

**PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA**

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTA D.C., NOVIEMBRE DE 2018**

**PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD
COGNITIVA**

TRABAJO DE GRADO

**Ps. Mg. FERNANDO GERMÁN GÓNZALEZGÓNZALEZ
DOCENTE ASESOR**

**Presentado por: Laura Catalina Bonilla Bustos, código: 425833, Karen Julieth
Espejo Suárez, 425859, Lorena María Galeano López, 425750 y Giselle Idaly
Montenegro Cataño, 425831**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTA D.C., NOVIEMBRE DE 2018**



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin Obras Derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Agradecimientos

A la Universidad Católica de Colombia agradecemos por la formación recibida en estos cuatro años y medio, y por la calidad y el compromiso.

A los padres, madres, cuidadores y profesionales que trabajan con población con discapacidad cognitiva, quienes siempre estuvieron dispuestos a colaborar con otorgar la información que se requería para llevar a cabo la investigación.

Al director del presente trabajo de grado, Fernando González, por ser guía y acompañarnos en el proceso que hoy culmina.

Dedicatoria

Laura Catalina Bonilla Bustos

Este proyecto de investigación lo dedico especialmente a mi familia, principalmente a mi padre Jaime Bonilla; gracias a él soy una mujer con valores, virtudes, y segura de sí misma. Sin su inspiración, ayuda y motivación este logro no hubiera sido posible.

A mi abuelita Emiliana, quien desde el cielo se sentiría orgullosa por verme culminar esta etapa en mi vida. En vida ella fue mi motor, mi guía y ejemplo a seguir, seguramente ella en el más allá se sentirá feliz de verme cumplir con todos mis sueños.

Finalmente, a mi esposo David Cano, un ser maravilloso quien me dice cada mañana “tu puedes, lucha por tus sueños, te admiro” este gran amor me impulsa a seguir adelante y cumplir nuestros sueños.

Karen Julieth Espejo Suárez

A Dios por ser mi guía y mi fortaleza en cada paso que he dado mi vida, por bendecir este camino que hoy está llegando a su final, y que apenas es el inicio de toda una carrera.

A mis padres Eduardo y Claudia, y a mi hermana María José gracias por su infinito apoyo durante toda la vida, y en especial en este proceso que no ha sido fácil, pero sin su ayuda hubiese sido imposible culminarlo. Gracias por haber inculcado tantos principios y valores que me ayudan a estar aquí hoy.

A mi razón de vivir, mi hijo Mathias Vargas Espejo, gracias por acompañarme en un camino largo, lleno de obstáculos, de dificultades, de alegrías y de triunfos; gracias porque desde cuarto semestre me acompañas en este camino que hoy juntos de la mano logramos. Eres mi inspiración, mi motor y mi motivación. Este logro es tuyo.

Lorena Galeano

El presente trabajo de investigación lo dedico principalmente a Dios, por brindarme salud, fortaleza y ser el inspirador de este proyecto y darme la fuerza para continuar hasta el final.

De manera especial dedico este logro con todo mi cariño a mi familia por estar siempre acompañándome y brindándome todo su apoyo para cumplir mis metas.

Finalmente, de manera especial a mi esposo quien con su paciencia, amor y dedicación me impulso cada día a continuar con este proyecto de vida que me llena de felicidad y orgullo por alcanzar este gran logro.

Giselle Idaly Montenegro Cataño

A Dios, por haberme ayudado durante estos años, el esfuerzo fue grande, pero tú siempre me diste la fuerza necesaria para continuar y lograrlo.

A mis padres, Edgar Montenegro y Rubiela Cataño, quienes sin su ayuda y apoyo no hubiese sido posible realizar este proyecto, pues me proporcionaron la educación y me han aportado todo desde pequeña. Por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años y por haberme enseñado que con esfuerzo, trabajo y constancia todo se consigue.

A mis hermanas, Jeimy Cataño, Jennifer Cataño y Luisa Montenegro, por estar siempre presentes, acompañándome, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A mi pareja, Leonardo Aranda, por su apoyo incondicional y a su vez por aportar con su conocimiento en la ejecución de actividades que hacían parte de este proceso.

Tabla de contenido

Resumen,	13
Justificación,	14
Marco teórico,	24
Metodología,	49
Objetivo general del estudio,	49
Objetivos específicos del estudio,	49
Diseño,	49
Participantes,	50
Lugar del proyecto,	50
Instrumentos,	51
Aspectos éticos,	51
Procedimiento,	52
Resultados,	56
Lenguaje y comunicación,	60
Sociabilidad y adaptación,	61
Antecedentes sexuales: “holón vínculo afectivo”,	63
Antecedentes sexuales: “holón reproductividad”,	64
Otros aspectos,	64
Discusión,	66
Conclusiones,	70
Recomendaciones,	72
Estudio de mercadeo,	72
a. Objetivo General del Estudio de Mercado.,	72
b. Objetivos específicos del estudio de Mercadeo,	73.

- c. Justificación estudio de mercadeo, 73.
- d. Producto, 74.
- e. Imagen de diseño, marca y slogan, 75.
- f. Producto básico, 76.
- g. Producto real, 77.
- h. Producto ampliado, 79.
- i. Variables psicológicas, 80.
- j. Los clientes, 82.
- k. Descripción del mercado potencial, 84.
- l. Descripción del mercado objetivo, 85.
- m. Descripción del mercado meta, 86.
- n. Encuesta de mercadeo, 86.

Referencias, 99.

Apéndices, 107.

Lista de tablas

Tabla 1. Cuadro comparativo del Protocolo de abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y la actuación y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC., 91.

Tabla 2. Cuadro comparativo de la Guía para la intervención directa con jóvenes. Prevención del abuso sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. Federación de Planificación Familiar Estatal de España y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC., 92

Tabla 3. Cuadro comparativo del Protocolo de Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC., 94

Tabla 4. Descripción del Protocolo de abuso y discapacidad intelectual, Orientaciones para la prevención y la actuación, 96

Tabla 5. Descripción de la Guía para la intervención directa con jóvenes, 98

Tabla 6. Descripción del Protocolo de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, 99

Tabla 7. Análisis D.O.F.A. del producto, 100.

Lista de gráficas

- Gráfica 1. Sexo, 56.
- Gráfica 2. Edades de los participantes, 57.
- Gráfica 3. Diagnóstico, 58.
- Gráfica 4. Profesión de los padres, 58.
- Gráfica 5. Número de hermanos, 59.
- Gráfica 6. Ítem 1 lenguaje y comunicación, 59.
- Gráfica 7. Ítem 2 lenguaje y comunicación, 60.
- Gráfica 8. Ítem 1 sociabilidad y adaptación, 60.
- Gráfica 9. Ítem 2 sociabilidad y adaptación, 61.
- Gráfica 10. Ítem 3 sociabilidad y adaptación, 61.
- Gráfica 11. Ítem 4 sociabilidad y adaptación, 62.
- Gráfica 12. Ítem 1 antecedentes sexuales “Holón: Vínculo Afectivo”, 62.
- Gráfica 13. Ítem 2 antecedentes sexuales “Holón: Vínculo Afectivo”, 63.
- Gráfica 14. Ítems 1 y 2 antecedentes sexuales “Holón: reproductividad”, 63.
- Gráfica 15. Ítem 1 de otros aspectos, 64.
- Gráfica 16. Ítem 2 y 3 de otros aspectos, 65.
- Gráfica 17. Ítem 4 de otros aspectos, 65.

Lista de apéndices

Apéndice 1. Encuesta y entrevista a padres, madres, cuidadores y profesionales al cuidado de personas con discapacidad cognitiva leve, 110.

Apéndice 2. Encuesta de mercadeo a profesionales sobre las necesidades de un material para la prevención al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve, 112.

Apéndice 3. Presentación de "Guía de prevención de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve", 115.

Apéndice 4. Blog de "Prevención del abuso sexual en NNA con discapacidad cognitiva", 115.

PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD COGNITIVA

Resumen

La presente investigación se enfoca en identificar los posibles riesgos de abuso sexual y cuáles son las estrategias de prevención para disminuir el número de casos de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva en la ciudad de Bogotá D.C. Inicialmente se planteó el objetivo de investigar acerca de los riesgos que hacen vulnerables a este tipo de población. El desarrollo de la investigación se basó en un diseño transaccional descriptivo, los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, se tuvo en cuenta que fueran hombres y/o mujeres cuidadores de personas con discapacidad cognitiva leve que hayan sido diagnosticados por un Neurólogo, Psiquiatra o Psicólogo, vinculados a la Fundación para el autismo y otros trastornos del desarrollo infantil "Sexto Sentido" en la ciudad de Bogotá, durante el desarrollo de la investigación fue fundamental trabajar con padres, madres, cuidadores, profesores y personas con discapacidad cognitiva leve. Los resultados que arrojó la investigación fueron que existen diferentes factores como la presencia y ausencia del lenguaje, el gusto que sienten por relacionarse con personas mayores y con otros niños, niñas y adolescentes, el seguimiento instruccional que presentan, y el poco abordaje que hacen los padres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. Para abordar el tema anterior y como producto de la investigación se creó una guía para el abordaje de la prevención de abuso sexual, este instrumento va dirigido tanto para la población con discapacidad cognitiva y para sus padres, madres cuidadores y profesionales.

Palabras clave: Discapacidad cognitiva, abuso, prevención, sexualidad.

Abstract

This investigation focused on identifying the possible risks of sexual abuse and identifying the strategies of prevention to reduce the number of cases of sexual abuse in people with cognitive disabilities in Bogotá DC city. The initial objective was investigated the risks that make vulnerable this population. The development of the research was based on a descriptive transactional design, the participants were selected through a non-probabilistic sample of convenience type, was necessary that participants were men and women caregivers of people with mild cognitive disabilities who had been diagnosed by Neurologist, Psychiatrist or Psychologist, linked to the Foundation for Autism and other disorders of child development "Sexto Sentido" in Bogotá city, during the development of the research was essential to work with parents, caregivers, teachers and people with mild cognitive disability. The results of the

research were that there are difference factors like presence and absence of language, the taste to relating with older people and other children, the instructional follow-up that is presented, and the little approach that the parents make regarding the use of contraceptive methods. To develop the previous topic was created a guide to prevent the sexual abuse; this instrument is for people with cognitive disability and parents, caregivers and professionals to attend this population.

Key words: Cognitive disability, abuse, prevention, sexuality.

Justificación

La presente investigación se enfoca en identificar los posibles riesgos de abuso sexual y cuáles podrían ser las estrategias de prevención para disminuir el número de casos de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva en la ciudad de Bogotá D.C.

Mediante la presente investigación se pretende investigar acerca de los riesgos que hacen vulnerables a este tipo de población de presentar, ya que, aunque en Colombia existen algunos proyectos orientados a mejorar la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad, se evidencia que aún no existe un verdadero aporte a su bienestar. Además de esto, es primordial tener en cuenta que el número total de casos registrados de personas con discapacidad en Bogotá D.C., en 2012 ascendió a 22.231 para un porcentaje total de 2,6; según sexo, el número de hombres es 10.115 para un porcentaje de 45,5 y el número de mujeres es 12.110, para un porcentaje de 54,5 de la población, encontrándose una mayor prevalencia de mujeres con discapacidad en la ciudad de Bogotá. (ACPEM y OAG, 2012).

Por otro lado, de acuerdo a una investigación realizada por el DANE en el año 2015, las cifras de personas con discapacidad van en aumento cada día en la ciudad de Bogotá. De las 20 localidades de la ciudad, las que presentaron mayor riesgo de discapacidad fueron las localidades Rafael Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar. Se presentó mayor ocurrencia de discapacidad en las mujeres con 112.172 casos en comparación con 77.005 casos de hombres. Según el tipo de discapacidad, los casos con mayor prevalencia se presentaron en primer lugar en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, en segundo lugar, la discapacidad que se

presenta en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, y en tercer lugar la discapacidad en el sistema nervioso.

De acuerdo a las cifras arrojadas por el DANE (2015), las edades de mayor a menor prevalencia en el que se presentaron mayores dificultades en las actividades cotidianas “para caminar, correr o saltar” fueron las edades comprendidas entre los 60 años en adelante, de los 45 a los 49 años y de los 15 a los 44 años. Otro tipo de discapacidad fue la dificultad para “Desplazarse en trechos cortos por problemas, respiración, o del corazón”, las edades con mayor número de casos también se presentaron en las edades comprendidas entre los 60 años en adelante, los 45 a los 49 años y de los 15 a los 44 años. Otra de las dificultades fue “pensar o memorizar”; de acuerdo a esta dificultad, se puede evidenciar que el número de casos va en aumento porque según las cifras reportadas, mientras va aumentando la edad, el número de casos se duplica o triplica. En el año 2015 los casos con mayor prevalencia fueron las edades comprendidas entre los 15 a 44 años y de los 60 años en adelante. Este tipo de dificultad es una de las que mayor impacto provocan en las personas, ya que vuelve vulnerable a la persona con discapacidad cognitiva porque la persona no es capaz de tomar decisiones de manera voluntaria, y de acuerdo a ello los casos de abuso sexual pueden ir en aumento.

Por otro lado, según los datos arrojados por el DANE en el año 2015, la condición de afiliación a salud de acuerdo al sexo es preocupante para una gran parte de la población, ya que solamente 144.482 personas tenían afiliación a EPS, 44.674 no tenían ningún tipo de afiliación, y 21 casos no respondieron. De acuerdo a los datos recolectados, se evidenció que las mujeres de 60 años en adelante son quienes presentaron mayor acceso al sistema de salud, pero muchas mujeres y hombres en edades comprendidas entre los 15 a los 44 años no tienen ningún tipo de afiliación. También se evidencia negligencia en la atención y prevención de casos de abusos sexuales en esta población, ya que aunque en Colombia existe la Ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y en el Artículo 11 declara como sujetos de

especial protección a las personas en condición de discapacidad (entre otros), “precisando que su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica por lo que las instituciones que hacen parte del sector salud deben definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones para su atención”, sin embargo, las condiciones en salud que tiene esta población en Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2015) mostró que el 51.3% de las personas con discapacidad en general, encontraron barreras en la prestación de los servicios de salud cuando acudieron a consultas relacionadas con sus dificultades; particularmente un 50% en zonas urbanas como Bogotá, lo cual quiere decir que más de la mitad de las personas con discapacidad no cuentan con un adecuado servicio que les brinde las herramientas para abordar las problemáticas en salud sexual y reproductivas presentes.

Según la ENDS (2015) el no disponer de opciones de cuidado de las niñas y niños menores, al momento de ausentarse del hogar, se puede convertir en un grave factor limitante para la participación económica de la pareja. Al mismo tiempo, la necesidad puede impeler a la pareja a acudir a opciones de cuidado como los niños mayores del hogar o a vecinos y amigos, que son riesgosas desde varios puntos de vista, incluidos el riesgo de abuso sexual. A su vez, se presentan las opciones de cuidado de las niñas y niños, utilizadas por las mujeres y las usadas por los hombres. El 17% de las mujeres lleva a las hijas o hijos consigo cuando se ausentan del hogar, el 14.7% los deja con la pareja. Los abuelos y otros adultos del hogar son las opciones que siguen en frecuencia: 12.7% y 11.7%, respectivamente. El 4.3% de las mujeres los deja con la niña mayor, el 1.3% los deja con el niño mayor y el 2.4 por ciento los deja con vecinos o amigos. Al cuidado institucional (centro educativo e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-) se acude en 3.3% de los casos, y a empleada(o) doméstica(o) se acude en un 1.5%.

Por otro lado, según el informe anual de actividades de Profamilia (2014) las niñas y mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial presentan abuso dos veces más y durante un período mayor de tiempo que las mujeres no discapacitadas. En un estudio realizado por Basile, Breiding y Smith (2016) encontraron que en Estados Unidos, los hombres y mujeres con discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual, en comparación con aquellos sin discapacidad, ya que en los resultados obtenidos en la comparación entre los grupos de mujeres y hombres con y sin discapacidad la proporción de probabilidades ajustadas, es decir, en la diferencia entre un grupo y otro es para las mujeres de un 3.3 y en los hombres 4,2, de mayor prevalencia de casos en personas en condición de discapacidad en el momento de la violación.

