



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Centro de Posgrados

Maestría en Educación Sexual

Tema:

“Temores parentales frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual”

Tesis previa a la obtención del título
de Magister en Educación Sexual.

AUTOR: Pablo Fernando Tapia Cuzco

CI: 0102819554

DIRECTORA: Magister Juana Catalina Dávalos Molina

CI: 0102605193

Cuenca, Ecuador

2019



Resumen

El presente trabajo de investigación pretende abordar los temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada y grave, la muestra representativa la constituyeron 162 padres y madres de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual moderada y grave en edades comprendidas entre los 6 y 16 años, de instituciones fiscales de educación especializada del cantón Cuenca en el periodo lectivo 2016-2017. Este estudio tiene carácter exploratorio no experimental de tipo transversal, con un enfoque cuantitativo de estadística descriptiva, la recolección de datos se la realizó mediante una encuesta de opinión tipo cuestionario estructurado, con el objetivo de identificar y describir variables. El objetivo de esta investigación fue identificar y describir los temores de los padres de familia frente a la sexualidad, así como determinar en qué dimensión de la sexualidad se presentan los mismos. Para la tabulación y codificación de los datos se empleó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23). Los resultados obtenidos indican que padres y madres presentan mayor temor en la dimensión social (71.60%), específicamente el 82.71% temen a que sus hijos/as no puedan comunicar situaciones de abuso sexual, mientras que el 82.09% de los padres coinciden en el temor de que sus hijos/as no puedan defenderse de un abuso sexual. En la dimensión biológica los temores están relacionados con la capacidad de reproducción 23,97%, mientras que en la dimensión psicológica los temores se asocian a la expresión y control de sus conductas sexuales.

Palabras clave: temores, sexualidad, discapacidad intelectual, dimensiones.



Abstract

This research work aims to address the fears that parents have about the sexuality of their children with moderate and severe intellectual disability, the representative sample was 162 parents of children and adolescents with moderate and severe intellectual disability in ages between 6 and 16 years old, from specialized education tax institutions of the Cuenca canton during the 2016-2017 school year. This study has a non-experimental, cross-sectional exploratory nature, with a quantitative approach of descriptive statistics. The data collection was carried out through a structured questionnaire-type opinion survey, with the objective of identifying and describing variables. The objective of this research was to identify and describe the fears of parents against sexuality, as well as to determine in which dimension of sexuality they present themselves. For the tabulation and coding of the data, the Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS 23) was used. The obtained results indicate that fathers and mothers present greater fear in the social dimension (71.60%), specifically 82.71% fear that their children can not communicate situations of sexual abuse, while 82.09% of the parents coincide in the fear that their children cannot defend themselves against sexual abuse. In the biological dimension, fears are related to the ability to reproduce 23.97%, while in the psychological dimension fears are associated with the expression and control of their sexual behaviors.

Keywords: fears, sexuality, intellectual disability, dimensions.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I.....	16
Sexualidad	16
1.1 Conceptualización de la sexualidad.	16
1.2 Dimensiones de la sexualidad.	17
1.2.1 Dimensión biológica de la sexualidad	18
1.2.1.1 Sistema genético:.....	18
1.2.1.2. Sistema hormonal:	19
1.2.1.3. Estructura anatómico-fisiológica:	19
1.2.2 Dimensión psicológica de la sexualidad.....	20
1.2.2.1 Teorías del desarrollo psicosexual (Sigmund Freud, 1964)	20
1.2.2.2 Teorías del desarrollo psicosexual (John Bowlby, 1969)	22
1.2.2.3 Teoría del desarrollo psicosocial (Erikson 1950)	23
1.2.2.4 Teoría del desarrollo cognitivo.....	25
1.2.3 Dimensión social de la sexualidad	27
1.3 Sexualidad en la discapacidad intelectual moderada y grave	29
1.3.1 Discapacidad	29
1.3.2 Discapacidad intelectual	30
1.3.3 Sexualidad en la discapacidad intelectual	31
1.3.3.1 Desarrollo psicológico en las personas con discapacidad intelectual moderada	32
1.3.3.2 Desarrollo psicológico en las personas con discapacidad intelectual grave.....	34
1.3.4 Mitos y tabúes en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	34
1.4. Educación sexual en la discapacidad intelectual.....	37
CAPÍTULO II	39
Temores frente a la sexualidad de las personas con discapacidad	39
2. Temores frente a la sexualidad de las personas con discapacidad	39
2.1 Temores de la sexualidad frente al autoerotismo	40
2.2. Temores de la sexualidad frente al abuso sexual	42
2.3. Temores de la sexualidad frente al enamoramiento	45
2.4. Temores frente relaciones coitales.....	46



2.5. Temores frente al ejercicio de la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad intelectual.....	47
CAPÍTULO III	49
Trabajo de campo resultados y conclusiones	49
3. Metodología y resultados de la investigación	49
3.1 Metodología.....	49
3.1.1 Objetivos	49
3.1.2 Unidad de análisis:	50
3.1.4 Selección de la muestra	52
3.1.5 Preguntas de la investigación	53
3.1.6 Aspectos Éticos	54
3.1.7 Proceso para la recolección de la información	54
3.2 Resultados de la investigación	63
3.2.2 Temores frente a la sexualidad que presentan los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave	67
3.2.3 Temores frente a la sexualidad que presentan los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave de acuerdo a las dimensiones de la sexualidad.....	68
3.2.3.1 Temores en la dimensión psicológica	73
3.2.3.2 Temores en la dimensión social.....	74
Bibliografía	79
ANEXOS	84

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Instituciones educativas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca</i>	52
Tabla 2. <i>Distribución del Universo según sexo en las Unidades Educativas Especializadas del Cantón Cuenca periodo lectivo 2016-2017.....</i>	53
Tabla 3. <i>Distribución de la muestra en relación al sexo biológico de los estudiantes</i>	54
Tabla 4. <i>Distribución de la muestra en relación al grado de discapacidad.</i>	54
Tabla 5. <i>Variables de estudio e indicadores de la encuesta de opinión.</i>	56
Tabla 6. <i>Resultados del Alfa de Cronbach-Estadísticas de fiabilidad del instrumento.</i>	57



Tabla 7. <i>Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett de instrumento.</i>	58
Tabla 8. <i>Resultados de prueba de comunalidades-extracción del instrumento.</i>	59
Tabla 9. <i>Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión Biológica hombres.</i>	60
Tabla 10. <i>Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión Biológica hombres.</i>	60
Tabla 11. <i>Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión biológica mujeres.</i>	60
Tabla 12. <i>Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión Biológica de la sexualidad mujeres.</i>	61
Tabla 13. <i>Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión psicológica de la sexualidad</i>	61
Tabla 14. <i>Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión psicológica de la sexualidad.</i>	62
Tabla 15. <i>Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión social de la sexualidad .</i>	62
Tabla 16. <i>Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión social de la sexualidad.</i>	63
Tabla 17. <i>Prevalencia en relación al sexo de los representantes que participaron en la encuesta</i>	64
Tabla 18. <i>Distribución de la población encuestada en relación a la edad de los representantes</i>	66
Tabla 19. <i>Distribución de muestra según la edad de los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave.</i>	67
Tabla 20. <i>Distribución de muestra según el lugar de residencia de los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave.</i>	67
Tabla 21. <i>Principales temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual moderada y grave</i>	68
Tabla 22. <i>Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en relación a las dimensiones de la sexualidad.</i>	70
Tabla 23. <i>Distribución de frecuencias en relación a temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de hijos con discapacidad intelectual en la dimensión biológica.</i>	70



Tabla 24. *Distribución de frecuencias en relación a temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas con discapacidad intelectual en la dimensión biológica.....72*

Tabla 25 *Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión biológica en relación a su sexo biológico de los estudiantes73*

Tabla 26. *Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión psicológica.....74*

Tabla 27. *Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión social.75*



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pablo Fernando Tapia Cuzco en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Temores parentales frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2019

Pablo Fernando Tapia Cuzco

C.I: 0102819554



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pablo Fernando Tapia Cuzco, autor/a del trabajo de titulación “Temores parentales frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 2019

Pablo Fernando Tapia Cuzco

C.I.: 0102819554



DEDICATORIA

A mi esposa Ámbar, por su amor, apoyo, comprensión y tiempo.

A mis hijos por ser mi inspiración de cada día

A mi familia...



AGRADECIMIENTOS

A la vida por la oportunidad de permitirme aprender día a día, a todas las personas como docentes que aportaron de manera significativa en este proceso. A mi tutora de tesis por todo el apoyo.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad forma parte inherente de todo ser humano, sin importar su condición física, social, sexo o religión; por lo tanto, no se deslinda de la población con algún tipo de discapacidad (Sánchez, 2008). Las personas con discapacidad intelectual poseen las mismas emociones, sentimientos e impulsos sexuales que las que no presentan discapacidad (Santiago, 2009).

Los datos estadísticos revelan un alto índice de personas con discapacidad, de acuerdo con el Informe Mundial sobre la Discapacidad realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), se determina que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; es decir, que el 15% de la población mundial presentan esta condición. Según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, de acuerdo al VI Censo de Población y V de Vivienda realizado en el año 2001, el porcentaje de la población ecuatoriana con discapacidad fue de 4.7%, cifra que ascendió en el año 2010 alcanzando un porcentaje de 5.6%, según los datos del VII Censo de Población y VI Vivienda (Concejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2013).

Por otro lado, el Registro Nacional de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2015) da cuenta de 401.538 personas con discapacidad de las cuales 90.259 presentan discapacidad intelectual. En la provincia del Azuay existen 27.713 personas con discapacidad. En el periodo lectivo 2013-2014, según la base de datos del Ministerio de Educación del Ecuador, 2.081 estudiantes se encuentran incluidos/as en el Sistema de Nacional de Educación y 909 en educación especializada.

Estos datos en la estadística mundial y nacional demuestran la importancia de emprender programas de atención integral hacia esta población, en los cuales su sexualidad y la vivencia de la misma, no se encuentre limitada a causa de miedos y temores que presentan sus cuidadores (Oliver, 2006).

Al igual García (2000) manifiesta que los temores que presentan los padres frente a la sexualidad de hijos con discapacidad se relacionan con el abuso sexual, el embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual, conllevando a controlarlos para evitar que la persona con discapacidad se involucre en este ámbito, restringiendo su autonomía y menoscabando su confianza en sí mismos.



En otro orden de ideas, Ballester (2005), Campo (2003), Oliver (2006), indican que en muchas ocasiones a las personas con discapacidad intelectual se les ha sido negada su sexualidad, además García (2000) en relación al tema concluye que las dificultades de la educación sexual en esta población tiene relación directa con los tabúes y miedos que presentan los padres frente a la sexualidad y la vulnerabilidad al abuso sexual de sus hijos/as. Si bien estos estudios mencionan a los temores de los padres como una categoría general, estos no se encuentran definidos.

De acuerdo con el artículo 9 de la “Normativa referente a la atención a los estudiantes con necesidades educativas especiales en establecimientos de educación ordinaria o en instituciones de educación especializada” expedida por el Ministerio de Educación del Ecuador (MINEDUC), se indica que: “las instituciones de educación especializada organizarán los programas de acuerdo a la población que atiendan y como mínimo ofertarán los siguientes: Estimulación temprana, inclusión y para padres de familia”(MINEDUC, 2013).

Conforme a esta normativa se expiden los lineamientos para educación especializada para el inicio de año lectivo 2015-2016 y en los cuales se expresa la ejecución de “Talleres de orientación en temas relacionados con el desarrollo de los estudiantes como: sexualidad y afectividad...” (MINEDUC, 2016).

La pertinencia de la presente investigación radica, que frente demanda de ejecutar talleres de sexualidad en las instituciones de educación especializada tal como versa en los lineamientos de educación especializada expedida por el Ministerio de Educación del Ecuador, no existen los suficientes estudios para abordar la temática, creyendo de tal forma que esta limitación conlleva a emprender programas sin incidencia. Según la bibliografía revisada autores como Oliver (2006) García (2000) y Miranda (2016), uno de los obstáculos para brindar Educación sexual son los temores presentes por parte de quienes se encuentran al cuidado de personas con discapacidad, sin embargo estos autores en sus estudios solo mencionan a los temores como causa sin definirlos.

Teniendo como antecedentes la falta de investigaciones en relación al tema, el aporte que brindará este documento permitirá sustentar, a través del conocer los temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual moderada y grave, programas, talleres de educación sexual para esta población.



En el presente marco teórico conceptualiza las categorías de sexualidad, dimensiones de la sexualidad, discapacidad, discapacidad intelectual, educación sexual y temores de padres mediante la descripción de los mismos. Este se encuentra conformado por tres capítulos:

El capítulo I aborda la conceptualización de sexualidad, considerando a la misma como parte inherente de todo ser humano, considerando a la sexualidad desde las dimensiones: biológica, psicológica y social, además en este apartado se teoriza acerca de la sexualidad en la discapacidad intelectual moderada y grave, haciendo énfasis en el desarrollo psicológico según el nivel de discapacidad, otro punto que se aborda son los mitos y tabúes que se dan en relación a la sexualidad en la discapacidad intelectual

En el capítulo II se describen los temores que existen frente a la sexualidad de las personas con discapacidad en aspectos como el autoerotismo, abuso sexual, enamoramiento, relaciones coitales y maternidad y paternidad.

El capítulo III se presenta la metodología desarrollada el presente estudio que va desde la selección y categorización de la muestra, características del instrumento aplicado y procedimientos realizados para validación y aplicación de encuestas, en este capítulo se incluye los datos obtenidos de la tabulación de la información, finalmente se realizan las conclusiones en base al análisis de los resultados.

Para concluir con esta breve introducción se cree importante resaltar que el presente trabajo investigativo pretende identificar los temores de los padres de familia frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada-grave que se encuentran asistiendo a escuelas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca. Además que este estudio tiene un carácter exploratorio no experimental de tipo transversal, con un enfoque cuantitativo de estadística descriptiva; la metodología que se empleó inicio con la revisión bibliográfica, la recolección de datos se la realizó por medio de una encuesta de opinión tipo cuestionario estructurado, en un momento y tiempo único, con el objetivo de identificar y describir variables. La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple, los padres y las madres fueron seleccionados a través del listado de los niños/as y adolescentes que asisten a instituciones fiscales de educación especializada del cantón Cuenca en el período lectivo 2016-2017, en edades comprendidas entre los 6 y 16 años. Los resultados podrán ser de utilidad como sustento para la promoción y ejecución de programas



UNIVERSIDAD DE CUENCA

integrales, dirigidos a la comunidad educativa promoviendo el desarrollo saludable de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual moderada y grave.

CAPÍTULO I

Sexualidad

1.1 Conceptualización de la sexualidad.

El concepto de sexualidad ha sido formado y transformado a lo largo del tiempo, desde una concepción negativa, tal como refiere Román (2005) la definición ha sido ligada a discursos moralistas, convirtiendo a la sexualidad en un tabú, relegándola al plano de los temores, mitos y creencias.

Foucault (2005) afirma que se debe considerar la estructuración de sexualidad desde sus inicios, pues la misma es un resultado de discursos que obedecen a poderes e intereses de un modelo binario, reforzado por prácticas estructuradoras replicadas generacionalmente y estilizadas de acuerdo a un modelo de mundo preestablecido. De esta manera se ha naturalizado, universalizado y legitimado construcciones patriarcales heteronormativas, dando paso al control de los cuerpos.

Para Martín (2005) el concepto de sexualidad posee variaciones a lo largo del tiempo y de los contextos en los que se desarrollan, el concepto varía de acuerdo a la percepción, los valores y depende del contexto político-social-cultural.

A continuación, se expondrán diferentes conceptos acerca de la sexualidad, considerando que esta se encuentra implícita en cada parte de nuestro cuerpo y está representada en todo lo que hacemos, es por ello que su significado y su uso simbólico son parte de nuestra forma de estar y pertenecer al mundo. La forma en que las personas viven y/o expresan su sexualidad en las diferentes etapas de su vida varía dependiendo de los factores culturales, históricos y contextuales.

La Organización Mundial de la Salud (2006), define a la sexualidad como:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (citado en UNFPA, 2013, p.11).



