo de su sexualidad.

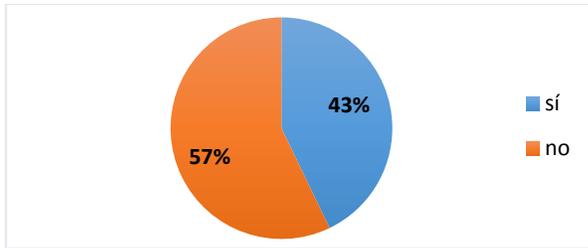


Figura 59. ¿Conoce acerca de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 57% de personas encuestadas no conoce acerca de los derechos humanos de la personas con discapacidad intelectual, y el 43% sí conoce acerca de éstos derechos.

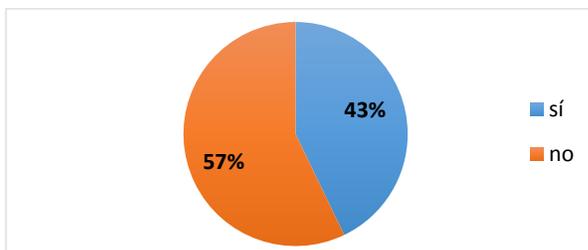


Figura 60. ¿Conocen acerca de los Derechos sexuales y reproductivos?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 57% de encuestados indica que no conoce acerca de los derechos sexuales y reproductivos, mientras el 43% sí los conoce.

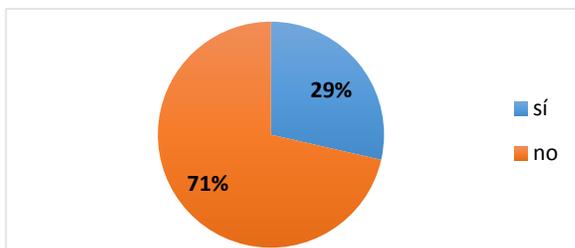


Figura 61. ¿Se encuentra al tanto sobre los Derechos de las personas con Discapacidad en el Ecuador?
Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El 71% de los padres y madres encuestados expresa que no se encuentra al tanto sobre los derechos de las personas con discapacidad en el Ecuador, y un 29% sí los conoce.

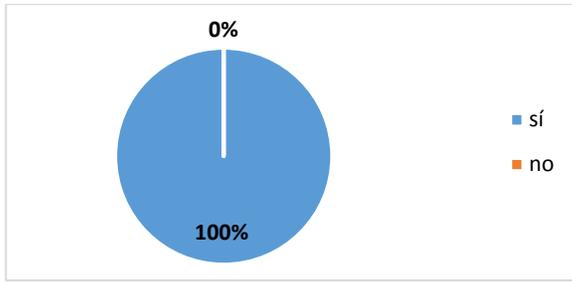


Figura 62. Le parece importante la creación de una guía de Educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: Al 100% de encuestados sí les parece importante la creación de una guía de educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

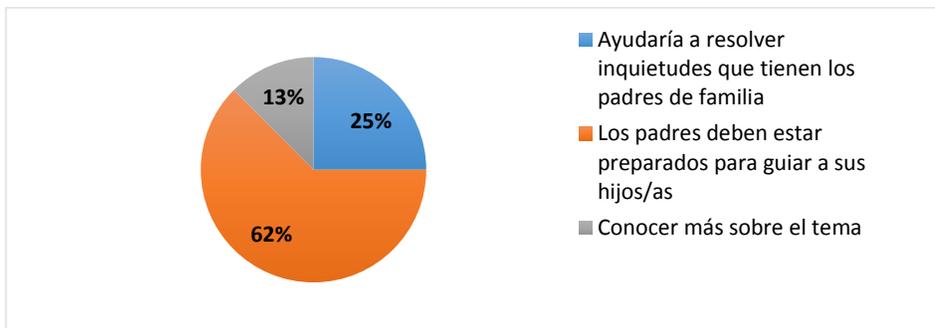


Figura 63. Les parece importante la creación de una guía de Educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral. ¿Por qué?

Elaborado por: Clavijo A, Núñez L, Olivero D, 2014

Análisis: El porqué de la creación de una guía de educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral, en un 62% los padres indican que les serviría para estar preparados y guiar a sus hijos e hijas, en un 25% porque les ayudaría a resolver inquietudes sobre la sexualidad de sus hijos/as y finalmente el 13% expresa que les interesaría conocer más sobre el tema.

1.6. Metaanálisis

En las encuestas aplicadas a los padres y madres de familia de la Fundación Virgen de la Merced, correspondientes al básico funcional tres, en el cual se encuentran adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral, asistieron en un 86% las madres y en un 14% los padres, los cuales, se encuentran en un rango de edad de los 30 a 60 años.

Se pudo evidenciar a través de la encuesta, que son las madres quienes están más al cuidado de sus hijos/as ya que en un 43% están dedicadas a quehaceres domésticos, lo cual les permite pasar más tiempo pendientes de ellos/as.

Los padres y madres, están informados en un 86% sobre lo que es la educación sexual, y su visión va más allá del acto coital, entendiéndolo en un 55% por hablar de valores, amor, afecto, relaciones de pareja, relaciones sociales e intimidad, así como también del cuerpo, su desarrollo y funcionamiento en un 27%, mostrando menos conocimientos en temas como anticonceptivos, embarazos y enfermedades de transmisión sexual en un 9%. Así también expresan que la información recibida sobre el tema, la han acogido por diversas maneras, resaltando las siguientes: en un 32% por parte de educadores y medios de comunicación, como revistas libros e internet ya que no han encontrado la ayuda en especialistas sobre el mismo, teniendo como consecuencia la falta de herramientas para contestar las inquietudes que tienen sus hijos/as, indicando en la encuesta que el 57% de padres y madres no son capaces de hacerlo, por lo cual un 76% le presta poca atención a la sexualidad como parte de la formación integral.

En cuanto al cuidado del cuerpo el 86% de los padres y madres, ven en sus hijos e hijas mantener este hábito como parte de su cotidianidad y bienestar, así como también evidencian en ellos el interés y atención por su propia imagen en un 57%.

Respecto a las acciones dentro de los espacios públicos y privados que están vistas por la sociedad como aceptables y no aceptables, los padres y madres manifiestan observar en sus hijos e hijas acciones cotidianas y naturales de su vida íntima, dentro de

estos espacios de forma adecuada, expresando en un 57% que se visten o se desnudan en espacios privados y el 100% de ellos no se acaricia ni se toca sus partes íntimas en público.

Los padres y madres en un 57% no tomarían en serio el noviazgo de su hijo/a, en el caso de tenerlo, negándoles así la posibilidad de que se puedan enamorar y vivir una relación de pareja, debido a que los padres en un 43% no indican la razón por la cual esta situación debería darse en sus hijos.

La creencia de los padres y madres sobre las personas con discapacidad intelectual es confirmada en un 67% que tienen sexualidad como cualquier otra persona, ya que en sus hijos se evidencian los mismos cambios físicos, biológicos y emocionales, pero por otro lado el 33% cree que sus hijos no tienen una sexualidad regular porque esto depende del grado de discapacidad que tengan, demostrando la falta de información que tienen sobre el manejo del tema.

En un 100% los padres y madres piensan que sus hijos no pueden llegar a cumplir este rol, puesto que no podrían adquirir las habilidades necesarias para el cuidado de un hijo/a, algunos de ellos en un 50% no dan una razón que justifique esta respuesta, mientras otros expresan que no podrían asumir una responsabilidad de estas porque son vistos como niños.

Los métodos anticonceptivos, son aceptados por los padres y madres de los adolescentes con discapacidad intelectual moderada en un 72%, en cuanto a su uso de forma general, sin embargo en un 86% los padres y madres no están de acuerdo en que sus hijos tengan relaciones sexuales antes del matrimonio. El 57% mira a la esterilización como una alternativa para evitar embarazos pero no están de acuerdo en utilizarla con o sin el comportamiento de sus hijos e hijas.

Los padres y madres en un 100% manifiestan que sus hijos/as no han sufrido ningún tipo de abuso sexual ya que la mayor parte del tiempo se encuentran bajo su cuidado, en caso de ser víctimas de este abuso no sabrían que hacer en un 71%.

Acerca de los derechos humanos de las personas con discapacidad intelectual, el 57% de los padres y madres no los conocen, al igual que los derechos sexuales y reproductivos, tanto internacionales como nacionales, los cuales son una parte integral dentro de la vida de todo ser humano.

A todos los padres y madres encuestados les interesa en un 100%, la creación de una guía de educación psicosexual que los oriente en cuanto al manejo del desarrollo de la sexualidad de sus hijos adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

1.7. Conclusiones

Según los resultados de la encuesta realizada a los padres y madres de adolescentes entre 12 a 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Dow y Parálisis Cerebral, se puede decir que entienden el tema de sexualidad desde una perspectiva más allá de lo genital, resaltándola con la formación de valores, relaciones de pareja, amor, afecto, emociones, etc., sin embargo es un tema dentro de la discapacidad que les cuesta tratar porque la han vivido de cerca con sus hijos/as y creen que ésta es diferente en ellos, por ello hablar con sus hijos de temas como: anticonceptivos, embarazo, relaciones sexuales, enamoramiento y otros. Se les dificulta explicarles ya que los miran como niños que nunca van a dejar de serlo, por lo cual necesitan ser protegidos a pesar de seguir creciendo.

Los padres y madres de éstos adolescentes con discapacidad intelectual moderada, les han enseñado a sus hijos que acciones deben ser realizadas en espacios públicos y privados, es decir que entienden que la intimidad es un acto de respeto por ellos mismos y por los demás.

Para los padres es complicado entender que sus hijos e hijas puedan llevar una relación de noviazgo, lo ven como algo difícil que se pueda llegar a dar porque creen que no pueden ser atractivos para el otro sexo, por ello se remiten a aceptar simplemente las relaciones de amistad que tengan. Como resultado de esto los padres también niegan que se pueda casar, tampoco tener hijos pues lo ven como una responsabilidad muy fuerte de asumirla en ellos/as.

La mayor parte de las madres están al cuidado de sus hijos/as por lo cual asumen que no pueden pasar por una situación de abuso sexual, por ello existe desconocimiento acerca de las leyes que amparan a las personas con discapacidad, tanto en temas de derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Los padres y madres de familia ven la necesidad de la creación de una guía que les sirva como herramienta de apoyo en la orientación del manejo de la educación psicosexual de sus hijos adolescentes con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual

2.1.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos

Desde el 10 de diciembre de 1948, en su resolución 217 A (III) la asamblea general de las Naciones Unidas, de la cual formamos parte, reconoce que todas las personas tienen derechos igualitarios, teniendo como resultado la formulación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Lo que hace importante a esta declaración es que todas las personas tienen los mismos derechos, sin importar su edad, nacionalidad, religión, color de piel, si tiene limitaciones leves o severas, condición económica, origen social, étnicas, sexo, orientación sexual, estado de salud, o cualquier otra condición propia. Cualquier persona es reconocida en su dignidad humana y, por lo tanto, se garantizarán sus derechos, los cuales se encuentran establecidos en la declaración y consta de 30 artículos.

Según la Declaración, de los Derechos Humanos, todos deben ser responsables de dar a conocer y aplicar los derechos de las personas para garantizar el disfrute pleno así como también el respeto del cumplimiento de los mismos para las personas en situación de discapacidad.

“Esta declaración dice entre otras cosas, que las personas tienen, derecho a la vida, libertad, protección, respeto, intimidad, integridad, nacionalidad y acceso equitativo a los servicios sociales” (Gladys León, MIES, 2011).

Cada estado debe comprometerse al cumplimiento de los derechos humanos ya que son ellos los responsables de garantizar las leyes dirigidas al bienestar de cada persona, defendiendo el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.

2.1.2. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, después de haber sido ratificada por 20 países, el 3 de abril de 2008 Ecuador se convirtió en el 20° país que ratifica la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad por lo que la Convención entra en vigor 30 días después, por lo tanto entró en vigencia el 3 de mayo de 2008 (Rosales, 2008).

Es un instrumento jurídico internacional que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad y que reafirma, que todas las personas, cualquiera que sea su discapacidad, pueden gozar de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (Biblioteca CEPAL/ ECLAC Library , 2013). Esta Convención consta de 50 artículos donde, se puede encontrar derechos ya reconocidos en otros instrumentos internacionales como: La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, La Convención sobre los Derechos del Niño, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros (Rosales, La Nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2007) .

La convención y cada uno de sus artículos se basan en ocho principios rectores:

1. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
2. La no discriminación.
3. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
4. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
5. La igualdad de oportunidades.
6. La accesibilidad.
7. La igualdad entre el hombre y la mujer.

8. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

El propósito de esta Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008).

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2008).

Esta convención ha sido importante a nivel internacional y nacional para ayudar a cambiar la percepción de la sociedad sobre las personas con discapacidad, permitiéndoles tener oportunidades de vida, “dejándoles participar en ámbitos como la accesibilidad, la libertad de movimiento, la salud, la educación, el empleo, la habilitación y rehabilitación, la participación de la vida política, y la igualdad, y la no discriminación” (Naciones Unidas, 2012) .

2.1.3. Derechos Humanos para las personas con Discapacidad Intelectual

Las Naciones Unidas en el 2006 aprobaron una nueva ley que ampara a las personas con discapacidad, donde establecen que tienen los mismos derechos que cualquier otra persona y son iguales ante la ley sea hombre o mujer. Hay varios derechos que protegen a las personas con discapacidad algunas de ellas son las siguientes:

- Igualdad: Tienen derecho a ser tratados en igualdad de condiciones que los demás, rompiendo barreras que les impida desarrollarse como personas y a la toma de decisiones sobre sus vidas.

- Seguridad: Derecho a vivir sin abusos de parte de sus familiares o gente de su mismo ambiente inmediato que puedan hacerles daño. Ampararse en las leyes cuando han sido agredidos y puedan ser castigados los agresores.
- Hogar y Familia: Derecho a ser parte de una familia que le brinde amor, protección y seguridad. Tienen derecho a ser amados y a establecer relaciones amorosas, casarse y a construir su propia familia.
- Privacidad: Derecho a la privacidad, respetando su espacio.
- Vida Independiente: Derecho a desarrollar autonomía y a tomar sus propias decisiones.
- Trabajo: Derecho a tener un salario digno que ayude a la manutención.
- Educación: Derecho a educarse para desarrollar sus habilidades, capacidades y potencialidades.
- Salud: Derecho a tener una atención médica eficiente y un trato digno.

Así es como los derechos humanos para las personas con discapacidad se tienen que respetar y hacer que se cumplan las leyes. Ha sido una lucha constante para ser defensores de sus derechos.

2.1.4. Constitución de la República del Ecuador Sección 6°.- Personas con discapacidad

“Art. 47 Derechos de las personas con discapacidad” (ECUADOR, 2011)

1. Atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus diferentes necesidades.
2. Rehabilitación integral y asistencia permanente.
3. Rebajas en los servicios públicos y privados de transporte.
4. Exenciones en el régimen tributario.
5. Trabajo con igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades.
6. Una vivienda adecuada
7. Educación que desarrolle sus habilidades y potencialidades para su integración y participación en igualdad de condiciones.

8. Educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades.
9. Atención Psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias.
10. Acceso adecuado a todos los bienes y servicios.
11. Acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación.

“Art. 49 capacitación periódica a las personas que cuidan a personas con discapacidad.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención” (ECUADOR, 2011).

2.1.5. Código de la Niñez y la Adolescencia

La Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), es un programa internacional de la Organización de las Naciones Unidas, que ha ayudado a promover el cumplimiento de los derechos a la protección, que tienen los niños, niñas, adolescentes, en el Ecuador.

Éste código entró en vigencia el 3 de julio del 2003, basado en la Convención de los Derechos del Niño, en el 2005, éste código se ha aplicado en el sistema nacional de protección integral, cuyo núcleo es el Consejo Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

Título I.- Definiciones

Art. 1.- Finalidad.- Este código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr sus desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 1) .

Art. 4.- Definición de niño, niña y adolescente.- Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad. Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 1) .

Título II.- Principios fundamentales

Art. 6.- Igualdad y no discriminación.- Todos los niños, niñas y adolescentes son iguales ante la ley y no serán discriminados por causa de su nacimiento, nacionalidad, edad, sexo, etnia; color, origen social, idioma, religión, filiación, opinión política, situación económica, orientación sexual, estado de salud, discapacidad o diversidad cultural o cualquier otra condición propia o de sus progenitores, representantes o familiares (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 2) .

Art. 9.- Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 2).

Título III.- Derechos, garantías y deberes

Capítulo I.- Disposiciones Generales

Art. 15.- Titularidad de derechos.- Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y garantías y, como tales, gozan de todos aquellos que las leyes contemplan en favor de las personas, además de aquellos específicos de su edad (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 3).

Art. 16.- Naturaleza de estos derechos y garantías.- Por su naturaleza, los derechos y garantías de la niñez y adolescencia son de orden público, interdependientes, indivisibles, irrenunciables e intransigibles, salvo las excepciones expresamente señaladas en la ley (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 3).

Art. 17.- Deber jurídico de denunciar.- Toda persona, incluidas las autoridades judiciales y administrativas, que por cualquier medio tenga conocimiento de la violación de un derecho del niño, niña o adolescente, está obligada a denunciarla ante la autoridad competente, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 3).

Art. 19.- Sanciones por violación de derechos.- Las violaciones a los derechos de los niños, niñas y adolescentes serán sancionadas en la forma prescrita en este Código y más leyes, sin perjuicio de la reparación que corresponda como consecuencia de la responsabilidad civil (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 4).

Capítulo II.- Derechos de supervivencia

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 5).

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 5).

Capítulo III.- Derechos relacionados con el desarrollo

Art. 33.- Derecho a la identidad.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la identidad y a los elementos que la constituyen, especialmente el nombre, la nacionalidad y sus relaciones de familia, de conformidad con la ley (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 8).

Art. 37.- Derecho a la educación.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Este derecho demanda de un sistema educativo que:

Contemple propuestas educacionales flexibles y alternativas para atender las necesidades de todos los niños, niñas y adolescentes, con prioridad de quienes tienen discapacidad, trabajan o viven una situación que requiera mayores oportunidades para aprender (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 9).

Art. 41.- Sanciones prohibidas.- Se prohíbe a los establecimientos educativos la aplicación de:

1. Sanciones corporales;
2. Sanciones psicológicas atentatorias a la dignidad de los niños, niñas y adolescentes;
3. Se prohíben las sanciones colectivas; y,
4. Medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa de una condición personal del estudiante, de sus progenitores, representantes legales o de quienes lo tengan bajo su cuidado (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, págs. 10-11).

Art. 42.- Derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.- Los niños, niñas y adolescentes con discapacidades tienen derecho a la inclusión en el sistema educativo, en la medida de su nivel de discapacidad. Todas las unidades educativas están obligadas a recibirlos y a crear los apoyos y adaptaciones físicas, pedagógicas, de evaluación y promoción adecuadas a sus necesidades (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 11).

Capítulo IX.- Derechos de protección

Art. 50.- Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 13).

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.- Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, págs. 14-15).

Tendrán también el derecho a ser informados sobre las causas, consecuencias y pronóstico de su discapacidad y sobre los derechos que les asisten.

El Estado asegurará el ejercicio de estos derechos mediante su acceso efectivo a la educación y a la capacitación que requieren; y la prestación de servicios de estimulación temprana, rehabilitación, preparación para la actividad laboral, esparcimiento y otras necesarias, que serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes cuyos progenitores o responsables de su cuidado no estén en condiciones de pagarlos (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 15).

Título IX.- De la protección contra el maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico y pérdida de niños, niñas y adolescentes.

Art. 67.- Concepto de maltrato.- Se entiende por maltrato toda conducta, de acción u omisión, que provoque o pueda provocar daño a la integridad o salud física, psicológica o sexual de un niño, niña o adolescente, por parte de cualquier persona, incluidos sus progenitores, otros parientes, educadores y personas a cargo de su cuidado; cualesquiera sean el medio utilizado para el efecto, sus consecuencias y el tiempo necesario para la recuperación de la víctima. Se incluyen en esta calificación el trato negligente o descuido grave o reiterado en el cumplimiento de las obligaciones para con los niños, niñas y adolescentes, relativas a la prestación de alimentos, alimentación, atención médica educación o cuidados diarios; y su utilización en la mendicidad (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 17).

Art. 68.- Concepto de abuso sexual.- Constituye abuso sexual todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete un niño, niña o adolescente, aun con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas, o cualquier otro medio. Cualquier forma de acoso o abuso sexual será puesto en conocimiento del Agente Fiscal competente para los efectos de la ley, sin perjuicio de las investigaciones y sanciones de orden administrativo que correspondan (Código de la Niñez y la Adolescencia, 2014, pág. 18).

2.1.6. Ley Orgánica de Discapacidad

El Ecuador pone en vigencia la Ley Orgánica sobre Discapacidades en el mes de septiembre del año 2012, luego de que fuera aprobada por la gran mayoría de participantes, del pleno de la Asamblea Nacional.

La ley considera a una persona con discapacidad a quien tiene de una a más deficiencias y se ve limitada al menos un 30% su participación en las actividades de la vida cotidiana.

El objetivo de la ley es asegurar la prevención, detección oportuna, habilitación y rehabilitación de la discapacidad y garantizar la plena vigencia, difusión y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales; así como, aquellos que se derivaren de leyes ligadas, con enfoque de género, generacional e intercultural.

“Esta Ley ampara a las personas con discapacidad ecuatorianas o extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano; así como, a las y los ecuatorianos en el exterior; sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, su cónyuge, pareja en unión de hecho y/o representante legal y las personas jurídicas públicas, semipúblicas y privadas sin fines de lucro, dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2012).

El entorno de aplicación de esta Ley vigente abarca los sectores público y privado. Las personas con deficiencia o condición discapacitante se encuentran amparadas por la presente Ley, en lo que fuere pertinente.

Lo correspondiente a los fines es promover la corresponsabilidad y participación de la familia, la sociedad y las instituciones públicas, semipúblicas y privadas para lograr la inclusión social de las personas con discapacidad y el pleno ejercicio de sus derechos; y, garantizar y promover la participación e inclusión plenas y efectivas de las personas con discapacidad en los ámbitos públicos y privados.

Esta ley contiene garantías y beneficios dirigidas a los ciudadanos con discapacidad, las cuales han sido propuestas en anteriores gobiernos sin ser tomadas en cuenta para el cumplimiento de sus derechos, actualmente se han realizado reformas en base a las

necesidades de las personas con discapacidad y con el objetivo de que todos los ecuatorianos debemos y tenemos la obligación de conocer y poner en práctica el buen vivir, es decir la satisfacción plena de las necesidades básicas de todas las personas dotándole de aquello que le fue negado.

Se considerará los artículos más relevantes de la Ley Orgánica de Discapacidad con el fin de informar de manera precisa.

“Sección tercera.- De la educación

Art. 27.- Derecho a la educación: El Estado procurará que las personas con discapacidad puedan acceder, permanecer y culminar, dentro del Sistema Nacional de Educación y del Sistema de Educación Superior, sus estudios, para obtener educación, formación y/o capacitación, asistiendo a clases en un establecimiento educativo especializado o en un establecimiento de educación escolarizada, según el caso” (Asamblea Nacional De La República del Ecuador, 2012, pág. 4).

“Art. 35.- Educación co-participativa: La autoridad educativa nacional y los centros educativos inclusivos, especiales y regulares, deberán involucrar como parte de la comunidad educativa a la familia y/o a las personas que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a personas con discapacidad, en la participación de los procesos educativos y formativos, desarrollados en el área de discapacidades” (Asamblea Nacional De La República del Ecuador, 2012, pág. 5).