En algunos estudios como el realizado por Soyly, Alpaslan, Ayaz, Esenyel, y Oruc (2013) donde se comparó el abuso sexual en niños y adolescentes con discapacidad cognitiva (en adelante DC) y sin discapacidad cognitiva, quienes fueron enviados a tres centros de psiquiatría infantil y juvenil como Gaziantep Children's Hospital, Hospital de Formación e Investigación de la Universidad de Sakarya y Facultad de Medicina de la Universidad AfyonKocatepe en Turquía, para recibir tratamiento y evaluación forense; quienes encontraron que las personas con DC presentaban una tasa de 74.5% (n = 76) y las personas sin DC del 64.9% (n = 100) de trastornos psiquiátricos posteriores al abuso, es decir, más alta, para los primeros. Principalmente, el trastorno de conducta posterior al abuso, se desarrolló en el grupo de DC a una tasa más alta. También, se determinó que los tipos de abuso sexual que involucran penetración y contacto, exposición a abusos repetidos y embarazos después del abuso se desarrollaron con mayor frecuencia en el grupo con DC. A su vez, se encontraron más casos de más de un abusador en este grupo, en comparación con el grupo sin DC.

En otro estudio realizado en Estados Unidos por Mitra, Mouradian, Fox y Pratt (2016) los hombres con discapacidad corren un mayor riesgo de sufrir violencia sexual de por vida y

actual en comparación con los hombres sin discapacidades, debido a la prevalencia relativamente alta de violencia sexual, donde la diferencia es de 8.8% de casos en hombres con discapacidad en comparación del 6.0% en los hombres sin discapacidad, las diferencias en los estudios son significativas, entre los grupos de personas con y sin discapacidad.

Según el Ministerio de Protección Social (2011) es importante tener en cuenta que gran parte de las personas, especialmente las mujeres con discapacidad víctimas de la violencia o abusos, lo son sin ser conscientes de ello. El sentimiento de aceptación o merecimiento de una acción violenta o abusiva perpetrada contra una de estas mujeres forma parte de la percepción errónea que en numerosos casos se tiene de la vivencia de la propia discapacidad. Las propias mujeres no detectan que se trata de comportamientos violentos o abusivos, denunciables y que violan sus derechos humanos. En el caso de mujeres y niñas con discapacidad intelectual, éstas suelen confiar más en desconocidos y presentan más dificultades para discriminar estas conductas. A menudo, no tienen ni siquiera conciencia de anormalidad en lo que viven a diario.

A su vez, el porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad en todo el país es de 10.4% y 10.8% en zonas urbanas y el porcentaje de hombres de 13 a 49 años que se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad en todo el país es de 1.4% y 1.3% en zonas urbanas, encontrándose una mayor prevalencia en el número de mujeres que se hacen cargo del cuidado de las personas en condición de discapacidad, quienes requieren contar con educación psicoeducación en este tema, ya que son quienes permanecen la mayor parte del tiempo con estas personas y con quienes más se debe trabajar en este tema. (Ministerio de Protección Social, 2011)

Un meta-análisis realizado por Jones, Bellis, Wood, Hughes, McCoy, Eckley, Bates, Mikton, Shakespeare y Officer (2012), entre el 1 de enero de 1990 y el 17 de agosto de 2010, con estimaciones de la prevalencia de la violencia contra los niños menores de 18 años con

discapacidad o su riesgo de ser víctimas de violencia en comparación con los niños sin discapacidades, muestra que, a nivel mundial, al menos 93 millones de niños tienen una discapacidad moderada o grave. Fueron revisadas en total 12 bases de datos electrónicas para identificar estudios de casos, donde para el tipo de violencia sexual, definido como “contacto sexual no deseado, forzando a tocar a alguien sexualmente, relaciones sexuales forzadas, intento de violación, destello o exposición sexual, sexo verbal, acoso, relaciones sexuales antes de los 12 años de edad”, se tuvieron en cuenta 15 estudios. Se encontró que el 15% de los niños con discapacidad intelectual habían sido víctimas de violencia sexual, con un riesgo 4,6 veces mayor que el de los niños sin discapacidad intelectual. Las estimaciones de prevalencia agrupadas fueron de 13,7% para violencia sexual. Algunos de los factores de vulnerabilidad que plantean son la dependencia, la necesidad de pertenecer, falta de conocimiento sobre sexualidad, deficiencias en las habilidades de comunicación y la incapacidad de protegerse a sí mismos, debido a su nivel de inteligencia inferior a la de los demás.

Lo anterior confirma que la violencia es un problema importante en los niños y adolescentes con discapacidad cognitiva, debido a que las estimaciones de riesgo agrupadas del meta- análisis indican que para todos los tipos de violencia, en este caso, específicamente para la violencia sexual, los niños con las discapacidades corren un riesgo significativamente mayor de violencia que otros niños o adolescentes sin discapacidades, por lo cual se hace necesario conocer específicamente cuáles han sido los factores que estas cifras sean más altas para esta población, para de esta manera lograr prevenir esta problemática. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la sexualidad humana logra establecer la integración de cuatro potencialidades inherentes de ser humano para dar origen a los subsistemas u “Holones sexuales” tales como la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal, los cuales interactúan entre sí con implicaciones biológicas psicológicas y sociales (Lamas, 2001). Estos componentes de la sexualidad están presentes desde el

nacimiento y tal vez desde mucho antes de nacer, desde luego, la forma en la que están presentes no es la misma en pequeño como en el adulto o en personas con discapacidad cognitiva (Quevedo, 2001).

Es así como para Rubio (1994) tomado por Lamas (2001) la vinculación afectiva interpersonal llega a ser la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano, dando así lugar a constructos mentales, individuales y sociales que de ellos se puedan derivar. La forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor interpretado como el cuidado, el conocimiento, la responsabilidad y respeto por la otra persona, con la que, además, se experimenta afectos y sensaciones intensas. Desde este punto es importante la experiencia subjetiva que tienen del amor las personas en condición de discapacidad cognitiva, el enamoramiento y los patrones de vinculación con los demás, para identificar las implicaciones en su vida sexual (Quevedo, 2001).

Rubio (1994) citado por Lamas (2001) define la reproductividad como la posibilidad humana de producir individuos en gran medida equivalentes a quienes los produjeron, más no idénticos, pero con construcciones mentales en la misma posibilidad de reproducción. Por tal razón la reproductividad debe ser estudiada como parte de una condición biológica, que permita obtener respuestas de este proceso evolutivo. De esta forma a partir de un holón sexual se pueden obtener diferentes manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia en las personas con discapacidad cognitiva y no solo limitarse a los eventos biológicos.

Rubio (1994) citado por Lamas (2001) indica que el erotismo es un proceso humano centrado en el deseo por la excitación sexual, el orgasmo, la calidad placentera las vivencias sexuales y el tipo de pensamientos o construcciones mentales que se puedan generar a partir de estas experiencias. De acuerdo a esto, la importancia de la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva, lleva a que este holón permita presta mayor atención a la identidad

erótica, la simbolización erótica, las actitudes ante la virginidad y las experiencias autoeróticas; temas que para sus familias o cuidadores son de suma reserva (Lamas, 2001).

El holón del Género se define "como la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias" (Lamas, 2001 citado de Rubio, 1994, 76).

De acuerdo a lo anterior, lo característico del holón de género es la dimensión humana del género; al igual que los otros holones sexuales este tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio de la naturaleza humana biológico, psicológico y social. De allí como punto relevante se rescata que, da la conformación de la identidad individual en las personas con discapacidad cognitiva diferenciado así "yo soy hombre" o "yo soy mujer" (Lamas, 2001).

Por tal razón, cuando estos papeles sexuales son definidos en los grupos, es posible la identificación de guiones sociales según el género de los individuos y es la misma sociedad quien instaure las normas, muchas veces en función de sus interacciones. Hoy en día es bien conocido que el género, y su asignación en papeles, estereotipos, mitos y guiones, es uno de los filtros más eficaces para la regulación del poder entre los seres humanos (Quevedo, 2001).

Ahora bien, para Castillo (2010) la sexualidad es parte inherente de la personalidad de cada individuo, integra elementos físicos (biológicos), psicológicos (emocionales, intelectuales) y sociales (históricos, culturales), que le permiten actuar y sentir como hombre o mujer, su desarrollo está dado por las necesidades primordiales, el deseo de contacto, de intimar, lograr placer, ternura y amor.

De esta forma la creación de los estereotipos por la sociedad sobre la sexualidad en personas en condición de discapacidad cognitiva, generan conductas discriminatorias que acarrearán consecuencias negativas para sus vidas, debido a que logran la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos. Ante la creencia de que una persona con discapacidad

cognitiva carece de sexualidad, se establecen situaciones como que no propondrá tener una cita amorosa, no se le entregarán preservativos como parte de una campaña de prevención, ni se le enseñará educación sexual, así como tampoco se pensará en hacer accesible lugar de alojamiento íntimo para ellos, entre muchas otras situaciones o condiciones que podrían hacer parte de la inclusión para esta población (Castillo, 2010).

Cabe mencionar que muchas veces los estereotipos sobre la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva pueden resultar contradictorios entre sí. La creencia de que son asexuadas se encuentra tan inmersa en el imaginario colectivo como la idea de que las personas con discapacidad cognitiva tienen una sexualidad desenfrenada, muy intensa e incontrolable, o también que son poco atractivos y ellos no pueden despertar el deseo sexual en otras personas y que si se les brinda información sobre la sexualidad se está incitando e incrementa la conducta sexual. Este tipo de prejuicios limita sus derechos sexuales y reproductivos aumentando la discriminación (Castillo, 2010).

Según el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual del Ministerio de la Protección Social (2011) la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

La Constitución Nacional en su artículo 47 establece que “El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. Los discapacitados tradicionalmente se han considerado sumamente vulnerables, y en consecuencia, se les ha otorgado gran protección. Mediante la Ley 1145 de 2007 se creó en Colombia el Sistema Nacional de Discapacidad. Esta ley tuvo por objeto “impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada

entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos.” Es por ello, que el Ministerio de Salud y Protección Social propone mediante la resolución número 000459 de 2012 un protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, en donde se proponen 15 pasos fundamentales en la atención integral de las víctimas de violencia sexual, los cuales son:

1. Preparación de la comunidad para acceder a los servicios integrales de salud dirigidos a víctimas de la violencia sexual.
2. Verificación y mantenimiento de las condiciones mínimas necesarias para brindar una atención integral a la víctima de violencia sexual desde el sector salud.
3. Recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médica.
4. Realizar una completa valoración clínica inicial de la víctima.
5. Tomar las pruebas diagnósticas necesarias para explorar el estado de salud de la víctima en la evaluación inicial.
6. Asegurar profilaxis sindromática para ITS durante la consulta inicial por salud.
7. Asegurar profilaxis sindromática para VIH/sida durante la consulta inicial por salud.
8. Asegurar anticoncepción de emergencia y acceso a interrupción voluntaria del embarazo.
9. Asegurar una intervención terapéutica inicial especializada en salud mental para la víctima durante la primera consulta.
10. Planea los seguimientos clínicos requeridos por la víctima.
11. Derivar hacia otros profesionales de la salud requeridos para asegurar la atención integral de la víctima de violencia sexual.
12. Derivar hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual.

13. Efectuar los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que corresponde.
14. Realizar los seguimientos rutinarios que requiere una víctima de violencia sexual atendida por el sector salud.
15. Efectuar un adecuado cierre de caso.

Adicionalmente dicho protocolo hace énfasis en prestar especial atención a la presencia de casos de violencia sexual en poblaciones vulnerables como personas en condición de discapacidad entre otros grupos vulnerables. La importancia de esta investigación radica, en establecer los principales factores de riesgo de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve, quienes según diferentes estudios se ha comprobado que cuentan con una tasa alta de vulnerabilidad de presentar este tipo de abuso en comparación con las demás personas sin discapacidad. Por otro lado, en Colombia no se hayan estrategias de intervención que se centren en las necesidades específicas de las personas en condición de discapacidad cognitiva, es decir, que se requiere en este contexto el diseño de una o varias estrategias de intervención que contribuyan a la disminución de abusos sexuales en dicha población, donde por medio de sus familiares o cuidadores primarios se pueda obtener la información relevante sobre su exploración y desarrollo en la vida sexual y reproductiva. Partiendo de un análisis desde los holones sexuales de reproductividad y vinculación afectiva.

Marco teórico

La sexualidad forma parte del desarrollo de la persona, y, por lo tanto, es un área inherente al ser humano. De tal manera, el desarrollo integral de las personas conlleva a la aceptación del ser humano como un ser sexuado, independientemente de su condición (física, intelectual, social, sexual o religiosa). (Rivera, 2008).

Dionne & Dupras (2014) plantean que muchas personas con una discapacidad intelectual no reciben la atención necesaria con respecto a la salud sexual citado por (Servais,

2006). En consecuencia, están sujetos a obstáculos de su entorno que se oponen a las intervenciones para promover la salud sexual. Ya sea en términos de familia, escuela o comunidad, muchos obstáculos pueden obstaculizar las iniciativas de educación sexual.

La salud sexual de las personas con discapacidad intelectual según lo propuesto por Dionne & Dupras (2014) está influenciada por factores ambientales de diferentes subsistemas: el microentorno personal, el medio ambiente de la comunidad, el medio ambiente social y el macroambiente cultural. El microsistema abarca el entorno de las personas e incluye a todas las personas con las que tienen relaciones directas, como los padres, cuidadores y amigos, según el contexto en el que operen y se desarrollen en un momento específico. Desde un punto de vista ecológico, este sistema es importante ya que tiene una influencia directa en el desarrollo y la adaptación de los individuos. Si los padres de la década de 1970 tendían a percibir a sus hijos discapacitados como seres angelicales, los padres de la generación actual tienen percepciones más positivas. Según el estudio de Desjardins (2005) citado por (Dionne & Dupras, 2014), los padres entrevistados no desexualizaron a sus hijos con una discapacidad intelectual. Sin embargo, los padres los describen como personas que tienen una sexualidad diferente y especial. Por lo tanto, tienden a considerar la vida sexual de sus hijos como extraña y problemática. Una apertura parcial también se encuentra entre los profesionales. Gilmore y Chambers (2010) citados por (Dionne & Dupras, 2014) informaron que las partes interesadas adoptaron actitudes positivas hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, pero creían que los hombres tienen menos autocontrol que las mujeres y que deberían recibir mayores restricciones cuando se trata de su sexualidad en comparación con las mujeres sin discapacidad intelectual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) plantea que la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función

corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad, publicado en 2011 por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, estima que cerca de mil millones de personas viven con una discapacidad, es decir, aproximadamente el 15% de la población mundial, representando a la minoría más grande del mundo. Por otro lado, la guía sobre discapacidad y desarrollo (2013) reporta que la discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, y de acuerdo a los resultados de la Encuesta Mundial de Salud se indica que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados.

Con el fin de aclarar un poco los diversos conceptos, la guía sobre discapacidad y desarrollo (2013) hace énfasis en las principales categorías de la discapacidad: La discapacidad motora es la que cubre todos los trastornos que pueden causar deterioro parcial o total de las habilidades motoras, incluyendo la parte superior y/o inferior del cuerpo (dificultades para caminar, dificultad en el mantenimiento o el cambio de posición, y en la manipulación o la realización de determinadas acciones).

La discapacidad visual se refiere a las personas ciegas y también, en la mayoría de los casos, a las personas con trastornos severos de la visión. En algunas profesiones una persona daltónica puede ser reconocida como una persona con discapacidad. (Guía sobre discapacidad y desarrollo, 2013).

La discapacidad auditiva es la pérdida de audición total que es poco frecuente pues, al igual que con la discapacidad visual, la mayoría de las personas con discapacidad auditiva tienen “audición residual” que puede ser mejorada gracias al impulso de los audífonos.