Cugota (2007) refiere que la sexualidad es un proceso que inicia desde el nacimiento y termina con la muerte, además indica que la sexualidad humana se manifiesta en múltiples dimensiones, pues en ella se implican en aspectos biológicos, psicológicos y sociales, razón por la cual se constituye en parte inherente de nuestra personalidad.

Foucault (2005) sostiene que la sexualidad es esencial a cada sujeto. Esta no se simplifica en el sexo biológico, sino que se incorpora en la forma en cómo se experimenta esta sexuación a través de nuestros modos de vida y de la interacción con el otro.

Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas:

La sexualidad humana se vive y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos, hacemos y por ende está asociada a nuestra identidad. Va mucho más lejos que la “genitalidad” y las diferentes prácticas sexuales (distintas formas de ejercer la sexualidad). Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. (UNFPA, 2013, p.11).

En síntesis, la sexualidad es el conjunto de fenómenos emocionales, de conducta así como de condiciones anatómicas (fisiológicas y psicológicas) y factores socio culturales a los que se encuentra sujeto cada individuo, es por ello que la sexualidad marca de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo y en la construcción de su subjetividad.

Para que exista un desarrollo pleno de la sexualidad, dependerá del libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el respeto a la privacidad, al deseo, a la equidad, a la satisfacción y a las elecciones libres y responsables.

1.2 Dimensiones de la sexualidad.

En consideración con las definiciones planteadas y según lo expuesto por Román (2004) y Velásquez (2013), la sexualidad está presente en cada parte del ser humano y se encuentra en interacción con factores biológicos, psicológicos y sociales.

Maldonado (2009) indica que la sexualidad es el compendio de la interacción de factores de diferentes dimensiones, conjugadas con cada vivencia según su desarrollo y la interiorización de la misma, construyendo de esta manera la subjetividad de cada ser humano y su representación de la sexualidad en todo lo que dice, hace, siente y piensa.



Desde la concepción de la sexualidad, según la OMS (1998) y Maldonado (2009) se desarrollarán las siguientes dimensiones:

1.2.1 Dimensión biológica de la sexualidad

Esta dimensión comprende lo físico y orgánico y hace referencia a la expresión sexual. Se integran en cuestiones relacionadas con el desarrollo sexual y sus diferentes etapas, y está presente a lo largo de la vida de cada individuo, en manifestaciones como la reproducción, el género y el erotismo. Es decir, esta dimensión abarca las características anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, en relación directa con los órganos sexuales externos e internos y en función de la respuesta sexual reproductiva.

En esta dimensión se incluye:

1.2.1.1 Sistema genético:

López (2005) en el prólogo de la Sexualidad Humana, habla del sistema genético como el programa genético sexuado, es decir se refiere directamente a la estructura cromosómica XX, XY y sus posibles variantes.

El sexo genético ocurre a partir de la fertilización, el ovocito aporta con el cromosoma X mientras que el espermatozoide contribuye con un cromosoma X o Y. A consecuencia de ello, el embrión puede tener una carga genética XX o XY. Esta platilla cromosómica que se adquiere en el momento de la fecundación determina el desarrollo de órganos reproductores.

En una primera instancia las gónadas son indiferencias, luego producto del desarrollo embrionario se produce la colonización de la gónada por células germinales esto da lugar a la gameto génesis, proceso evolutivo necesario para alcanzar la diferenciación sexual de individuo. Así pues el cromosoma Y en su estructura porta el gen SRY, su presencia y acción sobre el cromosoma Y provoca una expresión potenciada del gen Sox9 quien es el encargado de dar paso a la cascada de expresión genética masculina (diferenciación testicular). Cabe destacar que en el caso de la combinación XX, la ausencia del gen SRY, provoca la expresión genética femenina es decir el desarrollo del tejido ovárico (Fernández García & Pásaro Méndez, 2017).

1.2.1.2. Sistema hormonal:

El sistema endocrino, es el encargado de producir y mantener la homeostasis de los niveles hormonales de nuestro organismo. En la sexualidad, este sistema juega un rol muy importante, ya que está ligado con la producción, regulación y equilibrio de las hormonas tales como la testosterona, progesterona, estrógenos y gonadotrofinas, cuya función es indispensable para el desarrollo sexual. En efecto estos tres elementos se encuentran tanto en hombres como en mujeres y varían según cada persona y etapa de vida en la que se encuentre, determinando las características anatómicas fisiológicas y de comportamiento (López, 2005).

Con respecto a esto, Fernández y Pásaro (2017) manifiestan que en el caso de los hombres a partir del durante el segundo trimestre del embarazo, los testículos empiezan a generar testosterona, durante este proceso, el cerebro recibe estradiol por la transformación del estrógeno gracias a la acción de la enzima aromatasa (CYP19A1), dando como resultado la masculinización del cerebro e induciendo a la formación de caracteres sexuales masculinos, por otro lado en la combinación XX los ovarios se mantienen sin producción hasta el periodo perinatal, en otras palabras el ovario permanece quiescente, es decir, no sintetiza estrógenos. Esta baja o nula exposición protege al cerebro de la masculinización, provocando el proceso de feminización

1.2.1.3. Estructura anatómico-fisiológica:

La conformación de la estructura física y la presencia de características internas o externas, influyen directamente en el fenotipo y su respuesta sexual.

Los órganos genitales masculinos están conformados por los testículos, los cuales cumplen con la producción de hormonas imprescindibles para el proceso de masculinización; también realizan la función de la génesis y la maduración de espermatozoides. Otras estructuras que conforman la anatomía de aparato sexual masculino son las vías espermáticas, pene, uretra, la próstata y las glándulas de Cowper (Córdova, 2003).

El aparato genital femenino está compuesto por dos ovarios, trompas de Falopio, el útero, vagina y vulva. Autores como Córdova (2003) incluyen a las mamas como órgano ligado a la fisiología femenina con características morfológicas y funcionales asociadas a respuesta sexual.

Durante la pubertad hombres y mujeres experimentan cambios físicos, varios autores como: Juszczak y Sadler(1999), Silber y Cols (1992) y Santrock,(1998), citados en Shutt-Aine (2003) coinciden en que:

En las mujeres, la pubertad se caracteriza por un aumento de la secreción hormonal, lo que provoca un crecimiento rápido, aumento del pecho y las caderas, desarrollo de los genitales, aparición de vello púbico y axilar y la aparición de la menarquia o primera menstruación. En promedio, la menarquia ocurre entre los 9 y 11 años de edad, y el tiempo promedio para que la pubertad se complete es de 4 años.

En los varones, la pubertad se caracteriza por el estirón del crecimiento, aumento del tamaño testicular, aparición del vello púbico y facial, engrosamiento de la voz y espermarquia o primera emisión de espermatozoides. Esta primera emisión de espermatozoides ocurre entre los 11 y 15 años de edad, y la pubertad en los jóvenes varones puede durar hasta los 20 o 21 años. Puede haber una gran variación entre el inicio y la duración del desarrollo de la pubertad tanto entre los hombres como entre las mujeres. (p.3)

La menarquia y espermarquia indican el comienzo de la capacidad reproductiva, los cambios que se producen van acompañados de sentimientos y conductas en relación a la sexualidad. (Shutt-Aine et al., 2003). En definitiva tal como indica Kalat (2004), la sexualidad inicia a partir de la fecundación con la asignación aleatoria del sexo genético, luego en cascada se desarrolla un sexo gonadal en relación a la producción de hormonas, concluyendo con diferenciación de órganos y estructuras físicas y anatómicas.

1.2.2 Dimensión psicológica de la sexualidad

Esta dimensión tiene que ver con las emociones, ideas y actitudes personales en torno a la vivencia de la sexualidad. En la definición de la sexualidad humana Velásquez (2013) menciona que la dimensión psicológica tiene relación con las percepciones, emociones, aprendizaje y personalidad como factores que afectan el comportamiento sexual. A continuación se expondrán los principales teorías del desarrollo para lo cual se ha tomado como referencia el análisis que realiza Bott (2014) y Maldonado (2009) en relación al tema.

1.2.2.1 Teorías del desarrollo psicosexual (Sigmund Freud, 1964)

En este marco referencial es necesario resaltar el aporte que realizó Freud en 1964, citado por Maldonado (2009), como pionero en el entendimiento de la sexualidad humana, Freud manifiesta que la sexualidad es un factor que influye en la estructuración de la personalidad, su propuesta se encuentra sistematizada en la teoría del desarrollo psicosexual, la que postula las siguientes etapas de desarrollo según las zonas erógenas: oral, anal, fálica, latencia y genital.



Freud acota que la privación, exceso o la inadecuada satisfacción en cada etapa del desarrollo psicosexual puede llevar a provocar una fijación y/o mecanismos de defensas incidiendo en la estructuración de personalidad, es decir en sus comportamientos y en la expresión de su sexuales (Maldonado, 2009).

Etapas oral.

Inicia desde los cero a dos años, la mayor fuente de placer se encuentra ubicada en la boca y está relación con el placer que la persona puede experimentar al alimentarse. Es aquí donde se configura el YO por medio de la diferenciación de objetos externos a través del mecanismo oral.

Etapas Anal.

Esta etapa comprende desde los 2 a 3 años, y es en el ano donde se encuentra la zona erógena con mayor carga de gratificación, el mayor nivel de satisfacción se experimenta en la retención y la liberación de las heces. El valor simbólico que se le otorga a la producción de las heces y al aprendizaje del control de esfínteres, es el de la socialización y autonomía.

Etapas Fálica.

Esta etapa se desarrolla a partir de los 3 años hasta los 4 años, la zona en donde se encuentra la mayor fuente de placer son los genitales, es en este periodo donde se producen erecciones acompañadas de los primeros actos masturbatorios sin presencia de orgasmo. Es en esta fase que se presencia el complejo de Edipo, cuya resolución que se da con la identificación del niño con su padre y de la niña con su madre, de tal forma que reprime el deseo hacia el otro padre, situación que marca la forma de relacionamiento futuro y la configuración de Yo y Superyó.

Etapas de Latencia.

A partir de 5 a 12 años según Freud afirma que declina la sexualidad, para entrar en una fase de latencia, la energía o pulsión sexual se centra en actividades sociales, el Ello es dominado por el Superyó por medio del desarrollo de un pensamiento moral, ético y social.

Etapas genital.

Corresponde a la edad entre los 12 a los 18 años, la fuente de placer está ubicada en los genitales, y coincide con la mayor aparición de cambios físicos y hormonales, en este



periodo se incrementa el deseo de relacionarse con otro, en esta fase se concluye con el desarrollo psicosexual de cada individuo.

1.2.2.2 Teorías del desarrollo psicosexual (John Bowlby, 1969)

Algunos autores como Bretherton (1992), Galindo (2002) y Bott (2014) realizan una aproximación a la trilogía de *Attachment and Loss* (Apego y pérdida) de John Bowlby, publicada entre 1969 y 1980, esta teoría se basa en el *apego* y su vinculación como eje rector para el desarrollo de la personalidad desde las primeras etapas del desarrollo. Esta búsqueda de proximidad hacia las figuras de referencia afectiva da paso al desarrollo emocional y genera el sentido de pertenencia. La pérdida, distanciamiento o separación del vínculo de apego depositado en una figura de referencia provoca reacciones de protesta, búsqueda, depresión y finalmente desapego.

Hazan(1994), Feeney(1993), Shaver (1995) Feeney (1999) citados en Galindo (2002) coinciden en que el tipo de apego que cada sujeto desarrolla ante las figuras de referencia dota de características individuales que marcan el desarrollo de la sexualidad, a continuación se detallan los tipos de apego:

Apego seguro.

La vinculación afectiva segura permite el desarrollo de procesos cognitivos flexibles, dinámicos y realistas, este tipo de apego provoca un nivel de relacionamiento social basado en la amistad y confianza, y se caracteriza en la expresión, control y reconocimiento adecuado de emociones. El individuo que desarrolla este tipo de apego tiene la capacidad de adaptarse a nuevos ambientes, posee una percepción real y positiva de su entorno como de sí mismo, pudiendo generar relaciones afectivas estables y saludables.

Apego Evasivo.

Cuando el apego a la figura de vinculación afectiva es evasivo, se genera una estructuración cognitiva distorsionada o negativa, basada en supuestos. Esta forma de apego provoca la aparición de temores, miedos y ansiedad. Vale destacar que estas características producen un estilo cognitivo rígido que rechaza la información nueva, impidiendo la racionalización de sus temores. Producto de esto, estas personas presentan una forma desconfiada de relacionarse con otras personas pues su pensamiento está cargado de escepticismo y preocupaciones. En este tipo de apego no existe un control de las emociones



tendiendo a tener episodios intensos de ira y ansiedad además se caracteriza por presentar una percepción errónea de sí mismo (baja autoestima).

Apego Ambivalente o Ansioso.

Un apego ansioso desencadena procesos cognitivos que se caracterizan por la falta de constancia y el abandono de metas constantemente, la forma de relacionarse con el otro se basa en la inseguridad, actitud negativa y temor al abandono, no existe un control adecuado de emociones pues presentan una baja tolerancia al dolor.

1.2.2.3 Teoría del desarrollo psicosocial (Erikson 1950)

La teoría del Desarrollo Psicosocial se basa en la influencia que ejerce el contexto social en el desarrollo de la personalidad de cada individuo, Erikson indica que en cada etapa del desarrollo psicosocial la persona se enfrenta con una crisis, plateada por el desarrollo psicológico y su contexto social, dada esta premisa es importante resaltar que para este autor, el medio en donde se desenvuelve cada persona influye en la manera decisiva en su capacidad de ser y hacer. Por lo tanto, de la manera en que la persona asuma, resuelva cada etapa dependerá el desarrollo saludable del Yo (Bott, 2014).

Confianza básica versus desconfianza básica (0 a 18 meses).

En esta etapa el individuo genera el sentido de confianza o desconfianza frente a mundo que le rodea (personas y objetos) en relación directa con la satisfacción o no de sus necesidades, de la concepción que se interiorice en esta periodo dependerá la forma de relacionarse y protegerse.

Autonomía versus vergüenza y duda (18 meses a los 3 años).

A partir del desarrollo motor el niño/a pretende alcanzar autonomía enfrentándose al control externo de sus padres teniendo que decidir constantemente entre lo que puede y/o debe hacer (autorregulación), esta fase otorga la seguridad en sí mismo y de lo que es capaz de hacer considerando sus aptitudes.

Iniciativa versus culpabilidad (3 a 6 años).

El desarrollo cognitivo y motriz le permite al niño/a intentar, explorar nuevas situaciones, es así que la iniciativa lleva al sujeto a la planificación de actividades y metas,



que en muchas de la ocasiones se encuentran dominadas por la culpa dando paso a la responsabilidad moral.

Destreza versus inferioridad (6 años hasta la pubertad).

La cultura exige al individuo una forma de ser, le genera opciones en relación la productividad que exige el modelo social. Este molde a seguir le exige a la persona desarrollar destrezas y habilidades en comparación directa con sus similares escolares, etarios y familiares de esto dependerá el desarrollo del concepto de sí mismo.

Identidad versus confusión de identidad (pubertad a la temprana edad adulta).

El conflicto de identidad versus confusión de identidad que se da en esta etapa a partir de los cambios corporales de la adolescencia y la búsqueda de la identidad mediante la integración de habilidades, necesidades y deseos, con un sentido de pertenencia a los grupos con los que se siente identificado, entrando en ocasiones en crisis con los valores e ideologías.

Intimidad versus aislamiento (temprana edad adulta).

Una vez que el individuo alcanza su identidad, empieza la búsqueda con quien compartir o comprometerse con otras. La crisis de esta etapa se da con el fracaso en su búsqueda llevando a la persona a un posible aislamiento.

Productividad versus estancamiento (edad adulta intermedia).

El adulto entra en la preocupación de dejar un legado, la persona siente la necesidad de trascender a través de guiar, enseñar a otros en especial hijos/as o familiares menores con los que tiene un vínculo afectivo positivo. En el caso de no tener a quien dejar su legado o de sentir que no lo logra puede llegar al estancamiento o vacíos existenciales.

Integridad versus desesperanza (vejez).

En esta etapa la persona empieza querer cerrar ciclos anteriores mediante la aceptación de su vida y de la muerte. En oposición a esto la persona que no logra cerrar sus ciclos se siente incompleta entra en desesperanza reviviendo crisis de cada una de las etapas anteriores provocando la marginación y menoscabo en su integralidad.