“Art. 86.- Derecho a la protección y promoción social: Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección y promoción social del Estado dirigidos al máximo desarrollo de su personalidad, fomento de autonomía y la disminución de la dependencia” (Asamblea Nacional De La República del Ecuador, 2012, pág. 9).

2.1.7. Declaración Universal de los Derechos Sexuales

La sexualidad es un parte integral de la vida de todo ser humano. Su desarrollo depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de

contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y los grupos sociales a los que pertenece la persona.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las personas y sociedades en todos los contextos. (Ricardo de Dios del Valle, 2006, págs. 29,30,31).

La salud sexual es resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales (Ricardo de Dios del Valle, 2006):

1. El derecho a la libertad Sexual: La libertad sexual contiene la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de limitación sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situación de la vida.
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, incapacidad y violencia de cualquier tipo.
3. El derecho a la privacidad sexual: Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. El derecho a la equidad sexual: Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. El derecho al placer sexual: El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional: La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y amor.
7. El derecho a la libre asociación sexual: Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y establecer otros tipos de asociaciones sexuales.

8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables. Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada uno y el derecho al acceso de los métodos de la regulación de la fertilidad.

9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico: La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico libre de presiones externas y difundidas de forma apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual comprensiva: Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual. La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Las personas con discapacidad intelectual, al igual que los otros seres humanos, nacen libres e iguales en dignidad y en derechos. Tienen el mismo derecho a tomar decisiones sobre su desarrollo personal mejorando su participación dentro de su entorno y su relación con los demás, siempre y cuando reciban el apoyo necesario para tomar estas decisiones las cuales deben ser respetadas, por ello es necesario que todas las personas tanto cuidadores, familiares y las propias personas con discapacidad conozcan cuáles son sus derechos, aportando con un mejor manejo de su calidad de vida, aportando así desde la educación como herramienta importante dentro para el conocimiento.

2.1.8. Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos universales establecidos en instrumentos internacionales y nacionales en el primero se puede encontrar la Declaración Universal de los derechos sexuales y la “Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad en donde se reconocen los derechos de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, casarse, y fundar una familia sobre la base de consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges; el derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y

otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos y a la utilización de métodos anticonceptivos; las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás personas” (Rosales, La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad ya es ley, 2008) . Son aquellos que permiten a las personas convivir sin distinciones de sexo, sin riesgos y sin violencia en cuanto a la sexualidad y a la reproducción.

Los derechos sexuales hacen referencia al derecho humano de reconocer y expresar la propia sexualidad sin discriminación, reconoce el derecho a la libertad de orientación sexual.

Los derechos reproductivos buscan proteger la libertad y autonomía de todas las personas para decidir con responsabilidad si tener o no hijos, cuantos, en que momento y con quien.

Dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva. Los derechos reproductivos, al igual que los derechos humanos son inalienables y no están sujetos a discriminación por género, edad, raza o cualquier condición.

2.2. Conceptos y características de la Discapacidad Intelectual, Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

2.2.1. Discapacidad Intelectual

2.2.1.1. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

La Clasificación Internacional pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para recoger un amplio rango de información relacionada con la salud en la cual está inmersa la discapacidad, empleando un lenguaje

estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo.

La CIF pretende reflejar, la situación real del funcionamiento humano en la que el “funcionamiento” y la “discapacidad” son vistos como consecuencia de la interacción entre la “condición de salud” de la persona y su entorno físico y social. (CIF, 2001)

Es una clasificación diseñada con distintos propósitos dentro del cual se ha rescatado el hecho de establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, y la población general, incluyendo a las personas con discapacidades y desde su publicación en el 2001 ha sido aplicada para diferentes fines, entre ellos como herramienta educativa para aumentar la toma de conciencia de la sociedad y para poner en marcha actividades sociales.

Según la CIF, el término “discapacidad” abarca:

- a. Deficiencias de función, deficiencias de estructura, limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.
- b. Limitaciones en la “actividades”.
- c. Enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.

Limitaciones en la actividad

Son dificultades que un individuo, con un determinado estado de salud, puede tener en el desempeño o realización de diversas tareas o acciones, en diferentes áreas de la vida cotidiana como las relaciones interpersonales, empleo o educación (CIF, 2001).

Restricciones en la participación

La participación es entendida como la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento, es decir la forma como el individuo cumple diversos roles en diferentes áreas de la vida, esta indica el grado de alcance que tiene la persona, se refiere por tanto a la experiencia vivida por las personas en el contexto real en el que viven, forma parte

de éste y la respuesta que brinde la sociedad al nivel de funcionamiento del individuo puede facilitar u obstaculizar su participación por tanto las restricciones de la participación son entendidas como problemas que un sujeto puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (CIF, 2001).

La presencia de una limitación en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona, con un estado de salud, con la participación esperable de las personas que no tuviesen un estado de salud similar al suyo (enfermedad, trastorno, daño, etc.) (UIPE, IMSERSO, 2001).

Tomando en cuenta esta clasificación y el último informe emitido por la OMS en junio del 2011 se llega a emitir que la discapacidad es un término general que abarca a las deficiencias, las limitaciones en ciertas actividades para ejecutar tareas de la vida cotidiana y las restricciones de la participación ya que son consecuencia de una afectación a una de las estructuras o funciones del cuerpo.

Como consecuencia, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano junto con su funcionalidad y las características del contexto social en el que vive.

2.2.1.2. Definición

A lo largo de la historia la terminología de la discapacidad intelectual ha sufrido varios cambios ya que en el pasado eran utilizados términos como imbecilidad, mongolismo, deficiencia mental y retardo mental. A partir del 2004 se ha logrado un amplio consenso a favor del uso del término de discapacidad intelectual, destacadas asociaciones internacionales han aceptados el apelativo para esta condición, por ello la Asociación Americana de Retardo Mental (AAID por sus siglas en inglés) cambio su nombre a Asociación Americana para Discapacidad Intelectual (AAIDD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) usa el término como sinónimo de retardo mental, por ello se presentan las nuevas definiciones que se han destacado en los últimos tiempos. (Gregorio Katz, 2008)

Según la **OMS (Organización Mundial de la Salud)**, en el 2008 dice “la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que contribuyen al nivel global de inteligencia, como funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y de socialización, en donde la adaptación al ambiente siempre está afectada. En la DI se debe determinar el grado de desarrollo del nivel intelectual basándose en toda la información disponible, incluyendo manifestaciones clínicas, comportamiento adaptativo, del medio cultural del individuo y hallazgos psicométricos” (Gregorio Katz, 2008, págs. 19,20).

Por otra parte la **AAIDD (Asociación Americana de la Discapacidad Intelectual y del desarrollo)** dice que “La Discapacidad Intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad” (AAIDD, 2013).

El retraso mental viene definido por el **DSM-IV** como "una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad" (A.P.A., 1995).

Como resultado de estas definiciones, se considera que la Discapacidad Intelectual recoge tres criterios esenciales, los cuales son los siguientes:

- a. Un funcionamiento intelectual que esta por debajo del promedio.

b. Una marcada carencia en habilidades para adaptarse a las exigencias cotidianas del ambiente social.

c. Se presenta antes de los 18 años de edad.

La Discapacidad Intelectual implica una limitación en las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria las cuales le permiten responder en diferentes situaciones y lugares en donde se desenvuelva, podría provocar que la persona aprenda, se comunique, interactúe y se desarrolle de una forma más lenta que las demás de la misma edad, podrían necesitar más tiempo para aprender a hablar, caminar, vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener dificultades de aprendizaje en la escuela, es decir que la discapacidad intelectual se evidencia cuando el individuo con limitaciones interactúa con el entorno, no es una enfermedad sino una condición por comprender y manejar ciertas situaciones de la vida expresandose de manera diferente en cada persona la cual causa un impacto importante tanto en la persona que la padece y en su familia, esta dificultad en el desarrollo es detectada siempre antes de los 18 años de edad.

2.2.1.3 Etiología

Factores adquiridos del desarrollo

Antes del nacimiento: puede darse por anomalías en genes heredados de los padres, la edad avanzada de la madre, por posibles complicaciones en el embarazo, como toxemia y diabetes, desnutrición intrauterina, hemorragias vaginales, placenta previa, descenso del cordón umbilical. Exposición prenatal a sustancias contaminantes e infecciosas como la rubéola, sífilis, toxoplasmosis, rayos x, herpes simple, entre otros. El consumo de alcohol y drogas por parte de la madre durante el embarazo aumenta las probabilidades de deficiencia en el área mental. Todos estos son algunos de los factores de riesgo en esta etapa. (Gregorio Katz, 2008)

Durante el parto: complicaciones en el parto, como sufrimiento fetal prolongado con asfixia del recién nacido, uso de inadecuado de instrumentos en forma de pinza, el bajo peso al nacer y los partos prematuros (Gregorio Katz, 2008) .

Después del nacimiento: Son las ocasionadas por algún accidente o enfermedad después del parto. Enfermedades que pueden terminar en una encefalitis o meningitis, accidentes como golpes en la cabeza, asfixia por inmersión y la exposición a toxinas como plomo y mercurio pueden provocar graves e irreparables daños en el cerebro y al sistema nervioso central, como traumatismo encefálico, infecciones (encefalitis y meningitis) (Gregorio Katz, 2008) .

Factores ambientales y socioculturales

Estudios epidemiológicos han demostrado de manera consistente asociación significativa de entre pobreza y discapacidad intelectual. Según estos estudios y la información recogida esto responde a dos procesos distintos. El primero consiste en que esta asociación es medida por la relación entre pobreza y exposición a una gama de factores ambientales psicosociales. El segundo es que las familias con integrantes con discapacidad intelectual incrementan el riesgo de gestos catastróficos que inciden en forma importante por alcanzar niveles de pobreza (Gregorio Katz, 2008, pág. 22).

Estos factores son directamente responsables del incremento desproporcionado en la incidencia de discapacidad intelectual, en interacción con la escasa y deficiente atención médica prenatal, perinatal y postnatal, maternidad en el periodo de la adolescencia, inestabilidad familiar, bajo nivel de estimulación y educación, así como el maltrato.

2.2.1.4. Clasificación

La discapacidad intelectual tiene como común denominador un nivel de funcionamiento cognitivo subnormal, sin embargo el grado de incapacidad con la que la persona se enfrenta a las demandas que la sociedad establece para el grupo de personas de esa misma edad, ha llevado a determinar niveles de gravedad.

Las distintas clasificaciones existentes en el terreno escolar, se apoyan única y exclusivamente en el grado o nivel de inteligencia, definido por el cociente intelectual (C.I) obtenido mediante una batería de pruebas de inteligencia que se le aplica a la

persona. Lo importante no está en la tipificación del sujeto con Discapacidad Intelectual, si no en las potencialidades que presenta el sujeto dentro de su grupo (OMS, 2004).

La clasificación psicopedagógica de la Discapacidad Intelectual propuesta por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), se basa en cinco tipos, las cuales poseen características referidas a funciones y capacidades que poseen los sujetos deficientes mentales (Stefanini, 2004).

- Discapacidad Intelectual límite: Su Coeficiente Intelectual está entre 68-85. En la realidad cuesta catalogarlos como personas con Discapacidad Intelectual, ya que son personas con muchas posibilidades, que manifiestan un retraso en el aprendizaje o alguna dificultad concreta de aprendizaje (Intelectual D. , 2009).
- Discapacidad Intelectual ligera: Su Coeficiente Intelectual está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación y, tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras (Intelectual D. , 2009).
- Discapacidad Intelectual moderada o media: Su Coeficiente Intelectual se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales (Intelectual D. , 2009).
- Discapacidad Intelectual severa: Su Coeficiente Intelectual se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre. Suelen presentar un importante deterioro psicomotor (Intelectual D. , 2009).
- Discapacidad Intelectual profunda: Su Coeficiente Intelectual es inferior a 20. Presentan un grave deterioro en los aspectos sensorio-motrices y de comunicación con el medio (Intelectual D. , 2009)

En cuanto al DSM IV, la discapacidad intelectual, se divide en cuatro grados:

- Leve: cociente intelectual (CI) entre 50-55 y 70.
- Moderada: cociente intelectual (CI) entre 35-40 y 50-55.
- Grave: cociente intelectual (CI) entre 20-25 y 35-40.
- Profunda: cociente intelectual (CI) inferior a 20-25.

- De gravedad no especificada: cuando hacen las pruebas existentes para diagnosticar la discapacidad intelectual, y no se puede encasillar en ningún grado existente. (Intelectual C. d., 2013)

2.2.1.5. Características

Leve: Se trata de personas capaces de mantener una conversación sencilla; alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.); desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas; suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.

Moderada: Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, la capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están en desventaja, la persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.

Severa: Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado, la articulación es defectuosa, lenguaje oral muy pobre, puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria pero resulta difícil generalizarlo.

Profunda: En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente; habitualmente, no controla esfínter requiriendo supervisión y ayuda constantemente.

El grado de discapacidad que presente la persona construirá su autonomía y capacidad de integración. Aquellas personas con necesidades más profundas de dependencia requerirán de atención especial y protegida, para mejorar su calidad de vida de la forma más elevada posible.

2.2.2. Síndrome de Down

2.2.2.1. Concepto

El síndrome de Down es un trastorno cromosómico ubicado en los autosomas, es denominado también trisomía 21 debido a que la anomalía se ubica en el par 21; es el

trastorno más conocido y más frecuente, así como también es la principal causa de deficiencia intelectual.

Este síndrome fue descrito por primera vez por Langdon Down en el año de 1866 pero la causa de éste no se conoce hasta 1959, en donde se descubrió que la mayoría de niños con síndrome de Down poseía más cromosomas que los habituales, es decir 47 cromosomas y que el cromosoma extra era un pequeño cromosoma acrocéntrico. Fue el primer trastorno genético hallado en el hombre (NUSSBAUM Robert, 2008).

En el ser humano cada célula es de 46 cromosomas funciona organizada y armoniosamente así como también de los genes que la poseen, en tanto que en las personas con síndrome de Down esta función coordinada se ve alterada debido a que el material genético extra dificulta esta acción produciéndose una desarmonía celular que se manifiesta en variaciones leves sobre la estructura y función del organismo y del cerebro, lo cual afecta también a la conducta y al aprendizaje de las personas con este síndrome.

El síndrome puede ser diagnosticado al nacer debido a los rasgos dismórficos comunes que presentan los niños o niñas, lo cual deriva en un fenotipo característico, entre estas anomalías se encuentran: hipotonía muscular generalizada, baja estatura, braquicefalia (malformación congénita del cráneo, hay un crecimiento lateral excesivo de la cabeza por lo que le da una apariencia corta y ancha), cuello corto, exceso de piel en la nuca, orejas de implantación baja, ojos presentan manchas de Brushfield (manchas blancas o amarillentas sobre el contorno del iris), boca abierta, lengua protruyente y arrugada, manos cortas y anchas.

Las patologías asociadas a este síndrome son las cardiopatías congénitas y las enfermedades del tracto digestivo. Presentan también un riesgo mayor que la población en general de desarrollar patologías como diabetes, leucemia, hipotiroidismo o baja visión. Debido a esto la esperanza de vida de estas personas se encuentra entre los 50 y 60 años.

Estas malformaciones congénitas deben guardar relación directa con la expresión excesiva de uno o más genes en el cromosoma 21.

Supervivencia prenatal y postnatal

El síndrome de Down representa alrededor de la mitad de todas las anomalías detectadas antes de nacer, por lo que se estima que las pérdidas fetales pueden estar entre las semanas 11 y 16 de la gestación. Es probable que solo entre el 20-25 por ciento de los embriones con trisomía 21 sobrevivan hasta el nacimiento. De entre los embriones con síndrome de Down los que tienen menos posibilidades de sobrevivir son los que poseen una cardiopatía congénita.

2.2.2.2. Etiología

Genética del Síndrome de Down

Trisomía 21: Es la causa más frecuente de la existencia del síndrome, alrededor del 95 por ciento de los pacientes con síndrome de Down presenta una trisomía del cromosoma 21, la cual se debe a una no disyunción meiótica (“fallo en la separación de un par de cromosomas durante una de las dos divisiones meióticas, en general durante la meiosis I” (NUSSBAUM Robert, 2008) de este par. Este error meiótico es más frecuente en la meiosis materna (meiosis I) es decir alrededor del 90 por ciento de los casos, pero también puede darse en la meiosis paterna (meiosis II) en alrededor del 10 por ciento de los casos.

Genotípicamente esta anomalía se expresa 47, XX,+21 o 47, XY,+21 según se trate de una mujer o un varón respectivamente.

Las causas posibles de este suceso no se conocen con exactitud, se ha atribuido a factores ambientales, envejecimiento celular, etc, es decir causas multifactoriales, pero se ha visto que el factor predominante en la mayoría de los casos es la edad materna ya que al parecer conforme avanza en edad se produce deterioro del material genético (NUSSBAUM Robert, 2008) .

Translocación robertsoniana: “Las translocaciones consisten en un intercambio de segmentos entre dos cromosomas, generalmente no homólogos” (NUSSBAUM Robert, 2008).

“La translocación robertsoniana implica dos cromosomas acrocéntricos que se fusionan cerca de sus regiones centroméricas y pierden los brazos cortos” (NUSSBAUM Robert, 2008).

Esta es la causa de 3 a 4 por ciento de pacientes con síndrome de Down. El niño o niña presenta 46 cromosomas pero uno de los cuales es translocación robertsoniana entre el cromosoma 21q y el brazo largo de los cromosomas acrocéntricos, en general del 14 o el 22.

El cromosoma translocado sustituye uno de los cromosomas acrocéntricos normales, por lo que el cariotipo de este paciente con Síndrome de Down es de 46, XX o 46, XY, rob (14;21)(q10;q10),+21.

En este suceso no existe un cromosoma demás, sino que el fragmento del mismo cromosoma 21 se pegó al brazo largo del cromosoma 14, por lo que de igual manera existe una trisomía para los genes existentes en 21q.

Esta causa de síndrome de Down no tiene relación con la edad materna, sino que tiene un riesgo de recurrencia elevado en familias en las que la madre es portadora de la translocación.

Traslocación 21q21q: Se refiere a un cromosoma con dos brazos largos del cromosoma 21. Este fenómeno se observa en una pequeña proporción de pacientes con síndrome de Down. Se piensa que este fenómeno se origina como un isocromosoma más no como una translocación propiamente dicha.

Isocromosoma significa que un cromosoma ha perdido un brazo, por lo que el brazo que aún permanece se duplica, de tal forma que una persona portadora de 46 cromosomas tiene una sola copia del material genético de un brazo y tres copias del material genético del otro brazo.

Mosaico: Se presenta en el 2 por ciento de los casos de pacientes con Síndrome de Down. Se debe a que en un mismo individuo se presentan dos o más complementos cromosómicos diferentes, en el caso de este síndrome se encuentran células Trisómicas que son la gran mayoría así como también células normales que no sobrepasan el 10 por ciento del complemento celular.

2.2.2.3. Incidencia

La incidencia de este síndrome a nivel mundial es de 1 por cada 700 nacidos vivos, pero el riesgo varía con la edad de la madre.

En madres de 25 años la incidencia es de 1 por cada 2000 nacidos vivos, pero en madres de 35 años es de 1 por cada 200 nacidos vivos, y en mujeres de 40 años es de 1 por cada 40 nacimientos (NUSSBAUM Robert, 2008).

2.2.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico prenatal del síndrome de Down en el 80 por ciento de los casos se lleva a cabo porque la madre tiene una edad avanzada o por un resultado del estudio de detección prenatal que demuestre un elevado riesgo.

Este síndrome puede detectarse antes del nacimiento mediante análisis citogenético o la aplicación de hibridación genómica comparativa a las células de las vellosidades coriónicas o a muestras de líquido amniótico.

2.2.3. Parálisis Cerebral

2.2.3.1. Definición

El cirujano William Little de origen Británico, fue quien identificó en 1860 un trastorno extraño que se encontró en niños que recién nacían causándoles espasticidad en sus músculos, esto lo empezó a identificar cuando no podían sostener objetos, dificultad para gatear y para caminar, cambiar su movimiento postural ya que no puede relajar los músculos. “Little propuso que existía alguna relación entre parto anormal, dificultad en el trabajo de parto, nacimiento prematuro, asfixia neonatal y deformidades físicas, y denominó a este trastorno *cerebral paresis*”. (Robaina Catellanos, 2007, pág. 111). A este trastorno se lo conoció por muchos años como el mal de Little que va asociado un daño a nivel del Sistema Nervioso Central (encéfalo, médula espinal). Después fue conocida como diplejía espástica y se le consideró como “un conjunto de trastornos que afectan el control del movimiento y se agrupan bajo el término unificador de parálisis cerebral.” (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2010). Después de algunas investigaciones que realizó Little da como resultados que los pacientes que nacían con este trastorno eran por falta de oxígeno en el momento que nacían, dando como resultado un daño a nivel de tejidos cerebrales encargados del control de movimientos, otros autores no estuvieron de acuerdo con sus observaciones uno de ellos fue Sigmund Freud quien en 1897 “describe la afectación como resultado de encefalitis” (Santucci, 1996, pág. 18) y aporta la idea que este trastorno tiene origen en la etapa más temprana del embarazo (etapa perinatal).

Hubo científicos que empezaron a profundizar los estudios de la Parálisis Cerebral y a investigar otros factores que se encuentren asociados con el trastorno. Con el transcurso de los tiempos se empezó a implementar la resonancia magnética para poder identificar los daños en las diferentes áreas del cerebro, “han identificado mutaciones y supresiones genéticas asociadas con el desarrollo anormal del cerebro fetal” (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares, 2010) lo cual les daba una pista de los daños que se encontraban a nivel del cerebro y lo que causaba la parálisis cerebral.

La American Academy Cerebral Palsy and Developmental Medicine, la Parálisis cerebral describe un grupo de alteraciones del movimiento y la postura, con limitación de la actividad muscular, atribuida a un problema no progresivo ocurrido durante el desarrollo fetal o en el cerebro infantil. Esto quiere decir que hay una alteración permanente del desarrollo del movimiento y de la postura, que es causada por un daño no progresivo del desarrollo cerebral que puede acontecer antes de la gestación (prenatal), durante la gestación (perinatal) y después del nacimiento (postnatal). La lesión puede generar alteración del Sistema Nervioso Central provocando alteraciones de la sensación, percepción, cognición, comunicación y conducta perjudicando a las funciones mentales superiores (atención, memoria, juicio, abstracción, lenguaje, habla, concentración, resolución de problemas). El daño neurológico afecta a las áreas que controlan el movimiento ya que los músculos no reciben la información correcta que el cerebro le debe transmitir por la existencia de un problema músculo-esquelético progresivo por esta razón no puede controlar movimientos ni la postura.

2.2.3.2. Características

Se da a temprana edad dentro de los tres primeros años de vida hasta los 5 años, no es evolutiva, daño a nivel del Sistema Nervios Central, puede o no puede haber daño cognitivo según la gravedad, afecta al nivel Motor, afectación multifuncional y si es detectado a tiempo, antes de los 2 años se le hace estimulación para que el daño cognitivo sea en menor grado.

2.2.3.3. Etiología

Factores prenatales: Retardo en el crecimiento intrauterino; infecciones virales que contrae la madre como la Rubiola y la toxoplasmosis; exposición a rayos X; uso de drogas; uso de medicamentos contraindicados por el médico; anemia; desnutrición materna; diabetes; incompatibilidad sanguínea (RH); cardiopatías; nefropatías; hipoxia debido a problemas en el cordón umbilical o por la placenta; intervención quirúrgica sufridas por la madre durante el embarazo y la anestesia.