Dependiendo de las circunstancias, esta discapacidad puede llevar a dificultar la expresión por vía oral. Un buen número de personas sordas utilizan la lengua de signos y la lectura de labios para comunicarse. (Guía sobre discapacidad y desarrollo, 2013).

Finalmente, la discapacidad intelectual es aquella que representa una dificultad en la comprensión y una limitación de la velocidad de las funciones mentales en términos de la comprensión, el conocimiento y la percepción. Estas discapacidades ocurren en diferentes grados y pueden ser perjudiciales para el proceso de retención de conocimientos, la atención, la comunicación, la autonomía social y profesional, la estabilidad y el comportamiento emocional. (Guía sobre discapacidad y desarrollo, 2013).

En un artículo de la revista *Psicología y mente* de Castellero (2018) referenciado por La American Psychiatric Association (2013) se plantea que las habilidades cognitivas son importantes para poder responder eficientemente a las demandas del entorno. Así, las personas que tienen una capacidad reducida en este tipo de habilidades se van a encontrar en dificultades para hacer frente a las situaciones que aparezcan a lo largo de su vida.

Según Castellero (2018) en función del nivel de dificultad que encuentren estas personas en su día a día y del nivel de coeficiente intelectual (CI) reflejado por test de inteligencia, se ha considerado la existencia de varios grupos, tipos o grados de discapacidad intelectual. Estos niveles son:

Nivel leve. Aquella discapacidad que poseen las personas con un Cociente Intelectual que se sitúa entre 50 y 70, correspondiendo a dos desviaciones típicas por debajo de la media poblacional. La mayor parte de personas con discapacidad intelectual (aproximadamente un 85%) se encuentran en este nivel. Las personas con este grado de discapacidad intelectual tienen principalmente un retraso en el campo cognitivo y una leve afectación en el sensorio-motor. Las capacidades de aprendizaje están ligeramente atrasadas, pero pueden permanecer en el sistema educativo, formarse y ejercer una actividad profesional adecuadamente. Son

capaces de leer, escribir y realizar cálculos, si bien suelen requerir un periodo de aprendizaje más largo que otros. De hecho, es posible que durante preescolar no se observen grandes diferencias con sus semejantes. Se pueden observar algunos problemas en la memoria, las funciones ejecutivas y el pensamiento abstracto. Sus habilidades comunicativas y sociales pueden ser buenas, si bien suelen mostrar alguna dificultad para detectar señales sociales y regular sus emociones y comportamiento. Se trata de personas autónomas en su mayoría, precisando de orientación social en situaciones concretas, y ayuda en temas legales, económicos o la crianza de hijos. Si bien necesitan de apoyos, su adaptación al medio es normalmente satisfactoria. (Castillero, 2018).

Nivel moderado. En este nivel las dificultades son mayores, las personas con un grado moderado de discapacidad intelectual suelen reflejar un CI de entre 35-50. A nivel educativo suelen poder beneficiarse de formación laboral concreta, generalmente de cara a realizar trabajos poco cualificados y con supervisión. Pueden tener autonomía en el autocuidado y desplazamiento. Las habilidades conceptuales de estos sujetos se desarrollan con gran lentitud, habiendo una gran diferencia con respecto al grupo de iguales. Suelen necesitar ayuda cuando las tareas a llevar a cabo exijan procesar conceptos complejos. Su comunicación es eficiente en lo social, aunque poco compleja. El sujeto es capaz de establecer relaciones con el entorno y hacer nuevos vínculos con personas ajenas a la familia. Si bien pueden tener problemas para seguir convenciones sociales, por lo general se adaptan bien a la vida en comunidad, especialmente con supervisión. El individuo puede responsabilizarse de sus propias decisiones y participar en la vida social, aunque con ayudas y con un periodo de aprendizaje prolongado. (Castillero, 2018).

Nivel grave. Con un Cociente Intelectual de entre 20 y 35, los problemas para las personas con este nivel de discapacidad son generalmente de gran importancia, precisando de ayudas y supervisión continuada. Muchas de ellas presentan daños a nivel neurológico. A nivel

conceptual las habilidades de las personas que padecen este grado de discapacidad intelectual son reducidas, teniendo poca comprensión de la lectura y conceptos numéricos. Comunicacionalmente el lenguaje es posible, pero está limitado, centrándose en el presente y siendo frecuente que emplean holofrases o palabras sueltas. Comprenden comunicación gestual y oral sencilla, siendo la relación con seres queridos fuente de alegría.

En las actividades del día a día estos sujetos necesitan siempre ser supervisados y cuidados, dependiendo de ayudas y custodios. Pueden aprender a hablar y realizar tareas simples. Su adaptación a la comunidad puede ser buena a menos que tengan alguna otra discapacidad asociada. Adquirir habilidades es posible, necesitando ayuda constante y un largo proceso de aprendizaje. Algunos de ellos se autolesionan. A nivel legal se les considera incapaces de tomar sus propias decisiones (Castillero, 2018).

Finalmente, *el nivel Profundo*, El grado más elevado de discapacidad intelectual y también el más infrecuente, las personas con este nivel de discapacidad tienen un CI inferior a 20. Necesitan ser cuidados de manera constante, teniendo muy pocas opciones a menos que gocen de un muy elevado nivel de ayuda y supervisión. Por lo general su tasa de supervivencia es baja. En su mayoría tienen grandes dificultades y otras discapacidades graves, así como grandes problemas neurológicos. A nivel conceptual estas personas tienen en cuenta principalmente conceptos físicos, padeciendo graves dificultades para emplear procesos simbólicos. El uso de objetos para el autocuidado, trabajo u ocio es posible, pero es frecuente que otras alteraciones impidan darles un uso funcional. A nivel sensoriomotor están muy limitados, así como a nivel comunicativo. En lo que se refiere al ámbito comunicacional y social pueden llegar a comprender instrucciones y gestos, pero tienen que ser sencillos y directos. La expresión emocional se da principalmente mediante la comunicación no verbal directa, sin simbolismo. Disfrutan de la relación con personas conocidas. A nivel práctico, el sujeto tendrá dependencia para la mayor parte de actividades, aunque pueden ayudar en algunas

actividades, posibilitando que participen en la vida cotidiana del hogar y la sociedad. (Castillero, 2018).

Una vez clarificado el término de discapacidad y enfatizar la investigación en la categoría cognitiva, es importante explicar que la sexualidad para este tipo de población según lo planteado por García (2011) «no designa solamente —como explican Laplanche y Pontalis las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica exclusivamente. Para estas personas, la sexualidad tiene relación con la identidad y con el deseo y no tanto con la práctica. “La expresión de la sexualidad de las personas con discapacidad depende de la fuerza y de la forma de su identidad que, al mismo tiempo, depende del lugar que la sociedad les otorga y de la expectativa que se tiene de ellos” (García, 2011).

Según el Ministerio de Educación (2007) como todos los individuos, “las personas con discapacidad poseen un cuerpo sexuado que experimenta sensaciones, emociones, deseos, erotismo y placer; y que se relaciona con otros construyendo en el transcurso de su vida su identidad como hombre o mujer”. Actualmente, las personas con discapacidad también pueden amar y ser amadas y experimentar una vida sexual satisfactoria, ya que es falso que este tipo de personas no tienen interés en lo erótico, que no son atractivas para otros, y que, por lo tanto, deben relacionarse entre ellas y no con otros sujetos “normales”.

Según el ICBF y la Secretaria Distrital de Integración Social, el funcionamiento de una persona con discapacidad cognitiva relaciona las capacidades con el entorno, pues cada niño o niña actúa acorde con sus posibilidades en su ambiente determinado. Por lo tanto, se puede decir que el entorno se convierte en una barrera si no ofrece oportunidades de aprendizaje o hay descuido; o se convierte en un facilitador (por los apoyos, estimulación, recursos) en la

medida en que aporta a los procesos de desarrollo del niño o niña. La evaluación de la discapacidad cognitiva involucra cinco aspectos que son:

- Las habilidades intelectuales: memoria, percepción, imitación, atención y solución de problemas.
- Las habilidades para desempeñarse en la vida cotidiana: bañarse, vestirse y comer solo.
- Las habilidades sociales: expresión de afecto, relaciones y participación.
- La salud física: nutrición, salud oral, salud visual y salud auditiva.
- El contexto: el apoyo de la familia en los procesos de aprendizaje, un ambiente escolar y recreativo que respete las diferencias, gustos, habilidades, entre otros.

Por consiguiente, es importante aclarar algunas características de la sexualidad en esta población, según el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2017) la salud sexual y reproductiva en las personas con discapacidad intelectual depende de factores como el grado de severidad de la enfermedad, si presentan limitaciones en la comunicación, autocuidado, las actividades sociales y de la vida diaria, ya que estos determinarían las necesidades específicas de acompañamiento en educación en salud sexual, pues su capacidad para comprender su entorno es más lenta y en muchos casos requieren de la ayuda de las personas que los rodean.

Ahora bien, como parte fundamental de la sexualidad en los seres humanos se encuentran los holones sexuales son entendidos como los subsistemas de la sexualidad, conceptos que se aplican de manera vertical, es decir, que pueden aplicarse a diversas metodologías de estudios tales como antropológica, sociológica, psicológica y biológica, entre otras (Quevedo, 2011). Se caracterizan por la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro subsistemas sexuales, la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal (Lamas, 2001 citado de Rubio, 1994).

De esta forma, la sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir; los componentes de la sexualidad están presentes desde el nacimiento y tal vez desde mucho antes de nacer, permitiendo la construcción e integración con el entorno, pero desde luego, la forma en la que están presentes no es la misma en pequeños, en adultos o en personas con discapacidad cognitiva, porque la convivencia social, la transmisión de reglas culturales y las experiencias internas del individuo van teniendo significados diferentes y dando un sentido e integración a la sexualidad individual. (Quevedo, 2011).

De esta forma, para Lamas (2001) el holón de género enmarca un conjunto de ideas, actitudes, valores y emociones que permiten diferenciar entre las categorías dimórficas de lo masculino y lo femenino, y es allí donde interviene lo relacionado con los roles y los estereotipos creados por la sociedad, determinando que las ideas que se comparten socialmente al respecto, están contempladas por el nivel socio-cultural y las expectativas que se generan a través de los entornos. Lo que a nivel cultural se piensa sobre ser mujer o ser hombre se verá reflejado inevitablemente en la manera como los miembros de esa sociedad construyen sus masculinidades y feminidades. Por tal razón, el holón del género es seguramente el que más rápidamente se desarrolla en la vida y evidentemente va a funcionar como punto de referencia en el desarrollo de los otros holones sexuales (Asociación Mexicana para la Salud Sexual A.C., 2016).

En cuanto a erotismo Lamas (2001) dice que es un proceso humano entorno al gusto por la excitación sexual, el orgasmo y sus resultantes en la calidad placentera de las vivencias, así como también en las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. Por consiguiente, el holón del erotismo es expresado por parte de los individuos cuando inicia con manifestaciones de conductas sexuales o erótica hacia los demás congéneres experimentado placer. En las etapas tempranas del desarrollo humano, la construcción del erotismo se da partir

de la capacidad de sentir sensaciones corporales agradables, tomando como referencia la potencialidad de sentir placer sexual, emociones, fantasías, excitación, estimulaciones de los genitales, como tal una respuesta natural en el organismo, integrándose de forma implícita en la sexualidad y el resto de la vida (AMSSAC, 2016).

Según Lamas (2001) cabe decir que, la reproductividad como posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares más no idénticos a quienes los produjeron, se considera el resultado evolucionario de mayor trascendencia, con el objetivo de replicar las mismas construcciones mentales de producción que sus predecesores. Desde luego, el tema de la reproductividad está identificado de inmediato con la condición biológica y es en ese nivel en el que generalmente se estudia, sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que presenta manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia y no se limita solo al evento biológico de la concepción, embarazo y parto, sino que puede expresarse a través de la maternidad y paternidad en adopción o bien, a través del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción del ser humano (AMSSAC, 2016).

De acuerdo con el modelo holónico de la sexualidad humana, ninguna consideración sobre lo sexual puede estar completa sin incluir el plano de las vinculaciones efectivas entre los seres humanos, por tal razón el holón de vinculación afectiva interpersonal comprende “La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos”. A partir de allí se establece que la forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Se entiende por amor tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, hasta el punto de sentirla indispensable para la vida, y así mismo como el supremo acto de ofrecer la vida por ese otro, de esta forma se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como al dolor que experimentamos cuando nos abandona, causando afectos y sensaciones intensas (AMSSAC, 2016).

De acuerdo con Díaz, Gil, Morell, Salmerón y Ruiz (2016) diversos estudios revelan en la actualidad que la sexualidad está profundamente influenciada por las actitudes hacia la misma, las cuales se elaboran y mantienen por la influencia de la familia, los amigos, los grupos de referencia, la sociedad y la cultura, que muchas veces enmarcan adopción de comportamientos sexuales de riesgo. Y estas actitudes hacia la sexualidad, han estado siempre relacionadas con la moral predominante en cada época.

Por otra parte, para Castro (2001) un individuo con deficiencia mental es aquel incapaz de llevar a cabo una adaptación social independiente, debido a un desarrollo mental incompleto, por déficit en la conducta adaptativa, es decir, en la competencia social, y con manifestaciones a través de su periodo evolutivo. Ahora bien, según Ballester (2005) reporta que la sexualidad del deficiente mental es un asunto complicado. Si a menudo no es fácil tratar el tema de la sexualidad, se hace mucho más complejo en el caso de las personas con deficiencia mental. La presencia de la sexualidad en este segmento de la población ha sido vista como un problema más que como un atributo humano.

López (2002) citado por (Ballester, 2005) indica que las personas cuentan con un abanico de emociones que permite expresar todos los sentimientos de mil formas. Se siente la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados, etc. La necesidad de contacto corporal es resuelta con los padres y madres, durante la infancia, con los amigos y la pareja durante la vida adulta y la vejez. La necesidad específica de intimidad sexual se resuelve a partir de un vínculo que se establezca con una pareja.

Así mismo, las personas con discapacidad cognitiva, que son frecuentemente más táctiles o menos reprimidas en relación al contacto corporal, parece que tienden a resolver esta necesidad con los padres o las personas que los cuidan. Para De la Cruz y Cabezón (2006) la familia es el primer contexto socializador por excelencia, y el entorno natural en donde los miembros que la forman evolucionan y se desarrollan a nivel afectivo, físico, intelectual y

social, por ende, en este contexto se debería tener la principal herramienta para la educación sexual. Sin embargo, es frecuente que no puedan resolver sus necesidades sexuales. Con frecuencia, el único recurso es el de la masturbación; un recurso que les permite disfrutar del placer pero que no puede satisfacer la necesidad de contacto e intimidad sexual con otras personas.

Según Ballester (2005) las limitaciones propias del retraso mental, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos en los que interactuar, hacen difícil que las personas discapacitadas tengan una verdadera vida interpersonal. También, según si algunos comportamientos sexuales son realizados por hombres, mujeres, homosexuales, personas con discapacidad cognitiva etc., estos son valorados de manera diferente. Por ejemplo, las personas con discapacidad cognitiva han sido tradicionalmente consideradas como personas que no cuentan con la capacidad de expresar libremente su sexualidad, mantener relaciones afectivo-sexuales o vivir en pareja (Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero, 2014) sin embargo, existen algunos estudios que describen las actitudes que las personas con discapacidad cognitiva tienen hacia la sexualidad y poco a poco va aumentando el reconocimiento de su sexualidad por parte de la población general.

Entre estos estudios se encuentra el realizado por Díaz et al. (2016) con 729 personas divididas en dos subgrupos, 360 personas con discapacidad cognitiva y 369 personas sin discapacidad cognitiva, donde encontraron que la población general presenta actitudes más liberales hacia la sexualidad que las personas con discapacidad cognitiva, por otra parte, las personas con discapacidad intelectual evidencian una mayor prevalencia con relación a las actitudes sexuales liberales hacia las relaciones sexuales prematrimoniales consentidas por ambas partes o hacia la homosexualidad, pero presenta actitudes sexuales más conservadoras en relación a las zonas nudistas, la educación sexual o al consumo de pornografía.