1.2.2.4 Teoría del desarrollo cognitivo

Partiendo de la premisa de que el ser humano adquiere nuevos aprendizajes, tomando como base conocimientos anteriores, modificándolos o adaptándolos, Piaget desarrolló su teoría del desarrollo cognoscitivo. Esta teoría marca el desarrollo cognitivo por etapas, en cada una de ellas el individuo concibe y adquiere aprendizajes que influyen en el comportamiento esto incluye la esfera sexual, el procesamiento de información y su organización dependerá del desarrollo cognitivo así como de los agentes socializadores por los que cada persona atraviesa, concibiendo su identidad, modelos de referencia, roles y actitudes.

En otro orden de ideas, Piaget divide el desarrollo en cuatro etapas: sensoriomotora, preoperacional, etapa de las operaciones concretas y etapa de las operaciones formales. Cada una de las etapas supone un estilo de pensamiento muy distinto al anterior, además indica que el desarrollo cognoscitivo sigue una secuencia invariable, independientemente del tiempo en el que se transite por la misma pues dependerá de factores individuales y culturales (Cuesta, 2009).

La organización del conocimiento se la realiza en esquemas según Linares (2008): “los esquemas son conjuntos de acciones físicas, de operaciones mentales, de conceptos o teorías con los cuales organizamos y adquirimos información sobre el mundo forma como se organiza el conocimiento” (p.3), de la misma forma Piaget indica que en la adquisición de esquemas mentales participan procesos cognitivos como la organización y adaptación, asimilación y acomodación (Linares, 2008).

La teoría del desarrollo cognitivo indica que existen factores innatos y ambientales que intervienen en los procesos de aprendizaje, tales como:

- Maduración de las estructuras físicas heredadas.
- Experiencias físicas con el ambiente.
- Transmisión social de información y de conocimientos.

Por todo lo que expone esta teoría se cree necesario tener conocimiento de las etapas del desarrollo cognitivo, pues a decir de nuestro estudio las personas con discapacidad intelectual presenta diferentes niveles de desarrollo cognitivo de acuerdo con su capacidad,



debido a este particular se puede explicar o entender mejor algunos de sus comportamiento y actitudes.

Etapas del desarrollo cognitivo de Piaget:

Estadio sensorio-motor (0 a 2 años)

Aquí se empieza a desarrollar la conducta intencional, el aprendizaje del mundo que le rodea se lo realiza por la exploración a través de los sentidos llegando a entender que su existencia es independiente de su percepción. El aprendizaje se da principalmente por medio de la imitación y el juego. Este estadio tiene 6 sub-estadios que van desde los mecanismos reflejos hasta alcanzar representaciones mentales:

- Estadios de los mecanismos reflejos (0 a 1mes): los estímulos que ofrece el medio genera la activación de los reflejos y con ello la ejercitación hasta adquirir la actividad controlada.
- Estadio de las reacciones circulares primarias (1 a 4 meses): a partir de la reacción el individuo intenta repetir estas acciones para organizar un nuevo esquema.
- Estadio de las reacciones circulares secundarias (4 a 8 meses): es aquí donde descubre que la reacción o efecto que puede producir un acción suya en elementos externos del entorno, repite acción para alcanzar un mismo efecto.
- Estadio de la coordinación de la conducta previos (8 a 12 meses): provoca la repetición de acciones para alcanzar el mismo efecto obteniendo la sensación poder y dominio sobre las cosas.
- Estadio de las reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses): combinación de dos esquemas para obtener un resultado similar o diferente, se observa la intencionalidad de sus actos y aparecen primeras nociones de tiempo y espacio.
- Etapa de la representación mental (18 a 24 meses): realiza experimentos con acción directa sobre las cosas, el aprendizaje mediante el ensayo error, empieza a utilizar gestos para realizar acciones que luego las ejecutará.



Estadio preoperacional (2 a 7 años)

La capacidad y habilidad para utilizar símbolos para representar la realidad sin dar cuenta de la presencia o permanencia del objeto caracteriza este estadio.

- Estadio pre-conceptual (2 a 4 años): Se da el uso de símbolos para representar objetos que no se encuentra presentes, en esta etapa la presencia del juego simbólico permite el desarrollo acelerado del lenguaje, este proceso es la base para la adquisición de representaciones más complejas como la lectura, escritura y la relación número cantidad.
- Estadio Intuitivo (4 a 7 años): la explicación de la realidad es animista es decir atribuye intención a objetos inanimados para dar cuenta de la realidad.

Estadio de las operaciones concretas (7 a 11 años).

Inicia con las operaciones mentales como la seriación, clasificación y conservación, además muestra flexibilidad de pensamiento deslindándose de un pensamiento centralizado y egocéntrico, el niño/a se da cuenta de la reversibilidad de las acciones.

Estadio de las operaciones formales (11 a 12 años en adelante).

La lógica caracteriza esta etapa, se da la utilización de herramientas cognoscitivas más complejas, como el manejo de ideas abstractas que permiten al individuo razonar acerca de las relaciones y analogías, generar argumentos mediante el manejo de hipótesis hasta alcanzar la deducción, mediante procesos cognitivos como la lógica proposicional, el razonamiento científico, el razonamiento combinatorio y el razonamiento sobre probabilidades y proporciones.

1.2.3 Dimensión social de la sexualidad

Cada persona como un ser social se vincula a través de lo que su entorno le proporciona, teniendo una relación directa con las circunstancias y su manera de percibir las, por lo mismo está sujeto a un aprendizaje social que va a determinar la forma en cómo vive su sexualidad. Los ritos, los mitos, los temores, las normas, leyes, roles, códigos de ética, sistemas de valores sociales-familiares, la educación sexual forman parte de esta dimensión y son factores sociales condicionantes para la vivencia sana de la sexualidad.



Juszczak y Sadler (1999) indican que el desarrollo psicosocial de la sexualidad está marcado por la subjetividad, depende del medio en el que se desenvuelve el individuo, la vivencia e interiorización de la misma y varían según la capacidad física, cognitiva y social; así mismo Hafner, (1995); Silber y Cols., (1992); Neinstein, (1996); y Kohlberg, (1987) coinciden en que el contexto social influye en: el desarrollo de la identidad sexual, el alcance la de independencia frente a la dependencia, el bienestar emocional, las implicaciones en el rol de género.(Shutt Aine et al., 2003). A continuación se desarrollara la influencia del contexto social a partir de esta clasificación que proponen estos autores:

/Identidad sexual y desarrollo.

Por medio de la identificación con la figuras de relevancia de su entorno el sujeto desarrolla ideales y esquemas de representación de su sexualidad, es decir realiza la construcción de masculinidad y feminidad basadas en la influencia positiva o negativa que modelo social le permite. El proceso de identidad inicia desde muy temprano en la infancia y avanza con cada etapa poniéndose en manifiesto mediante expresión de los sentimientos y conductas sexuales.

Independencia frente a dependencia.

El ser humano en su desarrollo busca reafirmar su independencia, este camino inicia con la evolución de sus destrezas motrices y la adquisición de destrezas y habilidades que le permiten a la persona alcanzar autonomía, en segundo lugar este nivel de autonomía funcional le lleva al individuo a la toma de decisiones de lo que puede hacer, desafiando constantemente la tutela de sus padres quienes ponen límites, sea por cuidado, temor o protección. En este punto es importante destacar que el medio que le rodea a la persona aporta al sentido de dependencia o independencia es decir la flexibilidad, apoyo o sobreprotección que le brindan sus figuras vinculares en esta etapa incide su proceso de individuación.

Este proceso se va consolidando con la búsqueda de identidad con sus pares siendo la influencia social y ambiental un factor que determina la conducta de represión, aislamiento o búsqueda de la intimidad.

*Bienestar emocional.*

La percepción de sí mismo dependerá de cómo el individuo se sienta aceptado y/o valorado, las crisis que cada persona tiene que afrontar las etapas de la vida y su resolución satisfactoriamente permitirá alcanzar el bienestar emocional y con ello desarrollar habilidades personales.

Implicaciones en el rol de género

La cultura y la sociedad influyen directamente en el comportamiento de los seres humanos estas marcan el modelo/rol que cada sujeto debe cumplir, encasillándolo en un canon de cómo ser hombre o mujer.

1.3 Sexualidad en la discapacidad intelectual moderada y grave*1.3.1 Discapacidad*

La Organización Mundial de la Salud (2001) indica que la naturaleza del concepto de discapacidad tiende a ser cambiante a razón de que este varía según el momento político e histórico y su avance o retroceso en materia de derechos y se relaciona con las barreras y garantías de accesibilidad que el medio genera.

La organización de las Naciones Unidas en la Convención sobre los Derechos de la personas con discapacidad en el 2006 indica que: “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.”(Agenda Nacional para la Igualdad de discapacidades Ecuador, 2006, p.24)

La Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (2001) define a la discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Además, indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”(p.65). La restricción en la participación hace referencia a las dificultades que presenta la persona con discapacidad en comparación con otra que no presente dicha condición.



1.3.2 Discapacidad intelectual

Luckasson y Cols, (2002) definen a discapacidad intelectual como “Una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Verdugo, 2003, p.4)

Verdugo (2003) en su análisis de la definición de discapacidad intelectual refiere que la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AAMR) a partir del año de 1992, realizó un cambio de paradigma, al establecer la diferencia de que presentan las personas con discapacidad intelectual dependiendo del nivel de severidad y de acuerdo a las limitaciones que su condición marca en la comunicación, auto cuidado, actividades de la vida diaria, actividades sociales, auto dirección y trabajo libre.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2014), refiere que la discapacidad intelectual, se encuentra dentro de los trastornos del neurodesarrollo y pertenecen al “grupo de afecciones con inicio en el periodo del desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico”(p12) y se la clasifica o especifica según la gravedad en leve, moderado, grave y profundo, estos niveles se definen según el funcionamiento adaptativo.

Según el DSM-V (2014), el funcionamiento adaptativo hace referencia al comportamiento que le permite a la persona alcanzar su autonomía personal y responsabilidad social. A través de las limitaciones presentes se establece el nivel o grado de discapacidad al igual que se puede determinar la necesidad y tipo de apoyo que la persona requiere en los diferentes dominios:

Dominio conceptual que se refiere a competencias de memoria, lenguaje, lectura, escritura, razonamiento matemático, adquisición de conocimientos prácticos, resolución de problemas y juicio en situaciones nuevas.

Dominio social implica la conciencia de los pensamientos, sentimientos y experiencias propios y de las demás personas Este dominio implica el desarrollo de destrezas como: la empatía, habilidades de comunicación y el juicio social.



Dominio práctico de refiere al aprendizaje y la autogestión para el desarrollo de actividades de la vida diaria.

El funcionamiento adaptativo define en gran parte el diagnóstico de la discapacidad intelectual sin embargo existen factores como la capacidad intelectual, la educación, la motivación, las experiencias de socialización, personalidad, oportunidades vocacionales, contexto sociocultural y la concurrencia de afecciones médicas o trastornos mentales.

1.3.3 Sexualidad en la discapacidad intelectual

La sexualidad al ser inherente a la condición de ser humano no discrimina condición la interiorización de la misma adquiere matices según el contexto y vivencia particular de cada sujeto. En este punto vale destacar que la sexualidad está presente en todos y todas, las personas, no se eximen de estos postulados los individuos con discapacidad intelectual pues presentan similares pensamientos, deseos y actitudes. Las particularidades de la concepción y vivencia de la sexualidad están presentes de acuerdo con limitaciones intelectuales, nivel de autonomía y responsabilidad social así como de su contexto social, cultural y educativo (Santiago, 2009).

Según el Informe mundial sobre la discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial (OMS, 2011) se estima que en América Latina y el Caribe existen alrededor de 85 millones de personas que viven con discapacidad, además refiere que entre 20% y el 30% de la población infantil con discapacidad asiste a la escuela. En estos datos se reporta una cifra alta de incidencia a nivel poblacional, sin embargo existen muy pocos aportes en cuanto a temas referidos a la sexualidad en la discapacidad intelectual (Allen y Seery, 2007), este grupo poblacional pertenece a una minoría a la que por tradición se le ha restringido la posibilidad de vivir su sexualidad plenamente, tal como indica en el informe del UNFPA (2013) las personas con discapacidad enfrentan graves mitos y prejuicios sociales, en donde su sexualidad no es reconocida limitando e inclusive negando sus derechos sexuales.

Lucas (2011) menciona como uno de los obstáculos que enfrentan estos sujetos ante la vivencia de su sexualidad es la actitud de las personas que viven o están al cuidado de ellas. Ballester (2005) revela que los individuos con deficiencia mental tienen unas necesidades sexuales que satisfacer en el mismo sentido que el resto que no presentan esta condición.



Rivera (2008) manifiesta que como todos los seres humanos, las personas con discapacidad poseen un cuerpo sexuado que se relaciona con los otros construyendo una forma de vivir su sexualidad a través de la experiencia de emociones, sensaciones, deseo, erotismo y placer, es decir, el desarrollo de su sexualidad no enfrenta diferencia del resto de población sin discapacidad, sin embargo la diferencia radica, en que la vivencia de la sexualidad en personas con discapacidad se da en relación a sus posibilidades, limitaciones y barreras que generan sus contextos.

Al hablar específicamente de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual en rango de moderada y grave es necesario hacer hincapié en los temores de una sociedad normada en el concepto binario de sano-enfermo, generando un menosprecio a lo diferente al estándar (Rivera, 2008).

Master y Johnson citado por Familume (2001), indican que la sexualidad es una función natural comparada como la de respirar y tan universal como comer, es así que al ser natural y ejercerla percibimos placer bajo el único criterio del deseo propio de experimentarla estos autores analizan el control al cual se someten los cuerpos marcados por estigmas a los cuales se les impone los cánones sociales, obstáculos que impiden un desarrollo sano de la sexualidad, coartando el derecho al placer, atrofiando su capacidad de sentir, condenando el deseo a control, limitando la capacidad de vivir, sentir, expresar y compartir sentimientos y emociones.

1.3.3.1 Desarrollo psicológico en las personas con discapacidad intelectual moderada

El desarrollo biológico de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual moderada, se sigue el mismo patrón de las personas que no presentan esta condición, sin embargo hay que tener en cuenta el desarrollo psicológico en relación a su nivel de funcionamiento cognitivo y grado de adaptabilidad, para ello tomaremos como referencia la escala de gravedad de la discapacidad intelectual según el DSM-V (2014).

Las personas con discapacidad intelectual moderada según su grado de adaptabilidad presentan características particulares en los diferentes dominios:

*Dominio conceptual*

El desarrollo de las habilidades académicas evoluciona lentamente además es reducido, su aprendizaje enfatiza lo práctico y funcional alcanzando en algunos de ellos el proceso de lectura y escritura completo, requieren apoyo constante para terminar tareas. Cumplen con actividades de la vida diaria de manera mecánica y por lo general necesitan de otras personas para encargarse de la totalidad de sus responsabilidades.

Dominio social

Presentan un comportamiento social limitado, su principal forma de comunicación es el lenguaje hablado menos complejo y con tendencia a no percibir en la interrelación las señales sociales. Pueden alcanzar amistades satisfactorias y con ello la posibilidad de establecer relaciones sentimentales. El juicio social y la capacidad de tomar decisiones de vida se encuentran limitados por lo que requieren de la guía de sus padres o cuidadores.

Dominio práctico

Mediante un período largo de aprendizaje puede llegar alcanzar una autonomía funcional en actividades de la vida diaria básicas como vestido, aseo, comer, sin embargo podría necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer.

Puede asumir trabajos y realizar actividades mecánicas e independientes, con apoyo y supervisión. Un porcentaje mínimo de personas con discapacidad intelectual moderada presenta un comportamiento inadaptado que cause problemas sociales, este particular iría relacionado con factores asociados o con la comorbilidad de otras patologías.

Ruiz (2010) acota en la discapacidad mental moderada la expresión sexual presenta respuestas variadas, su relacionamiento se basa en la amistad, este particular hace que en algunas ocasiones no tenga definida su orientación sexual y su objeto de deseo sea indiferente. Sus deseos, vida afectiva y sexual está presente sin embargo su nivel de responsabilidad para desarrollarla encuentra limitaciones al depender en gran medida de sus padres y/o tutores.