Factores perinatales: Uso de fórceps causantes de traumatismos craneales, asfixia durante partos violentos o prolongados, anoxias, prematuridad y bajo peso, hemorragias, desprendimiento de la placenta.

Factores postnatales: Enfermedades infecciosas (meningitis, encefalitis, herpes, sarampión), deshidratación por fiebres altas, alteraciones metabólicas, traumatismos craneales (golpes en la cabeza, lesiones craneales), epilepsias, mala alimentación, lesiones expansivas como tumores y hematomas e intoxicación por plomo o arsénico.

2.2.3.4. Clasificación

2.2.4.4.1. Tipos de Parálisis Cerebral

Parálisis Cerebral Espástica: El daño ocurre en la corteza cerebral, o capa externa del cerebro, al momento de nacer o en los primeros años de vida. Este tipo de parálisis se caracteriza por un “incremento del tono muscular, sobre todo en la realización de movimientos voluntarios” (García, 1999, pág. 44), esto quiere decir que los músculos se encuentran rígidos porque hay demasiado tono muscular y se producen contracciones severas formando contracturas las cuales producen lesiones “sus movimientos son tiesos, especialmente en las piernas, brazos y/o espalda” (Santucci, 1996) impidiendo moverse y si quieren tomar otra postura necesitan de mucho esfuerzo que implica un aumento de tono y si logran moverse será mínimo, por lo que se les es difícil adaptarse a otras posturas. “Hace uso del reflejo tónico laberíntico para girarse” (García, 1999, pág. 45). Al momento de caminar sus piernas se cruzan y toma la apariencia de tijeras, esto les dificulta al caminar. “Cuando realizan un esfuerzo, o si están excitados o ansiosos, el tono aumenta en grado importante” (García, 1999, pág. 45). Cuando descubren cómo manejar sus movimientos lo hacen de manera lenta respondiendo de manera adecuada a su tono recuperando así su equilibrio.

Parálisis Cerebral Atetoide: También llamado parálisis cerebral discinética. La aparición de este tipo de parálisis “Se produce cuando las células cerebrales, incluidas

las de los ganglios y del tronco cerebral se encuentran implicadas en la lesión, el niño o paciente presentará un trastorno del movimiento llamado atetosis” (García, 1999, pág. 46). Las células de los ganglios basales como del tronco cerebral “intervienen en la aparición de los movimientos involuntarios continuos y en el tono muscular como también la disminución de los movimientos voluntarios” (Partes importantes II. Los ganglios basales, 2009), que según el grado de afectación puede llegar a desaparecer, es por esto que cuando hay lesión a este nivel los movimientos son involuntarios y hay alteraciones del tono variando de hipertonía a hipotonía, estos cambios que se producen pueden presentarse en forma de “espasmos tónicos intermitentes, cómo movimientos rítmicos repetitivos o como contracturas transitorias e irregulares de grupos musculares que son los que producen las grotescas muecas faciales” (García, 1999, pág. 46). También hay daño en el bulbo raquídeo el cual cumple la función de la respiración por lo que se les dificulta respirara adecuadamente y lo hacen con mucha dificultad, hay afección a nivel de columna vertebral provocando escoliosis, trastornos del habla. Otra de las características es que no tienen control de su cabeza esta la van adquiriendo con lentitud por lo que se empieza a dar un retraso en su desarrollo como sentarse, pararse, dificultad para mantenerse en una misma posición, en el desarrollar coordinación ojo-mano. En cuanto a las articulaciones son móviles y sus tejidos blandos están laxos (músculos excesivamente flácidos).

Parálisis Cerebral Atáxica: Hay lesión en las “células y vías cerebelosas por lo que el movimiento resulta incoordinado. La neuronas del cerebelo son esenciales en la regulación de la base postural normal del movimiento y sin la estabilidad postural que se requiere (particularmente en las áreas proximales del tronco y las cintura) ni la capacidad de realizar las finas adaptaciones posturales que componen esta regulación, el paciente no puede llevar a cabo movimientos coordinados” (García, 1999, pág. 47). Su marcha es titubeante ya que tiene problemas de equilibrio (daño en el cerebelo) y no puede mantener una postura estática. Hay disimetría, lo que significa que cuando el niño intenta moverse lo hace de manera incoordinada, así su movimiento sea mínimo, cuando quiere dirigirse hacia un objetivo cambia su direccionalidad debido a que sus movimientos son inestables (de va y ven) por lo que su equilibrio es poco seguro.

La ataxia no es muy frecuente en la parálisis cerebral sino en la hidrocefalia, infecciones, tumores cerebrales y traumatismos craneales.

Parálisis Cerebral Mixta: Este tipo de parálisis manifiesta características de los tres tipos de parálisis que se combinan entre ataxia con espástica o atetósica afectando a varias estructuras cerebrales.

Resulta difícil identificar y dar un diagnóstico ya que varía de persona a persona y es difícil clasificar en algún tipo de parálisis.

2.2.3.5. Clasificación topográfica en función del trastorno motor

- **Hemiplejía:** Parálisis que afecta a ambos miembros de un lado del cuerpo (derecho o izquierdo).
- **Diplejía:** Afecta a las cuatro extremidades, enfocado la afectación en las extremidades inferiores.
- **Cuadriplejía o Tetraiplejía:** Afectación de los miembros superiores e inferiores “con predominio de la afectación de las extremidades superiores”. (Varios, Educación Especial II, 2000).
- **Monoplejía:** Parálisis de una sola extremidad. **Triplejía:** Afecta a tres miembros “ambas piernas y un brazo” (Santucci, 1996, pág. 21)

2.2.3.5.1. Paresia

“Es una disminución del movimiento sin llegar a la parálisis”. (Varios, Educación Especial II, 2000). Se le denomina hemiparesia, diparesia, tetraparesia, monoparesia, triparesia.

2.2.3.6. Según el tono muscular

- **Isotónico:** Tono muscular normal
- **Hipertónico:** Tono muscular aumentado
- **Hipotónico:** Tono muscular disminuído

2.2.3.7. Según el grado de afectación

Leve: Puede realizar las actividades diarias sin limitación alguna, presenta dificultad para caminar, correr, pararse debido a su complicación física, también presentan dificultad al hablar, falta de coordinación, torpeza, dolor en las piernas y brazos, deben realizar actividades que no necesiten de mucho movimiento corporal ya que tiene dificultad para moverse.

Moderado: Tiene dificultad para realizar las actividades diarias y necesita de otros para poder realizarlas. Puede necesitar de aparatos ortopédicos para poder caminar.

Grave: Esta limitado a realizar las actividades diarias, su autonomía es casi nula, necesita apoyo en todo momento.

2.2.3.8. Trastornos asociados a la Parálisis Cerebral

Según María Santucci de Mina describe algunos trastornos que están asociados a la parálisis cerebral y algunos de ellos son los siguientes: trastornos epilépticos, trastornos del movimiento ocular, problemas auditivos, problemas visuales, deficiencia intelectual, déficit de atención, problemas emocionales, problemas conductuales, alteración del lenguaje, trastornos de aprendizaje, percepción espacial, trastornos sensitivos y sensoriales.

2.3. Enfoques teóricos en el desarrollo y su relación con la Discapacidad Intelectual moderada

2.3.1. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget (Infancia-adolescencia)

Piaget creó la teoría de las etapas del desarrollo conocido como el de epistemología genética. La epistemología es el estudio del conocimiento y lo genético es el crecimiento y desarrollo. Esta teoría determina la historia evolutiva del ser humano, donde el niño diferencia dos aspectos importantes: el psicosocial y psicológico, es decir constituye activamente su conocimiento del mundo externo a través del aprendizaje social el cual es transmitido por la familia, institución educativa, etc., y su espontaneidad. En el transcurso donde el niño se va desarrollando, su mente pasa por algunas fases

reorganizativas en la cual va ascendiendo a un nivel superior de funcionamiento psicológico.

La cognición es un proceso biológico espontáneo y las funciones y características del pensamiento, modificando y empleando cualquier elemento que se necesite.

Para Piaget todo conocimiento proviene de la acción, los bebés, desde su nacimiento, se involucran y usan activamente su entorno y construyen su propio entendimiento del mismo donde van aumentando su conocimiento de los mismos a través de la estructuración de su propia experiencia.

El niño es constructivista, construye la realidad desde las relaciones entre las acciones y los objetos, llegando a conocer los efectos de sus acciones y las propiedades de sus objetos.

Aprenden a coordinar sus acciones llamadas esquemas mentales, los cuales están implicados en la adquisición y estructuración del conocimiento. Los esquemas de acción son la forma de conocimiento de los niños y en los bebés son como conceptos sin palabras los esquemas de acción también responden a operaciones mentales los cuales nos permiten manipular los objetos mentalmente, clasificarlos y comprender sus relaciones.

Para Piaget (1980:18) “el desarrollo de la inteligencia consiste en cambios progresivos o secuenciales en la estructura de la organización mental de los niños/as, los mismos que se dan en un orden de sucesión fija, las edades pueden variar, pero el orden de sucesión según este autor es constante” (Arguello, 2010).

Tanto la inteligencia como el pensamiento necesitan de una modificación progresiva y secuencial de la estructura de la organización mental. Las estructuras o sistemas cognoscitivos van cambiando por medio de la ADAPTACIÓN, que surge de la ASIMILACIÓN es decir la adquisición de nueva información y de la ACOMODACIÓN

como ajuste a la nueva información, en la cual las estructuras mentales previas se modifican al ingresar las nuevas, haciendo que el individuo reconozca un ambiente cambiante.

Piaget propuso cuatro etapas básicas del desarrollo intelectual (Hoffman, 1995, pág. 39).

1. Etapa sensorio motora (Infancia, del nacimiento a los 2 años)
2. Etapa pre-operacional (prescolar, de los 2 años a los 7 años)
3. Etapa operacional concreta (niñez, de los 7 a los 11 años)
4. Etapa Operacional-Formal (adolescencia y madurez, de los 11 años en adelante).

Piaget señaló que el entorno cultural del niño/a afecta en la rapidez del progreso de las etapas.

2.3.1.1. Teoría de Piaget y la Discapacidad Intelectual moderada

Piaget no se enfocó en que unos niños se puedan desarrollar más rápido que otros, por eso su discípula Balber Inhelder en 1943 realizó la primera investigación sobre el desarrollo cognitivo de los niños con discapacidad intelectual utilizando la muestra de 159 niños de los cuales: 102 tenían discapacidad intelectual leve, 55 tenían una inteligencia normal presentando dificultades en el aprendizaje y 2 discapacidad intelectual grave.

En éstos casos llegaron a la conclusión que los niños con discapacidad intelectual pasan por los mismos estadios evolutivos que los niños normales y en el mismo orden, pero su ritmo de desarrollo es más lento. Por ello se puede decir que las personas con Discapacidad Intelectual moderada pasan por este mismo proceso de desarrollo sin embargo funcionan de forma menos madura, necesitando en su proceso de formación enseñanzas repetitivas, con el propósito de reforzar sus aprendizajes ya que funcionan mejor con rutinas y estructuras estrictas sobre tareas cotidianas que les ayuden a desenvolverse de mejor manera.

Sin embargo otros autores como Ingalls (1982) difiere, ya que los niños con discapacidad intelectual y los niños “normales” de una misma edad, tienen demasiadas diferencias. (Programa Estatal de Fortalecimiento de la Educación Especial , 2010, págs. 119-130)

Los niños y niñas con discapacidad intelectual moderada no llegan a la etapa de las operaciones formales, ya que sus habilidades lógicas se encuentran limitadas por lo concreto.

Se puede describir entonces con relación al desarrollo cognitivo de las personas con discapacidad intelectual moderada, que este se caracteriza por:

- a. Deficiencias en la meta-cognición (conocimiento acerca del propio conocimiento): los niños con discapacidad intelectual moderada tienen una capacidad de almacenamiento, en cuanto a su memoria de trabajo, inferior al de los niños “normales” ya que su capacidad intelectual es intuitiva y práctica., pudiendo adquirir conocimientos de manera simple y memorística.
- b. Limitaciones en los procesos de transferencia de unas situaciones a otras: las personas con discapacidad intelectual moderada tienen dificultad para utilizar estrategias y tareas en situaciones que no sean variantes ya que su aprendizaje se conserva mientras no cambie.
- c. Limitaciones en el proceso de aprendizaje: las personas con discapacidad intelectual moderada no utilizan estrategias para mejorar sus experiencias de aprendizaje, necesitando reforzarlas para llegar a aprender lo mismo que los niños sin discapacidad intelectual.

2.3.1.1.1. Desarrollo cognitivo en el Síndrome de Down

En el Síndrome de Down el órgano más afectado es el cerebro ya que este se encuentra alterado desde la primera fase de vida por lo que su condición evolutiva persiste a lo largo de su vida, las funciones del cerebro que se encuentran afectadas son: sensoriales, cognitivas, motoras y conductuales. La diferenciación de estas afectaciones es en el modo de la intensidad en el que cada individuo lo exprese ya que en las personas

con Síndrome de Dow puede predominar la alteración cognitiva (DI) sobre la sensorial, mostrando así las alteraciones cognitivas muy variables entre cada persona.

Estas alteraciones en el desarrollo del cerebro tienen consecuencias en la vida adulta ya que su cerebro se va degenerando y va manifestando cambios neuropatológicos que pueden decaer en enfermedades como el Alzheimer, donde se da una alteración de la función cognitiva con la degeneración de las neuronas relacionadas con la memoria que se encuentran en el núcleo basal y otra parte en demencia, esta se da por lesiones en la corteza prefrontal, hipocampo, ganglios basales, tálamo, hipotálamo y mesencéfalo, produciendo dificultades en la atención, memoria, realización de actividades de la vida diaria, dificultades viso-espaciales, resolución de problemas, entre otros.

En las investigaciones realizadas por la Fundación Iberoamericana Down 21 en cuanto al desarrollo neuroanatómico en el trastorno cognitivo del Síndrome de Down los estudios se han concentrado en explicar el trastorno cognitivo propio del mismo, demostrando que el volumen del cerebro está reducido ya que se han encontrado alteraciones neurológicas en regiones cerebrales, como la disminución del tamaño del lóbulo frontal tronco cerebral y cerebelo, mediante el análisis de los órganos en autopsia durante la gestación, la reducción del tamaño cerebral aparece en estos fetos con Síndrome de Down de cuatro a cinco meses y avanza durante los últimos tres meses de gestación. Mediante estudios neurorradiológicos por Jernigan (1993) y Pinter (2001), por medio de imágenes de resonancia magnética demostraron que hay una reducción del 17% del volumen cerebral que persiste postnatalmente en las personas con Síndrome de Down de 10-20 años y una reducción del hipocampo y del lóbulo temporal, en niños y jóvenes con Síndrome de Down, esto quiere decir que el daño en el sistema hipocámpico perjudica al aprendizaje y a la memoria, en este sitio se establecen las diferentes formas de plasticidad sináptica a largo plazo, las cuales son importantes para la formación de la memoria, su consolidación, su almacenamiento, su recuperación y su reconsolidación por lo que perjudica a la plasticidad sináptica del hipocampo y la conectividad de las redes neuronales lo cual conduce a la alteración cognitiva. (Fundación Iberoamericana Down 21, 2011).

En la actualidad la mayor parte de personas que presentan Síndrome de Down funcionan con un retraso mental de grado ligero o moderado, haciendo una diferencia de las descripciones que se hacían antiguamente donde se llegaba a afirmar que las personas que tienen este síndrome tenían un retraso de grado severo. Hay una minoría que se encuentra en el límite de la normalidad y otra en la que la deficiencia es grave, pero porque se encuentra asociada a alguna patología de carácter neurológico o porque la persona se encuentra privada de o aislada de toda enseñanza.

Dificultades del desarrollo cognitivo, en la discapacidad intelectual moderada asociada al Síndrome de Down:

- En la atención, el estado de alerta, actitudes de iniciativa.
- En el desarrollo de memoria a corto y largo plazo.
- Los mecanismos de correlación, análisis, cálculo y pensamiento abstracto.
- Procesos de lenguaje expresivo.
- Expresión de su temperamento, conducta y sociabilidad.
- Ausencia de algunas etapas de desarrollo y retraso en la adquisición de las mismas.
- Retraso en la adquisición del concepto.
- El juego es más restringido, repetitivo.
- El juego simbólico aparece conforme avanza su edad mental.
- Problemas de percepción auditiva.
- Dificultad para seguir instrucciones, planificar estrategias, resolver problemas.

2.3.1.1.2. Desarrollo cognitivo en la Parálisis Cerebral

Se ha comprobado que los niños con Parálisis Cerebral, pueden tener inteligencia normal, y presentar niveles de Discapacidad Intelectual leve, moderado, severo o profundo. En algunos casos de PC pueden presentar DI como consecuencia de daños sufridos en el SNC. Su rendimiento intelectual puede estar disminuido por la falta de atención en su educación, por ello mientras más temprana sea la asistencia dentro de la institución y la ayuda de la familia podrá tener mayores posibilidades de mejorar en las áreas física, mental, social y aprendizaje escolar.

Dificultades del desarrollo cognitivo de la discapacidad intelectual moderada asociada a la Parálisis Cerebral (Arteaga, 2004, pág. 376) .

Condicionantes: Sobresfuerzo para controlar los movimientos, baja motivación, limitación de experiencias, lentitud en los tiempos de reacción y de realización, falta de ejercitación práctica, efectos de la medicación (antiepilépticos), bajo nivel en el lenguaje y la comunicación, bajo nivel de atención, alta fatigabilidad.

Percepción: La constancia de la forma, la posición en el espacio, las relaciones espaciales, el esquema corporal, conceptos- temporales, percepción auditiva, percepción táctil, discriminación y memoria visual.

Atención: Dificultades para la concentración, dispersión del pensamiento, alta fatigabilidad, impulsividad.

Memoria: Memoria perceptivo-sensorial, memoria motriz, memoria verbal-lógica, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo.

Según la lesión que tenga la persona con Parálisis Cerebral limita las funciones motoras, sensoriales y de lenguaje que van a determinar alteraciones en la organización perceptiva, atención y memoria.

Existe dificultad en obtener el CI de niños con PC debido a la complejidad de la aplicación de test psicométricas por sus limitaciones físicas, neurosensoriales y de lenguaje.

2.3.1.2. Desarrollo Psicomotor en la Discapacidad Intelectual moderada

Se da un retraso en las respuestas motoras en los primeros años de vida de la persona con Discapacidad Intelectual moderada que se evidencian en exámenes neurológicos que constan del estudio del tono muscular que son las características del recién nacido y de los reflejos.

En la Discapacidad Intelectual moderada existe dificultad en el desarrollo motor, en el reconocimiento de las partes del cuerpo, movimientos gestuales y de imitación, balanceos y estereotipias. Llasera en 1995 dice que a mayor déficit intelectual y menor estimulación mayores serán los trastornos motrices, por esta razón es de suma importancia tratar al niño desde los primeros años de vida. Las personas con discapacidad intelectual moderada no tienen un esquema corporal tan estructurado e integrado, esta mala estructuración provoca problemas en la relación del sujeto y su entorno, que afecta a las siguientes áreas: La percepción con relación a espacio y tiempo; la motricidad fina, mala coordinación de movimiento y posturas incorrectas; distensión muscular dificultando un estado de relajación; déficit de atención que repercute en la concentración de los aprendizajes; pasan por las mismas etapas de desarrollo pero en un ritmo más lento; respiración superficial; dificultad en la coordinación de movimientos complejos, alteración del equilibrio.

2.3.1.2.1. Desarrollo psicomotor de la Discapacidad Intelectual moderada asociada Síndrome de Down

Las personas con Síndrome de Down siguen los mismos pasos del desarrollo motor, pero se tardan en desarrollar la fuerza y el control motor. Todas las habilidades motoras a un inicio son torpes y no muy controladas, pero estas mejoran con la práctica además tienen articulaciones más flexibles y puede llevarles más tiempo el desarrollo del equilibrio tanto para mantenerse de pie como para caminar, todas estas habilidades dependen mucho de cada individuo ya que no todos tienen los mismos patrones de control de movimientos como por ejemplo unos niños pueden caminar antes y hablar más tarde, otros tardan en caminar y hablan pronto (Fundación Iberoamericana Down 21, 2008).

Características del desarrollo psicomotriz:

- Disminución del tono muscular, se relaciona con el reconocimiento táctil, cutáneo y kinestésico, como consecuencia de las alteraciones que la hipotonía produce en el SNC, principalmente en áreas sensoriales.
- Reducción de su fuerza muscular ya que es mucho más débil.

- Problemas perceptivos visuales, auditivos y kinestésicos que afecta a la coordinación dinámica, óculo-manual, y en la percepción espacio-temporal, problemas de lateralidad.
- Laxitud de las articulaciones que repercuten en el movimiento y en la postura, produce mayor flexibilidad en las articulaciones y hace que no tengan mucho equilibrio, pudiendo causar problemas ortopédicos como el pie plano.
- Dificultad en la motricidad gruesa ya que sus extremidades superiores e inferiores son cortas en relación a su tronco.

2.3.1.2.2. Desarrollo psicomotor de la Discapacidad Intelectual asociada a la Parálisis Cerebral

El desarrollo motor de las personas con Parálisis Cerebral es lento, cumpliendo sus etapas más tarde de lo normal sin importar su inteligencia y su desenvolvimiento, manifestándose con actividades motoras anormales, como cuando intentan sentarse, en el uso de sus brazos y manos, etc. se van reconociendo los distintos tipos de Parálisis cerebral, el niño trata de funcionar como un conjunto inadecuado de patrones, compensando con las partes del cuerpo menos afectadas (Despósito, 2012).

Características del desarrollo motor: Piernas duras, no pueden alzar la cabeza cuando están boca abajo, no puede levantarse sobre sus manos, cabeza hacia atrás y a un lado, un brazo y una pierna doblados y el otro brazo y pierna estirados, no puede juntar ambas manos, no mantiene la cabeza cuando esta de espaldas con sus brazos rígidos y sus manos en puño, su cabeza cae hacia atrás empujándola cuando intenta sentarse, se apoya en los dedos del pie sus brazos tiran hacia tras sus piernas rígidas cruzadas en forma de tijera, espalda redonda piernas rígidas y pies en puntillas, poco uso de sus manos para jugar, no carga peso en sus piernas y apenas sujeta la cabeza, piernas rígidas y pies de puntillas lo que le ocasiona dificultad para ponerse de pie, dificultad para gatear ya que solo usa un lado de su cuerpo o se arrastra usando sus dos brazos, una mano rígida y la otra doblada con apoyo en un lado. Casi no mantiene el equilibrio del pie, usa una de las manos para jugar, una pierna puede estar rígida y se sienta sobre un lado del cuerpo.

2.3.1.3. El lenguaje en la Discapacidad Intelectual moderada

Las personas con discapacidad intelectual moderada presentan algunos problemas ligados a este ámbito, los más frecuentes son:

- a. El desarrollo del lenguaje en la discapacidad intelectual moderada a la edad de tres años alcanza a emitir de cuatro a seis palabras, cuando tienen seis años reproduce nombres, a los nueve años alcanza a decir trecientas palabras, a los doce años puede estructurar oraciones no complejas y a los quince años pueden establecer conversaciones sencillas ya que se les dificulta su interiorización (Programa Estatal de Fortalecimiento de la Educación Especial , 2010, pág. 137).
- b. La aparición del lenguaje es más lenta.
- c. El lenguaje es más concreto.
- d. Tienen más problemas en el lenguaje expresivo que en el receptivo.
- e. La organización sintáctica es muy pobre, con escaso número de elementos.
- f. Presentan dificultad en establecer las relaciones entre los distintos elementos de la oración.
- g. Tienen complicación para asimilar las reglas gramaticales más complicadas.
- h. Los problemas motores glosofaríngeos y la descoordinación muscular bucal generan una expresión verbal poco fluida, sin ritmo y con una tonalidad inadecuada.