En otro estudio realizado por Gil, Díaz, Ceccato, Ballester y Giménez (2014) en el que participaron 78 personas adultas (50% hombres y 50% mujeres) de entre 18 y 55 años con discapacidad cognitiva leve (53.3%) o moderada (46.2%) beneficiarias de algún tipo de recurso asistencial, casi la totalidad de la muestra manifiesta tener una relación sentimental con otra persona en el momento de la investigación y el mayor porcentaje de personas que no habían mantenido ninguna relación sentimental corresponde con las mujeres; encontraron que la masturbación es la conducta sexual más realizada, presentándose con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, todos los hombres y mujeres del estudio habían compartido en algún momento de su vida besos y caricias con otras personas, el comportamiento más practicado por los hombres es el sexo vaginal seguido del sexo oral; en el grado de conocimiento de las prácticas sexuales, los resultados mostraron que las mujeres tenían mayor conocimiento en comparación con los hombres, quienes muestran un nivel más bajo de conocimientos sexuales; con relación a la orientación sexual, las mujeres mostraban en mayor medida haber tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo y en los hombres eran más frecuentes las prácticas sexuales con personas de distinto sexo.

La masturbación es la principal expresión sexual y el medio de alivio disponible para muchas personas con discapacidad intelectual. Esto a menudo se considera un problema, pero es una experiencia normal y natural para mujeres y hombres de todas las edades. Sin embargo, pueden surgir varias dificultades. Surgen incluyendo: 1. Masturbación en lugares públicos. 2. Masturbación muy frecuente o prolongada, a menudo sin clímax. 3. Prácticas que pueden causar lesiones. (Eastgate, 2008).

Además, Martínez, López, Charles, Tuero y Mullet (2011) realizaron un estudio acerca de los juicios de aceptabilidad hacia las relaciones sexuales de las personas con discapacidad cognitiva en mexicanos, en 300 personas (198 mujeres y 102 hombres), este estudio se hizo sobre 64 escenarios de intimidad sexual, entre una persona con discapacidad cognitiva y otra

que no necesariamente tenía la misma discapacidad, allí se evidenció que los factores anticoncepción, autonomía y edad de la pareja, fueron significativos para los participantes, teniendo mayor relevancia entre estos tres, la anticoncepción. A su vez, un porcentaje mayor de adultos parece tener menor aceptación hacia la sexualidad de las personas con discapacidad cognitiva en comparación con los jóvenes.

Por otro lado, de acuerdo a lo planteado por el Ministerio de Educación de Chile (2007) los niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual, se caracterizan porque tienden a ser más desinhibidos/as en la forma de iniciar y llevar a cabo la exploración del cuerpo y los que tienen más dificultades para integrar racionalmente la información que se les entrega, presentan rasgos más exacerbados y con dificultades para establecer límites respecto de los lugares y oportunidades en que cabe realizar estas indagaciones. Experimentan con mucha 'normalidad' la aparición y maduración del interés sexual. Los códigos con los cuales enfrentan su experiencia erótica o amorosa ocurren más desde la naturalidad de los episodios, que desde categorías que las califiquen como buenas o malas conductas.

Las personas con discapacidad intelectual funcionan desde la espontaneidad, el juego y la realización, pero no son capaces de discriminar conductas riesgosas a trasgresoras de su intimidad o la de otros u otras. La dificultad para poner límites los vuelve vulnerables, tanto entre pares como potencialmente respecto de otros u otras que puedan vincularse con su cuerpo. (Ministerio de Educación, Santiago de Chile, 2007).

Las personas con discapacidad tienen iguales derechos a la hora de explorar su sexualidad, que tengan algún tipo de discapacidad no significa que no sean capaces de experimentar deseo o placer frente a alguien.

El 13 de diciembre del 2006, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobó la "Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad", primer gran tratado de Derechos Humanos que se realiza en el siglo XXI, que pretendía dejar atrás las

prácticas discriminatorias que sufren las personas con discapacidad. Este tratado viene a llenar un vacío en el marco de las normas internacionales de derechos humanos, detallando en sus artículos los derechos de las personas con discapacidad, que comprenden, entre otros, los derechos civiles y políticos, la accesibilidad, la participación y la inclusión, el derecho a la educación, la salud, el trabajo y la protección social. Los gobiernos que firman este tratado, estarán obligados legalmente a tratar a las personas con discapacidades, “no sólo como víctimas o como una minoría, sino como sujetos de derecho, protegidos por leyes vinculantes”. (Ministerio de Educación, Santiago de Chile, 2007).

Las personas con discapacidad intelectual han pertenecido a una de las minorías a las que se le ha negado toda posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales, para muchos lo ideal estaba en controlar, conseguir que no se despertaran sus manifestaciones y necesidades sexuales, llegando a reprimirlas de tal forma que en términos educativos no se abordará el tema (Rodríguez, López, Morentin, y Arias, 2006).

De esta manera las creencias extendidas que se tienen sobre las personas con discapacidad intelectual tales como su falta de interés afectivo y sexual, han llevado a que se rotulen como seres asexuados, considerados así por su falta de autocontrol en la expresión de sus deseos o necesidades (Rojas, Haya, y Lázaro, 2015). Sin embargo, Caricote (2012) hace énfasis en la necesidad primordial de crear espacios que garanticen una información y educación necesaria y confiable en el ámbito de lo afectivo y de la sexualidad.

En este punto cabe aclarar que, la Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como “la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y que trae como consecuencia una minusvalía en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social”. De tal manera que la discapacidad es la consecuencia de una deficiencia o disminución en algún área determinada, ya sea intelectual, física o afectivo-emocional por lo que el uso de este término reconoce que

todos los individuos con discapacidades tienen mucho que contribuir a la sociedad (Caricote, 2012).

Las consecuencias de la discapacidad no solo dependen de la forma y profundidad con que alteran la adaptación del individuo al medio, sino también las limitaciones que la sociedad les coloca para desenvolverse en ella. Por ello, es importante analizar el grado de la discapacidad si es leve, moderada, severa o muy severa, en relación cuantitativa con la disminución o alteración funcional, también su evolución si es progresiva, estacionaria o regresiva según el caso, sobre todo si es congénita o adquirida, puesto que las consecuencias en uno u otro caso han de ser diferentes, como lo serán también las reacciones psicológicas del individuo y su entorno familiar (Caricote, 2012).

Así mismo, es importante conocer que la Organización Mundial de la Salud, definió la sexualidad como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual de tal forma que se dignifica positivamente y que mejora aspectos tan relevantes como la personalidad, la comunicación y el amor. De esta forma se puede decir que la sexualidad permite y hace parte de la convivencia y rescata el amor entre las personas e impacta directamente las relaciones, la felicidad y la calidad de vida de hombres y mujeres (Caricote, 2012).

Como puede apreciarse, la sexualidad va más allá de la simple genitalidad o de los aspectos biológicos que anteceden a una relación, esto debido a que incluye el amor, la afectividad, corporeidad, la búsqueda del placer y hasta lo lúdico; permitiendo así establecer relaciones con los otros, ya que toda persona nace, se forma y se desenvuelve en la relación formativa y creativa con otra persona (Caricote, 2012).

Sin embargo, para González (2016) las personas con discapacidad intelectual tienen problemas para expresar sus sentimientos y deseos sexuales por los demás, esto por diversos motivos, dentro de ello se encuentra el temor a la reacción de sus familiares y tutores. Desde

la mirada de los adolescentes con discapacidad intelectual, se puede decir que la falta de privacidad e intimidad es el elemento limitador de su desarrollo sexual, siendo así la familia las encargadas de controlar este tipo de situaciones generando una orientación adecuada.

En base a lo anterior, Polanco y Martín (2017) parten de las barreras de la poca o nula información hacia los conocimientos en temas de sexualidad, en donde muchas veces las actitudes son discriminatorias y las prácticas familiares cuestionan las capacidades de las personas con discapacidad e impiden el ejercicio pleno de la salud sexual y reproductiva. Debido a este desconocimiento muchas familias e instituciones educativas no prevén que estas personas pueden estar en riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o tener un embarazo no deseado; incluso se desestima que estén expuestas al riesgo de un abuso sexual (Bárcena, Guevara, y Álvarez, 2017).

No obstante, los problemas derivados de la falta de educación sexual en personas con discapacidad cognitiva hacen parte de la infantilización que le dan los padres o educadores a estas personas en las etapas de desarrollo biológico (adolescencia), esto debido a que se sienten incomodidad o temen enfrentar la situación potenciando la necesidad sexual y la dependencia que esta pueda generar; dejándola aislada y desprotegida a la persona con su desarrollo sexual. (Varas, 2010).

La Encuesta mundial sobre VIH-SIDA y discapacidad efectuada por la Universidad de Yale para el Banco Mundial (World Bank, 2009), reporta que las personas que viven en condición de discapacidad cognitiva mantienen una vida sexual activa y con un mayor nivel de exposición a factores de riesgo. Según Varas, (2010) al llegar la pubertad, la familia se preocupa por las posibles consecuencias y repercusiones de la sexualidad en general y de la procreación en particular, atribuyéndole a la persona con la discapacidad cognitiva una falta de capacidad para tomar decisiones adecuadas en estos aspectos.

De acuerdo con Bárcena, et al. (2017) Las características de los jóvenes que están iniciando una etapa de exploración sexual y cambios físicos, alertan a los padres para que puedan tener la necesidad de hablar con ellos sobre temas de sexualidad; además, según el tipo de discapacidad cognitiva y el nivel educativo, puede permitir una conversación abierta, en donde los padres y madres también deben tener un conocimiento adecuado para no mal informar los temas de sexualidad. Porque el desarrollo de la sexualidad en las personas con discapacidad cognitiva, no es diferente al de personas sin discapacidad (Varas, 2010).

Según Bascuñán y Paredes (2015) tomado de Gómez (2009, p.24) (sic) "El reto ante la sexualidad consiste en perderle el miedo, sin perder de vista los riesgos. La cuestión se plantea de la siguiente manera: ¿hasta dónde podría llegar en su sexualidad mi hijo(a) con discapacidad, en función de su propia discapacidad y en función de sus propias necesidades?".

Con referencia a estudios que aborden la comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos con discapacidad cognitiva, son escasos, parten de una metodología cualitativa, que no permite conocer de manera general las características sociodemográficas de padres e hijos que intervienen en este diálogo; es allí donde es importante tener en cuenta el tipo y origen de la discapacidad de la persona, así como la forma de comunicación, puesto que esto puede tener implicaciones importantes en la comunicación sobre sexualidad que establecen (Bárcena et al., 2017).

En una persona con discapacidad cognitiva no se reconocen estos aspectos y cuando es niño, se le priva de muchas cosas y cuando es adolescente, no es reconocido en sus necesidades porque las manifestaciones eróticas son percibidas como anormalidades o son fuentes de preocupación y de alarma para los padres/madres que se llenan de culpabilidad y ansiedad. A este respecto, muchos padres/madres, reprimen la experiencia sexual de su hijo/a distrayéndolos, alejándolos de hechos o informaciones que podrían estimular su impulso sexual. (Caricote, 2012).

Tomando en cuenta lo anterior, Caricote (2012) manifiesta que los adolescentes con retraso leve pueden llegar a tener una sexualidad muy “normalizada” pudiendo formar una familia y tener hijos, aunque necesitan ayuda para la educación de sus hijos. Las personas con discapacidad cognitiva leve pueden aprender los contenidos básicos de la educación sexual y llegar a protegerse de las prácticas de riesgo.

Según el Unicef (2012) muchas veces se cree que las personas con discapacidad no corren riesgo de ser agredidas sexualmente. Sin embargo, la realidad es la contraria: las personas con discapacidad se encuentran más propensas a sufrir abusos sexuales y tienen menos posibilidades de conseguir ayuda y protección. La prevalencia de abuso parece ser más elevada que en la población en general, aunque la frecuencia real del problema se desconoce, entre otros motivos, por la tasa tan baja de denuncias existentes. En el caso de los niños, el riesgo de abuso se duplica en comparación con sus pares sin discapacidad. Los niños con retraso mental sufren con mucha más frecuencia estos abusos, especialmente entre edades comprendidas entre los 6 y 11 años. El riesgo ante estos abusos aumenta de forma importante en la adolescencia y continúa en la vida adulta. (Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

Todos los niños y niñas con discapacidad según el Unicef (2012) necesitan informarse acerca de las relaciones sexuales, las formas de prevenir un embarazo y las infecciones de transmisión sexual. En relación con el embarazo, es necesario explicarles cómo funciona el cuerpo del hombre y de la mujer, en qué consiste la fertilidad y de qué manera queda embarazada una mujer. Es muy importante brindarles información sobre las infecciones de transmisión sexual y las formas de prevenirlas. Para ello, es bueno que estén familiarizados con los diferentes métodos anticonceptivos y conozcan cómo pedir ayuda (en caso de necesitarla) para utilizarlos adecuadamente.

De acuerdo a lo planteado por la Unicef (2012) los niños y niñas con discapacidad también son vulnerables al abuso sexual. Puede ocurrir que, por su aislamiento, sus dificultades

para comprender las intenciones de otro o su baja autoestima, se vean inducidos o coaccionados a realizar prácticas sexuales. Muchas veces, los niños simplemente no saben cómo decir que no, escapar de una situación comprometida o defenderse de algo que no quieren hacer. Es muy importante enseñarles a reconocer aquello que no les gusta o les hace sentir mal y a no tener miedo a decir que no.

En los últimos años algunos estudios inciden en la enorme vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual (DI) a ser víctimas de abusos. Esta evidencia genera una enorme preocupación en sus familias. Tras la revisión de la literatura internacional en lo referido a los factores que pueden llevar a que una persona sea más vulnerable a los abusos se destacan los siguientes: Tener discapacidad, ser mujer, ser menor de edad, existir una dependencia física, psíquica o emocional, falta de recursos económicos: nivel socioeconómico bajo, relaciones de dependencia y sumisión hacia el cuidador principal, falta de formación y de acceso a la información, antecedentes de abusos o historia de violencia en la familia o entorno de convivencia, falta de accesibilidad en el entorno comunitario, falta de intimidad y aislamiento. (Reclo, Galindo, Cendra, Alemany, Villaró y Martorell, 2006).

A su vez, Nyokangi y Phasha (2015) realizaron un estudio sobre los factores que contribuyen la violencia sexual en escuelas para estudiantes con discapacidad intelectual leve en Sudáfrica. Los datos se recopilaron mediante grupos focales y entrevistas individuales con 16 alumnos con discapacidad intelectual leve en dos escuelas especiales de Sudáfrica. Esto fue seguido por entrevistas individuales con la enfermera de la escuela y el trabajador social, y un análisis de los libros de incidentes de las escuelas. En este estudio, hallaron que los factores que contribuyen a la violencia sexual en las escuelas para estudiantes con discapacidad intelectual leve incluyen: (1) presión de los compañeros, (2) ocultamiento de incidentes de violencia sexual denunciados, (3) áreas no supervisadas vinculadas a las escuelas y (4) relaciones concertadas. También, se presentan las siguientes sugerencias: (1) programas de

sensibilización, (2) sensibilización de los docentes sobre las consecuencias y prevención de la violencia sexual, (3) límites dentro de los cuales se produce la relación arreglada, (4) intensificación de la educación en sexualidad y (5) Supervisión alrededor de las instalaciones del colegio.

De acuerdo a lo planteado por Verlinden, K., Scharmanski, S., Urbann, K., & Bienstein, P. (2016) en la vida diaria, las personas con discapacidad dependen en gran medida del apoyo y el cuidado de otras personas, lo que generalmente implica relaciones claras de dependencia del poder, lo que parece exponerlos a un mayor riesgo de abuso sexual.