1.3.3.2 Desarrollo psicológico en las personas con discapacidad intelectual grave

Las personas con un grado de discapacidad intelectual grave presentan características diferenciadas, las mismas que tienen relación directa con su nivel de adaptabilidad que se presentan en relación a los dominios, descritos a continuación (DSM V, 2014):

Dominio conceptual:

Presenta poca o nula comprensión del lenguaje escrito, a nivel de lenguaje hablado sigue consignas sencillas con respuestas limitadas. El grado de ayuda que requieren en todas las actividades de la vida diaria es notable y se extiende durante toda su vida.

Dominio Social:

El lenguaje hablado es limitado a palabras o frases sueltas, en algunos casos requieren de sistemas alternativos y/o aumentativos de la comunicación, disfrutan de la interrelación con el otro a través de su compañía y atención.

Dominio práctico:

Requiere supervisión y ayuda para todas las actividades de la vida diaria, su aprendizaje se realiza a largo plazo y con ayuda constante, un porcentaje mínimo de estas personas presentan comportamientos inadaptados incluidos autolesiones.

Las personas con discapacidad grave representan su afectiva y sexual en la esfera más básica de la respuesta sexual, su objeto de deseo es indiferente incluso a veces se manifiesta por presiones del medio, su goce tiene una característica egocéntrica (Ruiz, 2010).

1.3.4 Mitos y tabúes en la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

Elaide (1986) define al mito como una construcción cultural que explica mediante la fantasía un suceso de la realidad, en otras palabras un mito es una construcción del pensamiento que se expresa mediante el lenguaje se constituye en un paradigma de la acción humana pues da cuenta del momento histórico y su entendimiento de la realidad, el mito está sustentado en las creencias, valores y la espiritualidad de cada cultura. El mito se basa en creencias de una cultura que en muchos de los casos está gobernada por miedos y discursos de lo que está prohibido de hacer o decir a este tipo de creencia se la conoce con el nombre de tabú.



Hay que tener en cuenta que si los mitos son una construcción cultural dan cuenta de un pensamiento colectivo, las creencias que lo conforman ilustran los miedos y conocimientos de un tema.

Alrededor de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual se entretajan mitos y tabúes, autores como Sánchez (2008), Santiago (2009), López (2000) y Silverberg (2006) evidencian en sus estudios los mitos hacia la sexualidad de las personas con discapacidad:

- Las personas con discapacidad son peligrosas, se les atribuye deseos perversos y excesivos.
- La persona discapacitada no tiene necesidad de expresión sexual.
- No poseen un control de emociones y deseos.
- La masturbación es una enfermedad o un vicio.
- Son seres asexuados.
- No pueden ser deseadas por otras personas, no pueden producir placer.
- Temor a la transmisión genética de la lesión.
- No deberían tener relaciones sexuales
- Nunca serán agredidos sexualmente
- No necesitan educación sexual
- Son eternos niños/as
- La sexualidad de las personas con discapacidad es totalmente diferente de la que no presentan esta condición.
- No deben formar pareja, mucho menos tener hijos

Santiago (2009) y López (2006) indican que esta población está expuesta a lo que produce la sociedad, mitos, tabúes y riesgos, provocando la represión de emociones, sentimientos, conductas inadecuadas, todo ello a consecuencia de la falta de conocimientos de la sexualidad de las personas con discapacidad.



Para Fermán (2002) las categorías discapacidad y sexualidad generan actitudes negativas algunas de ellas son:

- La sobreprotección: impide el alcanzar la autonomía, limita su desarrollo y capacidades.
- El rechazo: aunque en muchas ocasiones es inconsciente provoca actitudes de sobre exigencia, descuido y abandono.
- Culpabilización de la discapacidad: dirigida hacia sí mismo o hacia la pareja genera una carga emocional negativa en el ambiente familiar.
- Temor: miedos acerca del futuro de su hijo/a.

Por todo lo mencionado es necesario tener en cuenta los derechos de las personas con discapacidad en materia de sexualidad para hacer frente a los mitos y creencias, López (2000) refiere que se debe considerar:

- El derecho a la propiedad de su cuerpo.
- Derecho a tener una privacidad e intimidad.
- Derecho a recibir información y ayuda en el campo de la sexualidad.
- Derecho a relacionarse con iguales y a las manifestaciones sexuales propias de su edad.
- Derecho a explorar su cuerpo y descubrir sus posibilidades de placer sexual.

De acuerdo con la capacidad funcional y nivel de responsabilidad social y sexual desarrollada las personas con discapacidad intelectual moderada-grave, sus tutores o representantes pueden garantizar otros derechos fundamentales:

- Derecho a mantener relaciones sexuales coitales o no coitales.
- Derecho a formar pareja.
- Derecho a elegir el estado civil que más le convenga.
- Derecho a tener o no hijos.

1.4. Educación sexual en la discapacidad intelectual

Santiago (2009) concluye en su estudio que, la educación sexual es de suma importancia para el desarrollo adecuado de la sexualidad. Por otro lado Rodríguez (2005) manifiesta que la educación sexual es un proceso integral que permite a las personas conocer aspectos relacionados con su bienestar biológico, psicológico y socio afectivo promoviendo una vivencia sana de la sexualidad.

Canda (1999) refiere que el concepto de educación sexual hace referencia a toda acción que tenga la intención de mejorar la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el desarrollo de la sexualidad (Torres y Beltrán, 2012). Así mismo Torres y Beltrán (2012) mencionan que la educación sexual ayuda a las personas con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad intelectual a ser responsables de sus conductas fomentando en ellos la aceptación de sí mismos, rechazando el concepto errado de su asexualidad.

La importancia de que todas las personas accedan a conocer aspectos de la sexualidad es la piedra angular para garantizar el ejercicio de sus derechos en materia de salud, sexual y reproductiva, libre de prejuicios, miedos y tabús. Al considerar que niños/as aprenden acerca de la sexualidad desde las primeras etapas de su desarrollo, es fundamental educar a padres, madres, tutores y/o educadores en relación al tema, educando acerca de actitudes o conductas que promueven la integralidad sexual de las personas.

Carrasco, Navarro, Sánchez y Torrisco (2004) citados por Santiago (2009) señalan que las personas con discapacidad no reciben una educación sexual adecuada, lo que incide en la aparición de conductas sexuales inapropiadas, frecuentes, precoces y de riesgo.

Arneistein (1967); Beltrán y Félix, (1986); Brückner, (1971); Dallayrac, (1972); Gally, (1984); López, (1983); Monroy (1974); Somers y Somers, (1989) citados por Fermán y Torres (2002; coinciden que al impartir educación sexual se debe considerar:

- Brindar conocimientos con criterio y validez científica.
- Los conocimientos se deben transmitir con tino y precisión.
- La información debe adaptarse a la edad, capacidad sensorial y cognitiva, tomando en cuenta sus necesidades específicas.



- La educación sexual a impartir debe ser contextualizada al ambiente socio cultural.
- La educación sexual no solo se debe dirigir al sujeto, esta debe ampliarse a su contexto como familia, escuela, comunidad e instituciones que se encuentran vinculadas con la persona.
- La información debe adaptarse a sus ritmos y estilos de aprendizaje generando material adaptado según la necesidad específica de cada persona promoviendo conductas públicas y privadas.
- El entrenamiento en habilidades sociales en entornos ecológicos y funcionales permite el establecimiento de normas de convivencia en el relacionamiento con otro.

La afectividad y la sexualidad son principios básicos que tienen todas las personas con o sin discapacidad, de ahí que la educación sexual debe propende a conseguir la integración y normalización de necesidades afectivas y sexuales. Un aspecto que debe considerarse en la personas con discapacidad intelectual es que sus intereses y necesidades en la sexualidad pueden o no manifestarse, la particularidad que marca cada condición de discapacidad determina el nivel de respuesta o expresión sexual. Es por ello que cuando se emprenden programas de educación sexual es importante contextualizarlos, así como procurar que los ambiente en los que se desarrollan les permitan la expresión o no de sus intereses sexuales (López, 2010).

Siendo la sexualidad inherente a cada ser humano la educación sexual es responsabilidad de todos/as, más aun de quienes que se encuentran integrando las comunidades educativas, por consiguiente la formación de base que deben poseerlas personas que se relacionan con la población con discapacidad debe contemplar derechos humanos, sexuales y reproductivos en pro de garantizar una de educación sexual integral basada en el respeto y derechos. Por ende padres, tutores y/o educadores deben asumir el rol de educadores sexuales responsables y comprometidos afianzando en su práctica cotidiana el desarrollo de las habilidades sociales, actitudes, sentimientos, autoimagen y estilo de vida sano.

CAPÍTULO II

Temores frente a la sexualidad de las personas con discapacidad

2. Temores frente a la sexualidad de las personas con discapacidad

El temor en muchas ocasiones se considera como un sinónimo de miedo, razón por la cual en este texto se lo utilizará de la misma manera. La teoría diferencial de emociones (DET), define al miedo como una emoción que influye en la mente y la conducta del individuo que la padece (Izard, 2009). En la obra *El poder del Miedo* se refiere al miedo como una emoción primitiva, que forma parte de los sentimientos dominantes de la sociedad actual y puede obedecer a distintos factores externos o internos con el fin de evitar situaciones u objetos potencialmente peligrosos, de amenaza o de riesgo de victimización percibido (Tizón, 2011).

El miedo es un estado de ánimo que se produce ante un peligro, necesario para la supervivencia, surge como una respuesta normal y adaptativa que prepara al sujeto para una reacción, cuando este temor es recurrente puede interferir en la vida de la persona y de quienes las rodean, condicionando sus acciones y decisiones.

Pacheco (2009) afirma que los factores que intervienen en el desarrollo de los temores son de orden cognitivo, fisiológicos y conductuales, los factores cognitivos están representados en los discursos, creencias, mitos y percepciones que se tienen sobre algo por tal razón son susceptibles de cambio a través la adquisición de conocimientos. Los factores fisiológicos que se presentan cuando la persona se piensa o se expone ante una situación de temor producen la activación del sistema nervioso simpático, el cual es el encargado de poner al organismo en alerta frente a la amenaza que se encuentra percibiendo. Los factores conductuales que experimenta un individuo ante el miedo obedecen a respuestas o reacciones preconcebidas motivados por pensamientos e ideas entorno al estímulo generador, por lo general la respuesta de la persona tiende a la evitación o alejamiento. En este punto hay que tener en cuenta también la respuesta conductual que se presenta cuando el temor se encuentra en relación a una persona con la que se mantiene un vínculo afectivo, en estos casos la reacción está encaminada a la protección, sobreprotección o desvinculación parcial o total debido a la carga emocional que la situación, condición genera.



García (2000) indica que en temas de sexualidad las personas presentan temores frente al abuso sexual, el embarazo no deseado, las infecciones sexuales, el VIH-SID, etc., las cuales se representan como potenciales amenazas en muchos hogares.

Casarella, Duacastella y Tallis (2005) y García y Verdugo (2002) coinciden en que los temores de los padres que giran en torno a la vivencia de la sexualidad de las personas con discapacidad, son originados por mitos y creencias, estas concepciones de la realidad desde la fantasía, desconocimiento o desde la suposición aporta a la generación de temores y en relación directa a las actitudes de sus padres y/o cuidadores, limitando su vivencia de la sexualidad de forma integral de las personas con discapacidad intelectual. (Navarro, Torrico, y López, 2010). Es decir, las condiciones de dependencia de las personas con discapacidad intelectual moderada y grave hacia otras personas, los temores y las actitudes de sus cuidadores, les han privado a este grupo poblacional de vivir a plenitud su sexualidad, limitando en gran medida el desarrollo integral de las mismas (Campo, 2003).

La actitud que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad, se da a partir de temores, culpas y angustias siendo este un factor que da paso a la sobreprotección, la despreocupación o el desapego emocional hacia sus hijos/as (Oliver, 2006). Dentro de los principales temores que visualizan los padres de hijos/as con discapacidad intelectual, se encuentra el riesgo de que su hijo/a pueda ser víctima de abuso sexual, este temor se incrementa en relación si su hija es mujer por la confluencia del riesgo de embarazo (Loise y Servais, 2008).

Otro de los temores que tienen los padres de hijos/as con discapacidad intelectual, nace de la creencia que no son educables y que si aprenden a masturbarse, o al partir de una relación coital no van a parar de hacerlo. Los temores a esos posibles riesgos de naturaleza sexual, restringen su libertad, menoscabando la confianza en sí mismos/as y la capacidad para vivir su vida de la manera más autónoma posible (López, 2000).

2.1 Temores de la sexualidad frente al autoerotismo

Sánchez (2008) y Donoso (2012) coinciden en que el autoerotismo o la masturbación son una forma natural de expresión y exploración de la sexualidad, con el particular que esta debe ocurrir en el ámbito de la intimidad o de lo privado. Estos autores indican que los ambientes llenos de restricciones, exageradamente controlados producen limitaciones en la expresión de sexualidad provocando problemas en la expresión de la misma, pues al ser



coartada la intimidad de las personas con discapacidad intelectual bajo el criterio de control, las enajenan de su privacidad y pudor, dichos elementos son claves para el desarrollo de la sexualidad. La condición de discapacidad intelectual genera una dinámica basada en temores, prejuicios y discriminación, que dicho de otro modo produce un modelo de educación que vigila castiga y regaña volcando a la sexualidad lo prohibido.

La teoría del desarrollo psicosexual marca el autoerotismo en la etapa fálica, etapa que está comprendida entre los 3 y 4 años. La zona erógena se ubica en los genitales, razón por la cual el acto de la masturbación produce la erección espontánea, experimentando placer al roce o al contacto con la piel sin presencia de orgasmo. En la adolescencia, en la etapa genital, nuevamente la fuente de mayor placer se encuentra en los genitales, como consecuencia de ello, el ser humano busca relacionarse con un otro, este paso es primordial para la elección de su objeto de deseo. Es mediante el contacto, los estímulos visuales, afectivos y las fantasías que se da paso al proceso de excitación como parte de su respuesta sexual. Estas nuevas sensaciones experimentadas inciden en la manipulación de los genitales provocando el acto masturbatorio con presencia de orgasmo (Bott, 2014).

Para Medina (2010), la masturbación o autoerotismo inicia desde el año y medio de edad, como un acto de exploración de su cuerpo, búsqueda de placer o canalización de energía. Cuando los niños llegan a la edad de 5 años, la masturbación disminuye en frecuencia, en algunas ocasiones suele, desaparecer hasta la pubertad. Ballester (2005) indica que el autoerotismo es una conducta primaria de la exploración del cuerpo, a decir de esto, las personas con discapacidad intelectual cumplen el mismo proceso de desarrollo de la sexualidad considerando los parámetros según la edad, la diferencia radica en la forma como las personas con discapacidad intelectual expresan su sexualidad, esto se debe a factores como su nivel de compromiso cognitivo, autonomía, capacidad de autorregulación y desarrollo de habilidades sociales, estas condiciones son particulares a cada individuo es por esa razón que su actitud o comportamiento en relación al autoerotismo puede adoptar patrones de conducta inadecuados y perseverantes tales como: masturbación compulsiva, manipulación de genitales en público, prácticas sexuales no recíprocas, no discriminación entre placer y dolor (masturbación con objetos dañinos).

Mogollón (2002) afirma que el conocimiento del cuerpo (autoerotismo) permite el desarrollo de las vivencias del placer sexual, este autor hace hincapié en que los modelos



sociales binarios entre salud y enfermedad (discapacidad) limitan la expresión y exploración sexual es decir el desarrollo sano de la sexualidad.

El desarrollo de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, al cursar las mismas etapas de las que no presenta esta condición, producen reacciones similares en la respuesta sexual (autoerotismo o masturbación), sin embargo tal como indica Sánchez (2008), las limitaciones para el desarrollo de una sexualidad sana en personas con discapacidad intelectual emergen de las creencias y temores de la sociedad.

El derecho al placer sexual incluye el autoerotismo, este acto natural presenta creencias erróneas en la sociedad expresada en temores, a continuación se presentan algunos de ellos:

- La presencia de condiciones de discapacidad anula el deseo propio.
- Que persona se va a fijar en una persona con discapacidad.
- Una vez que se empieza a masturbar, no va a parar.
- Si de por si es difícil controlar su conducta, cuando aprenda a masturbarse no va a poder controlarse.
- Mejor es evitar que vea o aprenda sobre sexualidad.
- La mejor forma de educar es controlar en todo momento, no dejar espacio suelto para que se masturbe.
- Estar pendiente todo el tiempo de lo que hace.