El desarrollo del lenguaje en los niños y niñas con discapacidad intelectual moderada se encuentra afectado por el nivel intelectual en el que se encuentran para adquirir vocabulario y construir expresiones que amplíen su comunicación. La mayoría de los desajustes se encuentran relacionados con dificultades de articulación.

2.3.1.3.1. El lenguaje en la Discapacidad Intelectual moderada asociada al Síndrome de Down

El desarrollo del lenguaje en el Síndrome de Down está limitado debido a la Discapacidad Intelectual moderada ya que hay un problema en la maduración de las neuronas y en las sinapsis. El grado de dificultad lingüística abarca varios aspectos como la pobreza en su vocabulario sin embargo puede realizar construcciones del lenguaje autónomo.

Según Luria “no llegan a utilizar para nada la expresión oral, aunque no se debe nunca olvidar que siempre existan rasgos comunicativos” (Martinez, 1997), la capacidad para la comprensión del habla está más desarrollada que la producción oral, es decir que se encuentra más desarrollado la parte comprensiva y hay más dificultad en el lenguaje expresivo, por esta razón se debe utilizar oraciones cortas y claras, esperando con calma sus respuestas, para esto, ellos seleccionan palabras fáciles de producir. Hay problemas en el control motor del habla que dificulta la producción de movimientos coordinados, es decir que existen dificultades de articulación generalmente.

Existen dificultades articulatorias, en la producción de sonidos, que dificultan el entendimiento del habla, estas se dan en:

- a. Morfológico: La cavidad bucal es demasiado pequeña para la lengua, que presenta macroglosia (lengua más grande), que afecta la resonancia del lenguaje, la protrusión lingual que es cuando la lengua empuja contra o entre los dientes mientras la persona duerme, traga o habla, debido al uso incorrecto de los músculos de la boca, labios, mandíbula o el rostro (Fonoaudiología, 2012), mal posición dentaria, la mala oclusión, la hipotonía de los músculos del habla (lengua, labios, palabra blando y músculos respiratorios).
- b. Déficit Auditivo: A nivel auditivo puede haber altos riesgos de otitis (inflamación del oído), lo que perjudicará en la escucha de manera distorsionada, perder la capacidad para distinguir diferentes sonidos. Otra dificultad a nivel auditivo es un agente extraño dentro del oído medio que perjudicaría el retraso de la producción del sonido por la fuente sonora y la recepción del mismo en el oído interno que afectaría al aprendizaje del habla.
- c. Déficit de coordinación motora: Afecta en las secuencias de movimientos articulatorios.
- d. Problemas en las cuerdas vocales, debido al tono muscular.

2.3.1.3.2 El lenguaje en la Discapacidad Intelectual moderada asociada a Parálisis Cerebral

El desarrollo del lenguaje en el niño con Parálisis Cerebral se da de forma ininterrumpida, desde el nacimiento. En los primeros años el niño empieza a desarrollar

la base de la comunicación y esta lo hace mediante la interacción que realiza con la familia, donde inicia a ser mímicas faciales a entonar, a balbucear y a coordinar sonido-vista. También se desarrolla la percepción auditiva y las habilidades fonológicas y va adquiriendo el lenguaje de su entorno, presentan problemas en adquirir el lenguaje, irán teniendo alteraciones de la comunicación graves, afectando la fonética, morfología, sintaxis, semántica y pragmática, debido al nivel intelectual en el que se encuentran.

Tabla 1. Características en el habla

Habla	
Factores condicionantes	Características
Respiratorios: Alteraciones de la coordinación respiratoria. Respiración superficial e irregular. Disociación entre los movimientos torácicos, diafragmáticos y articulatorios.	Ausencia del ritmo, lentitud, pausas anormales y amontonamiento de frases.
Fonatorios: Alteraciones en la movilidad laríngea, disociación entre los movimientos laríngeos y diafragmáticos y mal formaciones de la actividad bucal.	Habla a sacudidas con voz ronca, voz débil o imposibilidad para mantener un sonido.
Articulatorios: Alteración de la movilidad de la musculatura de la mandíbula, labios, lengua y deformidades en la cavidad bucal.	Articulación distorsionada por incorrecta realización de los fonemas, omisiones y sustituciones. Voz nasalizada.
Gestuales: Alteraciones en la ejecución coordinada de los diferentes movimientos articulatorios. Alteraciones en la disociación de movimientos de diferentes grupos musculares (sincinesias).	Exceso de mímica al hablar, pudiendo llegar a hacer imposible la articulación.

Tomado de: (Arteaga, 2004, págs. 377-378)

La comunicación es pobre y limitada por lo que reduce la longitud de frases, como consecuencia de esto hay una reducción del vocabulario a un contexto limitado dificultándole la adquisición y manejo de conceptos básicos, provocando problemas en la comprensión de enunciados y expresar ideas para dar sentido a su comunicación.

2.3.2. Teoría del desarrollo psicosocial-emocional de Erickson

Erickson elaboró las etapas del desarrollo emocional a lo largo de la vida. “En esta teoría la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades y las demandas sociales” (Lois Hoffman, 1995, pág. 31). Los conflictos se irán resolviendo en cada una de las 8 etapas para poder progresar hacia el

siguiente nivel, el no poder resolver los conflictos que se dan en cualquiera de las etapas puede llevar a dificultades psicológicas las cuales le afectarán durante toda su vida. Las etapas del desarrollo psicosocial-emocional son: (Hoffman, 1995, pág. 32).

1. Confianza básica frente a desconfianza (desde el nacimiento a los 18 meses)
2. Autonomía frente a la vergüenza, duda (de 18 meses a 3 años)
3. Iniciativa frente a la culpabilidad (de 3 a 6 años)
4. Diligencia frente a la Inferioridad (de 6 a 11 años)
5. Identidad frente a la confusión de roles (desde la pubertad a principios de los 20)
6. Intimidad frente a aislamiento (de 20 a 25 años)
7. Generatividad frente a estancamiento (de 25 a 60 años)
8. Integridad del yo frente a desesperación (de 60 en adelante)

Tomando en cuenta el desarrollo socio emocional que se describe en esta teoría se puede hacer una relación en cuanto a lo que sucede en las personas con Discapacidad Intelectual moderada, independientemente de su edad cronológica así como el grado de afectación, las características varían según cada persona. “La edad emocional de las personas con discapacidad es consecuencia de sus intereses, sus logros personales, su desarrollo psíquico y su madurez emocional” (Schorn, 2005).

Las etapas socio-emocionales por las cuales se consideraría que atraviesan las personas con Discapacidad Intelectual moderada en su adolescencia son las siguientes:

Diligencia frente a la inferioridad: Las personas con Discapacidad Intelectual moderada deben cumplir ciertas normas dirigidas por sus padres o cuidadores, las cuales deben ser reforzadas y reconocidas para que puedan reconocer sus alcances. Si los padres o cuidadores no lo incentivan la persona va a dudar de sus capacidades por ende su desarrollo no tendrá el mismo alcance en cuanto a sus potencialidades.

Identidad frente a la confusión de roles: Tanto las personas que tienen Discapacidad Intelectual moderada y las que no la tienen asumen un rol según lo que la

sociedad espera de ellos, ésta varía entre los diferentes contextos, de una época a otra en una misma cultura, por ello dentro de la Discapacidad Intelectual moderada son los padres aquellos que directamente se encargan de la construcción de la identidad de sus hijos por lo que se debe integrar a estas personas a grupos de pertenencia para que ellos mismos asuman sus habilidades, intereses y deseos de manera que puedan expresarse ante un contexto de lo contrario su comportamiento puede ser infantilizado y no sabrá qué papel cumple dentro de la sociedad.

2.3.2.1. Desarrollo social emocional de las personas con Síndrome de Down

Las emociones son estados del sujeto que nos mueve a conseguir objetivos en la vida. Para que las emociones existan como tal requieren ser comunicadas (Figueroa, 2006). Se necesita del lenguaje expresivo para poder transmitir los afectos, una persona con Síndrome de Dow lo expresa con igual o mayor intensidad que una persona que no lo tenga, en estas personas podemos encontrar diferentes tipos de emocionalidad como: impulsivas y reflexivas, sociales y reservadas, tranquilas e inquietas, introvertidas y extrovertidas. Estas personas tienen la capacidad de captar el ambiente afectivo, dentro de su entorno más próximo, parecen ser socialmente sensibles y ponen mucha atención a las emociones de las personas a su alrededor. La dificultad que presentan en cuanto a la comunicación lingüística puede limitarlos a expresar sus propias emociones pero eso no significa que no las estén viviendo en toda su intensidad y pueden manifestarlas mediante conductas poco habituales producto de vivencias que para ellos pueden ser bruscas como por ejemplo la muerte de un familiar cercano y muchas veces puede desembocar en una depresión si no se las detecta a tiempo. Suelen expresar sus afectos de manera directa mediante el contacto físico (Ruiz, 2004, págs. 86-87), generan ansiedad cuando se les exige más de lo que son capaces de hacer.

2.3.2.2 Desarrollo social emocional de las personas con Parálisis Cerebral

Las personas con Parálisis Cerebral son con mayor frecuencia más sensibles, tienen dificultad para explorar, manipular y controlar el mundo físico y tiene alterado la interacción con otras personas ya que no puede producir información, transmitir, y expresar afectos, perjudicando su desarrollo social y de sí mismos.

Al momento de conseguir resultados le provoca frustración ya que no puede realizar actividades que necesiten esfuerzo y más aún si los padres les sobreprotegen en evitar que realicen diferentes actividades, puede tener una baja motivación que repercute en esfuerzos inútiles para conseguir interacciones apropiadas, afectado su desenvolvimiento en sus entornos más próximos, (Martínez, s.f., págs. 10-11).

2.3.3. Teoría Socio-Cultural de Vygotsky

Para Vygotsky todas las teorías psicológicas tenían que ser sociales, evolutivas y contextuales. La teoría sociocultural contempla el desarrollo en función de la actividad y la interacción social.

En el proceso de interacción social Vygotsky enfatiza la importancia de la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) que está determinada por dos niveles de desarrollo: la primera está definida como la distancia entre el nivel actual o real de desarrollo que es la capacidad que tiene el niño para resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial que es el área en la que los niños, con ayuda de un adulto o de otro niño más capacitado, resuelven los problemas que no podrían solucionarlos por sí solos (Lois Hoffman, 1995, pág. 44 y 45).

El nivel actual de desarrollo se define por las funciones que ya han madurado, mientras que la zona de desarrollo potencial acoge las funciones que aún no lo han hecho pero se encuentran a punto de activarse, el niño puede ser impulsado a aprender lo que se encuentra en la zona actual de manera que el buen aprendizaje será estimulado a un mejor desarrollo donde se debe llevar a cabo una interacción social donde se le brinde herramientas que aporte al avance del nivel de desarrollo potencial donde la persona que le ayuda al niño debe saber las necesidades que este tiene y ser funcionarios como un sistema de apoyo para un aprendizaje colaborativo que ayude a la asimilación del conocimiento del niño. La ZDP es el único buen aprendizaje porque impulsa al desarrollo cognitivo.

Vygotsky dice que las estructuras cognitivas superiores provienen de las influencias culturales, que es el resultado de la interacción social, es decir la interacción con los

demás donde adquirimos conciencia de nosotros, así como el uso de los símbolos, que permiten pensar en formas cada vez más complejas.

Mientras que las estructuras cognitivas elementales están determinadas por lo biológico y en un momento dado se integran, con sus debidas transformaciones donde las funciones superiores no se colocan sobre los procesos elementales ya que representan nuevos sistemas psicológicos asimilando y rechazando productos.

El conocimiento se adquiere y se construye a través de la interacción con los demás, la cual esta mediada por la cultura y desarrollada histórica y socialmente siendo el ser humano el protagonista de la creación de la propia cultura donde adquiere el contenido de su pensamiento, la cultura proporciona los medios para adquirir el conocimiento, estableciendo formas de pensar, influidas por el contexto histórico, ya que según Vygotsky el motor del aprendizaje es la interacción social.

Vygotsky habla sobre la participación guiada, como un apoyo temporal que adultos, padres, o maestros brindan al niño para la realización de una tarea hasta que él pueda realizarlo por sí solo. Mientras mayor dificultad tenga el niño, mayor orientación tendrá que brindar el adulto hasta que pueda hacer sus tareas sin ayuda y es ahí donde el adulto retira el apoyo. Esto se lo hace generalmente a nivel académico y en las actividades diarias donde el adulto estructura sus actividades y establece un puente que le permite cerrar el espacio su entendimiento y el del niño, ya que los niños aprenden de los adultos destrezas, conocimientos, y valores que son importantes dentro de su cultura.

“A partir de este concepto planteado por Vygotsky se puede entender que los sistemas de apoyo en personas con discapacidad intelectual moderada, se constituyen en herramientas que buscan superar la brecha existente entre la “competencia personal y las demandas del entorno” permitiendo incrementar la interacción social y el acceso a recursos, información y diversos medios en los que pueden participar a partir de la cooperación del otro (Davies, 2010).

Tomando en cuenta esta teoría se puede considerar el papel que cumplen las personas que se encuentran en el entorno directo de las personas con discapacidad intelectual moderada, principalmente los padres y cuidadores más cercanos, quienes les brindan un sistema de apoyo de enseñanza-aprendizaje para su desarrollo integral y su interacción social brindándoles herramientas según las necesidades que requieren dentro de su nivel real para llegar a su mayor potencialidad según sus alcances en relación a su escala cognitiva.

2.4. Sexualidad y Discapacidad

2.4.1 Sexualidad

Se ha pensado que hablar de sexualidad se reduce a genitalidad y a actividad coital, lo cual provoca en la familia de las personas con deficiencia el miedo y el rechazo a hablar de estos temas. Pero algunos autores en países como España y México han puesto principal interés en el desarrollo del tema de la sexualidad debido a que es un tema amplio que forma parte del ser humano desde que nace.

El autor José Luis García 1992, menciona que la sexualidad se la puede entender como una extraordinaria posibilidad de comunicación que tiene a su disposición las personas, para expresar y compartir deseos, sensaciones, sentimientos, emociones, fantasías y afectos.

La sexualidad es la necesidad básica del ser humano que se la vive de manera única e individual, forma parte integral de la persona y de la vida, permite expresar emociones y afectos, pero también está presente en las expresiones humanas cotidianas como la manera en que nos vestimos, hablamos, sentimos, demostramos afecto y nos relacionamos con los demás. Se manifiesta como el conjunto de condiciones biológicas, culturales, afectivas, emocionales y del comportamiento.

En esta perspectiva de estos conceptos se plantean los principios de Normalización e Integracionista, en donde el primero se refiere a que “la persona disminuida tenga las mismas oportunidades que la persona normal, o en todo caso lo más similares posibles,

con las pautas de crianza y desarrollo más parecidas a las que tiene la mayoría de las personas” (García, 1993); el segundo principio se refiere a que “la persona con deficiencia está entre nosotros y la sociedad, en todas sus expresiones concretas (familia, la escuela, los servicios socio-sanitarios, el mundo del trabajo, etc.); él ha de enfrentarse con sus problemas vitales, entre los cuales está también el del desarrollo y de la expresión de la sexualidad” (Loperfido, 1992).

En tanto se puede decir que la sexualidad está presente y se desarrolla en la persona con deficiencia de la misma forma que ocurre en la mayor parte de la población.

La sexualidad para Loperfido 1992, debe entenderse como el desarrollo global e integral de la persona, en donde ésta mantiene relaciones con los otros y con el mundo, lo cual empieza con la vida misma de la persona y se va desarrollando y modelando a lo largo de toda ésta.

Para esto es importante tomar en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad intelectual moderada para poder desarrollarlas y permitir el vivir pleno de su sexualidad.

El autor Félix López Sánchez 2002, hace referencia a las necesidades interpersonales de las personas con discapacidad debido a que por su condición, sobreprotección familiar y discriminación social, éstas pueden tener dificultades para ser satisfechas.

Este autor nos comenta que las necesidades interpersonales son tres:

1. Necesidad de seguridad emocional y autoestima: La seguridad emocional se la comprende como el sentirse aceptado y protegido incondicionalmente, en cambio la autoestima como el sentirse amado y capaz de amar. Éstas según el autor constituyen la primera y más fundamental de las necesidades.

El ser reconocido por los demás nos da cuenta de que existimos, por tanto es necesario saber que hay personas que nos quieren y nos protegen incondicionalmente,

que están siempre disponibles y que no nos van a fallar. Estas afirmaciones como nos dice el autor nos hace ser dignos de ser queridos y capaces de amar. Estos principios son fundamentales para la confianza en uno mismo y en los demás.

El satisfacer esta necesidad es responsabilidad principal de las figuras de apego las cuales son las personas que nos cuidan y protegen incondicionalmente, las que nos aceptan como somos, éstas son los padres, la pareja y los hijos.

Es importante que los padres permitan que a lo largo de la vida de sus hijos existan más personas de apego que ellos mismos, para que en el momento que ellos lleguen a faltar los hijos tengan más personas en quienes sentirse apoyados, protegidos, aceptados y valorados.

“La principal función de las figuras de apego es permitir a los hijos abrirse al contacto con la realidad física y social, sabiendo que cuentan con su protección y con la posibilidad de volver una y otra vez a la base de seguridad que incondicionalmente les acogerá” (Sánchez, 2002).

La satisfacción de esta necesidad es indispensable para no crear dificultades a las persona con discapacidad intelectual moderada que quieran y puedan establecer relaciones de pareja.

2. Necesidad de Amigos: Es evidente que las personas desde los primeros años de vida necesitan relacionarse con otras personas a más de la familia, personas que pertenezcan a su misma edad. Esto va a permitir que el individuo resuelva sus necesidades lúdicas, va a permitir explorar el medio externo de forma más arriesgada sin la sobreprotección de los padres, permite también que la persona se sienta igual que el otro, en donde van a compartir sentimientos que irán conformando su propia identidad., así también se permitirá ensayar una y otra vez experiencias de relación que pueden llevar a formar parejas y por tanto satisfacer otras necesidades.

Las relaciones con los demás nos dice López Sánchez 2002, que “son exigencias sociales que nos obligan a tener en cuenta el punto de vista de los demás, a salir de nuestro egocentrismo, a cooperar y ayudar a los demás si no queremos quedarnos aislados”.

Es importante y fundamental que los padres de las personas con Discapacidad Intelectual moderada entiendan que deben permitir que sus hijos e hijas tengan las mayores oportunidades de relación con sus pares para poder satisfacer sus necesidades.

Si esta necesidad de amigos se satisface correctamente logrará que la persona con discapacidad alcance su mayor autonomía y la ejerza con responsabilidad.

3. Necesidad de contacto e intimidad afectiva y sexual: En cuanto a esta necesidad nos comenta López Sánchez 2002, que por el mismo hecho de ser seres humanos tenemos la necesidad primaria de contacto corporal placentero, la cual puede ser satisfecha a través del contacto de la piel, de las emociones las cuales nos permiten expresar todos los sentimientos de mil maneras. Ésta es una necesidad que nos impulsa a tocar y ser tocados, acariciar y ser acariciados, dar curso al deseo, a la excitación y al placer, es decir busca el contacto más íntimo con el otro.

Las primeras necesidades como de contacto corporal y expresar emociones las satisfacemos con nuestros padres durante la infancia pero a medida que crecemos la resolvemos con nuestra pareja y con los amigos.

En las personas con discapacidad intelectual moderada las primeras necesidades que se resuelven con los padres están muy bien satisfechas pero surge un problema a la hora de satisfacer su necesidad de intimidad afectiva y sexual debido a las limitaciones de relación con los otros y como salida ante esta limitación el único recurso que con frecuencia persiguen es el de la masturbación mediante la cual experimentan placer y excitación, pero no satisface la necesidad de contacto e intimidad con otras personas.

Se ha mencionado anteriormente que el desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad se da de la misma manera que en las personas regulares, pero es importante resaltar que el vivir pleno de la sexualidad en estas personas va a depender de sus capacidades mentales, de sus características emocionales y su historia de comportamientos.

Las personas con Deficiencia Intelectual moderada tienen más dificultades para tener una sexualidad normalizada debido a que deben aprender a canalizar su deseo, a manifestar sus conductas autoeróticas en privado, a controlar sus deseos y emociones respetando a los demás y haciéndose respetar.

Por tanto con todo lo expuesto anteriormente se entiende a la sexualidad como “la modalidad de ser persona en el tejido de sus relaciones con los otros y con el mundo, y por tanto, empieza con la vida misma y se va modelando y desarrollando a lo largo de ella” (Loperfido, 1992).

2.4.2. Sexo

Sexo es el conjunto de características biológicas que distinguen a los seres humanos en dos grupos: hombres y mujeres. Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen hombres y mujeres, es decir los genitales, el aparato reproductor que diferencian a ambos.

Desde el momento de la fecundación el sexo del nuevo ser está determinado por las células sexuales de los padres, y es el padre con el espermatozoide que determina el mismo, derivando de ahí las características sexuales primarias y secundarias, los órganos sexuales femeninos y masculinos.

2.4.3. Género

“Género es un concepto cultural que apunta a la clasificación social en dos categorías: lo masculino y lo femenino. Es una construcción de significados, donde se convocan todos los aspectos ya sean sociales, psicológicos y culturales de la femineidad y la masculinidad” (MIES, 2011).

El género incluye un conjunto de manifestaciones comportamentales, nociones, normas y valores señalando contrastes entre hombres y mujeres diferentes de una cultura a otra.

Según la OMS 2007, “el género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. Las diferentes funciones y comportamientos pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre los hombres y las mujeres que favorecen sistemáticamente a uno de los dos grupos”.

El género es la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer.

Es el conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual.

El estudio de este tema ha sido de vital importancia para poder comprender los comportamientos y aspectos que tradicionalmente han sido considerados únicos de los hombres y de las mujeres. De aquí que se ha manifestado que los comportamientos de hombres y mujeres se dan gracias a una construcción social que sugiere aspectos personales y psicológicos asignados de manera diferenciada a unas y otros y debido a ello las personas adquieren ciertos comportamientos característicos y atributos que definen la femineidad y masculinidad.

Es decir por medio del género se define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres.

Al término género están vinculados los conceptos de identidad de género y roles de género que exponen a continuación.

Identidad de género: “se refiere a la identificación que cada persona hace con aquellas cualidades que dentro de una determinada sociedad se consideran propias de cada sexo, esto es, identificarse con lo masculino o lo femenino independientemente del sexo biológico (puede ser coincidente o no)” (Lucía Pellejero, 2011).

Se construye a través del tiempo y permite que las personas organicen su autoconcepto y se comporten socialmente en relación a la percepción que tienen de su propio sexo y género.

Roles de género: hace referencia al comportamiento que un hombre o mujer tiene diariamente ante las personas, el cual depende de los modelos sociales y de los patrones culturales propios de la persona. Es decir que el individuo asume un rol de acuerdo a lo que la sociedad espera de él.

Orientación sexual: Se refiere a la preferencia-atracción, erótico-afectivo de una persona hacia otra persona, se define a partir de su identidad sexual.