El comportamiento sexual de los adolescentes con discapacidad no suele discutirse. Según Isler, A., Fatma, T., Beytut, D., & Conk, Z. (2009) más de la mitad de las adolescentes describieron el sexo como beso y contacto íntimo. Las familias y los maestros explicaron que solo las parejas casadas tienen relaciones sexuales. Entonces, la mitad de los niños y niñas piensan que solo las parejas casadas tienen relaciones sexuales. Solo el 3.3% de los adolescentes en este grupo de estudio informaron haber tenido relaciones sexuales, y estos solo eran hombres. A pesar de que el 3,3% de los niños tenían experiencia sexual, la mitad de los niños de este grupo de estudio mencionaron que todos los adolescentes pueden tener relaciones sexuales. Particularmente en este grupo, se debe tener cuidado para evitar el abuso sexual, el embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual.

Los adolescentes que participaron en el estudio querían obtener información sobre anticonceptivos, órganos genitales masculinos y femeninos, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, masturbación, menstruación e higiene de la menstruación.

La Organización Mundial de la Salud describió las enfermedades de transmisión sexual, la higiene, el abuso sexual y el embarazo no planificado como problemas de salud social. Por lo tanto, se ha sugerido determinar enfoques convenientes para desarrollar la salud sexual de todos los adolescentes Isler, A., Fatma, T., Beytut, D., & Conk, Z. (2009).

El abuso sexual es uno de los tipos de abuso más importantes en adolescentes con discapacidad. Debido a la falta de juicio y evaluación, pueden aceptar una propuesta de relación sexual sin entender que están siendo explotados por abuso sexual. Los estudios muestran que los adolescentes con discapacidades que no tienen suficiente educación sexual no entienden más que los adolescentes sin discapacidades. Cuando se preguntó a los adolescentes que participaban en este estudio si alguien ("extraño") le había tocado o no sus órganos genitales sin su solicitud, 20 de ellos respondieron "sí". Es considerablemente importante que los adolescentes con discapacidades sean educados acerca de sus cuerpos para disminuir el potencial de abuso sexual.

Según un estudio realizado por Navarro, Torrico, y López (2010) en la Universidad de Huelva; donde se evaluaron los resultados de la aplicación de un programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual, aplicada a 37 personas (17 hombres y 20 mujeres), la edad entre los 17 y 36 años, y, 27 están diagnosticados de retraso mental leve y 10 personas de retraso mental moderado. Este estudio se realizó en las siguientes fases: Primera evaluación (pre intervención), aplicación del programa de educación sexual (intervención) y segunda evaluación (post-intervención). En cuanto al programa de intervención elaborado para personas con discapacidad intelectual, fue una adaptación del programa Harimaguada, en el cual se realizaron 40 actividades, todas adaptadas al nivel de comprensión de este tipo de personas, generando materiales didácticos específicos también adaptados a sus necesidades. Se tomaron en cuenta temas como: respuesta sexual humana y disfunciones sexuales, fecundación, embarazo y parto, anticoncepción y aborto, E.T.S. y sida, relaciones interpersonales, orientación del deseo, comercialización y violencia sexual. Los resultados de este estudio, muestran que la educación sexual de las personas con discapacidad intelectual está cobrando relevancia en los últimos años, debido a que las chicas y los chicos están cada vez más integrados en una sociedad en la que el sexo ocupa un lugar importante, en los medios de

comunicación y en la publicidad. Por otro lado, se evidenció que en variables como conocimientos sobre el SIDA y conocimientos sobre el Programa de intervención, se presentó una mejora significativa en la adquisición de conocimientos.

Otro de los resultados estadísticamente significativos, corresponde al incremento de la consideración del preservativo como el mejor método para la prevención de embarazos y ETS, en comparación con los resultados obtenidos en la pre-intervención, donde se prefería optar por el coito interrumpido como método de planificación. En cuanto a las prácticas de masturbación y la frecuencia de las relaciones sexuales, no se mostró ninguna modificación.

Así mismo, un estudio donde se evaluó la efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable de mujeres con discapacidad intelectual, (Muñoz, Peña, Rodríguez, y Arévalo, 2016) a 114 mujeres con discapacidad intelectual, ligera o moderada, diagnosticadas en el Centro de Diagnóstico y Orientación. La investigación se estructuró en tres etapas: diagnóstica, de intervención y de evaluación. El programa educativo fue diseñado por departamento de educación y promoción de salud de la institución donde participaron psicólogos y sexólogos en su validación, una vez diseñado se sometió primero a la consideración individual del comité de expertos, consejo científico y al consenso colectivo, para iniciar su aplicación. Los resultados muestran la baja percepción que tenían las mujeres sobre el uso y ventajas de los métodos anticonceptivos, y, del cambio frecuente de pareja, los cuales, son factores que influyen en el incremento de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo, así como los desórdenes en la sexualidad. Por lo tanto, la aplicación del programa educativo fue efectivo al mejorar el nivel de conocimientos sobre sexualidad responsable y lograr estabilidad de la pareja sexual de las mujeres con discapacidad intelectual.

Una de las características comunes de estos estudios es, que tanto autores como Navarro, Torrico, y López (2010) como Muñoz, Peña, Rodríguez, y Arévalo (2016) argumentan que una de las dificultades encontradas para la realización de este trabajo fue los

pocos estudios sobre educación sexual y programas de intervención realizados, ya que no existen investigaciones científicas relacionadas con la sexualidad de personas con discapacidad intelectual.

Cabe resaltar que según un estudio realizado en Chile por el ministerio de educación (2007), se creó un protocolo que sustenta la importancia de la educación sexual en personas con discapacidad, en donde principalmente se destaca que es importante porque son personas sexuadas que:

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

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

- Su cuerpo tiene capacidad de sentir y de excitarse.

- Piensan y tienen ilusiones.

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

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

Así mismo las personas con discapacidad intelectual tienen un aprendizaje sexual más limitado ya que:

- Tienen oportunidades de socialización mucho más escasas y sus contactos sociales son reducidos, por lo tanto, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales, que son particularmente importantes en la adolescencia.

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe resaltar que las educaciones sexuales para personas con discapacidad tienen objetivos claros como asegurar que las personas con discapacidad intelectual estén protegidas y se auto protejan de los riesgos asociados a la actividad sexual, llevar a cabo programas de educación afectiva y sexual –formulado desde el punto de vista de los tutores y educadores, y adquirir educación afectiva y sexual desde el punto de vista de las personas con discapacidad intelectual.

La prevención de la violencia se reconoce como un importante objetivo de salud pública, sin embargo, el riesgo de victimización se distribuye de manera desigual. Estudios previos han encontrado que las personas con discapacidades experimentan violencia a tasas sustancialmente más altas que las personas sin discapacidades. Esta literatura ha llamado la atención sobre importantes cuestiones de justicia penal y salud pública relacionadas con la seguridad y los derechos humanos de las personas con discapacidad.

Dembo & McKee (2018) realizaron un estudio para comparar las consecuencias psicológicas de la violencia entre hombres y mujeres con y sin discapacidad cognitiva, y encontraron que las mujeres con discapacidades son significativamente más propensas a reportar mala salud mental después de un incidente violento que las personas sin discapacidades sin importar el género. Por otro lado, los hombres con discapacidad también tienen más probabilidades de experimentar consecuencias psicológicas en comparación a los

hombres sin discapacidad. Las personas con discapacidades, en general, corren un mayor riesgo de mala salud mental, en parte debido a la adversidad social, la falta de apoyo social y la atención médica inaccesible. Además de tener un mayor riesgo de violencia en general, las personas con discapacidades experimentan tasas más altas de muchos tipos diferentes de delitos violentos, incluida la violencia de pareja, la violencia sexual y el asalto.

Los resultados del estudio sugieren que, al comparar a las personas por estado de discapacidad, las personas con discapacidad también enfrentan un nivel más alto de "vulnerabilidad situacional", experimentando una mayor prevalencia de victimización por violencia grave.

Metodología

Objetivo general del estudio

Diseñar una guía de prevención de abuso sexual y un video educativo para cuidadores, profesores e instituciones que están a cargo de personas con discapacidad cognitiva leve en la ciudad de Bogotá.

Objetivos específicos del estudio

- Identificar los principales factores de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve.
- Describir cada uno de los factores de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve.
- Plantear estrategias de prevención de abuso sexual para personas con discapacidad cognitiva leve años para cuidadores e instituciones.

Diseño

Durante el desarrollo de la presente investigación, nos basamos en el diseño transaccional descriptivo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010), ya que, a través de este, indagamos sobre los factores de riesgo de abuso sexual en las personas con

discapacidad cognitiva mediante la exploración en un momento fijo. El principal objetivo de este diseño fue recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en el momento analizado.

Los estudios descriptivos especifican las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a las que se pretende estudiar.

En este tipo de estudio, el investigador es capaz de definir, o al menos visualizar qué se medirá (Qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos. Finalmente, la descripción puede ser profunda, aunque en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno de interés.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo conveniencia, ya que la muestra estuvo conformada por voluntarios accesibles para los investigadores en función al criterio personal e intencional planteado para dicha investigación (Pimienta, 2000). Como criterios de inclusión para establecer la muestra en la investigación se tuvo en cuenta que fueran hombres y/o mujeres cuidadores de personas con discapacidad cognitiva leve que hayan sido diagnosticados por un Neurólogo, Psiquiatra o Psicólogo con discapacidad mental, y que fueran vinculados a la Fundación para el autismo y otros trastornos del desarrollo infantil “*Sexto Sentido*” en la ciudad de Bogotá.

Durante el desarrollo de la investigación fue fundamental trabajar con los padres, madres, cuidadores, profesores y personas con discapacidad cognitiva leve, ya que, en la etapa de recolección de información, estas personas brindaron mayores detalles acerca de la sexualidad de los niños, niñas y adolescentes con DC.

Lugar del proyecto

La investigación se llevó a cabo con los cuidadores y personas en condición de discapacidad cognitiva leve vinculadas a la Fundación para el autismo y otros trastornos del desarrollo infantil "*Sexto Sentido*". La Fundación Sexto Sentido, fue tomada en cuenta en la presente investigación, ya que es una entidad que brinda un servicio de intervención personalizada, dinámica, profesional y especializado a personas con autismo y otros trastornos del neurodesarrollo, sus familias y/o cuidadores, centrado en la atención de las necesidades específicas, para garantizar el bienestar, la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida de estas personas.

Instrumentos

Entrevistas semiestructuradas: Técnica utilizada en la investigación cualitativa para recolectar datos; se define como una conversación que propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Las entrevistas tienen características particulares como contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema, también sirve para tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación. (Díaz, Torruco, Martínez, y Varela, 2013). (*Ver apéndice 1*)

Encuestas: Son técnicas utilizadas como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de forma rápida y eficaz, permitiendo así realizar un análisis de los datos en una muestra de casos representativa de una población, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características específicas (Casas, Repullo y Donado, 2003). (*Ver apéndice 1*)

Aspectos éticos:

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas de la normatividad aplicada a la investigación en Psicología. Cap. 1, Artículo 25 de la Ley 1090 de 2006 del Congreso de la República, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones (Congreso de la República de Colombia, 2006). Adicionalmente, los procedimientos de esta investigación serán diseñados en conformidad con lo establecido en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud la cual contiene las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud y se refiere a la investigación en seres humanos.

Los participantes firmarán consentimientos informados, en donde expresarán de manera libre su aceptación para participar en cada fase de la investigación y si llega a ser necesario de videos o grabaciones. Se brindará la posibilidad de retirarse voluntariamente en cualquier momento de la investigación. Finalmente, se indicará a los participantes que los fines de los resultados obtenidos en la investigación tendrán un carácter netamente académico y científico.

Así mismo, con relación al consentimiento informado se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones estipuladas por el Colegio Colombiano de psicólogos (2015):

Enunciado quince. “En el caso de proyectos de investigación con menores de edad o personas con discapacidad física o mental, además del consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o de la persona con discapacidad, hacer explícita la capacidad de entendimiento, de razonamiento y lógica del menor o de dicha persona, certificada por un neurólogo, psiquiatra o psicólogo al tenor de lo dispuesto en el artículo 25 de la Resolución 8430 de 1993.”

Enunciado dieciséis. “En el caso de proyectos de investigación, contar con la firma del participante aún si este es un menor de edad o persona con discapacidad mental, cuando su

estado psicológico le permita comprender las características de la investigación, explicándole lo que se pretende hacer, al tenor de lo dispuesto en el artículo 25 de la Resolución 8430 de 1993. En el caso del menor de edad o persona con discapacidad mental, la firma de sus padres o de su representante legal.”

Procedimiento

Fase 1. Elaboración de la justificación, marco teórico y metodología del estudio de investigación: Inicialmente se realizó la búsqueda de información a través de bases de datos sobre el “*Abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva*”, cabe mencionar que fue complejo realizar la búsqueda de esta información, ya que el tema parece no ser tan estudiado y hay poca investigación sobre los programas de prevención en esta población. Sin embargo, se logró recolectar varios artículos y guías de abuso sexual en idioma español e inglés, y con base a dicha información, se empezó a construir el marco teórico de la problemática seleccionada.

Posteriormente, se realizó la justificación del trabajo y se indagó en las cifras reportadas por el DANE en el último censo, con el fin de recoger cifras y tener un aproximado de los casos evaluados, esto con el fin de tener suficientes soportes que ayuden en el sustento sobre el porqué trabajar con este tipo de población. Una vez culminado el marco teórico y la justificación, se realizó la metodología de la investigación en donde se definieron los objetivos del estudio, el diseño de investigación, los participantes, el lugar de investigación, los instrumentos, los aspectos éticos, el procedimiento a realizar y la parte del estudio de mercadeo del producto final.

Finalmente, los principales temas que se tuvieron en cuenta en la investigación y que al mismo tiempo fueron destacados en el marco teórico fueron: abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve, sexualidad, holones sexuales, factores de riesgo de abuso sexual, y los programas de prevención de abuso sexual.

Fase 2. Selección de los participantes. Los participantes seleccionados debían cumplir con el criterio de pertenecer a la Fundación Sexto Sentido, que fueran personas con discapacidad cognitiva, que pertenecieran a la ciudad de Bogotá y que tuvieran a su disposición un cuidador permanente que los acompañe durante el proceso y al mismo tiempo que estuvieran vinculados en la investigación.

Fase 3. Diseño, elaboración y validación de instrumentos. Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron entrevistas semi-estructuradas y encuestas. Dichos instrumentos fueron utilizados como herramienta para recolectar información sobre la problemática estudiada, y fueron la base para ir llevando a cabo el desarrollo de la investigación.

La encuesta constaba de 12 preguntas y una opción de comentarios y sugerencias. La encuesta fue de opción múltiple con única respuesta y también contaba con algunas preguntas abiertas que nos permitieron conocer información más específica sobre la problemática que se evaluaba. Se indagó en la encuesta sobre algunos datos sociodemográficos como la edad, el género, el estrato social, la profesión, la entidad en la que labora, las principales actividades que desarrollan y los años que llevan vinculados en la institución.

Por otro lado, la entrevista tenía preguntas abiertas y cerradas, en donde se recogieron algunos datos personales del niño, niña y adolescente y se evaluaron algunas variables como: lenguaje y comunicación, sociabilidad y adaptación, antecedentes sexuales: holón vínculo afectivo, antecedentes sexuales: holón de reproductividad, y otros aspectos dentro del contenido de sexualidad.

Fase 4. Diseño y realización del estudio de mercadeo. Antes de sacar el producto al mercado, se realizó un estudio de mercadeo de la guía de prevención de abuso sexual para personas con discapacidad cognitiva y video institucional, en este estudio se analizaron aspectos como objetivos del plan de mercadeo, análisis de los clientes, análisis de la

competencia, los principales canales de comunicación, etc. Este estudio se llevó a cabo con el fin de identificar el impacto que va a tener el producto y la influencia que tendrá en el mercado.

Para iniciar, se aplicó una encuesta (*Ver apéndice 2*) con el fin de indagar sobre las necesidades del cliente. Este instrumento se aplicará a terapeutas, psicólogos, cuidadores, profesores y demás personal que tenga contacto directo con las personas con discapacidad cognitiva que asisten a la Fundación Sexto Sentido, ya que ellos interactúan constantemente con estas personas y conocen a fondo sus principales necesidades frente a la problemática que se investiga.