Una vez que se ha analizado la importancia que tiene la exploración como una acción para satisfacer deseos y la búsqueda de placer en todas las personas, se debe analizar este ejercicio del derecho sexual como una opción viable para las personas con discapacidad (Malón, 2011). El cambio de paradigma frente a las concepción de la masturbación, es entendiendo a la misma como una actividad de la intimidad de cada persona, por esta razón es importante la educación sexual que permita generar los conocimientos necesarios para guiar a estas personas a la diferenciación entre las actividades que se realizan en público y en privado, tomando en cuenta el contexto, motivaciones y capacidades cognitivas de cada individuo (Ruiz, 2010).

2.2. Temores de la sexualidad frente al abuso sexual

El abuso sexual para Intebi (2002) es concebido cuando el agresor usa al niño/a, adolescente o adulto (hombre/mujer) para estimularse sexualmente o tener actividad o



conducta sexual sin consentimiento, por la fuerza o engaño o ante cualquier persona que se encuentre en una relación inequitativa de poder (Ré, 2005).

El Código Orgánico Integral Penal del Ecuador (COIP, 2014) en su Art 170 concibe al abuso sexual como

Art- 170 Abuso sexual.- La persona que, en contra de la voluntad de otra, ejecute sobre ella o la obligue a ejecutar sobre sí misma u otra persona, un acto de naturaleza sexual, sin que exista penetración o acceso carnal, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años.

Cuando la víctima sea menor de catorce años de edad o con discapacidad; cuando la persona no tenga capacidad para comprender el significado del hecho o por cualquier causa no pueda resistirlo; o si la víctima, como consecuencia de la infracción, sufra una lesión física o daño psicológico permanente o contraiga una enfermedad grave o mortal, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años (p.28).

Asimismo en el artículo 171 del COIP (2014) se define violación como:

Artículo 171.- Violación.- Es violación el acceso carnal, con introducción total o parcial del miembro viril, por vía oral, anal o vaginal; o la introducción, por vía vaginal o anal, de objetos, dedos u órganos distintos al miembro viril, a una persona de cualquier sexo. Quien la comete, será sancionado con pena privativa de libertad de diecinueve a veintidós años en cualquiera de los siguientes casos:

1. Cuando la víctima se halle privada de la razón o del sentido, o cuando por enfermedad o por discapacidad no pudiera resistirse.
2. Cuando se use violencia, amenaza o intimidación.
3. Cuando la víctima sea menor de catorce años.

Se sancionará con el máximo de la pena prevista en el primer inciso, cuando:

1. La víctima, como consecuencia de la infracción, sufre una lesión física o daño psicológico permanente.
2. La víctima, como consecuencia de la infracción, contrae una enfermedad grave o mortal.
3. La víctima es menor de diez años.
4. La o el agresor es tutora o tutor, representante legal, curadora o curador o cualquier persona del entorno íntimo de la familia o del entorno de la víctima, ministro de culto o profesional de la educación o de la salud o cualquier persona que tenga el deber de custodia sobre la víctima.
5. La o el agresor es ascendiente o descendiente o colateral hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
6. La víctima se encuentre bajo el cuidado de la o el agresor por cualquier motivo.

En todos los casos, si se produce la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años (p.29).

La conceptualización de estos términos permite establecer la diferencia entre los mismos, Verdugo y Alcedo (2002) manifiestan que el abuso sexual es uno de los maltratos

más frecuentes en la población con discapacidad intelectual. Esta vulnerabilidad a la que las personas con discapacidad intelectual están expuestas frente al abuso sexual radica en el desconocimiento, negación y falta de educación sexual, además estos autores afirman que los padres al no tener la información adecuada, pueden hacer caso omiso a las alertas de abuso sexual.

Sweeney (2007) indica que cuando la comunidad socio educativa, que se encuentra conformada por padres, tutores, familiares, autoridades educativas y vecinos, no cuentan con la información adecuada acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, aporta de manera negativa al estado de vulneración de esta población mediante las actitudes de control exagerado o despreocupación, de obediencia absoluta a la autoridad, de subestimación de la condición de seres sexuados y de la falta de consideración como sujetos de deseo.(Santiago, 2009).

Las creencias erróneas frente al tema de la sexualidad en la discapacidad intelectual vulneran sus derechos sexuales y reproductivos, estas creencias radican en supuestos tales como creer que por su condición de discapacidad no son atractivas, es decir no son dignas o merecedoras del deseo de otro, por lo tanto las actitudes de sus cuidadores se enfocan en protegerlos asumiendo que debido a su discapacidad no son conscientes de lo que pasa, por tal motivo tampoco pueden aprender sobre sexualidad.

Los factores que influyen en el riesgo a ser víctimas de abuso y violencia sexual, son:

- Dependen más de los demás por su nivel de autonomía.
- Capacidad de defensa reducida.
- El modelo educativo propuesto basado en el seguimiento de instrucciones que provoca nivel de obediencia y dependencia.
- Dificultad para distinguir las intenciones del agresor.
- Programas de educación sexual dirigidos a padres únicamente.
- Las personas acceden constantemente a su intimidad por su dependencia a actividades, normalizando la irrupción como el control de su cuerpo con objeto.

Los padres presentan algunos temores frente a la condición de vulnerabilidad de sus hijos ante el abuso sexual, como:

- Temor a que sus hijos no puedan comunicar lo que está pasando.
- Su susceptibilidad ante la manipulación y engaño.



- Su expresión de afectividad y apego no adecuado a personas.
- No poder distinguir entre lo bueno y lo malo.
- A que se embarace.

2.3. Temores de la sexualidad frente al enamoramiento

El ser humano como un ser social, genera relaciones afectivas en el mundo que le rodea por ello es importante permitir este proceso de socialización entre pares, por lo general, este proceso se da en las instituciones de educación especializada, con familiares y personas con las que tiene contacto relativamente frecuente, ante ello es necesario educar en sexualidad en torno a las actitudes, respeto y habilidades sociales, además se debe considerar el interés de la relación afectiva y para ello no se debe forzar a la misma, pero tampoco coartar toda intención de acercamiento.

La persona con discapacidad al necesitar de una guía para algunas actividades se desenvuelve en ambientes que controlan o evitan este despliegue de su sexualidad por los temores que surgen alrededor de la misma, como:

- No quiero que le pase nada.
- No sé si pueda controlar sus conductas sexuales.
- Siempre será un niño/a.

Como todos, las personas con discapacidad tienen derechos sexuales y los derechos reproductivos, los que son inalienables e inherentes pues son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad de todas las personas sin discriminación alguna MSP (2017), por lo tanto este ejercicio de derechos no debe ser anulado con el control sobre los cuerpos que exige la sociedad, el conocer sobre sexualidad permitirá a las personas con discapacidad gozar de una vivencia sana de la sexualidad.

Los factores que se deben considerar ante el relacionamiento afectivo de las personas con discapacidad intelectual moderada y grave son:

- Asimetría de edad.
- Interés del relacionamiento afectivo y su correspondencia.
- Niveles de desarrollo.
- Valorar el riesgo de manipulación o sumisión.

- Establecer una comunicación entre padres y/o tutores y conocer estrategias para afrontar situaciones.
- Los representantes de las partes deben conocer acerca de lo que está ocurriendo y buscar acuerdos y estrategias.
- Generar educación sexual considerando la prevención de embarazo.
- No forzar las relaciones afectivas de acuerdo a lo que el adulto, padre y/o educador cree que es más conveniente.
- Fomentar espacios de encuentro social.
- En caso de que sus niveles de autonomía y de responsabilidad frente a su sexualidad posea autorregulación, es necesario contar con espacios libres del control de los adultos.
- Permitir expresar sus deseos y sentimientos independientemente de su orientación sexual.

2.4. Temores frente relaciones coitales

Campo (2002) manifiesta que las relaciones afectivas-sexuales de las personas con discapacidad intelectual son parte importante para su desarrollo integral pues aportan al proceso de individualización y socialización., de ahí la importancia de la promoción de relaciones interpersonales, del desarrollo de habilidades sociales mediante la interacción.

Los seres humanos tenemos la necesidad primaria de contacto corporal, López (2000) alega que esta necesidad de ser objeto y sujeto de deseo, declina a la búsqueda de contacto con otras personas en diversas formas de apego desde la infancia hasta la vejez. Una de las respuestas de nuestra conducta sexual son la relaciones coitales, en este punto se realiza un análisis de ellas a partir de la vivencia de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, sus limitaciones y temores.

Es importante resaltar la asociación directa entre relaciones coitales y embarazo, que ha marcado la sociedad a través de los tiempos, este legado en la actualidad aún ejerce influencia sobre el control de los cuerpos, más aún si ésta se encuentra atravesada por otras categorías como la feminidad y discapacidad, esto relega las relaciones coitales al único fin de la reproducción dejando de lado lo erótico y el placer.

Campo (2002) expone algunos de los temores que presentan los padres frente a las relaciones coitales de las personas con discapacidad intelectual:



- La exposición al riesgo de presentar enfermedades de transmisión sexual.
- No tener la responsabilidad sobre sus actos.
- Embarazo no deseado.
- Exposición a situaciones de abuso y manipulación.
- Poco control sobre su impulso sexual.
- No poder responder o defenderse ante una situación de abuso o violencia.

Las personas como padres, familiares y educadores, que son parte de la comunidad educativa, deben asumir la responsabilidad de generar estrategias para afrontar conductas sexuales apropiadas e inapropiadas, para esto es necesario identificar su causa, necesidad contexto e intensidad, este conocimiento permitirá vencer los miedos y temores acerca de las relaciones sexuales en personas con discapacidad.

Este tema convoca a repensar, que la prohibición o la restricción de la respuesta sexual generan otro tipo de alteraciones de conducta y/o conductas inapropiadas, y que en muchas ocasiones es el foco de atención dentro de las instituciones de educación que brindan atención a personas con discapacidad intelectual moderada y grave.

2.5. Temores frente al ejercicio de la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad intelectual

La creencia de que las personas con discapacidad intelectual, no poseen control sobre sus conductas, limita el aprendizaje frente a las habilidades sociales. El cuidado y el control desmesurado de sus tutores, padres y familiares no permiten desarrollar el sentido de responsabilidad en las personas con discapacidad, pues se asume directamente su incapacidad.

La idea de que las personas con discapacidad intelectual asuman la paternidad o maternidad queda en entre dicho pues, un ambiente carente de espacios para desarrollar estas destrezas no permite vislumbrar esta competencia. Por tal motivo es necesario generar espacios de socialización libres de prejuicios y temores.

Los temores que emergen de la paternidad y/o maternidad se desenvuelven en torno a idea de la transmisión por herencia o genética de la condición de discapacidad intelectual, así como de sus habilidades de crianza.



La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en su artículo 23 refiere que:

“Las personas con discapacidad tienen derecho a formar una familia y al libre desarrollo de la maternidad o paternidad, y los Estados Partes deben ofrecer los medios necesarios que les permitan ejercer estos derechos en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía”(ONU,2006, p.17).

La vivencia de la paternidad ha sido estudiada y abordada en personas con discapacidad intelectual leve, sin embargo quedan vacíos en relación al ejercicio de la paternidad o maternidad en personas con discapacidad intelectual moderado y grave (García, 2015).

CAPÍTULO III

Trabajo de campo resultados y conclusiones

3. Metodología y resultados de la investigación

Frente a la responsabilidad que se tiene de brindar educación en sexualidad en las instituciones de educación especializada se plantea el presente estudio con el propósito de identificar los temores que presentan los padres hacia a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, estos elementos podrán ser de utilidad como sustento para la promoción y ejecución de programas integrales, dirigidos a la comunidad educativa promoviendo el desarrollo saludable de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual moderada y grave.

3.1 Metodología

Este estudio tiene carácter exploratorio no experimental de tipo transversal, con un enfoque cuantitativo de estadística descriptiva.

Tomando en cuenta que no existen estudios relacionados a la temática en nuestro medio, se pretende a través del mismo, explorar e identificar los temores de padres frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada y grave. La recolección de datos se la realizó por medio de una encuesta de opinión tipo cuestionario estructurado, en un momento y tiempo único, con el objetivo de identificar y describir variables.

3.1.1 Objetivos

Objetivo general

Identificar los temores de los padres de familia frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada-grave que se encuentran asistiendo a escuelas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca.



Objetivos específicos

- Describir los principales temores que presentan los padres y/o madres de niños/as adolescentes con discapacidad intelectual moderada y grave frente la sexualidad de sus hijos/as que asisten a escuelas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca.
- Determinar en qué dimensión de la sexualidad se presentan los temores de los padres y/o madres de niños/as adolescentes con discapacidad intelectual moderada-grave que se encuentran asistiendo a escuelas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca.

3.1.2 Unidad de análisis:

Padres y/o madres de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual moderada y grave en edades comprendidas entre los 6 y 16 años, que se encuentran asistiendo a instituciones fiscales de educación especializada del cantón Cuenca para el periodo lectivo 2016-2017 (N=396).

De acuerdo a la página oficial del Ministerio de Educación del Ecuador (MINEDUC, 2017), el cantón Cuenca cuenta con cuatro instituciones educativas especializadas fiscales que brindan atención a la población con discapacidad intelectual y multidiscapacidad, como se puede observar en la Tabla 1.

**Tabla 1***Instituciones educativas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca*

NOMBRE DE IE	DIRECCION COMPLETA	TELEFONO	DISCAPACIDAD PREDOMINANTE ATENDIDA	CORREO ELECTRÓNICO
STEPHEN HAWKING	LUIS PASTEUR S-N ESPADAÑA	074081442	Física / Multidiscapacidad	ifeshcuenca@yahoo.es
UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL DEL AZUAY	AVENIDA HUAYNA-CAPAC 1-173. CACIQUE DUMA Y PISARCAPAC	072386874	Intelectual / Multidiscapacidad	uneda2013@gmail.com
AGUSTÍN CUEVA TAMARÍZ	FRANCISCO ESTRELLA S/N MERCEDES POZO Y MIGUEL DELGADO	074097042 074097907	Intelectual	ipact83@hotmail.com
UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL CLAUDIO NEIRA GARZÓN	TOTORILLAS S/N CHORRERAS QUINTA CHICA BAJA	074098078	Discapacidad auditiva	uee.claudioneira@gmail.com

Fuente: MINEDUC, 2017

El número de estudiantes matriculados en el período lectivo 2016-2017 en los diferentes niveles educativos, en instituciones de educación especializada fiscales del cantón Cuenca, se encuentra en el Sistema Nacional de Estadística Educativa, disponible en este enlace <https://educacion.gob.ec/amie/>. En la Tabla 2, se encuentra la información en relación a la unidad de análisis (niños/as y adolescentes en edades comprendidas entre los 6 y 16 años).

**Tabla 2**

Distribución del Universo según sexo en las Unidades Educativas Especializadas del Cantón Cuenca periodo lectivo 2016-2017.

Instituciones Educativas fiscales de Educación Especializadas del Cantón Cuenca	Estudiantes Femenino	Estudiantes Masculino	Total
Unidad Educativa Fiscal Especializada Stephen Hawking	15	21	36
Unidad Educativa Especial Agustín Cueva Tamariz	63	106	169
Unidad Educativa Especial Claudio Neira Garzón	30	45	75
Unidad Educativa Especial Del Azuay	62	54	116
Total	170	226	396

Fuente: MINEDUC, 2017

Muestra:

El cálculo de la muestra se lo realizó mediante la ecuación estadística: $n = \frac{Npqz^2}{(d^2(N-1) + pqz^2)}$ donde el universo de 396 dio el valor de la muestra de 161 con un margen de error de 7.4 y un nivel de confianza de 99%.

3.1.4 Selección de la muestra

Se realizó por muestreo aleatorio simple, a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23), los padres y las madres fueron seleccionados a través del listado de los niños/as y adolescentes que asistieron a instituciones fiscales de educación especializada del cantón Cuenca en el período lectivo 2016-2017,

La distribución de la muestra quedó establecida de la siguiente manera, considerando la prevalencia en mayor número de estudiantes de género masculino (Ver Tabla 3), la edad de la población meta tiene una media de edad de 12.9, mediana de 14 y moda de 15 años.