1. Homosexual: son hombres que sienten atracción erótico-afectiva por otros hombres.
2. Lesbianas: son mujeres que se sienten atraídas de forma erótica-afectiva hacia otras mujeres.
3. Bisexuales: son hombres y mujeres que se sienten atraídos/as erótico-afectivamente por personas del mismo sexo como del sexo opuesto.
4. Transgénero: “es el término que se usa para describir a la persona que construye un género distinto al que se le asigna socialmente” (INEC), pueden ser:
 - Transgénero femenina: “es la persona que nace con una biología de hombre y que construye un género femenino. Las transgéneros femeninas se expresan mediante el comportamiento, habla y estética de las mujeres” (INEC).
 - Transgénero masculino: “es la persona que nace con una biología de mujer y que construye un género masculino. Los transmasculinos modifican su comportamiento, habla y estética para corresponderse con lo que ha sido socialmente asignado a los hombres” (INEC).

- Transexuales: “persona transgénero que a más de su expresión de género masculina o femenina, realiza intervenciones en su cuerpo que la alejan de su biología original” (INEC). Las personas transexuales pueden ser:
- Mujeres transexuales: “Transición de hombre a mujer. Realizan intervenciones en su cuerpo para adaptarlo a la biología femenina. Generalmente estos cambios incluyen la administración de hormonas femeninas, implantes de senos y en algunos casos una cirugía de reasignación genital” (INEC).
- Hombres transexuales: “Transición de mujer a hombre. Intervienen su cuerpo para lograr una estética corporal masculina. Los cambios incluyen en algunos casos administración de hormonas masculinas, extirpación de senos y en algunos casos una cirugía de reasignación genital” (INEC).

5. Intersexuales: “Personas que nacen con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican en la definición binaria del sexo biológico hombre/mujer” (INEC).

En Ecuador existe un proyecto creado por personas transgénero cuyo nombre es “Proyecto Transgénero cuerpos distintos, derechos iguales” en donde lo que pretenden es la igualdad entre mujeres, hombres y personas de diversa condición sexo-genérica y el fortalecimiento de la asociación trans en Ecuador por medio de estrategias políticas, socioculturales, jurídico-formales y de uso alternativo del derecho.

2.4.4. Educación Sexual

La Educación Sexual tanto en personas “regulares” como en personas con discapacidad es la misma, debido a que el desarrollo de su sexualidad también lo es.

Con este tema lo que se pretende es formar y preparar a las personas para la vida, mediante el desarrollo de aptitudes y habilidades que las ayudarán en el desarrollo a lo largo de su existencia. Por tanto los conocimientos, información, aptitudes, actitudes, valores que los individuos desarrollen desde la infancia y adolescencia los ayudarán en la toma de decisiones y repercutirán en su salud sexual en general en la edad adulta.

Con educación sexual lo que se pretende es que los adolescentes con discapacidad intelectual moderada aprendan a conocerse, aprendan a aceptarse y aprendan a expresar su deseo de modo que sean felices (CEAPA).

Lo que se pretende es que los padres y madres de familia de adolescentes con discapacidad intelectual moderada miren a sus hijos de forma integral, es decir en todas sus dimensiones de desarrollo, tanto biológica, afectiva, social, psíquica y espiritual, para que de esta manera se logre el pleno desarrollo de la sexualidad en estas personas para que lleven una vida plena.

Es importante que los padres y madres mediten sobre la importancia de la educación sexual en sus hijos e hijas debido a que la sexualidad no es algo que se adquiera sino que es algo que viene con uno, “es algo que se es, no que se tiene” (Gómez, 1993).

Según Felix López 2002, lo que se persigue con la educación sexual es mejorar las condiciones de salud sexual de las personas con discapacidad.

Es necesario citar a la OMS para entender lo que significa salud sexual, que es el eje de la educación sexual, por lo tanto para ésta la salud sexual se refiere a: “Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de limitación, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” (OMS, 2002).

A lo largo del desarrollo de este tema amplio como es la Sexualidad en personas con Discapacidad intelectual moderada se hace énfasis en algunos de los temas que plantea el concepto de la OMS, como por ejemplo los derechos de estas personas que son de fundamental interés para defender su condición sin discriminación.

La Educación sexual es necesaria para que tanto el ambiente como las personas con discapacidad acepten las múltiples necesidades y de esta manera se pueda conceder el derecho a intentar satisfacer estas necesidades con conductas afectivas y sexuales, por supuesto teniendo en cuenta las normas sociales y el respeto a los demás.

Es evidente que los padres y madres de las personas con discapacidad intelectual moderada y en general padres y madres que tienen hijos con discapacidad se niegan a aceptar que sus hijos e hijas puedan despertar su interés sexual debido a que se piensa que estas personas son eternos niños, en donde no es posible que ellos manifiesten su sexualidad.

Por esto con la educación sexual lo que se pretende es ayudar a los padres, madres y demás personas que estén en contacto con las personas con discapacidad que “protejan de mejor manera a estos individuos de los riesgos asociados a la actividad sexual, a que ellos mismos aprendan a auto-protegerse con más eficacia y, por último, a que si no han conseguido evitar los riesgos pidan ayuda y aprendan a afrontar las consecuencias” (Sánchez, 2002). Es decir que los padres y madres estarán preparados para afrontar mejor las diversas situaciones que se presenten con sus hijos, así como las personas con discapacidad llevarán sus conductas sexuales a la intimidad y a no molestar a los demás.

Ahora se expondrán los objetivos generales de la educación sexual según nos manifiesta Félix López Sánchez 2002, en su libro *Sexo y Afecto en personas con discapacidad*, estas son:

1. “Asegurar que las personas con discapacidad estén protegidas y se autoprotejan de los riesgos asociados a la actividad sexual”, esto debido a los principales riesgos a los que pueden estar expuestas estas personas como por ejemplo el abuso sexual, el maltrato, etc.; así como también es importante que las mismas personas con discapacidad se autoprotejan siempre tomando en cuenta su capacidad de autonomía, los diferentes ambientes en los cuales se desenvuelven y las características de cada individuo. Se debe evitar a toda costa la sobreprotección debido a que se reduce la capacidad de autonomía y autoprotección de la persona con discapacidad, así como también no se debe caer en la

negligencia porque de esta manera estos individuos pueden volverse vulnerables frente al entorno en el que se encuentren. Lo prioritario en este punto es “potenciar la autoprotección de las prácticas de riesgo, y el respeto a la propiedad del cuerpo y de su intimidad de las personas con discapacidad” (Sánchez, 2002). Es importante tener en cuenta que tanto familiares como las personas que estén en el entorno de la persona con discapacidad deben ser considerados como agentes protectores pero también como posibles agresores.

2. Respetar el derecho a la privacidad e intimidad, el papel de los padres y madres así como también de las demás personas que pueden estar al cuidado de la persona con discapacidad es importante debido a que por su condición de discapacidad muchas de las actividades cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, etc., no las pueden realizar por sí solos y necesitan ayuda. Pero es necesario y fundamental que las personas que se encargan de ayudarlos tengan en cuenta que respetar la intimidad y dignificar su trato es lo esencial, ayudando con naturalidad y con respeto, lo cual favorece la autoestima y el sentimiento del propio cuerpo de la persona con discapacidad, si esto se logra entonces se evitará usar sus cuerpos como objetos. Este punto hace referencia también a brindarles la oportunidad de interactuar con sus iguales en contextos y situaciones en los que no estén vigilados, permitiendo así la posibilidad de espontaneidad y libertad. Esto les permitirá organizar sus gustos, preferencias y acceso a compañía.

3. En este punto lo que se quiere es que tanto padres y madres como demás personas que son parte del entorno de las personas con discapacidad logren que éstas puedan adquirir habilidades, actitudes, hábitos, valores, conductas positivas que favorezcan el desarrollo sexual adecuado. Por ejemplo lo que se quiere es que las personas con discapacidad “tengan actitudes positivas, respetuosas y tolerantes hacia las manifestaciones sexuales propias y de los demás, aprendan las prácticas higiénicas, saludables y seguras, aprendan a pedir las ayudas específicas que necesiten” (Sánchez, 2002).

Por tanto lo que se pretende es que las personas con discapacidad intelectual moderada tengan una educación sexual positiva para lograr de esta manera vivir lo mejor posible a los afectos y la sexualidad.

Existen varios modelos de intervención de la educación sexual según nos explica Félix López Sánchez, debido a la diversidad de temas que se deben abordar, a continuación se explicará brevemente esos modelos y sus ventajas y desventajas.

a. “Modelo de riesgos”.- Este modelo de intervención parte de un modelo médico, en donde se hace referencia a la salud y a la enfermedad.

Se entiende a salud como ausencia de enfermedad en este marco lo que se pretende es evitar los riesgos asociados a la actividad sexual, por lo tanto en este contexto la sexualidad solamente puede ser atendida o tomada en cuenta cuando se presente algún problema o cuando se prevea un riesgo de contraer una enfermedad. En el caso de la discapacidad intelectual moderada este modelo va dirigido a que las intervenciones deben estar enfocadas a evitar los riesgos, o bien a dar una respuesta sanitaria una vez que éstos se han producido. Algunos de los problemas pueden ser enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc., por lo que se promoverá la anticoncepción, esterilización, etc.

La ventaja de este modelo es que reconoce los problemas de manera realista y los atiende de forma inmediata. Pero existen más desventajas que ventajas porque su manera de intervención como nos dice el autor es insuficiente debido a que los efectos que se obtengan pueden ser muy reducidos en el tiempo.

Este modelo tampoco ayuda al vivir de la sexualidad de forma positiva, porque solamente se actúa de acuerdo a los efectos y resultados. Fomenta también la idea de que sexualidad y peligro van de la mano. No toma en cuenta los sentimientos y requerimientos de las personas sino que actúa inmediatamente de acuerdo a los resultados.

b. “Modelo moral”.- Este modelo se basa en una concepción religiosa, en donde se entiende que la actividad sexual sólo tiene sentido dentro del matrimonio heterosexual y por lo tanto debe estar orientada a la procreación.

Desde esta orientación se debe guiar a las personas con discapacidad especialmente a aquellas que no pueden tener hijos y educarlos, a una educación sexual entendida como mero autocontrol o educación para la abstinencia.

Se pretende educar para el matrimonio y la familia, evitar la actividad sexual fuera del matrimonio, es decir se pretende la castidad, de acuerdo a esto entonces las personas con discapacidad que no llegan a poder casarse renuncian a la actividad sexual.

c. “La educación sexual para la revolución sexual y social”.- Este modelo pretende defender el derecho al placer sexual y desliga la actividad sexual a la función de procrear y del matrimonio, defiende los derechos de las personas con discapacidad. Lo que se espera es que todas las personas tengan una actividad sexual satisfactoria y placentera.

Se pretende también, en el marco del respeto de los derechos, informar sobre anticoncepción y ofrecer los medios para poder llevar a cabo una actividad sexual en condiciones de seguridad, higiene, tranquilidad y satisfacción.

Este modelo deja de lado a los padres como formadores de sus hijos e hijas y les da más importancia a los educadores porque son estos quienes tienen una conciencia más crítica de la sociedad, sin embargo los padres y madres deben buscar el apoyo necesario en personas especializadas y junto a ellos ser el agente educativo más importante a lo largo de su vida.

d. “Modelo biográfico-profesional”: Este modelo mira a la salud como bienestar y promoción de la calidad de vida de las personas y de los pueblos. Aquí se mira al vivir pleno de la sexualidad como bienestar. La visión de la sexualidad es más amplia, por lo

que se consideran todas las dimensiones del ser humano. Se promueve el uso responsable de la libertad, el respeto a sí mismo y a los demás.

Lo más importante de este modelo es mantener una actitud positiva hacia la sexualidad, buscar continuamente conocimientos científicos, ser tolerantes y éticos. La adquisición de conocimientos y habilidades permitirá resolver las necesidades interpersonales, afectivas y sexuales priorizando la decisión que la propia persona con discapacidad es capaz de tomar. Permite también la aceptación positiva de la propia identidad sexual.

En las personas con discapacidad “la información y conocimientos que se den deben adaptarse de forma precisa a lo que pueden aprender y a las diferencias individuales tanto de estas personas como de sus tutores, es importante también trabajar en los mitos y prejuicios” (Sánchez, 2002).

Este modelo hace principal énfasis en los roles que cada una de las personas que cumplen en este tema de educación sexual, es así que:

- El rol del individuo tiene que ver tanto como sujeto de derechos, como sujeto de decisiones. Cada persona tiene sus propias características, sus propios deseos, su propia biografía, su propia identidad y personalidad, su propia capacidad de tomar decisiones.
- Los padres de las personas con discapacidad tienen el rol de tutelarlos, protegerlos y cuidarlos, en todos los aspectos de sus vidas, siempre evitando de caer en la sobreprotección y en la negligencia. Respetar la individualidad de sus hijos e hijas es importante para formar la autonomía, la autoprotección y la propia toma de decisiones. Los padres tienen el derecho y el deber de aconsejar a sus hijos, transmitirles valores todo en el momento oportuno. Es importante considerar que cuando los hijos e hijas dependen de los padres es imposible hacer educación sexual sin ellos.
- Los profesionales son mediadores, son aquellos que se encargan de las evaluaciones a las personas con discapacidad y evalúan el grado de salud y sus posibilidades de

mejora, ofrecen informaciones y brindan sus conocimientos y, prestan ayuda en el momento adecuado y oportuno.

En el marco de la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual Gregorio Katz sugiere que en las etapas de desarrollo es importante enfatizar en distintos temas, en la niñez el autor sugiere que la intervención sexual educativa debe estar enfocada en “establecer criterios específicos para el desarrollo del concepto de conductas públicas y privadas, el cual debe abarcar el entorno social de los sujetos con discapacidad intelectual y señalar todos los comportamientos socialmente inaceptables o inadecuados, incluyendo las manifestaciones sexuales para crear con ello un esquema mental global del comportamiento aceptado por la sociedad” (Katz, 2010).

En el adolescente con deficiencia intelectual el autor comenta que la intervención educativa debe estar enfocada en la canalización adecuada de sus impulsos, para que puedan satisfacer las necesidades propias de esta edad.

En cuanto a las conductas públicas y privadas se conoce que las personas sin discapacidad aprenden conductas sociales mediante el ejemplo de sus figuras modelo, además los individuos incorporan las normas adquiridas a través de experiencias vividas, y de manera innata se van creando esquemas mentales de lo que socialmente es correcto e incorrecto, aceptable e inaceptable, y de esta forma se va generalizando la conducta.

Pero es evidente que este proceso en las personas con discapacidad intelectual “requiere mayor cantidad de experiencias positivas y de una continua sistematización de sus conductas para desarrollar dichos esquemas, debido a que la limitación intelectual bloquea los procesos de generalización y, por lo tanto, el aprendizaje por imitación se ve restringido” (Katz, 2010).

Aunque el trabajo en personas con discapacidad intelectual moderada lleve más tiempo es importante no desfallecer y brindar la ayuda necesaria y el tiempo que sea

necesario para que logren interiorizar estos conceptos y sus conductas sean dirigidas hacia el respeto de sí mismos y de los demás.

Es importante crear conciencia en el individuo de que existen conductas públicas y privadas, de donde las primeras son aquellas que no ofenden ni agreden a nadie, es decir que son aceptadas por la sociedad; las segundas son aquellas conductas que deben llevarse a cabo en lo privado en lo íntimo. Cuando el individuo logre asimilar estos conceptos serán capaces de diferenciar las conductas sexuales de las que tienen predominio social, lo cual le permitirá al sujeto satisfacer sus necesidades sin tener que reprimirlo y sin ofender a los demás.

Por todo lo expuesto entonces es importante que se comprenda que la educación sexual debe estar dirigida al bienestar de las personas, logrando individuos felices con el vivir pleno de su sexualidad, satisfaciendo sus necesidades con la toma correcta de decisiones.

2.4.5. Componentes de la sexualidad humana

La sexualidad existe en cada persona desde el momento en que es concebida y forma parte de la expresión humana, es la manera en que uno se ve, se siente y se vive como hombre o como mujer, haciendo relación con la discapacidad intelectual moderada, se aduce que no existe una sexualidad “normal” y otra “anormal” (Schorn, La Capacidad en la Discapacidad, 2005, pág. 71) , esta se manifiesta de manera particular en cada individuo e interviene de forma activa en el desarrollo emocional, físico y social de las personas, es decir que está conformada por varios componentes:

1. Pubertad y adolescencia

La pubertad es la primera fase de la adolescencia en la cual se manifiestan los cambios físicos de la persona, hombre o mujer, que se da generalmente a los 10 y 11 años en las niñas y a los 12 y 13 años en los niños, estas edades no son precisas para todos los sujetos ya que cada persona se desarrolla de forma individual, cada niño/a inicia su pubertad a una edad y ritmo determinado, en este proceso de cambios físicos el

cuerpo de la niña o el niño se convierte en adolescente y es un paso absolutamente necesario para capacitar al individuo en su función reproductiva, además se puede observar de forma evidente los cambios que han surgido en su cuerpo, desarrollando las características sexuales secundarias con relación al tamaño, forma, composición y desarrollo funcional en muchas estructuras y sistemas del cuerpo, que anteriormente solo se lo podía diferenciar por sus genitales, vagina en la mujer y pene en el varón.

La adolescencia es una etapa de transición, paso de la niñez a la adultez, donde se experimentan cambios psicológicos, emocionales que se encuentran unidos al contexto social-cultural en el cual se desenvuelve el sujeto es decir que cada persona sigue madurando afectiva y sexualmente a lo largo de toda su vida, mejora su conocimiento personal y va delimitando sus deseos y necesidades individuales (Asesoría Psicosocial del Centro Informajoven , 2006).

La mayoría de las personas con discapacidad intelectual moderada presenta un desarrollo físico y funcional semejante a todos los niños/as y acorde a su edad cronológica, es decir que no existe mucho contraste en cuanto al desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios, su cuerpo cambia según la edad por la que está cruzando. Pero un niño con discapacidad intelectual moderada necesitará de más educación y más apoyo para comprender los cambios que implica este proceso y para ajustarse a ellos.

Ésta es una fase compleja, llena de nuevos retos y cambios a los que también la familia debe acoplarse. Como ya se mencionó anteriormente el cuerpo cambia ya que las hormonas hacen su trabajo, así como los estados de ánimo y el humor cambia repentinamente.

Posiblemente, surgirán impulsos y experiencias del cuerpo sin que el niño/a logre tener una clara representación o comprensión de lo que siente. Incluso así, comprenderá que a través de algunas zonas del cuerpo, puede experimentar sensaciones placenteras,

sin saber qué es exactamente lo que ocurre con su cuerpo, si es bueno o malo o cuándo y dónde debe ser oportuno, lo disfrutará y no podrá evitar desearlo (Lazcano, 2008).

Los niños que requieran mayores cuidados y apoyo, demandan una atención muy personalizada y paciente hasta lograr expresar su sexualidad de una manera adecuada y positiva. Por ejemplo, es probable que les cueste comprender los conceptos de lo que es público y lo que es privado, y cuáles son las conductas más apropiadas en cada caso. Sin embargo, los padres deben encontrar la forma de reforzar un mensaje útil y tranquilizador sobre el tema.

A los padres y familias muchas veces les cuesta reconocer esta nueva realidad. Es muy común que se tenga el impulso de negar o reprimir el interés que aparece en los niños y niñas por las cuestiones sexuales, o no se logre responder de manera adecuada a las nuevas preguntas y necesidades (Lazcano, 2008). Sin embargo, es de gran importancia no interrumpir este proceso poniendo barreras y ofreciendo espacios para conversar de los temas que se tornan más inquietantes, así como dejando ambientes libres para la intimidad que también necesitan los y las adolescentes.

Los padres deben buscar ayuda de profesionales o especialistas para comprender adecuadamente el desarrollo de la sexualidad de sus hijos e hijas, esto les ayudará a respetar sus tiempos, comprender sus necesidades y enseñarle algunas pautas básicas acerca del lugar y momento más adecuado para conversar sobre esto. Puede llevar un tiempo encontrar la forma de comunicarnos, pero el resultado será muy valioso para él y gratificante para nosotros (Aznar y G. Castañón, 2006).

Los niños y niñas con discapacidad intelectual moderada a veces necesitan algo más de tiempo que los demás para comprender las cuestiones relacionadas a su sexualidad. La frecuencia, el lenguaje natural y sencillo, las indicaciones claras y por pasos, los mensajes breves con determinada información suelen ser buenos recursos para hacernos entender y saber qué necesitan.

Los niños que tienen menos posibilidades de comunicación a través del lenguaje suelen usar gestos para hacerse entender. Las fotos, los dibujos simples y sobre todo las situaciones cotidianas y no artificiales son la mejor forma de comunicarnos con ellos y sobretodo enseñarles (Schorn, La Capacidad en la Discapacidad, 2005).

Llegar a acuerdos entre los distintos miembros y convivientes de una familia es de gran importancia para que exista coherencia en el mensaje, las reglas y la información que se presta al adolescente.

2. Cambios físicos y biológicos

Como seres constituidos por un cuerpo somos sexuados porque desde el momento de la concepción hay una diferenciación como hombre o mujer, la anatomía con formas y órganos genitales externos e internos diferentes y propios de cada sexo, los órganos sexuales son pene y testículos en los varones y vagina y ovarios en las mujeres, teniendo cada uno de estos órganos funciones específicas y distintas.

El aparato reproductor masculino cumple dos funciones muy importantes: producir los gametos masculinos o espermatozoides y depositarlos en el aparato reproductor femenino. Durante la adolescencia, los testículos empiezan a producir espermatozoides, los cuales salen del cuerpo mediante la eyaculación.

Es normal que durante la adolescencia, principalmente en la noche, los muchachos empiecen a tener las primeras eyaculaciones, a las cuales se les denomina poluciones, que pueden o no estar acompañados por sueños eróticos, lo cual es algo común. Esta función señala el inicio de la maduración del aparato reproductor. (FERNANDES Editores, 2011).

El aparato reproductor femenino por su parte desempeña tres funciones fundamentales: produce los gametos femeninos u óvulos, recibe a los espermatozoides y aloja y alimenta al nuevo ser.

Para desarrollar sus funciones, el aparato reproductor femenino cuenta con órganos externos e internos. Los externos forman en conjunto la vulva, y los internos son el útero o matriz, los ovarios y las trompas de Falopio. La maduración del aparato femenino se lleva a cabo entre los 10 y 12 años de edad, aunque puede haber variaciones sin que éstas impliquen alguna anormalidad.

Una de las funciones que se empiezan a desarrollar en la adolescencia es la aparición del ciclo menstrual, que incluye la maduración de los óvulos u ovulación y la menstruación o regla, a la primera se la denomina menarquía, que es la preparación de las membranas del útero para el embarazo.

El ciclo menstrual dura aproximadamente 28 días, pero puede ser más largo o más corto, dependiendo de cada mujer. El óvulo maduro, formado durante ese lapso, tiene dos posibilidades, la primera sería encontrar espermatozoides y entonces ser fecundado para iniciar el embarazo, y la segunda que al no encontrarlos se desintegre junto con la membrana que recubre al útero (endometrio) y todo se elimina en forma de un flujo sanguíneo, originando la menstruación o sangrado menstrual. Después inicia nuevamente el crecimiento de una célula en el ovario llamada folículo, que al madurar se convierte en óvulo y se repite el ciclo. (FERNANDES Editores, 2011).

La anatomía y fisiología del aparato reproductor en las personas con Discapacidad Intelectual moderada no es diferente, estos son del mismo tamaño que el resto de la población, sin embargo en las personas con Síndrome de Down, adolescentes o adultos, el porcentaje de su fertilidad es reducido. Por otro lado Marta Schorn en su libro Capacidad en la Discapacidad dice que las mujeres con Síndrome de Down al tener un útero infantil no son fértiles y solamente puede darse el caso de procreación en aquellos casos denominados “mosaico”, en los que la persona puede tener algún rasgo del síndrome pero no afectado el resto de su desarrollo, pero en muy raras excepciones las jóvenes Down quedan embarazadas pero será siempre de una persona que no sea Down y la mayor parte de las veces el embarazo no llega a su término (Schorn, La Capacidad en la Discapacidad, 2005). Dentro de la formación sobre sexualidad se les debe aportar

con nociones fundamentales sobre los órganos sexuales y sus funciones, las personas con Discapacidad Intelectual moderada deben aprender a identificar las diferencias anatómicas que existen entre hombres y mujeres ya que la mayor parte de las veces ellos piensan que son iguales, este aprendizaje será una base para que puedan entender lo que sucede con los procesos de sexualidad (Lazcano, 2008).