Esta encuesta también se aplicará con el fin de identificar con qué frecuencia en este lugar compran Guías de prevención y videos institucionales para reducir los índices de abuso sexual en este tipo de población. Adicionalmente, también se busca mediante la encuesta, tener la opinión de los clientes, que en este caso serían la institución y los cuidadores de estas personas, en cuanto al contenido, la forma, la distribución de la información, el material que se debería utilizar, el lugar de preferencia para adquirir el producto, conocer los factores que impedirían la compra del producto, cuánto estarían dispuestos a pagar por el producto, etc.

Fase 5. Aplicación de entrevistas semiestructuradas. Luego de aplicar las encuestas en las instituciones, se realizará un trabajo conjunto con la población de personas con DC y sus respectivos cuidadores, en esta fase se dividirá la población en dos grupos: el primer grupo lo conforman las personas con discapacidad cognitiva leve, y el segundo grupo lo conforman los cuidadores y profesionales de estas personas. A cada grupo se le realizará una serie de entrevistas semiestructuradas y contestará una encuesta.

Fase 6. Resultado y análisis de entrevistas

Una vez culminadas las entrevistas y encuestas, se construyó una base de datos en Microsoft Excel 2010 y se tabularon resultados de acuerdo a las categorías que se tuvieron en cuenta en los instrumentos especificados en la fase 3. Posteriormente, se realizó el análisis de

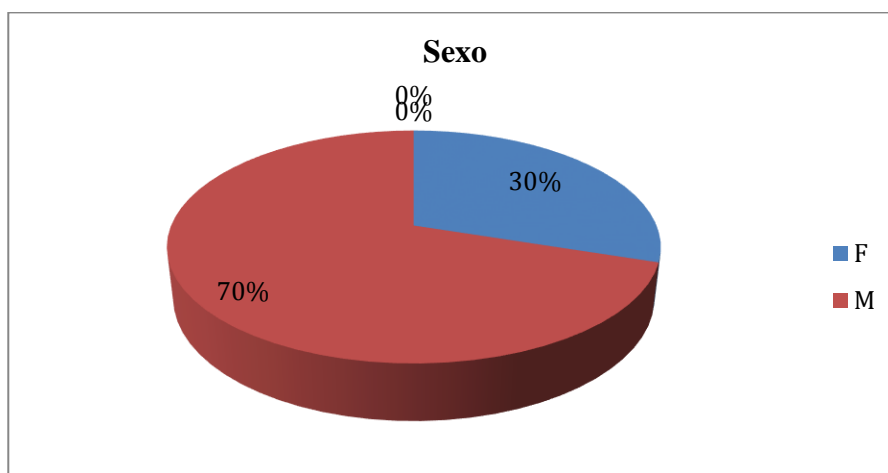
esta información y con base a esta se comenzará a plantear una propuesta para la guía de prevención y se tendrá en cuenta dicha información en el estudio de mercadeo.

Fase 7. Diseño y construcción de la Guía de prevención de abuso sexual y video institucional. De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, se diseñará y validará una guía de prevención y un video institucional dirigido a las madres, padres, cuidadores y profesores con las principales estrategias de prevención del abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve. Para ello se realizó una propuesta para el desarrollo de esta Guía la cual incluye una serie de temas para la persona con DC y para los cuidadores y profesionales. (Ver apéndice 3)

Fase 8. Elaboración del informe final del estudio. De acuerdo a los resultados obtenidos y analizados en la investigación, se realizará un informe final en donde se planteen los resultados obtenidos y el impacto del producto en las personas con DC y sus cuidadores.

Resultados

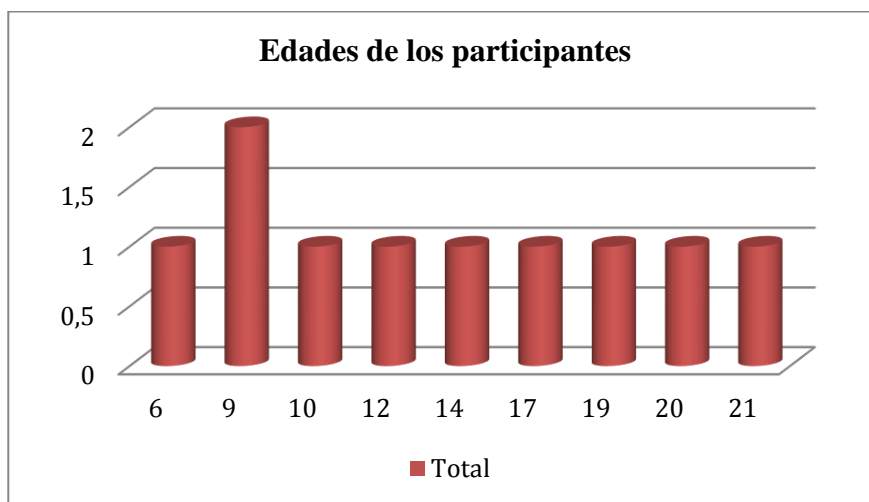
Los resultados obtenidos fueron analizados en el programa Excel, donde se realizó el análisis de la aplicación de los instrumentos a 5 profesionales (4 psicólogos y 1 fonoaudióloga) y, 4 madres y 1 padre, de NNA con discapacidad cognitiva leve.



Gráfica 1. Sexo

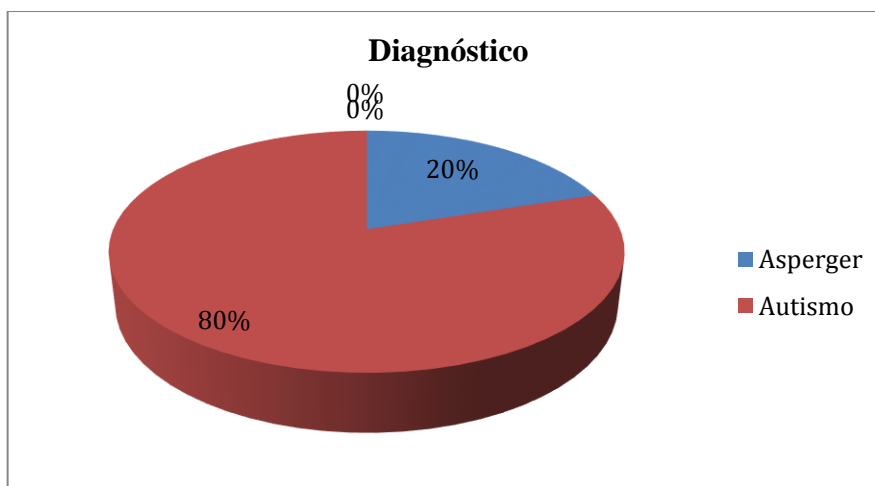
De la totalidad de participantes que se entrevistaron, el 70% de ellos corresponde a sexo masculino lo cual equivale a 7 persona y el 30% de ellos corresponde a sexo femenino, lo que

equivale a 3 personas. Esto se puede contrastar con el hecho de que como se podrá evidenciar más adelante la población con discapacidad cognitiva con la que se realizó la investigación fueron principalmente autistas y según la teoría este trastorno del neurodesarrollo impacta de una forma más predominante a hombres.



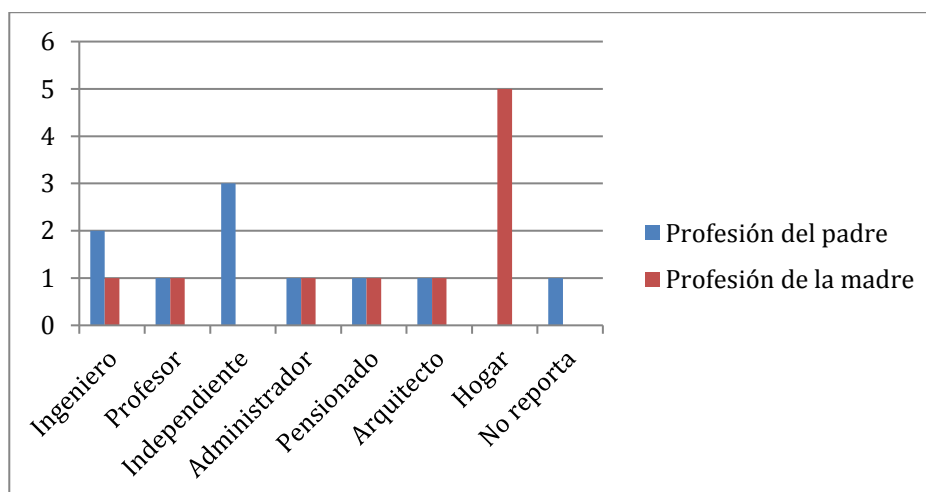
Gráfica 2. Edades de los participantes

El objetivo planteado al inicio del trabajo se centra en el trabajo con niños, niñas y adolescentes, es por esto que según la gráfica que se muestra anteriormente se puede evidenciar que la persona con menor edad de la población fue un menor de 6 años, la edad que más se repite (2 veces) es de 9 años, se encuentran también edades hacia el final de la adolescencia e inicio de la juventud temprana, con edades comprendidas entre los 19 a los 21 años, y así mismo se muestran adolescentes tempranos y tardíos con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años. Cabe destacar que en el lugar en donde se hizo la aplicación de los instrumentos trabaja con personas con trastornos del neurodesarrollo en todas las etapas del desarrollo humano, pero de los 52 pacientes que allí se encuentran el 70% de la población es principalmente joven y adulta.



Gráfica 3. Diagnóstico

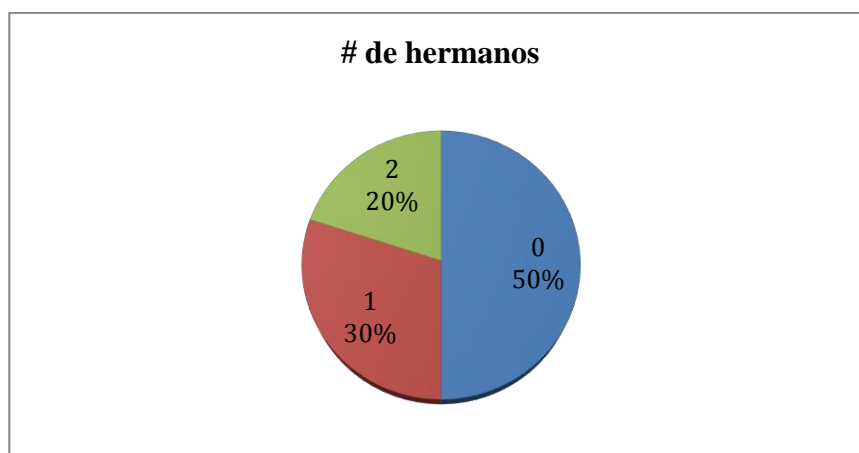
En la fundación sexto sentido se hace atención de personas con trastornos del neurodesarrollo, en donde predomina el trastorno del espectro autista, pero también se encuentran otros trastornos como Asperger, desintegrativo infantil etc... con comorbilidad con discapacidad intelectual de diferentes niveles. En la investigación participaron 8 personas con trastorno del espectro autista lo equivalente al 80% de los participantes y el 20 % de la población corresponde a población con Asperger siendo estas 2 personas en toda la población.



Gráfica 4. Profesión de los padres

En cuanto a la profesión de los padres de la población con discapacidad cognitiva leve se evidencia que en su mayoría todos son profesionales y se dedican a ejercer su profesión como quienes son ingenieros, profesores, administradores y arquitectos, también se evidencia

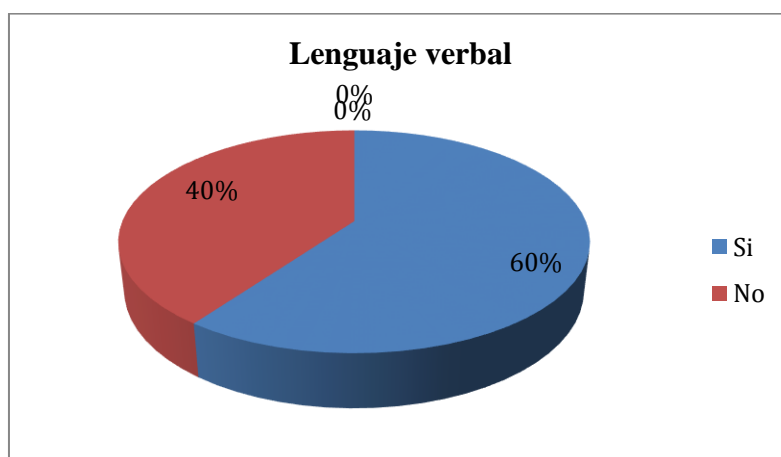
en 3 de los casos a padres que tienen como labor ser independiente; sin embargo se muestra un pico en la tabla que nos muestra que el oficio de 5 de las madres de los pacientes es estar a cargo del hogar y ninguno de los padres ejerce este oficio.



Gráfica 5. Número de hermanos

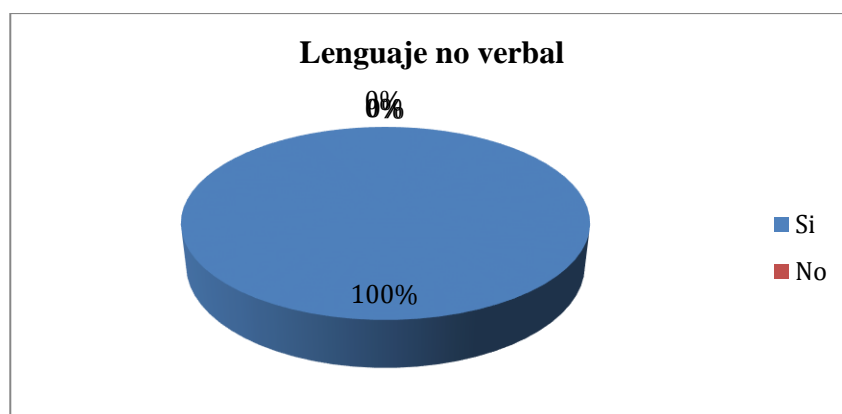
En cuanto al número de hermanos de los participantes se observa que la mitad de la población, lo equivalente a 5 personas no tienen hermanos, el 20% de la población tienen 2 hermanos y de igual forma sucede con 2 participantes que tienen 1 hermano no más. Según lo reportado por terapeutas el hecho de que la mitad de la población no tenga hermanos se da porque puede existir la posibilidad de que se vuelva a tener otro hijo con un trastorno del neurodesarrollo.

Lenguaje y comunicación



Gráfica 6. Ítem 1 lenguaje y comunicación

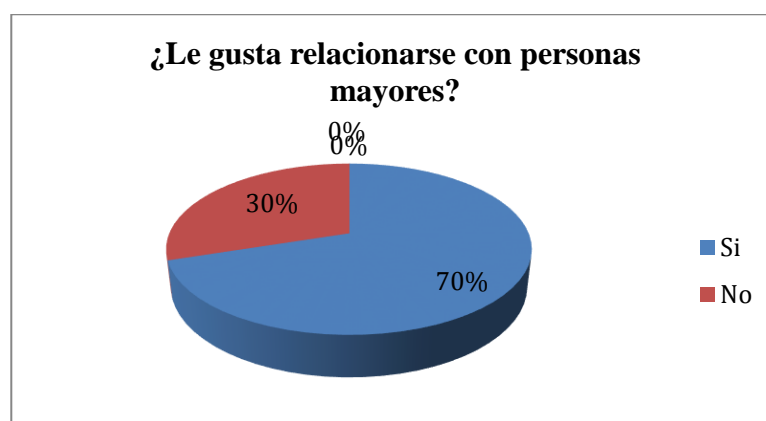
El 60% de la población que participo en la investigación, lo equivalente a 6 personas presenta un lenguaje verbal que, aunque no es completamente fluido, si existe la pronunciación de palabras y de frases cortas que permiten que se facilite la comunicación con otras personas y con pares. El otro 40% de la población no presenta lenguaje verbal, algunos de ellos presentan ausencia total de lenguaje verbal, no pueden realizar la pronunciación de ningún grafema.