Tabla.3*Distribución de la muestra en relación al sexo biológico de los estudiantes*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	86	86,53
Mujeres	76	76.47
Total	162	100

Fuente: Encuesta de temores
Elaboración: Autoría propia

De igual manera la muestra presenta una subdivisión según el grado de discapacidad de los estudiantes, tomados del apartado *datos del estudiante* propuestos en la encuesta de opinión, la Tabla 4 refleja que el 60.49% (n°98) presenta una discapacidad intelectual moderada, mientras que el 39.51% (n°64) poseen un grado grave. Esta es una variable de análisis a considerar en el desarrollo de los temores de los padres, a razón de que estos miedos van a tener una relación directa con el nivel de autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria de sus hijos

Tabla 4*Distribución de la muestra en relación al grado de discapacidad*

Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Moderada	98	60.49
Grave	64	39.51
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta de temores
Elaboración: Autoría propia

3.1.5 Preguntas de la investigación

La sexualidad de las personas con discapacidad genera temores en sus padres y madres, a partir de los mismos se presentan actitudes que facilitan o interfieren en la vivencia sana de la sexualidad esto conlleva a plantear las siguientes interrogantes:



¿Cuáles son los temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada /grave?

¿En qué dimensión de la sexualidad manifiestan temor los padres de niñas/os y adolescentes con discapacidad intelectual moderada /grave?

3.1.6 Aspectos Éticos

El procedimiento que se llevó a cabo se basó, en la presentación de la propuesta de investigación e instrumento de recolección de información (encuesta de opinión estructurada) a las autoridades educativas de cada institución, informando acerca de la confidencialidad y el respeto a la privacidad de las personas que participan en el estudio, previa firma del consentimiento informado, de cada uno de los participantes se procedió a la aplicación de las encuestas.

3.1.7 Proceso para la recolección de la información

Las encuestas de opinión son utilizadas en el estudio de todo fenómeno social, en especial cuando se tratan de actitudes, creencias o para conocer las variables que intervienen en el mismo. Esta técnica se adapta a todo tipo de información y es posible trabajar mediante una muestra representativa.

La encuesta de opinión tipo cuestionario se realizó formulando ítems, considerando las dimensiones biológica, psicológica y social, OMS (1998) y Maldonado (2009)

El cuestionario consta de un encabezado, título, datos de control, instrucciones para la aplicación y las preguntas sustantivas de la encuesta, las variables con las que cuenta el instrumento son:

**Tabla 5***Variables de estudio e indicadores de la encuesta de opinión.*

Variable	Concepto o dimensiones	Indicadores (ítems del instrumento)
Edad de los niños/as adolescentes	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la aplicación de la escala.	Años cumplidos
Nivel de discapacidad	Discapacidad intelectual en base al nivel de gravedad: leve, moderado, grave y profundo.	Según diagnóstico y/o carnet del CONNADIS: Modera grave
Representante Grado de parentesco	Según grado de consanguineidad	Padre Madre Otro:
Lugar de residencia	Lugar donde vive: Urbano: parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca Rural: parroquias rurales de la ciudad de Cuenca	Urbano Rural
Temores frente a la sexualidad	Dimensión Biológica: Comprende lo físico y orgánico tienen que ver con la expresión sexual, se integran en esta las cuestiones que relacionadas con el desarrollo sexual y sus diferentes etapas, que comprenden toda la vida. Dimensión psicológica: Tiene que ver con las emociones, ideas y actitudes personales en torno a la vivencia de la sexualidad. Dimensión social: Se debe a los factores sociales en base a una influencia del entorno	1,2,3,4,5,6. 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16, 17, 18, 19. 20,21,22,23,24,25,26.

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autoría propia

Con el objetivo de mejorar la efectividad en la aplicación, el cuestionario fue diseñado en dos versiones en relación al sexo biológico, uno para hombres y otro para mujeres, las preguntas que varían de un cuestionario a otro son únicamente las de la dimensión biológica.

Al ser un cuestionario estructurado, las opciones de respuesta son limitadas, es así que frente al temor que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos/as las opciones son: Si, No y No lo sé.

Para su validación se aplicó una prueba piloto cinco padres de familia del nivel de educación inicial de la Unidad Educativa Especializada Stephen Hawking, las edades de los niños/as fluctuó entre los 3 años y 5 años 11 meses, para verificar su pertinencia, primero se definieron las dimensiones, posterior se establecieron los ítems o preguntas con un lenguaje claro y de fácil comprensión, considerando la población a quien va ir dirigido. La aplicación se la realizó de forma individual, luego con el apoyo del psicólogo de la institución educativa se realiza conversatorio con los padres para determinar la comprensión del instrumento, durante la misma se observaron palabras que daban a confusión y preguntas que no se lograban entender, frente a este particular se realizaron los cambios respectivos. Finalmente se realiza la re-aplicación de la encuesta a 5 padres de un grupo diferente pertenecientes a nivel de educación inicial de la misma institución arriba mencionada, la aplicación fue de forma individual, en esta ocasión se alcanzó un nivel máximo de comprensión a los ítems propuestos, no observan resistencias psicológicas a las preguntas. Para establecer su fiabilidad y validez se procedió a tabular los resultados y mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23) arroja los siguientes resultados:

Tabla 6

Resultados del Alfa de Cronbach-Estadísticas de fiabilidad del instrumento

Alfa de Cronbach	N de elementos
.898	26

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Con el resultado de 0.898 de Alfa de Cronbach se puede concluir que el instrumento pues presenta una buen consistencia interna, en otras palabras es fiable, en tanto a la validez de la encuesta propuesta esta se sometió a valoraciones cualitativas por diferentes docentes de la maestría de la primera cohorte de Educación Sexual de la Universidad de Cuenca, así como



de la tutora con quien se aprobó el diseño de la tesis, de igual manera se procedió a realizar la prueba de validez por medio de SPSS 23 dando como resultado:

Tabla 7

Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett

<i>Prueba de KMO y Bartlett</i>		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.800
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1230.255
	gl	325
	Sig.	.000

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

La Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo presenta un valor de 0.8 valor que indica que al ser mayor de 0.5 presenta la validez del instrumento, Para analizar la validez de cada pregunta se aplica la prueba de extracción cuyos valores por ítems deben ser mayores a 0.4 para que se consideren válidos.

Tabla 8*Resultados de prueba de comunalidades-extracción*

Ítems	Inicial	Extracción
la aparezca vello (barba) en la cara	1.000	.756
le aparezca vello (pelo) en los genitales	1.000	.675
que le aparezca vello (pelo) en las axilas	1.000	.757
le crezca el pene en la adolescencia	1.000	.673
presente erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos.	1.000	.606
pueda eyacular.	1.000	.746
se masturbe.	1.000	.529
vea pornografía	1.000	.518
manipule sus genitales en público	1.000	.585
se enamore de otra persona con discapacidad	1.000	.592
pueda enamorar de una persona del mismo sexo	1.000	.845
que su hijo/a se vista con ropa del sexo contrario	1.000	.836
que su hijo prefiera jugar con personas del sexo contrario	1.000	.622
le guste jugar con juguetes que han sido asignados socialmente para el sexo contrario	1.000	.668
se enamore de otra persona sin discapacidad..	1.000	.674
bese a otra persona.	1.000	.644
tenga sexo vaginal	1.000	.567
tenga sexo anal	1.000	.753
tenga sexo oral	1.000	.761
pueda adquirir una infección de transmisión sexual	1.000	.827
pueda tener varias parejas sexuales	1.000	.621
no pueda utilizar preservativos de manera adecuada	1.000	.539
sea discriminado/a por otras personas	1.000	.681
pueda ser víctima de abuso sexual	1.000	.748
no se pueda defender frente a una situación de abuso.	1.000	.766
no le pueda comunicar situaciones de abuso sexual	1.000	.700

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

De la misma forma se analizan la validez por cada dimensión de la sexualidad analizada obteniendo lo siguiente:

Tabla 9

Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión Biológica hombres

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.676
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	152.328
	Gl	15
	Sig.	.000

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).
Elaboración: Autoría propia

Tabla 10

Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión Biológica hombres

	Inicial	Extracción
la aparezca vello (barba) en la cara	1.000	.687
le aparezca vello (pelo) en los genitales	1.000	.655
que le aparezca vello (pelo) en las axilas	1.000	.694
le crezca el pene en la adolescencia	1.000	.559
presente erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos.	1.000	.780
pueda eyacular.	1.000	.794

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).
Elaboración: Autoría propia

Tabla 11

Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión biológica mujeres

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.746
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	203.190
	gl	15
	Sig.	.000

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).
Elaboración: Autoría propia

Tabla 12

Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión Biológica de la sexualidad mujeres

Ítems	Inicial	Extracción
el hecho que a su hija le crezca el busto o pecho en la adolescencia	1.000	.650
el hecho que su a hija le aparezca vello púbico en la adolescencia	1.000	.776
el hecho que su a hija le aparezca vello axilar en la adolescencia	1.000	.760
el hecho que su a hija presente su primera menstruación (menarca).	1.000	.762
el hecho de que su hija menstrué	1.000	.728
el hecho que el cuerpo de su hija pueda estar dispuesto a embarazarse.	1.000	.666

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Tabla 13

Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión psicológica de la sexualidad

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.854
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1033.443
	gl	78
	Sig.	.000

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Tabla 14

Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión psicológica de la sexualidad

Ítems	Inicial	Extracción
se masturbe.	1.000	.314
vea pornografía	1.000	.608
manipule sus genitales en público	1.000	.626
se enamore de otra persona con discapacidad	1.000	.613
pueda enamorar de una persona del mismo sexo	1.000	.765
que su hijo/a se vista con ropa del sexo contrario	1.000	.791
que su hijo prefiera jugar con personas del sexo contrario	1.000	.564
le guste jugar con juguetes que han sido asignados socialmente para el sexo contrario	1.000	.535
se enamore de otra persona sin discapacidad..	1.000	.574
bese a otra persona.	1.000	.553
tenga sexo vaginal	1.000	.738
tenga sexo anal	1.000	.829
tenga sexo oral	1.000	.848

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Tabla 15

Resultados de la Prueba de KMO y Bartlett-Dimensión social de la sexualidad

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.892
Prueba de esfericidad de Bartlett Aprox. Chi-cuadrado	659.303
gl	21
Sig.	.000

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Tabla 16

Resultados de prueba de comunalidades-extracción-Dimensión social de la sexualidad

Ítems	Inicial	Extracción
pueda adquirir una infección de transmisión sexual	1.000	.736
pueda tener varias parejas sexuales	1.000	.620
no pueda utilizar preservativos de manera adecuada	1.000	.541
sea discriminado/a por otras personas	1.000	.692
pueda ser víctima de abuso sexual	1.000	.528
no se pueda defender frente a una situación de abuso.	1.000	.706
no le pueda comunicar situaciones de abuso sexual	1.000	.590

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

Elaboración: Autoría propia

Como se puede observar en el análisis por dimensiones de los ítems los valores de La Medida Kaiser-Meyer-Olkin son mayores de 0.5 lo que refleja la validez del instrumento, así como mediante la prueba de extracción los valores obtenidos son mayores de 0.4 lo que da la validez, por lo tanto se puede concluir que la muestra es adecuada al instrumento y existe asociación de ítem con ítem.

Una vez que se determinó la validez del instrumento, se realizó la aplicación de la encuesta a la muestra seleccionada, posterior a esto se efectúa la tabulación y codificación de los datos por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23) considerando:

Criterios de inclusión para la población y muestra.

Padres y/o madres de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual moderada y grave en edades comprendidas entre los 6 y 16 años y que se encuentran asistiendo a instituciones fiscales de educación especializada del cantón Cuenca, quienes acepten participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión para la población y muestra.

Padres y/o madres de niños/as y adolescentes con discapacidad intelectual leve y profunda, con hijos/as menores de 6 años o mayores de 17 años o que no se encuentren escolarizados en las instituciones fiscales de educación especializada de Cantón Cuenca y quienes no deseen participar en la investigación.

3.2 Resultados de la investigación

A continuación se presenta los resultados obtenidos del análisis de datos cuantitativos de porcentajes y frecuencias, a través del paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).

3.2.1 Categorización de la población de estudio

La población de estudio representa a los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave, que se encuentran asistiendo a las instituciones fiscales de educación especializada del Cantón Cuenca para el año lectivo 2016-2017, esta muestra se caracterizó por estar mayormente conformada por padres del sexo femenino a continuación se muestra esta distribución.

Tabla 17*Prevalencia en relación al sexo de los representantes que participaron en la encuesta*

Sexo del representante	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	29	17.9
Mujer	133	82.1
Total	162	100.0

Fuente: Encuesta de temores
Elaboración: Autoría propia

Esta tabla indica que 133 personas, es decir, el 82.1% de la población son mujeres, y 29 personas (17.9%) son hombres, este dato refleja que en su mayoría las mujeres son quienes se encuentran al cuidado y responsabilidad de las personas con discapacidad, esto se puede interpretar en que el modelo social aún sigue determinando la responsabilidad del cuidado de los hijos/as a las mujeres, reforzando el modelo binario heteronormativo.



Este aspecto debe analizarse desde un punto de vista crítico considerando la asignación de los roles de género y la construcción de maternidad, más aún si ésta, se encuentra atravesada por la condición de discapacidad de su hijo/a.

Otra característica que destaca es la edad de los padres de familia la mayor parte de la población de ubica entre los 24 años y los 66 años, lo cual se refleja en la siguiente tabla.

**Tabla 18***Distribución de la población encuestada en relación a la edad de los representantes*

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15	1	.6	1.0	1.0
	24	2	1.2	2.0	3.0
	25	2	1.2	2.0	5.0
	26	4	2.5	4.0	9.0
	27	4	2.5	4.0	13.0
	28	1	.6	1.0	14.0
	29	2	1.2	2.0	16.0
	30	3	1.9	3.0	19.0
	31	4	2.5	4.0	23.0
	32	8	4.9	8.0	31.0
	33	3	1.9	3.0	34.0
	34	3	1.9	3.0	37.0
	35	1	.6	1.0	38.0
	36	9	5.6	9.0	47.0
	37	1	.6	1.0	48.0
	38	4	2.5	4.0	52.0
	39	4	2.5	4.0	56.0
	40	7	4.3	7.0	63.0
	41	4	2.5	4.0	67.0
	42	1	.6	1.0	68.0
	43	2	1.2	2.0	70.0
	44	1	.6	1.0	71.0
	45	3	1.9	3.0	74.0
	46	1	.6	1.0	75.0
	47	1	.6	1.0	76.0
	48	1	.6	1.0	77.0
	49	2	1.2	2.0	79.0
	50	9	5.6	9.0	88.0
	52	2	1.2	2.0	90.0
	53	1	.6	1.0	91.0
	54	2	1.2	2.0	93.0
	56	1	.6	1.0	94.0
	62	1	.6	1.0	95.0
	64	1	.6	1.0	96.0
	66	3	1.9	3.0	99.0
	78	1	.6	1.0	100.0
Total		162	100.0		

Fuente: Encuesta de temores Elaboración: Autoría propia

El análisis de las edades de los padres, madres y/o representantes quienes respondieron la encuesta, refleja una distribución proporcionada, es decir no existe una tendencia significativa, la edad de las personas fluctúa desde los 15 años hasta los 78 años, con una media de 39.49 años, una moda de 36 años y una mediana de 38 años

Tabla 19

Distribución de muestra según la edad de los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave.

	Mínimo	Máximo	Media	Moda
Edad	15	78	39.49	36

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).
Elaboración: Autoría propia

La población de referencia se constituye en mayor grado de personas que viven en la zona urbana del Cantón Cuenca.

Tabla 20

Distribución de muestra según el lugar de residencia de los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	urbano	97	59.9	63.4	63.4
	rural	56	34.6	36.6	100.0
	Total	153	94.4	100.0	
Perdidos	Sistema	9	5.6		
Total		162	100.0		

Fuente: Datos obtenidos mediante Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM SPSS 23).
Elaboración: Autoría propia

Estos datos denotan la caracterización de la población de estudio que en gran parte se encuentra constituida en primer lugar por personas del sexo femenino es decir madres con un 82.1% del total de la muestra mientras que padres de sexo masculino representan el 17.9%, en segundo lugar por personas en edades comprendidas entre los 15 y 78 años de edad con una media de 39 años y una moda de 36 años y en tercer lugar la ubicación de su residencia

refleja que un 59.87% provienen de la zona urbana frente a un 34.56% que viven en la zona rural, por consiguiente la muestra tiene una característica heterogenia.