Este proceso debe ser explicado de forma previa a los niños y niñas independientemente de que tengan o no una discapacidad por parte de los padres, cuidadores y educadores ya que es una etapa normal dentro de la vida de cualquier ser humano y que debe ser vivido de forma serena, la educación es importante para prevenir miedos y sustos o bajar los niveles de ansiedad ya que en un primer momento esta experiencia puede resultar difícil, en las personas con discapacidad intelectual moderada el aprendizaje puede ser un tanto más lento, hábitos de higiene y cuidados del cuerpo principalmente con respecto a esta etapa, pero con paciencia y tolerancia seguramente aprenderán una práctica adecuada.

Cambios masculinos: Aparece vello facial (bigote y barba), posible acné, la voz cambia y se hace más grave, los hombros se ensanchan, aparece el vello púbico, crece el vello en el pecho y la espalda, el cuerpo transpira más, aparece el vello en las axilas, los testículos y el pene aumentan de tamaño, el cabello y la piel se vuelven más grasos, aumenta el peso y la altura, las manos y los pies aumentan de tamaño, aumenta el vello en los brazos, crece el vello en las piernas, se inicia la capacidad reproductora, eyaculación.

Cambios femeninos: La piel se vuelve más grasa, aumenta el peso y la altura, aumenta el sudor, rostro más lleno, posible acné (debido a las hormonas), los brazos engordan, aparece el vello en las axilas, se destacan los pezones, crece el vello púbico, los genitales se engrosan y oscurecen, aumenta el vello en los brazos, los muslos y las nalgas engordan, las caderas se ensanchan, crece el vello en las piernas, se inicia la capacidad reproductora, menstruación.

3. Cambios psicológicos y emocionales

Los cambios en la pubertad no son sólo físicos, sino que vienen unidos a un proceso de maduración psicológica y emocional sumamente importante. Los cambios físicos provocan en los jóvenes una afección emocional profunda, en muchos casos porque ni siquiera han sido preparados para estos cambios (Gutierrez, 2012) . Todo esto hará que el joven se sienta desorientado y lo manifieste a través de una gran irritabilidad, inestabilidad y una alta sensibilidad que lo llevará a responder inmediatamente frente a aquello que le moleste o lastime.

Como seres con pensamientos, emociones y afectos la sexualidad implica que las personas se reconozcan como hombre o mujer, llegando a establecer una forma de sentir y actuar como tal, afloran los afectos sexuales, como la atracción que se orienta hacia el sexo opuesto, así mismo el hecho de recibir y expresar otras formas de afecto como la ternura, expresada de diversas formas y que son una parte fundamental en las relaciones interpersonales.

Cabe recalcar que la parte emocional del desarrollo de la sexualidad depende de nuestra infancia es decir de la forma en que hemos sido educados para convertirnos en hombres o mujeres y también de la forma en que aceptamos el sexo al que pertenecemos. (Gladys León, MIES, 2011).

4. Entorno Social

Todos los seres humanos forman parte de grupos sociales, y ser sexuados involucra el hecho de aprender valores, costumbres y reglas que rigen el comportamiento sexual dentro de la sociedad, ajustarse al propio comportamiento como hombre o como mujer a los roles y patrones propios de la cultura donde se desarrolla la persona, estos patrones varían según la cultura y la época.

2.4.5.1 Características del desarrollo sexual en las personas con Discapacidad Intelectual moderada.

El ser humano pasa por diferentes etapas evolutivas y dentro del mismo también se encuentra la sexualidad, la edad por la que va pasando cada persona pone en evidencia

las características propias de este estadio. Se debe tener en cuenta que en las personas con Discapacidad Intelectual moderada su comportamiento es un tanto desajustado ya que sus conductas sexuales estarán relacionadas con el nivel de maduración al que llegan.

La pubertad de 13 a 15 años, ocurren los cambios hormonales que traen consigo a la aparición de las llamadas características sexuales primarias y secundarias. Aparece el deseo sexual, es decir el gusto y la atracción por el otro sexo. La masturbación se vuelve más frecuente, siendo la opción, la única en la mayor parte de los casos, considerada como expresión sexual principal y un medio de liberación para muchas personas con Discapacidad Intelectual moderada, es decir que es considerada como una necesidad (Lazcano, 2008, pág. 223).

En esta edad las relaciones sexuales ya pueden ocurrir con los peligros de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados.

Las personas con Discapacidad Intelectual moderada llegan a un desarrollo psicosexual similar al de los niños de 6 a 7 años, lo cual indica que alcanzan a un nivel de autonomía, hábitos de higiene así como el desempeño de tareas sencillas. Conocen la diferencia de sexos y se llegan a identificar con las personas que los cuidan y les ayudan a cubrir sus necesidades de la mejor manera. Pueden elegir a otra persona con la cual explorar y compartir experiencias que ayuden a desarrollar su sexualidad de forma gratificante (Gladys León, MIES, 2011).

2.4.5.2. Características del desarrollo sexual en las personas con Síndrome de Down

En el desarrollo puberal tanto en hombres como en mujeres presenta la misma secuencia que sus pares. En cuanto a los hombres sus genitales son más pequeños y menos desarrollados. Mientras que unos autores no encuentran diferencias en el tamaño de los genitales, otros han observado que la longitud del pene y el volumen testicular son inferiores a los valores medios, así como también algunos estudios hablan de una importante disminución en la cantidad de esperma producida en cada eyaculación, que

hace poco probable que lleguen a tener hijos, sin embargo aparentemente el principal problema radica más bien en la calidad funcional de los espermatozoides. Con relación a las mujeres, aunque los primeros estudios con respecto al aparato reproductor indicaron la existencia de ovarios más pequeños y en investigaciones más recientes, una revisión sobre su capacidad reproductora (70% son fértiles) han sugerido una función ovárica normal. Tienen ciclos menstruales regulares y el comienzo de la menstruación aparece a una edad similar a la de otras jóvenes sin Síndrome de Down (Fundación Iberoamericana Down 21., 2014).

Los cambios en la adolescencia al igual que las personas que no presentan el síndrome, probablemente es una de las etapas más complejas ya que las relaciones sociales alcanzan un nivel importante, al igual que la búsqueda activa de independencia de sus padres, pueden existir problemas con respecto a la aceptación de su discapacidad por las barreras que tal vez esta le presente, es muy frecuente el aislamiento social (Figuroa, 2013), por los comportamientos típicos de la edad muchas veces pueden ser sobreprotegidos por parte de sus padres o cuidadores, lo cual les impide un mejor desarrollo, es decir que el adolescente con Síndrome de Down esencialmente comparte los problemas de cualquier otro adolescente, como son: la percepción de los cambios, una cierta confusión, el deseo de fortalecer su propia identidad, la necesidad de autoestima, la rebeldía frente a la imposición, el deseo de pertenecer a un grupo, la necesidad de expresar su afecto y de sentirse querido, la aspiración de independencia y de alcanzar su plena autonomía, el sentimiento de competencia, el sueño de sus proyectos. Pero todo ello queda marcado por sus características especiales: el desfase entre la edad biológica y la mental y lingüística, la distorsión que puede tener de su percepción personal, los mensajes complejos que reciben, para los que tiene dificultades de interpretación, las dificultades de aprendizaje y las de comunicación.

2.4.5.3. Características del desarrollo sexual en las personas con Parálisis Cerebral

El desarrollo biológico puberal y adolescente de las personas con Parálisis Cerebral es igual que las personas que no lo presentan tanto en hombres como en mujeres ya que la afectación que presentan es de origen cerebral que afecta principalmente al desarrollo

motor y no a nivel sexual, es decir que no hay afección directa a sus órganos genitales ni a su proceso de desarrollo sexual así como tampoco se encuentra afectada la fertilidad, es decir que pueden concebir (Terapia Ocupacional, 2005). Sus vivencias de socialización se encuentran afectadas ya que debido a la parálisis se encuentran limitados a pertenecer a grupos e interactuar, esto es frecuente en la mayor parte de los casos, esto sucede por presentar problemas motores que les impide trasladarse de un lugar a otro llegando a no tener mucha autonomía, casi siempre están dependiendo de un cuidador, todo tiene que ver con el grado de afectación de la lesión cerebral.

2.4.6. Masturbación y autoerotismo

La masturbación es un acto que está presente en el individuo desde edades tempranas, debido a la curiosidad por explorar su propio cuerpo y el de los otros, posteriormente tendrá como objeto el placer o sensaciones agradables. Este acontecimiento empieza desde que los niños y niñas controlan sus esfínteres.

De los tres a los cinco años y en la adolescencia son las etapas en donde la masturbación ocupa un lugar preponderante, etapas en donde se experimenta gran carga de ansiedad que se libera a través de la auto-estimulación genital.

En la pubertad se presentan con más intensidad la curiosidad, la necesidad de experimentar sensaciones físicas placenteras y el deseo sexual, por lo que en esta etapa, la masturbación cumple un papel importante en el desarrollo sexual. Pero hay que tomar en cuenta que la masturbación es un acto íntimo, es una de las formas que tenemos las personas de conocernos y darnos placer.

Durante la pubertad las personas con Discapacidad Intelectual moderada usarán la masturbación con igual o mayor frecuencia que cualquier adolescente, esto debido a las limitaciones que ellos tienen para cubrir sus necesidades de gratificación sexual.

Cuando las personas tienen menor oportunidad de experimentar placer o se ven invadidas de ansiedad o displacer se da una mayor tendencia para recurrir a la masturbación, por esto se puede deducir que ésta es una necesidad, entonces constituye

un derecho de todos los seres humanos siempre y cuando la practiquen en forma privada y no ofendan a nadie.

Es importante que los padres tengan en cuenta sus reacciones ante esta situación, debido a que el castigar o regañar al niño o a la niña, o apartarle la mano le manda el mensaje que los genitales son malos, que tocarlos es algo sucio, y los niños quedan sintiéndose avergonzados y culpables, y van a continuar aún más con tal comportamiento. En lugar de castigar y regañar lo ideal sería actuar tranquilamente y enseñar y encaminar al niño o niña sobre lo que puede hacer en público y lo que puede hacer en privado, para que a posterior pueda ejercer su intimidad en lugares apropiados, siempre respetándose él o ella y a los demás.

2.4.7. Salud y cuidados del cuerpo

Este tema es de gran importancia en la vida de todas las personas debido a que forma parte de la salud y de la formación integral de los individuos.

La salud como ya lo hemos explicado anteriormente se la entiende y se la defiende como la sensación de bienestar en todas las dimensiones del ser humano, por tanto es necesario que ésta se maneje con especial cuidado para el bienestar de la persona así como también para llevar una sexualidad adecuada.

Varios autores coinciden en que el cuidado del cuerpo se da para atender la salud del individuo, alcanzar un bienestar pleno y una vida saludable, Bénédicte de Freminville manifiesta que “la higiene es considerada como una ciencia que enseña el conjunto de medidas a adoptar para mantener un buen estado de salud, entendiendo la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social. Conseguir esa higiene en la vida exige energía, tenacidad. Cuando se trata de personas con una discapacidad, estas cualidades van a ser exigidas no sólo a la persona misma sino también y de manera importante a su entorno” (Freminville, 2007).

En este marco de la salud y bienestar que varios autores coinciden, se abordan temas importantes como la alimentación, la higiene y cuidados personales, la prevención y los

cuidados médicos, la actividad física e intelectual, es decir todo lo que permite vivir bien y en plenitud. El aprendizaje de estos hábitos es importante para la formación integral de las personas logrando mejorar la salud y bienestar del sujeto, la prevención de enfermedades, facilita las relaciones interpersonales y contribuye a la formación de una imagen positiva de sí mismos.

“La higiene personal tiene como objeto que la persona esté en las mejores condiciones de salud para enfrentar a los riesgos del ambiente y del propio ser humano. Por esto algunos de los hábitos que se debe hacer y enseñar a las personas en general y a las personas con discapacidad con mayor razón son: lavarse correctamente las manos, tomar el baño diario, lavarse los dientes, limpiar su nariz, mantener y cuidar su ropa y sus zapatos limpios, esto para el bienestar personal y para fomentar el autoestima” (Ghazoul). Se debe tener en cuenta que en el caso de las personas con discapacidad intelectual moderada los cuidadores que estén encargadas de estos actos los realicen de forma respetuosa y sin invadir su intimidad.

Es también responsabilidad colectiva el cuidado de la higiene del ambiente en el que crece la persona, por ejemplo del aseo de la casa, de los alimentos, del barrio, etc., esto para el bienestar individual y colectivo.

Es necesario también que las personas que están al cuidado de las personas con discapacidad comprendan que sus hijos o hijas tienen la capacidad de desenvolverse solos después de haberles brindado las ayudas necesarias, por lo que se debe evitar darles haciendo las cosas, por ejemplo lavarles los dientes, vestirles, etc., (dependiendo el grado de discapacidad) debido a que esto crea más dependencia y no se alcanza la autonomía que esperamos.

En cuanto a la alimentación debe ser sana pero “lo esencial es que se la lleve a cabo dentro de un ambiente de convivencia para relacionarse entre los que la comparten y de esta manera crear ambientes favorables para la socialización dentro y fuera del hogar” (Freminville, 2007).

“En lo que tiene que ver con la actividad física es trascendental que se tome en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, debido a que por el grado de su discapacidad precisen acudir a terapias específicas como por ejemplo fisioterapia, psicomotricidad, esto para permitir también el desarrollo neuromotriz y la tonificación global de su cuerpo” (Freminville, 2007). Es preciso tomar en cuenta a parte de las terapias aquellas actividades físicas por las cuales el sujeto se interese para que no vea a la actividad física como algo rutinario y sin gusto sino, por ejemplo el tenis, fútbol, etc., todo dependiendo de su alcance, esto le permitirá también entablar amistad con otras personas lo que la necesidad de relaciones interpersonales estará siendo satisfecha.

Es entonces importante que estos cuidados se cumplan a cabalidad y satisfactoriamente para que los adolescentes con discapacidad intelectual moderada conozcan su cuerpo, puedan atenderlo permitiéndoles de esta manera formarlos como seres seguros, autónomos y protectores de sí mismos y de los demás.

2.4.8. Enamoramiento

“El enamoramiento es parte de la vivencia plena de la sexualidad en el ser humano, es parte de una de las necesidades del mismo, la cual permite superar el aislamiento de otros y mantener relaciones con los otros, especialmente con una pareja con la que se intercambie afectos, emociones y sensaciones” (Orlandini, 2003).

Es entonces en la pubertad que surge el amor en sus primeras manifestaciones, como nos comenta el autor antes mencionado, como amores platónicos o románticos, en donde es frecuente que se sienta gusto y afecto por personas con las que no se tiene contacto físico como pueden ser artistas de cine, cantantes, etc.

Es importante fomentar las relaciones sociales en esta época para que los adolescentes especialmente los que tienen discapacidad intelectual moderada interactúen con sus pares para que de esta forma se puedan establecer manifestaciones más claras de amor y de enamoramiento, de esta manera también se ayudará para satisfacer la necesidad de relaciones interpersonales, lo cual promoverá la autonomía y la capacidad de toma de decisiones por sí solo.

“Los primeros encuentros o las primeras manifestaciones de atracción que surgen en la adolescencia son los sentimientos de simpatía y la consolidación de una relación de amistad, así como también se dan la atracción física, erótica, las cuales son parte fundamental de este proceso; después surgen los besos, las caricias, por lo que el contacto físico queda en un primer plano” (Orlandini, 2003).

Es pertinente que los padres con hijos con discapacidad intelectual moderada comprendan los requerimientos de sus hijos y les brinden los espacios adecuados para que ellos puedan desenvolverse abiertamente y de esta manera puedan establecer relaciones afectivas.

Orlandini en su libro *el enamoramiento y el mal de amores* 2003, comenta que el deseo sexual es el principal componente del enamoramiento el cual es el instinto y motivación sexual, éste se despierta por los aspectos del otro, es decir por su atractivo o por las cualidades que coinciden con el esquema de amor que la persona se ha hecho, por ejemplo un tono de voz dulce, el tipo de cabello, etc. Este deseo nos dice el autor antes mencionado que se ha llamado “amor sexual” debido a que en este predomina el erotismo ante la ternura y la espiritualidad, predomina el deseo físico, es el amor de la emoción, de la fuga, de la evasión de la realidad. En este predomina la búsqueda del placer sexual y estos amores generalmente no son permanentes y cuando terminan dejan un vacío profundo. Se conoce como el falso enamoramiento.

Otro elemento que está involucrado en el enamoramiento es la pasión la cual consiste en “un estado de intenso deseo de unión con el otro” (Orlandini, 2003). Esta pasión también incluye el deseo sexual que como nos dice Orlandini se expresa en la atracción por el cuerpo del otro, el placer del contacto piel con piel y el sexo.

2.4.9. La responsabilidad de la vida sexual frente a la vulnerabilidad

2.4.9.1. ¿Qué son las relaciones sexuales?

Cada persona es diferente y cada una de ellas tiene una forma diferente de vivir la sexualidad de la manera más normalizada posible. Hablar de relaciones sexuales en personas con discapacidad intelectual moderada es enfocarse en la salud sexual y reproductiva que garantizan los derechos donde se enfatiza la privacidad, intimidad y a entablar relaciones interpersonales garantizándoles protección ante los riesgos que puedan ocurrir en la actividad sexual.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual moderada, “tienen más dificultad para alcanzar una sexualidad normalizada debiendo aprender conductas autoeróticas en privado, y a controlar sus deseos y a respetar a los demás haciéndose respetar” (Insa, 2005, pág. 333).

Se debe enfatizar que las relaciones sexuales deben ocurrir cuando las personas lo desean y aceptan sin que haya de la otra persona una exigencia ni una presión. “Tener relaciones es un acto muy íntimo e importante en la vida y que no debe hacerse con cualquier persona que conozcan, sino cuando realmente se sientan bien con esa persona y los dos estén de acuerdo” (López, 2002, pág. 40).

La sociedad tiende a identificar sexualidad con genitalidad pero las personas con discapacidad intelectual moderada muchas veces no llegan por sí mismos a una relación genital-sexual por lo que desarrollan más la parte afectiva y emocional expresando cariño hacia otra persona, comparte y expresa deseos, sensaciones, sentimientos, emociones y fantasías que va ligado íntimamente a la sexualidad humana pero cuando esta se descontrola pueden las personas ser muy apasionadas e impulsivos debido a un no conocimiento de lo que les sucede y de lo que les está pasando cuando les empieza a gustar otra persona. En estos casos lo que se debe hacer es ayudarlo a canalizar sus sentimientos e impulsos para que vaya comprendiendo el porque de sus conductas para una mejor realización personal y un control afectivo-sexual.

Las relaciones sexuales “son una manera íntima, privada y sincera de decirle al otro/a te quiero, te amo, te deseo o simplemente me encanta estar junto a ti y, en vez de decirlo verbalmente, se lo expresa con las manos, con todo el cuerpo” (Ministerio de Asuntos Sociales, 1993, pág. 115). El cuerpo está genéticamente preparado para responder ante un estímulo y es por esta razón que el contacto físico es muy placentero para la mayoría de las personas con discapacidad. Esto le lleva a establecer relaciones con los otros.

Una vez visto lo emocional como parte del desarrollo sexual de la persona con discapacidad se hablará de los impulsos sexuales que son vistos de manera placentera pero cuando se centra en la moralidad empieza a haber complicaciones ya que los padres, educadores o cuidadores son quienes hacen lo posible por reprimir esta parte fundamental del desarrollo del ser humano y empieza a obviarlo por miedo a manejar el tema y ante una pregunta o conductas que hayan observado en ellos lo primero que hacen es anular, minimizar como algo negativo de su vida y prefieren olvidar el tema. Mientras más firmes sean sus cuidadores, más difícil será el cambio de actitud y será más complicado “aceptar la sexualidad de sus hijos e hijas, reconocer que son seres sexuados con sentimientos, emociones y sensaciones.

Cuando S.Mitchell y Ph. D. Tepper (2000, pag. 228) señalan ¿por qué es importante el placer?, indica las siguientes razones: es una afirmación de la vida que les permite sentirse vivos, es una de las motivaciones que fomentan determinadas conductas sociales, les hace sentirse enteros y en plenitud, fomenta y refuerza el deseo de intimidad, les ayuda a sentirse unidos a otras personas.

Las personas con Discapacidad Intelectual moderada traen una serie de complicaciones. Félix López da a conocer un aspecto importante que dificulta la sexualidad que es la limitación para decidir-juzgar lo que es saludable y lo que es una conducta de riesgo o no saludable, en relación con la conducta sexual.

Aquí nos podemos dar cuenta que para un manejo adecuado de la sexualidad se debe tomar en cuenta los riesgos por los que puedan pasar como el mal manejo de su propio

cuerpo recayendo en falta de higiene, enfermedades que pueden contraer por transmisión sexual, abuso y prevención de embarazo. Se necesita de los padres y educadores quienes les ayuden a organizar sus relaciones sociales, esto quiere decir que su autonomía no basta para que puedan tomar decisiones por sí solos y esto afecta a las conductas sexuales y más aún a la formación de pareja. Es por esta razón que los padres y educadores son quienes juegan un papel fundamental en la vida del adolescente para que encuentren alternativas para vivir la sexualidad de manera satisfactoria y “ayuden a estas personas a integrarse lo más posible también en este campo” (López, 2002, pág. 54).

En el caso de la Parálisis Cerebral asociada a la discapacidad intelectual moderada tienen dificultad para gestionar su propio placer con autoestimulación ya que puede tener atrofiados sus músculos y no le permite satisfacer su sexualidad y también tienen limitaciones en toma de decisiones y juicio moral y social para encontrar alternativas de satisfacción.

En las relaciones sexuales se debe tomar en cuenta que se puede producir lesiones al momento de la masturbación, falta de higiene, embarazos, SIDA, etc. A pesar de que hay que tener cuidado ante las enfermedades hay que enfatizar en el cuidado del cuerpo como parte saludable del mismo y promover su bienestar.

“Las personas pueden tener un mismo nivel de discapacidad pero pueden tener una vida sexual diferente” (López, 2002, pág. 63).

a. Desde el punto de vista del funcionamiento intelectual significativamente inferior.- Las personas que tienen discapacidad intelectual leve pueden llegar a tener una sexualidad normalizada, pueden llegar a formar su propia familia casándose y teniendo hijos pero pueden necesitar ayuda para que puedan comprender de mejor manera los contenidos básicos sobre la educación sexual y la prevención de prácticas riesgosas. En las Discapacidad Intelectual Moderada en la que nos centramos el trabajo presentan dificultades para tener una sexualidad normalizada “debiendo aprender a tener, si es un deseo, conductas autoeróticas en privado, controlar sus deseos y emociones, también las sexuales, respetando a los demás y haciéndose respetar” (López, 2002, pág. 63). Estas

personas son más vulnerables a ser abusados, no pueden entablar relaciones con facilidad, por lo tanto lo más conveniente es que sus padres les protejan pero sin necesidad de ser sobreprotectores. Finalmente las personas con Discapacidad Intelectual profunda dependen mucho de sus cuidadores y educadores y es por eso que lo más importante es demostrar a través de cariño y afecto.

b. Desde el punto de vista de las áreas afectadas.- Lo más afectado en las personas con Discapacidad Intelectual es el área de: “comunicación autogobierno, vida en el hogar, habilidades sociales, cuidado personal, salud y seguridad, ocio y utilización de la comunidad; es decir, casi todas” (López, 2002, pág. 63).