Gráfica 7. Ítem 2 lenguaje y comunicación

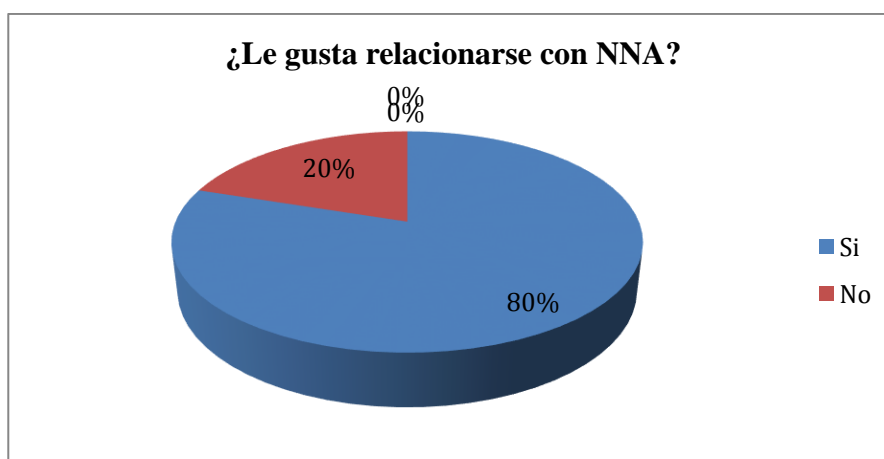
El 100% de la población que participo, lo equivalente a 10 personas presenta algún tipo de lenguaje no verbal, en algunos casos se puede dar que este lenguaje se basa en la sonrisa tras la presentación de un estímulo agradable y también en el llanto cuando no es agradable o también puede ser la forma de presentar desagrado o disgusto tras algún estímulo, evento o situación.

Sociabilidad y adaptación



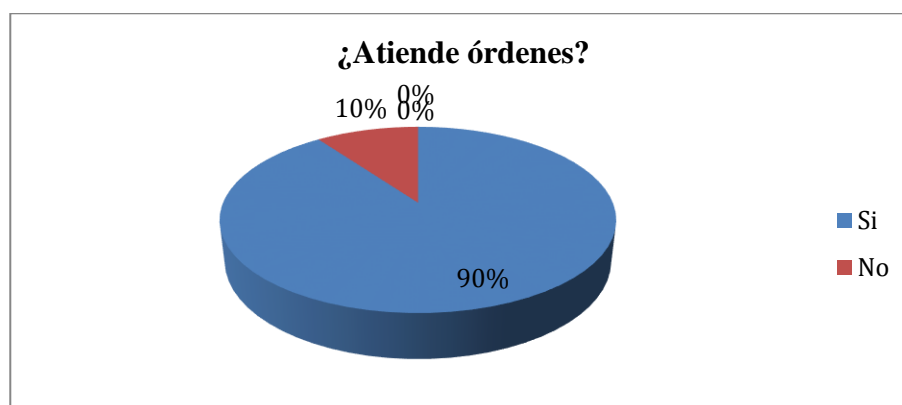
Gráfica 8. Ítem 1 sociabilidad y adaptación.

Pese a que una de las características de la población autista es que no presentan una adecuada interacción social, esto no se presenta en la misma medida en toda la población con este trastorno del neurodesarrollo, ya que algunos aunque se relacionan con pares o con otras personas del contexto no lo hacen con la finalidad de crear un vínculo afectivo sino lo realizan con la finalidad de obtener algún tipo de reforzador o porque una de sus formas de auto estimulación es el contacto físico con otros. Según la gráfica anterior el 70% de la población, lo equivalente a 7 personas le gusta relacionarse con personas mayores, y el 30 % de los participantes no lo hacen.



Gráfica 9. Ítem 2 sociabilidad y adaptación.

Según los resultados obtenidos, el 80% de la población, lo equivalente a 8 personas le gusta relacionarse con otros NNA, y el 20 % de los participantes no lo hacen. Es decir, que la mayoría de ellos disfrutan interactuar con otros NNA con DC.



Gráfica 10. Ítem 3 sociabilidad y adaptación.

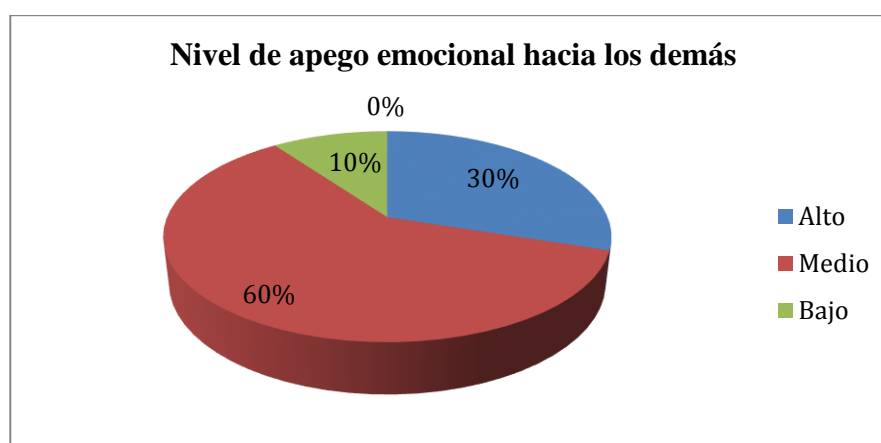
El 90% de la población sigue instrucciones y órdenes dadas por otros, principalmente por figuras de autoridad como padres y terapeutas a cargo. En un menor porcentaje 10% de los participantes no siguen órdenes dadas por los demás.



Gráfica 11. Ítem 4 sociabilidad y adaptación.

El 100% de los NNA con DC, muestran agrado o motivación por asistir a la fundación, sin presentar ningún tipo de resistencia o malestar al dirigirse o ingresar a este lugar.

Antecedentes sexuales "Holón: Vínculo Afectivo"



Gráfica 12. Ítem 1 antecedentes sexuales "Holón: Vínculo Afectivo"

Aunque una de las características de las personas con autismo es precisamente su dificultad para expresar emociones y para reconocerlas en los demás, conductas como el rechazo al contacto afectivo, la falta de respuesta cuando se les habla y la falta de contacto visual. Los padres, madres y cuidadores reportan que la mayoría de NNA con DC presentan un

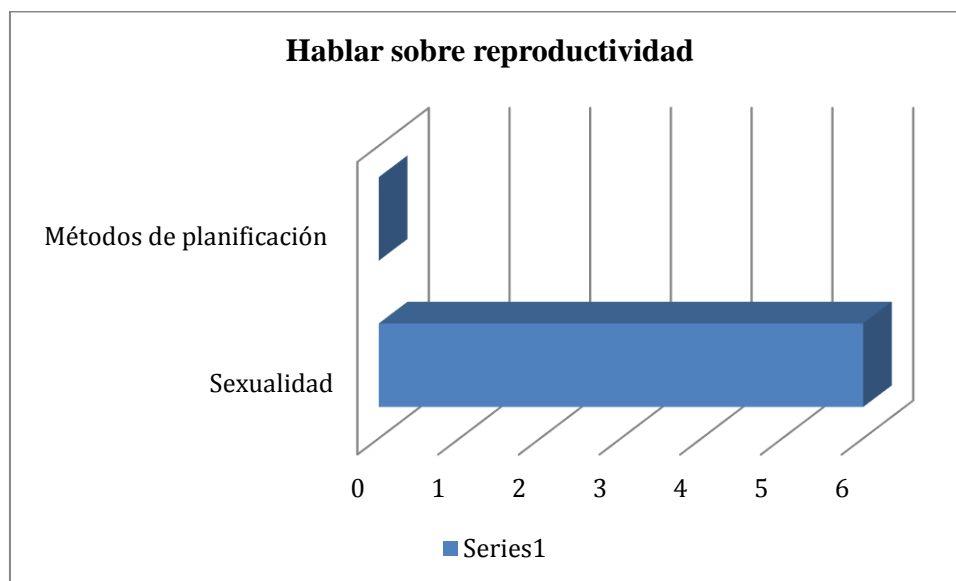
nivel medio de apego emocional hacia otros; en segundo lugar, presentan un nivel alto; y por último un nivel bajo de apego emocional.



Gráfica 13. Ítem 2 antecedentes sexuales "Holón: Vínculo Afectivo"E

En la gráfica anterior es posible evidenciar que el 90%, es decir, la mayoría de los padres, madres y cuidadores, reportan que los NNA con DC no presentan muestras de afecto hacia personas desconocidas. Sin embargo, en una menor proporción, con un 20% de ellos, sí lo hace, cuando le dan algo de beber o comer, por medio de sonrisas. También, por medio de acercamiento invasivo o sentarse en las piernas.

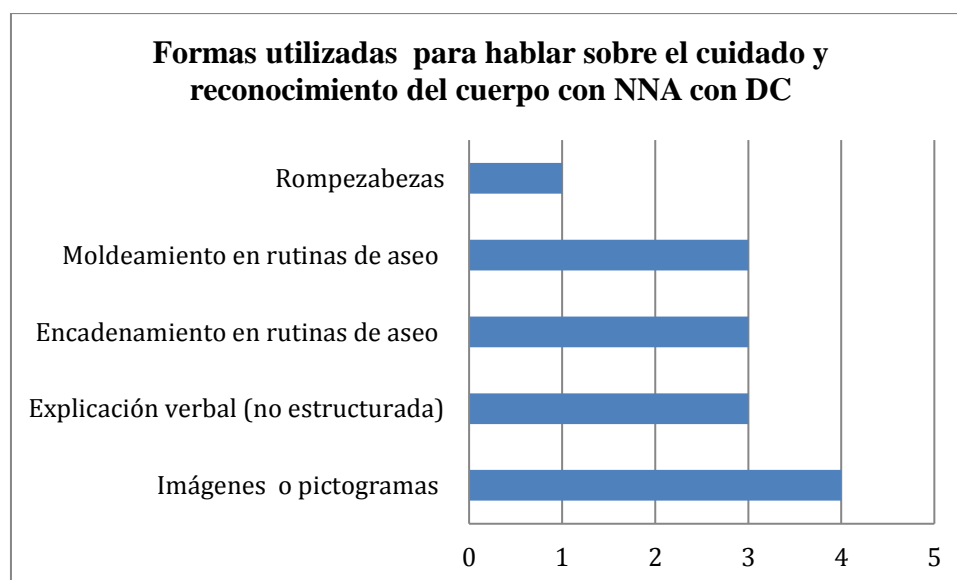
Antecedentes sexuales "Holón: Reproductividad"



Gráfica 14. Ítems 1 y 2 antecedentes sexuales "Holón: reproductividad"

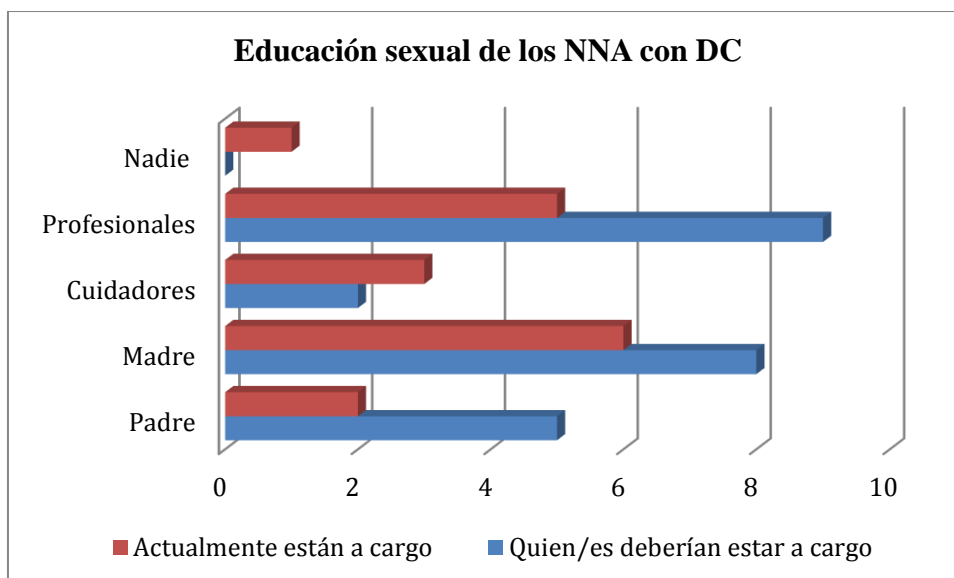
De acuerdo con los resultados obtenidos, ninguno de los participantes, tanto profesionales como padres y madres han hablado ninguna vez acerca de métodos de planificación familiar en NNA con DC. Sin embargo, 6 de los participantes han hablado con los NNA con discapacidad acerca de la sexualidad.

Otros aspectos



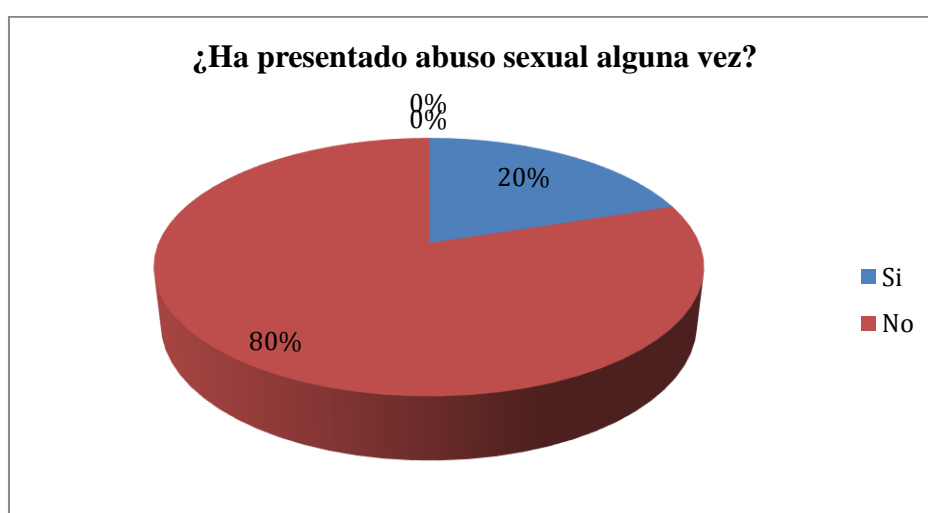
Gráfica 15. Ítem 1 de otros aspectos.

Todos los participantes han hablado con los NNA acerca del cuidado y reconocimiento de su cuerpo, la mayoría la utilizado imágenes o pictogramas acerca de las partes del cuerpo, en igual frecuencia utilizan el modelamiento y encadenamiento en rutinas de aseo (los terapeutas principalmente) y explicaciones verbales no estructuradas (principalmente por los padres) y en un único caso se utilizó rompecabezas.



Gráfica 16. Ítem 2 y 3 de otros aspectos.

La educación sexual de los NNA, actualmente está a cargo en su mayoría de veces por la madre; en segundo lugar, por los profesionales, en tercer lugar, por los cuidadores; con una menor frecuencia en los padres y en un único caso, nadie se hace cargo de la educación sexual del NNA. Por el contrario, la mayoría de los participantes consideran que quienes deberían estar a cargo de esto en primer lugar, son los profesionales, en segundo lugar, la madre; se incrementa el número de participación que deberán tener los padres; con menor frecuencia los cuidadores y no hubo participantes que consideraran que nadie debía hacerse cargo.



Gráfica 17. Ítem 4 de otros aspectos.

Las respuestas de los responsables de los NNA con DC que participaron en la investigación, muestran que presentan un nivel bajo de abuso sexual. La mayoría de ellos, no han presentado ningún tipo de abuso sexual como penetración o contacto sexual, exposición a abusos repetidos o embarazos después del abuso. En los dos casos presentados hubo penetración, sin embargo, se desconoce el número de veces.