3.2.2 Temores frente a la sexualidad que presentan los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave

En este apartado se identifican los principales temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual moderada y grave, a continuación se presenta los resultados de la investigación a través de tablas que reflejan una estadística descriptiva de los hallazgos encontrados.

Tabla 21

Principales temores que presentan los padres frente a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual moderada y grave.

Dimensión	Ítem	N°	%
Dimensión Biológica	Presente erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos.	28	32,55
Hombres	Pueda eyacular	28	32,94
Dimensión Biológica	El hecho que su a hija presente su primera menstruación (menarca)	23	30,26
Mujeres	El hecho que el cuerpo de su hija pueda estar dispuesto a embarazarse	48	63,15
Dimensión Psicológica	Manipule sus genitales en público	97	59,87
	Tenga sexo anal	88	54,32
Dimensión Social	No se pueda defender frente a una situación de abuso.	133	82,09
	No le pueda comunicar situaciones de abuso sexual	134	82,71

Fuente: Encuesta de temores
Elaboración: Autoría propia



El mayor temor que existe por parte de los padres está relacionado con que su hijo o representado no le pueda comunicar situaciones de abuso sexual (82,71%) seguido del 82.09% del temor a que su representado no pueda defenderse frente a una situación de abuso sexual los dos ítems corresponden a la dimensión social, es decir, a las amenazas que provienen de un agente externo. En la dimensión biología con un 63.15% se encuentra el temor al hecho de que el cuerpo de su hija pueda estar dispuesto a embarazarse. Así, en la dimensión psicológica se destacan los valores correspondientes al ítem de que su hijo/a manipule sus genitales en público (59,87%) y a que tenga sexo anal (54.32%).

Este es un dato importante a discurrir al momento de emprender los programas de educación sexual para considerar en su planificación, la prevención de abuso sexual, placer, deseo y reproducción, planificación en relación a embarazos, contextualizando el interés y el comportamiento sexual de cada persona.

Pese a no ser objeto de estudio se destaca el análisis realizado con el cruce de variables entre los principales temores y el grado o nivel de discapacidad, este punto refleja que los temores de los padres con hijos/as con discapacidad moderada son mayores, esta incidencia está relacionada directamente con el nivel funcional que esta población representa, así como de sus posibilidades de respuesta sexual, de igual forma las personas con un grado de discapacidad grave están sujetas a la creencia de protección y cuidado absoluto

3.2.3 Temores frente a la sexualidad que presentan los padres de hijos con discapacidad intelectual moderada y grave de acuerdo a las dimensiones de la sexualidad.

García (2000) indica que es en el área de la sexualidad y la afectividad es donde se encuentran mayormente los temores de los cuidadores y/o representantes de personas con discapacidad intelectual, este autor refiere en su como principales miedos: el abuso sexual, el embarazo no deseado y el adquirir infecciones de transmisión sexual, en concordancia con los resultados de la presente investigación los temores que tienen que ver con el embarazo, abuso sexual sin embargo también denotan otros temores tales como expresiones de su comportamiento sexual (temor a que manipule sus genitales en público, a la práctica de sexo anal). A continuación presentan los resultados de la investigación y las frecuencias en donde se determina los principales temores de acuerdo con las dimensiones de la sexualidad.

Tabla 22

Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en relación a las dimensiones de la sexualidad.

Dimensión	Mediana	Media
Dimensión Biológica	19.73% par central	23,97%
Dimensión Psicológica	42.59%	40,74%
Dimensión Social	69.13%	71,60%

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autor

De acuerdo con la media en relación a los porcentajes de cada ítem de las dimensiones propuestas se observa que, en donde se presenta mayor temor por parte de los padres es en la dimensión social de la sexualidad 71.60%, seguido del 40.74% en la dimensión psicológica y al último se ubica la dimensión biológica con el 23.97%.

3.2.3.1 Temores en la dimensión biológica

Tabla 23

Distribución de frecuencias en relación a temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de hijos con discapacidad intelectual en la dimensión biológica.

Ítems dimensión biológica hombres	Frecuencia	Porcentaje
Le aparezca vello (barba) en la cara	9	10,46
Le aparezca vello (pelo) en los genitales	15	17,44
Que le aparezca vello (pelo) en las axilas	12	13,95
Le crezca el pene en la adolescencia	21	24,41
Presente erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos.	28	32,55
Pueda eyacular	28	32,94

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autoría propia

Según los datos que se aprecian en esta tabla el 32,94 % (n=28) de los padres, madres y/o representantes legales presentan temor frente a que su hijo tenga una erección espontánea,



el 32,55%(28%) a que su hijo pueda eyacular y el 24.41 % (n=21) a que le crezca el pene en su adolescencia.

A partir de estos resultados se realizó el análisis mediante tablas cruzadas de las tres variables en relación a la edad del estudiante resultando, que:

Los padres que presentan mayor temor, a que le crezca el pene en la adolescencia y a que presenten erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos, tienen hijos entre 8 a 12 años, es decir, según el desarrollo son quienes se encuentra en la pre adolescencia y entrando a la adolescencia. De igual forma los padres de hijos en edades entre 12 y 16 años presentan temor a que su hijo pueda eyacular, estos datos son de suma importancia pues se podría concluir que los temores de los padres frente al desarrollo biológico de la sexualidad se dan en relación a la edad cronológica de sus hijos.

En estos resultados, frente al temor a que su hijo tenga una erección espontánea, que obtuvo un porcentaje de 32,94 %, 23 de las 28 respuestas fueron de mujeres en relación a 5 de hombres, es decir el 33,82% de mujeres presentan temor en relación a este ítem frente a 27.7% de los hombres, de este análisis se puede inferir que las mujeres presentan mayor temor sin embargo, es importante aclarar que esto puede deberse a que ellas se encuentran mayormente siendo responsables de su hijos con discapacidad.

**Tabla 24**

Distribución de frecuencias en relación a temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas con discapacidad intelectual en la dimensión biológica.

Ítems dimensión biológica mujeres	Frecuencia	Porcentaje
El hecho que a su hija le crezca el busto o pecho en la adolescencia	8	10,52631579
El hecho que su a hija le aparezca vello púbico en la adolescencia	11	14,47368421
El hecho que su a hija le aparezca vello axilar en la adolescencia	11	14,47368421
El hecho que su a hija presente su primera menstruación (menarca).	23	30,26315789
El hecho de que su hija menstrúe	19	25
El hecho que el cuerpo de su hija pueda estar dispuesto a embarazarse.	48	63,15789474

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autoría propia

De las 162 personas encuestadas 76 de ellas tienen hijas mujeres, en esta dimensión la mayoría de sus padres, madres y/o representantes, el 63,15% (n°48), presentan temor frente al hecho que el cuerpo de su hija pueda estar dispuesto a embarazarse y el 30,26% (n°23) temen al hecho de que su hija presente su primera menstruación (menarca). Los ítems de esta dimensión denotan que están en relación directa con la actividad de reproducción y lo que esta implicaría.

Los padres que manifiestan su temor a estas variables poseen hijas en edades comprendidas en 9 y 16 años, a decir de esto, el temor a lo que implica la reproducción y el factor que determina la capacidad de la misma (menstruación), no depende de la edad de la estudiante, sino más bien a la condición de ser mujer. Esta triple categoría mujer, niña y discapacidad intelectual moderada y grave asociada a los temores, genera prejuicios y un control absoluto de los cuerpos por ser diferentes, limitando la expresión y vivencia de su sexualidad.



En esta dimensión es importante destacar la prevalencia de los temores en relación al sexo biológico de sus hijos con discapacidad intelectual.

Tabla 25

Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión biológica en relación al sexo biológico de los estudiantes

Sexo	Porcentaje
Hombres	45,49 %
Mujeres	54.51%

Fuente: Encuesta de temores
Elaboración: Autoría propia

Esta tabla hace referencia a la relación proporcional que se tiene entre los temores en la dimensión biológica y el sexo de sus hijos/as, el 54.50% de las madres, padres y/o representantes de hijas con discapacidad presentan mayor temor por el hecho de tener hijas mujeres, frente a 45,49 % de temores sobre los hijos varones.



3.2.3.1 Temores en la dimensión psicológica

Tabla 26

Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión psicológica.

ITEMS DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	Frecuencia	Porcentaje
Se masturbe	62	38,27
Vea pornografía	84	51,85
Manipule sus genitales en público	97	59,87
Se enamore de otra persona con discapacidad	48	29,62
Se pueda enamorar de una persona del mismo sexo	81	50
Que su hijo/a se vista con ropa del sexo contrario	69	42,59
Que su hijo prefiera jugar con personas del sexo contrario	40	24,69
Le guste jugar con juguetes que han sido asignados socialmente para el sexo contrario	42	25,92
Se enamore de otra persona sin discapacidad	58	35,80
Bese a otra persona	36	22,22
Tenga sexo vaginal	71	43,82
Tenga sexo anal	88	54,32
Tenga sexo oral	82	50,61

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autoría propia

Los ítems desarrollados muestran un temor mayor a que sus hijos/as manipulen sus genitales en público en un 59,87% (n°97), seguidos del 54,32 % (n°88) del temor a que su hijo/a tenga sexo anal, el 51,85 % (n°84) de que vea pornografía y del 50,61% (n°82) a que

tenga sexo oral, por el contrario las personas encuestadas indican menor frecuencia en indicadores de temor frente a que su hijo bese a otra persona 22,22% (36).

Estos valores indican la presencia de temores frente a la exposición de su conducta sexual en público y ante otras prácticas sexuales como el sexo anal y el sexo oral, estos temores radican en los mitos que relacionan la relación coital con contraer enfermedades, ser visto como antinatural o su asociación con dolor.

El temor de los padres frente a que sus hijos vean pornografía radica en el discurso de que es mejor que no aprenda, porque este aprendizaje asociado a su poca capacidad de control estimula sus conductas en relación a la sexualidad.

3.2.3.2 Temores en la dimensión social

Tabla 27

Temores que presenta los padres y/o madres frente a la sexualidad de sus hijas/os con discapacidad intelectual en la dimensión social

Ítems dimensión social	Frecuencia	Porcentaje
Pueda adquirir una infección de transmisión sexual	112	69,13
Pueda tener varias parejas sexuales	98	60,49
No pueda utilizar preservativos de manera adecuada	99	61,11
Sea discriminado/a por otras personas	109	67,28
Pueda ser víctima de abuso sexual	127	78,39
No se pueda defender frente a una situación de abuso.	133	82,09
No le pueda comunicar situaciones de abuso sexual	134	82,71

Fuente: Encuesta de temores

Elaboración: Autoría propia

Los temores en esta dimensión se presentan en un 82,71% (134) frente a que sus hijos/as no puedan comunicar situaciones de abuso sexual, al igual 82,09% (133) que representa el temor a que no se pueda defender frente a una situación de abuso, seguido del temor a que sus hijos/as puedan ser víctimas de abuso sexual 78,39% (127), los resultados en el resto de ítems indican valores que superan el 60%, a decir de esto la dimensión social se configura como la de mayor presencia de temores de los padres frente la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual moderada y grave.

Los temores en esta dimensión se conciben en relación a situaciones que su entorno social le genera, al tener mayor incidencia sobre el resto de dimensiones se puede inferir que los padres, madres y/o representantes legales tienen poca confianza hacia su medio el cual es considerado como hostil.

3.3 Conclusiones

Las dimensiones de la sexualidad en donde mayormente se manifiestan los temores de los padres y madres de hijos con discapacidad intelectual se dan en el área social y tienen que ver con la violencia sexual a la que sus hijos/as puedan estar sujetos, debido a que se considera que la condición de discapacidad no les permiten reconocer, manifestar o defenderse de una situación de abuso. El ambiente es visto como hostil, puesto que la educación sexual que recibe esta población está basada en el riesgo y los temores frente a la sexualidad, factor que tiene directa relación con la falta de conocimientos de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual.

En este estudio se puede llegar a la conclusión de que los temores de los padres y/o madres de hijos con discapacidad moderada y grave, tienen una incidencia en relación al sexo biológico de sus hijos/as. Los miedos que surgen hacia la población de varones tienen que ver con la edad (12 a 16 años), es decir coinciden con la mayor aparición de cambios físicos que se producen en la adolescencia, además en este punto se debe considerar el posicionamiento de la sociedad frente a la sexualidad de hombres, ligado más al control de sus conductas. Con respecto a las mujeres ocurre algo diferente, los temores no coinciden con la edad o cambios físicos, más bien tienen que ver con su capacidad reproductiva, asunto que supone un rol preestablecido por el hecho de ser mujer, si a esto se suman las condiciones de discapacidad intelectual, el ser niña o adolescente, nos encontramos con estigmas y creencias que limitan y moldean la expresión de la sexualidad.

El nivel o grado de discapacidad va asociado a los temores en la dimensión psicológica, esto tiene que ver la idea que se tiene acerca de la capacidad de controlar conductas debido a su condición de discapacidad o por adjudicarles una pulsión sexual mayor, estos estereotipos sociales inciden en la generación de temores que coartan su socialización y las expresiones de la sexualidad, con ello limitan sus aprendizajes. La población de estudio que son los padres de niños/as con discapacidad intelectual moderada o grave frente a esta concepción, limitan la autonomía de sus hijos/as negándoles la posibilidad de adquirir destrezas personales y sociales, como consecuencia de ello se marca un control de



su expresión de la sexualidad. Como temen la sexualidad de sus hijos/as mediante percepciones erróneas, su visión presenta un sesgo ante el desarrollo integral de la sexualidad, los padres pretenden controlar todo para que no pase nada, es por ello que al mencionar prácticas sexuales diferentes como el sexo oral y anal desarrollan sus mayores temores en esta dimensión.

El límite o grado de la expresión sexual depende de la capacidad para ser responsable de su conducta sexual, sin embargo esta es difícil de identificar en la población con discapacidad intelectual moderada y grave pues el control que se tiene sobre ellos en materia de expresión, afectiva, sexual no permite desarrollar estas capacidades de autorregulación.

El tema de las relaciones sexuales coitales, reproducción y maternidad de las personas con discapacidad intelectual moderada y grave, es un asunto de debate que genera controversia entre el derecho sexual y reproductivo y la competencia para asumir con responsabilidad y de manera autónoma estas funciones, de esta postura nacen los temores que generan mayor preocupación en los padres, esto se debe a que es un tema poco estudiado y que aún se considera un tabú.

La asociación directa que por lo general se hace, de la sexualidad con la genitalidad, aporta a la formación de temores en la dimensión biológica, pues la aparición de los cambios físicos alertan a sus cuidadores a una protección extrema. En otros casos ocurre lo contrario, no se da importancia a la educación sexual, pues aún se encuentra latente la creencia de que las personas con discapacidad intelectual son seres asexuados, eternos niños/as, no merecedores del deseo, bloqueando toda acción de protección o del emprendimiento de programas de educación sexual considerándolos innecesarios.

De acuerdo a la muestra representativa analizada, se destaca una mayor proporción de mujeres a cargo del cuidado y responsabilidad de las personas con discapacidad, esta condición indica que se mantiene la tendencia de asumir el rol de cuidado por parte de las mujeres recayendo en ellas la responsabilidad de representarlos en gran mayoría en las instituciones de educación especializada. Esta atribución no es casual, es producto de construcciones y sistemas históricos binarios en los cuales el rol de mujer está determinado en el ejercicio de la maternidad (ser madre y el cuidado de los hijos/as), en este punto confluyen aspectos importantes de las maternidades, las cuales son diversas debido a las múltiples condiciones que las atraviesan, cabe señalar que estas categorías se encuentran



imbricadas configurando el yo y por ende moldeando las actitudes de acuerdo a cánones sociales y de control de los cuerpos que este exige.