Como lo hemos dicho anteriormente cada persona con discapacidad intelectual es diferente tanto en el grado de retraso mental y en las limitaciones que acompañan a esta discapacidad y por ende la intervención de educación sexual también se lo hace de manera diferente ya que es necesario hacer una evaluación individual donde debe constar dos partes importantes como es: El diagnóstico de la discapacidad y la evaluación de las capacidades y limitaciones que tienen en el campo sexual.

Félix López en su libro de sexo y afecto en personas con discapacidad dice que las personas con discapacidad intelectual tienen dificultad para vivir la sexualidad de manera normalizada en diferentes ámbitos como:

a. Dificultades para acceder a contextos de interacción social normalizados: La vida de las personas con discapacidad intelectual se encuentran limitadas a su contexto familiar y a los centros que pertenecen sean inclusivos o instituciones especiales. Debido a que no interactúan mucho su condición de socialización y sexual son carenciales ya que no hay un acercamiento con sus iguales. Las familias suelen ser sobreprotectoras por lo que les vigilan y los controlan en sus actividades, sus padres son los principales actores de no valorar las posibilidades y habilidades que tiene el adolescente para relacionarse y así evitar cualquier conducta sexual o contacto afectivo con otros impidiendo la formación de parejas.

b. Negación de educación y ayuda: Los padres, tutores, docentes son los principales en negarles la adecuada información sobre la sexualidad ya que su pensamiento, es que son

incapaces de tener relaciones sexuales y lo que hacen es transmitir un mensaje negativo y de prohibición con relación a la sexualidad.

c. Déficit cognitivos, emocionales y conductuales: Las personas que tienen un grado de deficiencia cognitiva tienen dificultad para planificar su futuro y para reflexionar sobre ello por lo que su aprendizaje se vuelve más lento y erróneo. En cuanto a la dificultad que tienen estas personas en sus habilidades interpersonales y sociales “pueden llevar a estas personas a conductas afectivas y sexuales inadecuadas, por defecto o por exceso” (Sánchez, Sexo y Afecto en personas con Discapacidad, 2002, pág. 68).

d. Características de personalidad: Presentan baja autoestima, dependen de los demás en sus actividades de la vida cotidiana, tienen dificultad en el autocontrol, etc., estas características se han ido desarrollando al transcurso del trato que le han ido dando en su vida y es así como se han apropiado de estas, dificultando la intervención ya que empieza a presentarse problemas de convivencia dentro del ambiente donde se desarrolló, en las instituciones o centros donde se encuentran.

e. Los efectos de los medicamentos sobre las emociones y la sexualidad: Generalmente las personas que tienen discapacidad intelectual toman varios medicamentos por lo que se encuentran efectos sobre la sexualidad.

f. Posibles afectaciones: Estas afectaciones ocurren en el área vital como en la comunicación, salud, seguridad, cuidado personal, habilidades sociales, etc.

Las personas con Parálisis Cerebral debido a su problema motor tienen dificultad para acariciarse o acariciar a los demás e incluso se les dificulta ponerse en una adecuada posición para una interacción íntima. Puede afectar a las respuestas sexuales en cuanto a la erección ya por esta razón buscan maneras para satisfacer sus necesidades sexuales como refregarse su pene o vagina moviendo sus piernas, lanzándose al suelo y frotándose en el piso, etc.

2.4.9.2. Prevención de embarazo

Para poder prevenir el embarazo es necesario que sus padres, educadores o cuidadores se encarguen de la educación adecuada de la sexualidad y un punto muy importante para este tema es explicarles sobre el funcionamiento del cuerpo tanto del

hombre como de la mujer, en qué consiste la fertilidad y de qué manera una mujer queda embarazada.

2.4.9.3. Prevención de enfermedades de transmisión sexual

Las personas con Discapacidad Intelectual moderada o grave son las que están en mayor peligro de contraer enfermedades de transmisión sexual debido a la falta de conocimiento de las mismas debido a su vulnerabilidad de ser víctimas de abuso sexual. Por esta razón se necesita de personas especializadas para poder transmitir una correcta información sobre lo que implica el no tener cuidado y ser personas vulnerables al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

2.4.9.4. Esterilización

Uno de los métodos que antes se utilizaba es la esterilización se lo hacía como respuesta a los problemas sexuales de las mujeres con Discapacidad Intelectual, esto se lo empezó hacer debido a que los médicos veían que estas personas no podían usar métodos anticonceptivos.

Esta práctica se la realizaba antes de la pubertad e implicaba la histerectomía que es la extirpación del útero o matriz, esta decisión era tomada por sus padres o sus tutores con el fin de evitar problemas con la menstruación debido a una falta de higiene. Vieron la necesidad de brindarles una adecuada educación y apoyo para el manejo de su menstruación. Los médicos dicen que “la supresión de la menstruación debe considerarse sólo cuando han fallado otras opciones, o si existen indicaciones ginecológicas o médicas importantes” (Gregorio Katz, 2008, pág. 228). Otra de las razones, es que sus padres al realizarles estas prácticas a sus hijas era para evitar abusos sexuales y un posible embarazo creyendo que de esta manera podrían evitarlo.

En el caso que la persona pueda decidir por sí sola, aceptar este proceso, podrá tomar la decisión para acceder a esta práctica.

Este proceso se lo dejó de hacer debido a que se empezó a tomar en cuenta la declaración de los derechos de las personas con Discapacidad Intelectual en las que se apoyaron para la aceptación de la sexualidad en estas personas y evitar así la

esterilización. Prohibieron realizar este método en los menores de 21 años y en el caso de los mayores de 21 años se pedía su consentimiento. Si el paciente solicitaba la esterilización, el médico revisaba la solicitud y certificaba si la persona comprendía de qué se trataba la operación, después era revisado por un comité de médicos donde miraban si el procedimiento corresponde a los intereses del sujeto. “Si existían dudas no se efectúa la esterilización; si no las hay, la decisión debe ser aún revisada por un juzgado”(Parra, 1990, pág. 96). No se realizara la esterilización a ninguna persona con discapacidad intelectual mientras no comprendan verdaderamente el proceso y puedan decidir por sí solas a aceptar este método.

2.4.9.5. Anticonceptivos

Los médicos a parte de la esterilización empezaron a dar más alternativas para su cuidado y este es el caso de los anticonceptivos los cuales deben ser bien explicados y de manera sencilla para su uso.

Tabla 2. Métodos anticonceptivos y su uso

Píldora anticonceptiva	Pueden tomarse varias personas que tengan Discapacidad Intelectual pero es necesario el apoyo de su cuidador, padres asegurándose que tomen la píldora de manera regular.
Acetato de medroxiprogesterona (DMPA)	Anticonceptivo efectivo que suprime la menstruación en el caso de algunas mujeres. Puede causar osteopenia y pueden aumentar de peso.
Intrauterinos (DIU)	Contienen progesterona, reduce la menstruación. Para ser implantada este tipo de anticonceptivo se recomienda que las personas con Discapacidad Intelectual necesitan anestesia general para poder ponerlas.
Métodos de Barrera (condones y diafragmas)	A las personas con Discapacidad Intelectual puede resultar difícil comprender el uso de estas. Una de las ventajas del uso del condón es que se puede evitar el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Tomado de: (Lazcano, 2008, pág. 226)

2.4.9.6. Embarazo y crianza

En el caso de las personas con discapacidad intelectual moderada hay más riesgo de embarazo lo que complicaría la estabilidad emocional tanto de ellos como de sus familias.

Se debe tomar en cuenta las habilidades necesarias que deben tener las personas con discapacidad intelectual moderada para poder criar a un hijo/a, en el caso de que la persona quede embarazada necesita de un chequeo continuo durante el proceso de embarazo y cuando nace se requiere el apoyo necesario de sus familiares más cercanos para poder criarlo y darle una buena educación.

En algunos países es permitido la práctica del aborto en personas con Discapacidad Intelectual, esta decisión es tomada por sus padres o cuidadores cuando sus hijas no son capaces de decidir por sí mismas y prefieren que aborten a que tengan un hijo/a y no puedan cuidarlo o el miedo más grande que naciera con la misma deficiencia. En el caso de que la persona con discapacidad pueda asumir sus propias decisiones de tener o no a su hijo/a debe recurrir a la ayuda necesaria para comprender que implica la maternidad y que tiene que tener apoyo para la crianza del mismo.

Se debe considerar algunos aspectos en el caso de continuar con el embarazo:

- “Es muy probable que se requiera apoyo intensivo, en particular cuando ambos padres tienen DI.
- Dependiendo de la causa de la discapacidad de los padres, su hijo se encuentre en mayor riesgo de tener Discapacidad Intelectual.
- Los hijos de padres con Discapacidad Intelectual suelen enfrentar discriminación, aislamiento y dificultad con el aprovechamiento escolar, aun si ellos no tienen DI.
- Es probable que los padres con DI enfrenten dificultades financieras mientras crían a sus hijos, ya que la mayoría tienen empleos con sueldos bajos, si es que trabajan.
- Es importante que las personas con DI tengan acceso a información sobre anticonceptivos. Lo que implica la crianza de un hijo/a y le ayuden a prevenir otro posible embarazo” (Gregorio Katz, 2008, pág. 229).

Por lo tanto se recomienda realizar un programa de orientación sexual que debe estar enfocado en la enseñanza del uso de los diferentes anticonceptivos para evitar así la posibilidad de que una adolescente quede embarazada.

2.4.9.7. Prevención de abuso sexual

“El abuso sexual es cualquier actividad de explotación sexual y emocional de un menor o una persona incapaz de comprender los matices sexuales de una relación y sus consecuencias” (Araujo, 2011, pág. 38).

Tanto hombres como mujeres, niños y niñas, adolescentes o adultos con discapacidad son vulnerables al abuso sexual, ya que los abusadores se muestran afectuosos con las víctimas y los inducen a las prácticas sexuales muchas veces lo hacen imponiendo su fuerza física, por medio de amenazas, chantajes o se valen de la confianza o el afecto que han generado en las víctimas para poder abusar de ellos o ellas. Si hablamos de una persona que tiene un grado de discapacidad cognitiva moderada se le va a complicar distinguir la intencionalidad del agresor y va a estar expuesto a ser abusado sexualmente.

Muchas de las víctimas tienen dificultad para poder expresarse y no saben cómo transmitir lo ocurrido, esto se debe a que puede tener dificultad en el habla y no pueden defenderse ni denunciar el abuso. Los agresores manipulan a sus víctimas instaurando la ley del silencio y poniéndolo como responsable del abuso esto quiere decir culpabilizándolo de lo ocurrido.

El abuso puede provenir de los mismos miembros de la familia, de cuidadores, de compañeros de trabajo, de vecinos, etc. Provocando en ellos trastornos emocionales, ansiedad y depresión, también algunos síntomas que se manifiestan cuando han sido abusados sexualmente estas pueden ser: conductas autodestructivas, conducta sexual inadecuada, dibujos de contenido sexual, rechazo hacia una persona, comportamientos suicidas, trastornos alimenticios, alteraciones del sueño, dificultad para relacionarse con otras personas, promiscuidad sexual e infecciones en los órganos genitales.

Por lo general las personas con discapacidad intelectual moderada dependen de sus cuidadores y más aún una persona que tiene discapacidad intelectual severa la cual tiene mínimas conductas de autocuidado por lo que su aseo personal está a cargo directamente de sus cuidadores.

Las personas con discapacidad muchas veces no distinguen las diferentes formas de ser tocado en el caso del aseo personal ya que algunos de ellos necesitan totalmente ayuda sea de sus familiares, profesionales y cuidadores que estén al cuidado directo y es aquí donde se pueden encontrar en un factor de riesgo para el abuso sexual. “Esto trae como consecuencia una dificultad importante para establecer límites personales” (Sergio Meresman, ANEP, 2012). Ya que su autonomía se ve limitada por su condición y eso dificulta en la realización de sus actividades cotidianas como bañarse, vestirse, ir al baño, movilizarse por lo que sus cuidadores deben tener en cuenta que hay lugares o momentos en los que deben acceder solos sin necesidad de ayuda o siempre pedirles permiso para poder acceder a realizarles su aseo personal, así se respetara su privacidad.

Los principales actores en la educación de sus hijos en cuanto a la sexualidad son sus padres o quien este al cuidado de ellos por lo que deben ser quienes “fomenten una comunicación constante con sus hijos, mediante un lenguaje adecuado” (Araujo, 2011), en cuanto a la educación sexual que esté enfocado al cuidado, protección y sobre todo a la prevención del abuso sexual y para esto los padres deben ser quienes les brinden la confianza para que puedan expresar sin miedo, que han pasado por una situación de abuso, por esta razón los padres tendrán que transmitir el mensaje de ayuda, de amor y protección para que se sientan en la confianza de transmitir lo ocurrido en cuanto a actividades o relaciones sexuales que no han querido, no han consentido o no entienden y no mantenerlo como un secreto por miedo al abusador el cual está situado en una posición de poder, por su edad, rol social, manipulado todo esto con el fin de que el abuso no se conozca y no sea reportado.

En el caso de que la persona con discapacidad tenga su comunicación limitada, puede ser “auxiliada mediante el uso de muñecas, dibujos o modelos. Igual que con el abuso en

los niños, esto debe realizarlo una persona con habilidades adecuadas y entrenamiento para evitar preguntas con sesgo” (Gregorio Katz, 2008, pág. 224). Si los métodos son utilizados correctamente las personas que tienen discapacidad intelectual moderada podrán informar el abuso y así se procederá legalmente.

A nivel mundial se ubica a las personas con discapacidad, en especial mujeres y niños con discapacidad intelectual, como uno de los grupos sociales más vulnerables ante el abuso y la explotación sexual, pero la mayor parte de los casos no son denunciados ya que no se sienten en igualdad de derechos y dependen de terceras personas para que les ayude a denunciar que muchas veces tienden a ocultar el problema y esto se debe a que las personas con discapacidad no son vistos como “testigos no creíbles en un proceso de denuncia social o legal” (CEPAJ, 2000). La Organización mundial de los Derechos humanos tiene como enfoque erradicar cualquier tipo de violencia y es por esto que junto con los países miembros de organizaciones como la convención de los derechos de las personas con discapacidad, deben preocuparse por tener en vigencia un marco constitucional que este enfocado al amparo de las personas con discapacidad, es por esto que el Ecuador tiene un marco constitucional y legal el cual “protege a las personas que son víctimas de violencia intrafamiliar y sexual, sobre todo a niñas, niños, adolescentes, mujeres, discapacitados y personas de la tercera edad” (Ernst, 2006). Aun con las leyes muchas familias no denuncian los abusos ya que tienen vergüenza, miedo a que el abusador tome represalias contra su hijo/a con discapacidad o muchas veces porque el abusador es quien aporta económicamente al hogar, temor al rechazo social, para evitar problemas familiares. Por lo que se vuelve una violencia invisible y repetitiva ya que se desarrolla en un mismo ambiente familiar o su entorno inmediato.

En el caso de que el delito sexual sea denunciado, se establece una pena de hasta 25 años de cárcel. Considerando que la violencia sexual “es todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo” (Torre, 2008).

Para prevenir el abuso sexual es necesario buscar ayuda a instituciones públicas como la Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN), Ministerio Fiscal, Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y en la Comisaría de la Mujer y la Familia, los cuales brinden información y realicen talleres dirigidos a padres, educadores y a las propias personas con discapacidad para que sean ellos o ellas sus propios agentes activos en contra del abuso sexual. De esta manera se podrá prevenir, denunciar y concientizar sobre los riesgos que tienen las personas con discapacidad intelectual al abuso sexual. Es importante dar información y educarlos para que puedan alejarse del peligro o puedan tomar precauciones a decir no ante una situación que no han consentido y les hace sentir mal.

2.4.9.8. Creencias y realidades sobre la sexualidad

Los mitos son rumores y estos no tienen fundamentos pero se convierten en creencias cuando toda la comunidad desea que sea verdad y es así como culturalmente toma fuerza y se va construyendo y transmitiendo a través de generaciones con los imaginarios sociales que han sido instaurado en la infancia y adolescencia por sus referentes familiares y su entorno al que pertenecen.

El Mito sexual está enfocado a la “falsa verdad con fuerte arraigo, que se transmite generacionalmente y que crea sentimientos negativos para el disfrute sexual” (Castro, *Cultura y Sexualidad: Mitos y Tabúes*, 2008). Es por esto que la sexualidad ha sido vista como un tabú y más aún cuando se trata de hablar de la sexualidad de las personas con discapacidad ya que se los ha visto como seres asexuados, sin deseos, etc., y es así como “los mitos atentan contra la forma de vivir la sexualidad de las personas, llevándonos a pensar que son inadecuados, inadaptados o anormales, aun encontrándonos en circunstancias parecidas a las de otras personas.” (Castro, <https://es-es.facebook.com/notes/maria-marta-castro-martin/mitos-y-prejuicios-sobre-la-sexualidad-en-discapacidad-intelectual/10151129495070259>, 2012).

Tabla 3. Creencias y realidades de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual moderada

Creencias	Realidades
Seres asexuados	Todas las personas con discapacidad intelectual son sexuadas, tienen necesidad de amor, ternura y placer.
Son ángeles	Son personas que sienten iras, se enfadan, se irritan como el resto de las personas y son personas con necesidades sexuales.
Son niños eternos	Son personas que van viviendo cada etapa desde la infancia hasta la adultez con las mismas necesidades de todas las personas por lo que se merecen ser tratados según su edad.
No tienen vida sexual o son libidinosos	La sexualidad es parte de su vida, por lo que se debe respetar como a todas las personas y con apoyo de padres, tutores, educadores, psicólogos, etc. Podrán vivir su sexualidad de manera más sana y feliz.
No pueden controlar sus impulsos sexuales	La manera correcta de controlar sus impulsos sexuales es a través de una correcta educación sobre la sexualidad y el manejo de conceptos de conductas públicas y privadas para que puedan enfrentar las demandas sexuales que aparecen en la adolescencia. No hay que agredir la forma en como manifiestan su curiosidad sexual, se debe respetar sus inquietudes ante su sexualidad.
No hay interés erótica	Como concepto el erotismo no es comprendido por ellos pero pueden sentirlo mediante una erección o mediante un deseo sexual.
Propensas a agredir sexualmente por no poder controlar sus impulsos.	El comportamiento de cada persona con discapacidad intelectual es diferente y particular y de la orientación que recibe por parte de sus padres o tutores.
Si tiene un trastorno sexual lo relacionan con su situación de discapacidad	En algunos casos puede estar relacionado pero en otros casos el trastorno tiene que ver con la manera que se ha manejado su sexualidad.
Se masturban con frecuencia	Debido a la falta de comprensión de las normas sociales, puede ser que la masturbación se vea como una conducta más visible. Pero si hay una adecuada educación sexual se puede evitar estas situaciones visibles y más bien sean privadas y con límites para un mejor manejo de sus sensaciones.
Depende de los demás, por lo que necesita siempre de protección y cuidados	Depende mucho como los padres o tutores han preparado a sus hijos/as con discapacidad para poder realizar actividades independientes para un mejor desarrollo individual.

Elaborado por: (Lorena Domenech, Ruben Pereyra, María Castro)

CONCLUSIONES

Es evidente de acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico que, el tema de sexualidad para los padres resulta difícil de abordar con sus hijos/as debido a los miedos y temores que giran alrededor de este tema, así como también por los mitos y creencias que están en torno a las personas con discapacidad intelectual moderada. A pesar de que el discurso de los padres es de aceptación de la existencia de sexualidad de sus hijos/as, en el momento de enfrentarse a temas como noviazgo, masturbación, entre otras, es evidente que prefieren huir y mantener la idea de que sus hijos/as son niños/as que no entienden esos temas y prefieren callar antes de hablar y enfrentar la situación.

Todo ser humano tiene sus propias características individuales por lo cual nos hace diferentes unos de otros, a la vez que formamos parte de una misma sociedad compartimos los mismos derechos, sin importar diferencias, por lo tanto ampararse en los derechos humanos, sexuales y reproductivos garantiza a las personas en situación de discapacidad y a sus familias una condición de vida mejor, sin embargo las personas que se encuentran viviendo en esta situación no tienen un conocimiento amplio sobre los mismos y por ende no se cumplen en su totalidad.

Se hace notorio tanto en la encuesta como en el encuentro con los padres la necesidad de crear una guía que oriente a los padres y madres en el acompañamiento a sus hijos/as con discapacidad en el desarrollo de su sexualidad debido a que por sí solos se sienten desorientados y sin las herramientas necesarias para saber cómo afrontar tal o cual situación que se les presente.

La educación psicosexual debe ser fomentada desde los primeros años de vida puesto que somos seres sexuados, lo cual permitirá formar seres seguros de sí mismos capaces de alcanzar la mayor autonomía posible y conocer su cuerpo hasta el punto de respetarlo y respetar el de los demás. Se debe afrontar la sexualidad con responsabilidad y respetando los derechos y espacios de cada individuo, sin hacerlo de menos por su condición de discapacidad intelectual moderada.

RECOMENDACIONES

Es importante entender que la sexualidad es parte de la vida de todo ser humano, tanto de las personas con y sin discapacidad, al aceptar esta realidad los padres deben informarse sobre ello, buscando apoyo en profesionales que los orienten y no asustarse por ver convertirse a sus hijos e hijas en hombres y mujeres.

Los padres, madres y cuidadores deben saber tratar la sexualidad de sus hijos e hijas con discapacidad manejando un lenguaje sencillo o mediante el uso de recursos concretos que aporten con la enseñanza significativa, es decir usar laminas, expresiones corporales, dibujos, revistas, muñecas, muñecos, videos, etc., los cuales aportan de forma más directa en la asimilación de su aprendizaje sobre la sexualidad.

Es responsabilidad de todos, principalmente de profesionales y padres de personas con discapacidad informarse sobre los derechos humanos, sexuales y reproductivos que deben ser cumplidos por el estado y la sociedad, garantizando una mejor calidad de vida.

Todos los profesionales y personas que se encuentran en el entorno directo de las personas con discapacidad, cualquiera que ésta sea, tienen que tomar en cuenta que el desarrollo parte desde las habilidades y potencialidades que tienen, como en cualquier persona, no enfocadas en las carencias que no llegaron a alcanzar, darles la oportunidad de participar y desenvolverse en el medio que los rodea para que puedan desarrollar cierta independencia y autonomía, que le servirán para enfrentarse en el diario vivir.

En cada etapa del desarrollo sexual de la persona se debe procurar tratar temas acorde a su evolución, iniciando con temáticas relacionadas con la diferenciación del cuerpo de una niña y un niño, el nacimiento, conductas públicas y privadas, reconocer y decir no a lo desconocido, masturbación, transformación del cuerpo con la llegada de la pubertad y la adolescencia, el manejo de sentimientos y emociones, relaciones afectivas, relaciones interpersonales, relaciones sexuales, la responsabilidad que implica ser padres o madres.

Todas las temáticas deben ser manejadas principalmente a través del ejemplo de los padres.

El tema de lo privado y lo público es importante en el proceso de crecimiento y maduración, lo que se trata de hacer es que comprendan los diferentes comportamientos que deben tener en diferentes lugares públicos o privados, evitando así ofender a las personas que los rodean, por esta razón los padres deben transmitirlos con hechos concretos como por ejemplo, ir al baño solo o sola, darse la vuelta cuando alguien se está cambiando, y enseñarles a que no todos los temas se conversan en público.