A razón de ello se puede inferir que una educación sexual basada en el ámbito biológico y en los riesgos, constituyen en una amenaza para el desarrollo sano de la sexualidad, pues limita o condiciona las actitudes de sus cuidadores llevándoles a ejecutar un modelo educacional basado en la protección y control de sus hijos con discapacidad, esto se sustenta a través de sus actitudes, provocando vulnerabilidades, pues restringe sus aprendizajes en materia de sexualidad y en prevención de violencia sexual. En general, la educación que se brinda a esta población tanto en los hogares como en las instituciones educativas especializadas se sujeta al cumplimiento de normas, e insta a la sumisión y obediencia, si a esto se le adiciona su nivel de dependencia y la irrupción constante a la intimidad por diferentes personas (padres, madres, tutores, educadores, terapeutas y/o familiares) para cubrir sus necesidades, provoca que se naturalice su cuerpo como objeto, produciendo en muchas ocasiones la invisibilización de hechos de violencia sexual.

Los temores que se encuentran en cada dimensión de la sexualidad en diferentes proporciones, reflejan la existencia de los mismos así como denotan las áreas en que se debe prestar más atención dentro de los programas de educación sexual para esta población, para ello se debe promover la integración de todos los miembros de la comunidad educativa (estudiantes, docentes, personal administrativo, padres, familia y comunidad), priorizando el respeto, la dignidad y la participación, brindando conceptos con pertinencia y validez científica que aporten al conocimiento como la alternativa de vencer los miedos.

Por todo lo antes citado es importante que la educación sexual que se brinde a esta población debe contemplar las herramientas prácticas y funcionales que permitan a los estudiantes con discapacidad intelectual moderada y grave vivir y expresar una sexualidad de manera sana y responsable, entre las principales herramientas se encuentran: la psicoeducación a padres, docentes, tutores basada en un enfoque de derechos humanos, sexuales y reproductivos, valoración contextualizada de cada persona para evitar la generalización, construcción participativa de metas realistas en el plano sexual, brindar conocimientos de sexualidad con sustento científico, motivar el desarrollo de la autonomía, privacidad y pudor de las personas con discapacidad intelectual a través del entrenamiento para la adquisición de habilidades sociales.



El que una persona desarrolle una vivencia sana de su sexualidad depende del respeto al interés, a la necesidad, a su deseo, a su desarrollo psicosexual, a la intimidad y a la afectividad, por tal motivo, el medio no debe ser percibido como hostil-restrictivo-prohibido, más bien el contexto debe proveer de espacios amigables de socialización con pares y libres de temores, ya que de esta manera, por medio de su interrelación es posible desarrollar el concepto de intimidad (diferenciar lo público de lo privado) y del respeto al otro.

La educación sexual debe promover y garantizar el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de todos/as las personas sin importar condición alguna, por consiguiente es necesario analizar las particularidades en especial cuando se habla de la población con discapacidad, pues cada ser humano se conforma como un todo, por lo tanto sus intereses y necesidades deben ser analizadas para permitir el goce pleno de la sexualidad a través de encontrar formas elementales de placer, de comunicación y socialización, esto dista mucho del comprensión de la sexualidad como sinónimo de la genitalidad.

**Bibliografía**

- Association, A. P. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).
- Ballester, B. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista interuniversitaria de formación al profesorado*, 327–343.
- Boscán, L. (2015). Constructivismo versus Biologismo en la explicación del género, ¿confrontación superada? *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 51–64.
- Bott, R. (2014). *Psicología Evolutiva*. Igarss 2014, 1–5.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. <http://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Código organico integral penal Ecuatoriano /Registro. Integral (2014).
- Campo, M. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información Psicológica*, 10–15.
- Concejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades. (2013). *Agenda nacional para la Igualdad en discapacidades*. Ecuador: CONADIS.
- Córdova, A. (2003). Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino y Femenino. *Fisiología Dinámica*, 233–260.
- Cuesta, L. (2009). “Las Salidas, Un Recurso Para El Aprendizaje En Educación Infantil” *Revista Digital Innovación y Experiencias Educativas*, 14, 1–11.
- Cugota, Lluís. (2007). *Sexualidad ¿hablamos?* España: Parramón.
- Díaz, V. & Merchant, H. (2017). Consideraciones Generales En El Establecimiento Del Sexo En Mamíferos. *Tip*, 20(1), 27–39.
- Familume, M. (2001). Discapacidad y Educación sexual. El Cisne- periódico sobre discapacidad. Retrieved from http://www.imagina.org/files/Discapacidad_y_educacion_sexual.pdf
- Feeney J. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. *Handbook of attachment and couple relationships*. Cap. 17, 355-377.
- Fernández, G. & Pásaro, E. (2017). ¿La Identidad Sexual Es Una Opción? Un Estudio Sobre La Base Genética De La Transexualidad. *Cuadernos de Bioética*, 28(3), 343–353.
- Fermán, A. (2002). Programas de educación sexual para personas con discapacidad mental. Instituto de Investigaciones Psicológicas U.V. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600504>



- Foucault, Michel. (2005). La sexualidad. Valencia: Tándem.
- García, R. (2015). Acerca de las percepciones de la sexualidad en la discapacidad de origen motriz. Repositorio digital de la Universidad de la República Facultad de Psicología-Uruguay.
- García, J. (2000). Sexualidad y afectividad en las personas con discapacidad intelectual. *Medicina y salud hospitalaria*, 52, 11-12.
- Galindo, M. (2002). Teoría del apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, 33–34, 5–34.
- González, C. (2013). Expresión de la sexualidad en adolescentes con discapacidad mental y significados de este proceso para madres, padres y educadores/es. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hernández Morales, G. C. J. G. (2006). La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años Guía para madres, padres y profesorado de Educación Primaria. Ministerio de Educación y Ciencia. (Vol. 1). <http://doi.org/651-06-033-5>
- Kalat, J. (2004) *Psicología Biológica*, Editorial Paraninfo.
- Linares, R. (2008). Master en Paidopsiquiatría Módulo I Desarrollo Cognitivo : Las Teorías. Master En Paidopsiquiatría. Bienio 07-08, I, 29.
- López, F. (2000). Educación sexual y discapacidad. Universidad de Salamanca.
- López, N. (2006). Desórdenes emocionales o de conducta: “Assessment”, Intervención y Praxis educativa. San Juan, P. R.: Impresos Quintana.
- López, F. (2010). Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Anda Lucia: .
- Maldonado, Z. (2009). Investigación documental sobre la prevención y educación sexual para adolescentes con necesidades especiales menos significativas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género, 15. <http://doi.org/NIPO 860-11-128-3>
- Martin, O. (2005). Didáctica de la educación sexual. Buenos Aires: Sb. Román, José. (2005). Moral de la sexualidad. Salamanca: Sigueme.
- Medina Y. (2010). “Elaboración de una guía sobre educación sexual para las niñas de primer año de educación básica de la escuela elvira ortega, durante el período 2009-2010”[tesis de grado]. Books.Google.Com, 165. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=zJQzAQAAMAAJ&oi=fnd&pg=PA3>



0&dq=Universidad+tecnica+de+cotopaxi&ots=3IF1wiiHxK&sig=Cs6_EHWAKvLHWSMn6sQBh7eVv6I

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Registro Nacional De Discapacidades Ministerio De Salud Pública Del Ecuador - Agosto.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Manual de asesoría en salud sexual y reproductiva. Quito - Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Plan Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva 2017-2021. Artículo, 278. <http://doi.org/Ministerio de Salud Pública del Ecuador>

Molina, B. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. 2010; Fondo de Población de las Naciones Unidas y Sendas. ¡Para hacerlo! Rurankapak. En la ruta para prevenir el embarazo a temprana edad. Metodología para informar y sensibilizar a adolescentes y jóvenes sobre sexualidad, derechos y prevención de embarazo. Nadesha. Quito - Ecuador; 2012.

Oliver, S. (2006). Educación sexual para personas con discapacidad intelectual. Recuperado El, 54–59. Retrieved from

http://tumbi.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_13/decisio13_saber11.pdf

OMS. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Publicaciones de La Organización Mundial de La Salud, 1–288. <http://doi.org/10.1097/01.pcp.0000245823.21888.71>

OMS. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Educación, 27. Retrieved from http://who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.(2006);1-35.Disponible en: [tpp://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf%5Cnhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401](http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf%5Cnhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401)

Organización Panamericana de la Salud. (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud - Décima revisión. Volumen 1: Lista tabular. (554), 1177. Retrieved from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>

Pacheco, M. (2009). Temores de los profesores de educación especial frente a la inclusión educativa de niños y niñas con discapacidad intelectual leve, Universidad de Cuenca.

Rivera, P. S. (2008). Sexualidad De Los Niños, Niñas Y Jóvenes Con Discapacidad, 32(1), 157–170. Retrieved from <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/529/563>



- Rodríguez, C. (2005). Sexualidad: estrategias de intervención con las personas con deficiencias en el desarrollo. Río Piedras, P.R.: Escuela Graduada de Salud Pública. Instituto de Deficiencias en el Desarrollo.
- Román, J. (2005). Moral de la sexualidad. Salamanca: Sígueme.
- Ruiz, C. (2010). Cómo abordar la sexualidad en el discapacitado mental desde una perspectiva profesional, 1–8.
- Sánchez, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. (Spanish). The Sexuality of Children and Young People with Disabilities. (English), 32(1), 157–170. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=36664780&lang=es&site=ehost-live>.
- Santiago, P. (2009). Investigación documental sobre sexualidad y adolescencia: recomendaciones para los padres y maestros de adolescentes con discapacidades, 1–98. Retrieved from http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/UMTESIS/Tesis_Educacion/Educacion Especial/PSantiagoMatos.061809.pdf
- Silverberg, (2006) Sexuality and disability: Myths and Facts about People with Disabilities. (n.d.), 9–10.
- Shutt-Aine, J., Matilde, M., Stewart, L., Rodrigues, L., y Salvador Francisca, E., Salud (2003). Organización Panamericana de la Salud, Sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, Retrieved from http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf
- Tizón, J. (2011). El poder del miedo: Donde guardamos nuestros temores cotidianos. Barcelona: Editorial Milenio.
- UNFPA. (2013). Manual para la Formación Docente en Educación Integral de la Sexualidad Humana (Primera Ed). (E. Hernández, Ed.). Caracas.
- Velásquez, S. (2013). Sexualidad Humana. Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Verdugo, M. y Alcedo, M. (2003). Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. La Respuesta a Las Necesidades Educativas Especiales En Una Escuela Vasca Inclusiva, 15. Retrieved from <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/6569/8-4-2/aportaciones-de-la-definicion-de-retraso-mental-aamr-2002-a-la-corriente-inclusiva-de-las-personas-con-discapacidad-ponencia.aspx%5Cnhttp://sid.usal.es/idos/F8/FDO6569/verdugo.pdf>



Verdugo, M. y Alcedo, M. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual.

Psicothema.Retrieved from

<http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7969>



ANEXOS



ESTUDIO SOBRE TEMORES PARENTALES FRENTE A LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS/AS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor lea la siguiente información para estar seguro que comprende perfectamente el objetivo del estudio que se realizará, coloque su firma solo en caso de que usted esté de acuerdo en participar en el estudio.

El objetivo del estudio es, describir los temores de los padres de familia frente a la sexualidad de sus con hijos/as con discapacidad intelectual moderada-grave que se encuentran asistiendo a escuelas fiscales de educación especializada del cantón Cuenca.

Para realizar este estudio, se necesita que responda de manera escrita el cuestionario.

Se garantiza que su identidad se mantendrá anónima en todo momento, y sus datos estarán protegidos.

Usted autoriza que los resultados obtenidos se usarán por los investigadores.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía y con la firma de esta hoja de asentimiento, doy mi conformidad para participar en el estudio y para la utilización anónima de la información en la investigación.

Cuenca _____ del 2017.

.....

Firma de la Participante.

Cédula. N _____



Cuestionario de temores parentales frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual

Fecha de aplicación:.....

Número de formulario:.....

Código de encuestador:.....

Instrucciones

1. Lea detenidamente el cuestionario.
2. Coloque una X en la respuesta que elija.

1.- Primera parte

Datos del representante

Edad		
Sexo	Hombre	
	mujer	
Parentesco	Madre	
	Padre	
	Otro especifique:	
Lugar de residencia	Urbana	
	Rural	

Datos del niño o adolescente

Edad		
Nivel de discapacidad: según carnet del CONNADIS	Leve	
	Moderada	
	Grave	
	Profunda	

**2.- Segunda parte:**

Cuestionario de temores parentales: considere que los temores pueden ser actuales y a futuro, coloque una X en la respuesta que elija.

Me causa temor que a mi hijo:

Nº	Ítem	Si	No	No lo sé
1	Le aparezca vello (barba) en la cara.			
2	Le aparezca vello (pelo) en los genitales.			
3	Le aparezca vello (pelo) en las axilas.			
4	Le crezca el pene en la adolescencia.			
5	Presente erección de pene de forma espontánea en reacción a diferentes estímulos.			
6	Pueda eyacular.			
7	Se masturbe.			
8	Vea pornografía en revistas, películas, internet...			
9	Manipule sus genitales en público.			
10	Se enamore una persona con discapacidad.			
11	Se enamore de otro hombre.			
12	Prefiera vestirse con ropa de mujer.			
13	Prefiera jugar con mujeres.			
14	Prefiera jugar con muñecas, maquillajes...			
15	Se enamore de una persona sin discapacidad.			
16	Bese			
17	Tenga sexo vaginal (penetración del pene la vagina).			
18	Tenga sexo anal (penetración del pene por el ano).			
19	Tenga sexo oral (pene o vagina en contacto con la boca)			
20	Adquiera una infección de transmisión sexual (VIH, sífilis, gonorrea...)			
21	Tenga varias parejas sexuales.			
22	No pueda utilizar preservativos (condón) de manera adecuada.			
23	A que ser discriminado cuando exprese sus afectos			
24	Sea víctima de abuso sexual.			
25	No se pueda defender frente a una situación de abuso sexual.			
26	No pueda comunicar situaciones de abuso sexual.			

En caso de no presentar temores o que estos sean mínimos ante lo arriba expuesto explicar por qué:

Gracias



Cuestionario de temores parentales frente a la sexualidad de sus hijos/as con discapacidad intelectual

Fecha de aplicación:.....

Número de formulario:.....

Código de encuestador:.....

Instrucciones

1. Lea detenidamente el cuestionario.
2. Coloque una X en la respuesta que elija.

1.- Primera parte

Datos del representante

Edad		
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Parentesco	Madre	
	Padre	
	Otro	
	especifique:	
Lugar de residencia	Urbana	
	Rural	

Datos de la niña o la adolescente

Edad		
Nivel de discapacidad: según carnet del CONNADIS	Leve	
	Moderada	
	Grave	
	Profunda	

**2.- Segunda parte:**

Cuestionario de temores parentales: considere que los temores pueden ser actuales y a futuro, coloque una X en la respuesta que elija.

Me causa temor que a mi hija

Nº	Ítem	Si	No	No lo sé
1	Le aparezca vello (pelo) en las axilas			
2	Le aparezca vello (pelo) en los genitales			
3	Le crezca el busto o pecho			
4	Presente su primera menstruación (menarca).			
5	Menstrúe			
6	Pueda embarazarse.			
7	Se masturbe.			
8	Vea pornografía en revistas, películas, internet...			
9	Manipule sus genitales en público.			
10	Se enamore una persona con discapacidad.			
11	Se enamore de otra mujer.			
12	Prefiera vestirse con ropa de hombre.			
13	Prefiera jugar con hombres.			
14	Prefiera jugar con pelotas, carros, pistolas...			
15	Se enamore de una persona sin discapacidad.			
16	Bese			
17	Tenga sexo vaginal (penetración del pene la vagina).			
18	Tenga sexo anal (penetración del pene por el ano).			
19	Tenga sexo oral (pene o vagina en contacto con la boca)			
20	Adquiera una infección de transmisión sexual (VIH, sífilis, gonorrea...)			
21	Tenga varias parejas sexuales.			
22	No pueda utilizar métodos anticonceptivos de manera adecuada (preservativos, píldoras...)			
23	A que ser discriminada cuando exprese sus afectos.			
24	Sea víctima de abuso sexual.			
25	No se pueda defender frente a una situación de abuso sexual.			
26	No pueda comunicar situaciones de abuso sexual.			

En caso de no presentar temores o que estos sean mínimos ante lo arriba expuesto explique el porqué:

Gracias