LISTA DE REFERENCIA

- Alvarado, A. (2009). *CURSO PARA DOCENTES Evaluación*. Guayaquil-Ecuador: Santillana S.A. .
- Araujo, B. (2011). Sexualidad y Discapacidad. En B. Araujo, *Guía metodológica: Capacitación a madres y cuidadoras de personas con discapacidad intelectual severa y profunda* (pág. 38). Quito, Ecuador: Grupo Santillana.
- Arguello, M. (2010). *Psicomotricidad*. Quito-Ecuador: ABYA-YALA.
- Arteaga, A. R. (2004). *Parálisis Cerebral Y Discapacidad Intelectual* . Obtenido de www.feaps.org.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (septiembre de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades*. Obtenido de http://www.grupotvcable.com.ec/apps/files/2012-09-25-Ley_Organica_de_Discapacidades.pdf.
- Asamblea Nacional De La República del Ecuador. (junio de 2012). *Ley Orgánica de Discapacidades* . Obtenido de <http://www.aduana.gob.ec/archivos/Boletines/2012/LEY%20ORGANICA%20DE%20DISCAPACIDADES.PDF>.
- Asesoría Psicosocial del Centro Informajoven . (2006). *Cambios en la pubertad y adolescencia*. Obtenido de http://www.informajoven.org/info/salud/K_7_7.asp.
- Castro, M. M. (Marzo de 2008). Cultura y Sexualidad: Mitos y Tabúes. *CISNE*.
- Castro, M. M. (26 de Julio de 2012). <https://es-es.facebook.com/notes/maria-marta-castro-martin/mitos-y-prejuicios-sobre-la-sexualidad-en-discapacidad-intelectual/10151129495070259>. Obtenido de Mitos y prejuicios sobre la sexualidad en discapacidad intelectual.
- CEAPA. (s.f.). Obtenido de <http://www.fundaciontriangulo.org/documentacion/documentos/educacionsexualdesdelafamilia1.pdf>
- CEPAJ. (2000). <http://www.cepaj.org/ARTICULOS/abusodiscapacidad.pdf>. Obtenido de Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- CIF. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Obtenido de http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf.
- Davies, G. (31 de mayo de 2010). *Discapacidad intelectual: Vinculación entre Sistemas de Apoyo y ZDP (Vygotsky)*. Obtenido de <http://daviestessinatamayo2009.blogspot.com/2010/05/discapacidad-intelectual-vinculacion.html>.
- Declaración Universal De Los Derechos Humanos. (2013). *ACNUR*. Obtenido de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0013>.

- Despósito, K. C. (2012). *Desarrollo Motor en distintos tipos de Parálisis Cerebral* . Obtenido de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fongcorporacionlarueda.cl%2Fimages%2Fstories%2FKINESIOLOGIA%2Fdesarrollomotorpc.ppt&ei=sW3pUpbQAdDNsQSAmyHwDg&usq=AFQjCNHNplaqlddVLA102r_IYUhiVhlaUw&b.
- ECUADOR, A. N. (2011). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito : CEP.
- Ernst, M. (2006). <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs18/miriamernst.pdf>. Obtenido de Los delitos sexuales en el Ecuador .
- FERNANDES Editores. (2011). *Tareas Ya*. Obtenido de <http://www.tareasya.com.mx/index.php/tareas-ya/primaria/sexto-grado/ciencias-naturales/1330-Los-aparatos-reproductores.html>.
- Figuroa, D. P. (2013). *DESARROLLO SOCIO-EMOCIONAL Y SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON SINDROME DE DOWN. Parte II*. Obtenido de <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/152.html>.
- Figuroa, M. J. (2006). *Desarrollo socioemocional y sexualidad de las personas con Síndrome de Down* . Obtenido de medicinafamiliar.uc.cl.
- Fonoaudiología. (23 de abril de 2012). *Prouision Lingual* . Obtenido de deglucion.blogspot.com.
- Fremerville, B. d. (2007). La higiene en la vida cotidiana. *Revista Síndrome de Down*, 90-99.
- Fundación Iberoamericana Down 21. (Noviembre de 2008). *El desarrollo de los bebés con síndrome de Down* . Obtenido de www.down21.org.
- Fundación Iberoamericana Down 21. (Octubre de 2011). *Causas de la disfunción cognitiva en el Síndrome de Down* . Obtenido de www.down21.org.
- Fundación Iberoamericana Down 21. (2014). *Sexualidad y personas con síndrome de Down: Conceptos psicobiológicos básicos en el Síndrome de Down y sus consecuencias* . Obtenido de http://www.down21.org/web_n/index.php?option=com_content&view=article&id=1314%3Asexualidad-y-personas-con-sindrome-de-down&catid=206%3Asexualidad&Itemid=2160&limitstart=3.
- García, Á. (1999). *Niños y Niñas Con Parálisis Cerebral*. España: NARCEA, S.A.
- García, J. L. (1993). *Sexualidad, Afectividad y Deficiencia Mental: Una aproximación Integradora*. Madrid: INSERSO.
- Ghazoul, F. (s.f.). *Guía básica higiene y cuidado del cuerpo*. Obtenido de http://www.salud.mendoza.gov.ar/maletin/descargas/higiene/higiene_cuidado_cuerpo.pdf
- Gladys León, MIES. (2011). *Guía Metodológica: Capacitación a madres y cuidadoras de personas con discapacidad intelectual severa y profunda*. Quito: Grupo SANTILLANA.

- Gomez, J. (1993). *Educación Sexual. Necesidad e Importancia*. Madrid: INSERSO.
- González, G. (2011). *Comunicación y lenguaje en la Discapacidad Motórica*. Obtenido de www.fes-web.org.
- Gregorio Katz, G. R. (2008). DISCAPACIDAD INTELECTUAL. En G. R. Gregorio Katz, *DISCAPACIDAD INTELECTUAL* (págs. 19,20). Mexico: McGrawHill.
- Gutierrez, M. C. (2012). *Canmbios en la Pubertad* . Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/126218469/Cambios-en-La-Pubertad-Corregido>.
- Hoffman, L. (1995). *Psicología del Desarrollo*. España: McGraw-Hill.
- Insa, E. (Diciembre de 2005). *El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/274/27411927015.pdf>.
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (22 de Diciembre de 2010). *Parálisis Cerebral: Esperanza en la investigación* . Obtenido de <http://espanol.ninds.nih.gov/indice.htm>.
- Intelectual, C. d. (11 de febrero de 2013). *Clasificación DI*. Obtenido de <http://nubesdealgodon1.blogspot.com/2013/02/clasificacion-de-la-discapacidad.html>.
- Intelectual, D. (2009 de junio de 2009). *Discapacidad Intelectual*. Obtenido de <http://discapacidadintelectual09.blogspot.com/>.
- Irene Torices Rodarte, G. Á. (2012). *Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad*. Obtenido de http://www2.sepdf.gob.mx/info_dgsei/archivos/DGSEI_Por_mi_salud_y_tu_tranquilidad_hablemos_de_sexualidad.pdf
- Katz, G. (2010). *Sexualidad en sujetos con discapacidad intelectual. Propuesta de intervención educativa para padres y orientadores de países en vías de desarrollo*. México: Mc Graw Hill.
- Lazcano, G. K. (2008). Discapacidad Intelectual. En G. K. Lazcano, *Discapacidad Intelectual* (pág. 251). Mexico: McGrawHill.
- Lenguaje, P. T. (2013). *Pedagogía Terapeutica Y Audición y Lenguaje*. Obtenido de <http://ptyalcantabria.wordpress.com/def-multiple/discapacidad-multiple/>.
- Loperfido, E. (1992). *La Sexualidad del disminuido psíquico* . Barcelona: CEAC.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto con personas con discapacidad*. España: Biblioteca nueva.
- Lucía Pellejero, B. T. (2011). La educación de la sexualidad: el sexo y el género en los libros de texto de Educación Primaria. *Revista de Educación* , 399.
- Martinez, A. A. (Mayo de 1997). *SINDROME DE DOWN, NECESIDADES EDUCATIVAS Y DESARROLLO DEL LENGUAJE*. Obtenido de http://www.hezkuntza.ejgv.euskadi.net/r43-2459/es/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_neespeci/adjuntos/18_nee_110/110012c_Doc_EJ_sindrome_down_c.pdf.

- Martínez, B. (s.f.). *Desarrollo intelectual, lingüístico y socio-afectivo en el niño con deficiencia motora. Aspectos diferenciales*. Obtenido de www.ugr.es.
- MIES. (2011). *Sexualidad y discapacidad*. Quito .
- Ministerio de Asuntos Sociales. (1993). Familia y Sexualidad del Minusvalido. En J. F. Diamante, *Sexualidad en Personas con Minusvalía Psíquica* (pág. 115). Madrid : INSERSO.
- NUSSBAUM Robert, M. R. (2008). *Thompson y Thompson. Genética en Medicina*. España: MASSON.
- OMS. (2002).
- Orlandini, A. (2003). *El enamoramiento y el mal de amores*. México.
- Papalia, D. (2001). PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO. En D. Papalia, *PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO* (pág. 837). Colombia: McGrawHill.
- Parra, R. H. (1990). *Programa del Curso-Taller Manejo de la Sexualidad en Niños y Jóvenes con Retardo Mental*. Quito-Ecuador: innfa.
- Partes importantes II. Los ganglios basales*. (Agosto de 2009). Obtenido de <http://nosolofreud.wordpress.com/2009/08/14/partes-importantes-ii-los-ganglios-basales/>.
- Programa Estatal de Fortalecimiento de la Educación Especial . (Agosto de 2010). *Antología Discapacidad Intelectual*. Obtenido de http://www.chihuahua.gob.mx/attach2/sec/uploads/DISCAPACIDAD_INTELECTUAL.pdf.
- Programa Estatal de Fortalecimiento de la Educación Especial . (Agosto de 2010). *ANTOLOGÍA DISCAPACIDAD INTELECTUAL*. Obtenido de http://www.chihuahua.gob.mx/attach2/sec/uploads/DISCAPACIDAD_INTELECTUAL.pdf.
- PsicoActiva. (2013). *PsicoActiva* . Obtenido de <http://www.psicoactiva.com/infantil/retraso.htm>.
- Ricardo de Dios del Valle, M. G. (2006). Discapacidad Intelectual y Discapacidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas. España.
- Robaina Catellanos, R. R. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿ un problema ya resuelto? *Revista de Neurología*, 111.
- Ruiz, E. (2004). Programa de Educación Emocional para niños y jóvenes con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down* 21, 86.
- Sánchez, F. L. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva .
- Sánchez, F. L. (2002). *Sexo y Afecto en personas con Discapacidad*. Madrid-España: Biblioteca Nueva, S.L.
- Santucci, M. (1996). *Evolución psicosocial del niño con parálisis cerebral*. Argentina: Brujas.

- Schorn, M. (2005). *La capacidad en la discapacidad*. Buenos Aires- Argentina: LUGAR-EDITORIAL.
- Schorn, M. (2005). La Capacidad en la Discapacidad. En M. Schorn, *La Capacidad en la Discapacidad* . Buenos Aires : Lugar Editorial.
- Sergio Meresman, ANEP. (Enero de 2012). *ES PARTE DE LA VIDA: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia*. Obtenido de http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf.
- Terapia Ocupacional. (2005). *La sexualidad en la Parálisis Cerebral*. Obtenido de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&ved=OCEAQFjAE&url=http%3A%2F%2Fiescomercio.com%2Faula%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D4582&ei=FAvzUsCxlYi6kQekz4GYBw&usg=AFQjCNGBAIz71neaW9cTtbO1UvJlneORvQ&bvm=bv.60799247,d.cWc>.
- Torre, M. D. (Diciembre de 2008). http://ypinaction.org/files/02/00/Ecuador_Protocolo20de20violencia.pdf. Obtenido de Erradicación de la Violencia MSP.
- UIPE, IMSERSO. (2001). *La CIF Introcción*. Obtenido de http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf.
- Varios, A. (2000). *Educación Especial II*. Madrid España: Editorial Pirámide.
- Varios, A. (2000). *Educación Especial II*. Madrid-España: Editorial Pirámida.

ANEXOS

Anexo 1. Certificado de validación de encuesta



INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL - IVIME

Acuerdo Ministerial No 011

CERTIFICADO 2014-17-IVIME-DIR

YO, PSL. ANDREA BASTIDAS COORDINADORA PEDAGOGICA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL “VIRGEN DE LA MERCED” A PETICIÓN VERBAL DEL INTERESADO CERTIFICO QUE:

Las Srtas. DIANA OLIVERO, LAURA NUÑEZ Y ANDREA CLAVIJO, estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, elaboraron una encuesta para su tesis de grado con el tema: : *“Guía de educación psicosexual dirigida a padres de familia con hijos adolescentes entre 12 y 18 años, con discapacidad intelectual moderada, asociada a parálisis cerebral y síndrome de Down”*, después de haber sido revisada y realizadas las correcciones pertinentes es válida para su aplicación a los padres de familia de nuestra Institución.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad pudiendo la persona interesada hacer uso del presente como creyere conveniente, excepto para trámites legales.

Sangolquí, 21 de febrero de 2014

Atentamente,

**Psi. Andrea Bastidas
COORDINADORA PEDAGOGICA**



CERTIFICADO
2014-16-IVIME-DIR

YO, DRA. IVANOVNA CADENA DIRECTORA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL “VIRGEN DE LA MERCED” A PETICIÓN VERBAL DEL INTERESADO CERTIFICO QUE:

Las Srtas. DIANA OLIVERO, LAURA NUÑEZ Y ANDREA CLAVIJO, estudiantes de la Universidad Politécnica Salesiana, elaboraron una encuesta para su tesis de grado con el tema: : *“Guía de educación psicosexual dirigida a padres de familia con hijos adolescentes entre 12 y 18 años, con discapacidad intelectual moderada, asociada a parálisis cerebral y síndrome de Down”*, después de haber sido revisada y realizadas las correcciones pertinentes es válida para su aplicación a los padres de familia de nuestra Institución.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad pudiendo la persona interesada hacer uso del presente como creyere conveniente, excepto para trámites legales.

Sangolquí, 21 de febrero de 2014

Atentamente,


Dra. Ivanovna Cadena R. Msc.

DIRECTORA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL



Anexo 2. Encuesta sobre educación psicosexual

Instrucciones

La presente encuesta tiene por objeto, obtener información sobre lo que piensan los padres o cuidadores acerca de la Educación Sexual de sus hijos/as adolescentes entre 12 y 18 años con discapacidad intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

Datos Informativos de los Padres:

Sexo: Hombre () Mujer ()

Género: Masculino () Femenino ()

Edad:

Nivel de estudio:

Ocupación a la que se dedica:

Datos Informativos de su hijo/a:

Sexo: Hombre () Mujer ()

Género: Masculino () Femenino ()

Edad:

Discapacidad que presenta:

PREGUNTAS

1. ¿Ha recibido información sobre educación sexual alguna vez?

SÍ

NO

2. ¿Qué entiende por Educación Sexual? Puede marcar más de una alternativa

Atracción y deseo

Hablar de valores, amor y relaciones de pareja

Hablar como funciona los genitales y el cuerpo humano

Hablar de anticonceptivos, embarazo y enfermedades de transmisión sexual

3. ¿Dónde ha obtenido información sobre educación sexual?

Familia

- Amigos
- Educadores
- Revistas
- Medios de comunicación
- Relaciones de pareja
- Otros.....

4. ¿Ha hablado sobre sexualidad con sus hijos?

- Muy frecuente
- Poco frecuente
- Nada

5. ¿Ha sido capaz de dar respuestas a las inquietudes que han tenido sus hijos sobre sexualidad?

- Bastante
- Poco
- Nada

6. ¿Qué edad considera usted mejor para hablar de sexualidad con sus hijos?

7. ¿Toma en cuenta la sexualidad de su hijo como parte de su formación integral?

- Se tiene presente
- Se le presta poca atención
- No se toma en cuenta
- Se oculta

8. Enumere del 1 al 5 tomando en cuenta que el 1 es el más importante y el 5 el menos importante. ¿Qué temas de sexualidad considera difícil hablar con sus hijos?

- Masturbación
- Métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales
- Enamoramiento
- Abuso sexual

9. ¿De los temas antes propuestos cuál de ellos considera necesario que la Fundación aborde?

10. ¿Se debe tratar de diferente manera la sexualidad en las personas con Discapacidad?

SÍ

NO

11. Considera que sexualidad tiene que ver con:

Afectos

Emociones

Relaciones sexuales

Relaciones sociales

Autonomía

Comunicación

Otros:

12. ¿Cuál es la persona adecuada para dar información sexual a sus hijos?

Padre

Madre

Ambos

Maestro

Médico

Psicólogo

Otros (quién).....

13. En su criterio el saber de temas sexuales:

Estimula la curiosidad sexual

Disminuye la curiosidad sexual

No pasa nada

14. Si le piden su opinión sobre la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual, ¿qué diría?

15. ¿Le parece necesario que en la Fundación exista un programa sobre sexualidad?

SÍ

NO

16. ¿Qué actitud ha observado en su hijo/a hacia la sexualidad?

- Se le es indiferente
- Lo manifiestan esporádicamente
- Manifiestan como una actividad más
- Solo piensan en ello

17. Entre las manifestaciones sexuales que ha observado en su hijo/a han sido:

- Ocultas
- Naturales y en privado
- Publicas
- En exceso

18. ¿Qué manifestaciones sexuales ha observado frecuentemente en su hijo/a?

- Juegos y caricias eróticas
- Masturbación
- Conductas homosexuales
- Conductas heterosexuales
- Otros (indíquese).....

19. ¿Su hijo/a identifica y nombra los órganos sexuales masculinos y femeninos utilizando los nombres correctos?

SÍ NO

20. ¿Su hijo/a pregunta o se interesa por los cambios en su organismo?

SÍ NO

21. ¿Mantiene la higiene y cuidado adecuado de su cuerpo?

SÍ NO

22. ¿Manifiesta interés y cuidado por la propia imagen?

SÍ NO

23. ¿Se viste o se desnuda solamente en privado?

SÍ NO

24. ¿Acaricia o toca sus partes íntimas en público?

SÍ NO

25. ¿Tomaría en serio el noviazgo de su hijo/a con discapacidad intelectual?

SÍ NO

26. ¿Ha observado interés en su hijo/a por buscar afecto en el otro sexo?

SÍ NO

27. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del otro sexo?

SÍ NO

28. ¿Ha manifestado sentimientos de atracción amorosa por una persona del mismo sexo?

SÍ NO

29. ¿Ha tenido alguna vez su hijo/a novio o novia?

SÍ NO

Por qué.....

30. ¿Ha tenido su hijo/a fantasías sobre novios/as?

- | | |
|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Siempre |
| <input type="checkbox"/> | A veces |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

31. ¿Tiene su hijo/a fantasías sobre su futuro en cuanto al matrimonio?

SÍ NO

32. ¿Cuándo su hijo/a se masturba lo hace en privado o en público?

.....

33. ¿Tiene comportamientos provocativos?

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Bastante |
| <input type="checkbox"/> | Poco |
| <input type="checkbox"/> | Nada |

34. ¿Su hijo/a ha sufrido algún tipo de abuso o intento de abuso sexual?

SÍ NO

35. ¿Conoce usted qué hacer si su hijo/a sería víctima de abuso sexual?

SÍ NO

36. ¿Cree que las personas con discapacidad no tienen sexualidad?

SÍ NO

37. ¿Considera que su hijo/a despierta interés sexual con el contacto físico?

SÍ NO

38. ¿Estaría de acuerdo en que su hijo/a tenga relaciones sexuales antes del matrimonio?

SÍ

NO

39. ¿Piensa usted que masturbación es sinónimo de enfermedad?

De acuerdo

En desacuerdo

40. ¿Cree usted que la única forma de obtener placer es mediante el acto sexual?

De acuerdo

En desacuerdo

41. ¿Cree que su hijo/a puede llegar a ser madre o padre?

SÍ

NO

42. ¿Piensa que su hijo pueda adquirir las habilidades para el cuidado de un hijo?

SÍ

NO

Por qué.....

43. ¿Considera que las personas que utilizan métodos anticonceptivos hacen una cosa que no está bien?

De acuerdo

En desacuerdo

44. ¿Ha escuchado qué es la esterilización?

SÍ

NO

45. ¿Si la conoce utilizaría este método en su hijo/a con o sin el consentimiento del mismo?

SÍ

NO

46. ¿Deja que su hijo tome sus propias decisiones o usted es quien decide por él?

.....

47. ¿Estaría dispuesto a ayudar a su hijo/a en el desarrollo de su sexualidad?

SÍ

NO

48. ¿Conoce acerca de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual?

SÍ

NO

49. ¿Conocen acerca de los Derechos sexuales y reproductivos?

SÍ

NO

50. ¿Se encuentra al tanto sobre los Derechos de las personas con Discapacidad en el Ecuador?

SÍ

NO

51. Le parece importante la creación de una guía de Educación psicosexual dirigida a padres y madres con hijos adolescentes entre 12 y 18 años que presenten Discapacidad Intelectual moderada asociada a Síndrome de Down y Parálisis Cerebral.

SÍ

NO

Para qué:

Anexo 3. Informe

Lugar: Fundación Virgen de la Merced

Fecha: 28 de febrero del 2014

Hora: 9:00 am

Responsables: Andrea Clavijo, Laura Núñez y Diana Olivero. En el primer encuentro con los padres y madres de familia se realizó la encuesta con el fin de conocer lo que los padres piensan sobre la sexualidad y qué temas implica está.

Se convocó a trece padres de familia a las nueve de la mañana en la Fundación Virgen de la Merced, de los cuales solamente acudieron al encuentro seis, esto debido probablemente a la falta de interés sobre el tema o por el horario debido a sus labores. De los siete padres seis eran madres de familia y uno era padre de familia, los cuales tuvieron gran apertura e iniciativa para realizar la encuesta así como también para hablar oportunamente sobre inquietudes y experiencias en el diario caminar con sus hijos.

Los padres y madres se sintieron respaldados por nuestra compañía debido a que personas ajenas a su problemática se interesaban por cuestiones fundamentales que a ellos les causa preocupación. A lo largo del encuentro que duró tres horas los padres y madres develaron inquietudes que han podido observar dentro de su hogar y lo que las maestras les han dado a conocer sobre algunas actitudes dentro de la Institución y es donde se genera la duda de ¿qué hacer cuando mi hijo está enamorado del profesora? Son estas preguntas las que nos permitió darnos cuenta de la necesidad y la falta que hace estructurar talleres con los padres en donde se les deje expresar sus inquietudes y satisfacerlas adecuadamente, lo cual va a permitir que los beneficiarios directos como son los adolescentes con discapacidad se desarrollen de mejor manera.

Conclusiones

- El tema de la sexualidad que aún en estos tiempos sigue siendo tabú tanto para personas regulares con mayor razón en las personas con discapacidad, es por esto fundamental que se hable más continuamente sobre cuestiones que son inherentes a

los seres humanos para poder de esta manera reconocer los cambios y las necesidades que a lo largo del desarrollo surgen.

- Es importante también permitir espacios de diálogo entre personas conocidas en temas específicos sobre sexualidad para que den herramientas a los padres para entender a sus hijos/as y colaborar como mediadores en su crecimiento.

Recomendaciones

- Se debería proponer espacios a parte de las aulas o del ambiente en el que regularmente están inmersos los adolescentes con discapacidad para que puedan expresarse permitiendo así fortalecer las relaciones interpersonales lo cual les brindará más seguridad permitiéndoles tomar sus propias decisiones de acuerdo a sus gustos y creencias.