Discusión

Según los resultados que arrojó la investigación, se puede reafirmar que la sexualidad forma parte del desarrollo de la persona, y, por lo tanto, es un área inherente al ser humano. De tal manera, el desarrollo integral de las personas conlleva a la aceptación del ser humano como un ser sexuado, independientemente de su condición (física, intelectual, social, sexual o religiosa). (Rivera, 2008).

Cabe resaltar que según el trabajo realizado con esta población que en su mayoría son personas autistas, la sexualidad es vista como una forma de auto estimulación que se realiza con la finalidad de saciar una necesidad fisiológica.

Como lo muestran los aportes realizados en esta investigación, el hecho de que una persona tenga algún tipo de discapacidad intelectual la hace más vulnerable a ser abusada sexualmente, pero adicional a esta condición existen otros factores socioeconómicos, culturales y familiares que la hacen tener un mayor grado de vulnerabilidad; contrastando específicamente con los resultados el diagnóstico es el principal factor que hace vulnerable a la persona, pero también existen factores tales como la forma de comunicación que estas personas tienen, lo cual hace que tengan mayor o menor facilidad para interacciones con otras personas y con pares, lo cual hará que se tenga mayor dificultad para confirmar que esta persona está siendo o no está siendo abusada sexualmente, incluso también llega a ser un limitante para sospechar que está siendo o que tiene riesgo de ser abusado sexualmente, aunque es importante aprender a conocer en este tipo de población cambios en las conductas o manifestación de comunicación no verbal como el llanto, o en otras personas con este mismo tipo de

discapacidad es importante aprendernos a comunicar con ellos por medio de un lenguaje de señas que nos puede ayudar a evidenciar situaciones en las que se puedan llegar a encontrar en riesgo.

Otra forma de poder prevenir el abuso sexual en esta población es identificando conductas tales como si a ellos les gusta o no relacionarse con personas adultas, en muchos de estos casos es importante resaltar que no lo hacen por el deseo de crear un lazo afectivo con el otro sino lo pueden utilizar como una forma de auto estimulación, es importante por ello tener en cuenta que con esta población no se puede dejar que existan grandes muestras de afecto con personas que son desconocidas porque se puede convertir en un factor importante para que se pueda ser más vulnerables a sufrir un abuso sexual. Según los resultados que arrojó la investigación estas personas tienen un nivel de apego emocional medio hacia los demás, lo cual los padres, madres, cuidadores y profesionales no pueden permitir que esto ocurra con cualquier persona, ya que en ocasiones se puede convertir en un factor que hace más vulnerables a esta población.

También, esta población es vulnerable porque en ocasiones pueden llegar a cumplir órdenes de cualquier tipo, con constantes direccionamientos lo cual hace que para el victimario sea fácil acceder a ellos y a sus peticiones.

Un factor para prevenir el abuso sexual en esta población, es que según los resultados arrojados esta población en un 90% no tiene muestras de afecto con personas desconocidas, pero si existe un 10% que muestra afecto hacia desconocidos y puede hacerlo aún más vulnerable.

Por otro lado es importante que con esta población, así como se hace con población sin discapacidad cognitiva se dialogue acerca de sexualidad, si no es posible hacerlo con ellos mismos si es importante que se realice con las personas que tienen mayor contacto con ellos, con la finalidad de saber cómo actuar en cada una de las etapas sexuales por las que ellos pasan

y también para saber identificar cuando alguna conducta cambie y pueda dar indicios de algún factor que pueda desencadenar un abuso sexual.

Un tema tabú con esta población se basa en que se cree que esta población llega a ser asexuada y por tanto según lo que arrojan los resultados no se habla acerca de métodos de planificación o en el hecho de operar a la mujer (ligadura de trompas de Falopio) o al hombre (vasectomía) para prevenir embarazos, es importante que los profesionales realicen psicoeducación con padres, madres y/o cuidadores para concientizar de la importancia de este tema.

Las formas que se pueden utilizar para hablar sobre este tipo de temas como lo es la sexualidad teniendo en cuenta que son personas con una comunicación diferente, es posible trabajar con elementos tales como rompecabezas y pictogramas que son los más utilizados, o también hacer uso de técnicas como moldeamiento o modelamiento, lo cual debe ser un proceso guiado por un psicólogo.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la presente Guía de prevención de abuso sexual en NNA con discapacidad Cognitiva leve, se evidenció que después de que 5 profesionales de la Fundación Sexto Sentido aplicaron el instrumento a cuidadores y NNA con discapacidad cognitiva, se observaron cambios significativos en la forma de pensar y entender la sexualidad de esta población, ya que anteriormente estas personas tenían creencias erróneas y mitos falsos sobre la sexualidad de los NNA y no tenían claridad frente a la problemática de un posible abuso sexual y como podrían prevenir esto con sus familiares y pacientes. Se tuvo una evaluación favorable por parte de los profesionales que aplicaron el instrumento y se determinó que el instrumento era efectivo porque suplía las necesidades del cliente.

En el presente instrumento se pudo evidenciar el cumplimiento de los objetivos planteados en la investigación, ya que inicialmente se identificaron los factores de riesgo de abuso sexual en los que estaban expuestos los NNA con discapacidad cognitiva leve,

posteriormente a través de las entrevistas con los padres, madres, cuidadores/as y profesionales se identificaron las principales problemáticas y necesidades frente al tema de sexualidad y abuso sexual en NNA con discapacidad cognitiva leve, y finalmente con toda esta información, se realizó el instrumento de acuerdo a los requisitos y necesidades planteadas. Cada una de las actividades planteadas en la presente guía fueron encaminadas a mitigar la problemática de abuso sexual y respondieron a las necesidades del cliente, ya que, a través de cada una de las actividades expuestas en la guía, obtuvieron herramientas para saber actuar y entender a profundidad el concepto de sexualidad y al mismo tiempo prevenir un posible abuso sexual en los NNA quienes son vulnerables a esta problemática.

De acuerdo a lo anterior, se acepta la hipótesis nula de nuestra investigación, ya que, si no existen estrategias o mecanismos de prevención de abuso sexual en NNA con discapacidad cognitiva, los índices de abuso aumentarán de manera paulatina. Esto quiere decir que este tipo de instrumentos son útiles para ayudar a mitigar este tipo de problemáticas porque brinda información sobre los posibles riesgos a los que pueden estar expuestos los NNA y al mismo tiempo da a conocer algunas estrategias para prevenir en cada una de las unidades, sensibilizar al grupo respecto al problema y favorecer la detección precoz de eventuales casos de abuso Sexual, así como facilitar la movilización de las primeras acciones de enfrentamiento.

En la construcción del instrumento se tuvieron algunas dificultades en el camino, ya que no se pudo trabajar con la población planteada inicialmente; al principio se quiso trabajar con un Colegio en la localidad Ciudad Bolívar y la Fundación sexto sentido, y por motivo de que los estudiantes salieron a vacaciones, y se requería de varios permisos por parte de la institución se descartó este lugar y se decidió trabajar solo con la Fundación Sexto Sentido. Por otro lado, se dificultó interactuar con los padres, madres y cuidadores/as de los NNA con discapacidad cognitiva porque ellos no permanecían mucho tiempo en la fundación, al principio se pretendía realizar un grupo focal con los padres, pero no se hizo porque fue

complicado reunir a un grupo considerable de padres el mismo día y en la misma hora. Otra dificultad encontrada fue que no se trabajó con una población muy amplia, al haber trabajado con más personas, se pudo haber obtenido mayor información y mejores resultados.

Conclusiones

La presente investigación tuvo como fin describir factores como la vinculación afectiva, y la reproductividad en personas con DC leve, identificar los principales factores de abuso sexual en esta población, y de acuerdo a ello, plantear estrategias de prevención de abuso sexual, por medio de una guía dirigida a padres, madres, cuidadores y profesionales. En la revisión teórica realizada, se encontró que autores como Nyokangi y Phasha (2015) en su estudio sobre los factores que contribuyen la violencia sexual en escuelas para estudiantes con discapacidad intelectual leve en Sudáfrica, hallaron que los factores que contribuyen a la violencia sexual en las escuelas para estudiantes con discapacidad intelectual leve incluyen: (1) presión de los compañeros, (2) ocultamiento de incidentes de violencia sexual denunciados, (3) áreas no supervisadas vinculadas a las escuelas y (4) relaciones concertadas.

En la presente investigación, se concluye que algunos de los factores de riesgo, son 1) las conductas afectivas que tienen algunos NNA con DC hacia personas desconocidas, como acercamiento invasivo o sentarse en las piernas; 2) recibir dulces o golosinas a desconocidos, una de las estrategias terapéuticas en personas con autismo es hacer uso de reforzadores, muchas veces las golosinas o dulces con el fin de incrementar conductas esperadas, sin embargo, personas desconocidas podrían aprovecharse de esto, para pedir a los NNA con DC que realicen actos de algún tipo de abuso sexual, a cambio de este tipo de recompensas; y más teniendo en cuenta el porcentaje alto de seguimiento de instrucciones que tienen estos NNA frente a los adultos o personas de autoridad; 3) falta de educación sexual en métodos de planificación familiar, ya que aunque no se encontró en el presente estudio, NNA con DC que hayan presentado embarazo después de un abuso sexual, es importante tener en cuenta que se requiere tomar resultados de una muestra más alta, pues el desconocimiento y no puesta en

práctica de estos métodos podría representar un riesgo de que las niñas o adolescentes puedan quedar embarazadas como consecuencia de abuso sexual.

En la investigación se han abordado principalmente dos holones sexuales: vinculación afectiva y reproductividad, de los cuales se derivan las siguientes conclusiones:

Con relación al holón de la reproductividad definido como la posibilidad humana de producir individuos, con manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia y no se limita solo al evento biológico de la concepción, embarazo y parto, sino que puede expresarse a través de la maternidad y paternidad en adopción o bien, a través del ejercicio de muchas actividades humanas cuyo resultado final es la reproducción del ser humano. Sin embargo, se evidencia que los padres, madres y terapeutas no presentan interés en manifestaciones psicológicas y sociales, que puedan tener los NNA con DC con relación a su reproductividad, no brindan ningún tipo de orientación acerca de este tema a sus hijos, hijas o pacientes. Y algunos de ellos, con relación a la condición biológica, han pensado realizar procedimientos como Pomeroy o han realizado procedimientos como la ligadura de trompas, con el fin de evitar la reproductividad de esta población.

De acuerdo con el modelo holónico de la sexualidad humana, el holón de vinculación afectiva interpersonal comprende la capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos. A partir de allí se establece que la forma más reconocida de vinculación afectiva, es el amor. Se entiende por amor tanto la necesidad imperiosa de contar con la presencia de alguien, hasta el punto de sentirla indispensable para la vida, y así mismo como el supremo acto de ofrecer la vida por ese otro, de esta forma se le llama amor tanto al gozo de ver al ser querido feliz, como al dolor que experimentamos cuando nos abandona, causando afectos y sensaciones intensas. Se evidencia que la alegría es la emoción que expresan y manifiestan los NNA con DC, por medio de abrazos, risa social y besos, aunque las personas

con autismo presentan dificultad para expresar emociones y para reconocerlas en los demás, conductas como el rechazo al contacto afectivo, la falta de respuesta cuando se les habla y la falta de contacto visual, lo cual, confirma, la importancia de la vinculación afectiva en la humanidad.

Recomendaciones

A partir de la validación de la guía de prevención de abuso sexual en NNA y adolescentes con DC, se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Para que los padres y madres orienten y brinden educación sexual sana y responsable a los NNA con discapacidad cognitiva, lo primero que se debe tener en cuenta es lograr expresar lo que sienten de una forma clara y sin rodeos hacia el tema, que se informen bien para así mismo poder enseñar bien.

2. Los NNA con discapacidad cognitiva, pueden no entender cuando están siendo víctimas de un abuso sexual, y no tener la forma de comunicarle a alguien de confianza lo que les está sucediendo, por tal razón es importante prepararlos y brindarles el apoyo necesario para que sus derechos sexuales y reproductivos sean respetados.

3. Es importante tener clara la diferencia que existe entre áreas privadas y públicas de los NNA con discapacidad cognitiva, porque muchas veces ellos no conocen estos límites y los padres, madres o cuidadores castigan este tipo de conductas sin explicarles de forma adecuada como llevarlas a cabo evitando invalidarlos como seres sexuados.

Estudio de Mercadeo

Objetivo general del estudio de mercadeo

Establecer el nicho de mercado a potenciar en la guía y video en la prevención del abuso sexual de personas con discapacidad leve de la ciudad de Bogotá, identificado competencias, fortalezas, pasos a seguir y planes de acción para lograr generar un alto impacto y cubrir

necesidades insatisfechas por la oferta general del mercado, en los padres y madres de familia, cuidadores y profesores.

Objetivos específicos del estudio de mercadeo.

- Analizar objetivos, dinámicas, población dirigida, rango de edades, implementación y demás variables de las herramientas implementadas para este mismo propósito.
- Identificar las falencias y necesidades insatisfechas con las herramientas que se encuentran en el mercado para este mismo propósito.
- Construir una herramienta pedagógica que faciliten el desarrollo de competencias en los padres y madres, cuidadores y profesores, para afianzar procesos de prevención del abuso sexual, que cubra necesidades no superadas con las herramientas del mercadeo ya existentes.
- Facilitar el acceso a herramientas de prevención de abuso sexual a padres y madres, cuidadores y profesores, a partir de la distribución de este producto, por diferentes medios.

Justificación del estudio de mercadeo

Se busca desarrollar una guía y un video de prevención con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad cognitiva leve, identificando así los posibles riesgos y formas de prevención de abuso sexual en este tipo de población. Este producto va dirigido especialmente a los padres, madres, cuidadores/as y docentes con el fin de darles a conocer las medidas preventivas que se deben tener en cuenta y de qué manera se debe actuar frente a cualquier riesgo de abuso sexual.

Por otro lado, de acuerdo a lo planteado por Couwenhoven (2012) es importante realizar este tipo de productos porque el abuso sexual es un término que se emplea para describir todas aquellas conductas sexuales forzadas sobre una persona contra su voluntad, ya que muchos investigadores describen una mayor frecuencia de abuso en los individuos con discapacidad

intelectual, sus cifras de prevalencia no concuerdan. Una razón es que el abuso sexual es definido de varias maneras por lo que los datos sobre su incidencia son muy variables y en ocasiones inducen a confusión. En el año 2012, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos ha propuesto que se adopte el término “violencia sexual” para definir y describir un espectro de conductas sexuales ilegales y abusivas.

De acuerdo a lo anterior, es evidente que las personas con discapacidad cognitiva son vulnerables frente al abuso sexual; hoy en día en Colombia no hay suficientes investigaciones y fuentes que indiquen de qué manera se puede prevenir y mitigar este tipo de situaciones, y es por esto que mediante la presente investigación y desarrollo de la guía y video, se pretende brindar herramientas a los padres, cuidadores y profesores para prevenir el abuso y prender las alarmas frente a este tipo de problemática que día a día va en constante crecimiento. Adicionalmente, se pretende disminuir los riesgos de abuso sexual y velar por los derechos sexuales y reproductivos de este tipo de población con el fin de que mejoren su calidad de vida.

Producto

“Guía de prevención de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve”.

Se va a construir una guía de prevención, la cual proporciona algunos elementos técnicos necesarios para incorporar al momento de trabajar la temática del abuso sexual en personas discapacitadas en términos preventivos; orientándose principalmente a aquellos agentes sociales vinculados al trabajo de estas personas, ya sea profesores, monitores, educadores o los mismos padres y/o cuidadores. Su diseño lejos de pretender constituir un esquema rígido para su aplicación, conforma un grupo de contenidos y herramientas a tener en cuenta al momento de trabajar el tema del Abuso Sexual.

Partiendo de este producto, se pretende aportar a la reducción de la incidencia y la prevalencia en los factores de riesgo sobre el abuso sexual a los que están expuestos las

personas con discapacidad cognitiva, contribuyendo de esta forma una mejorar la calidad de vida de estas personas en sus entornos y grupos familiares.

Las personas con discapacidad cognitiva demandan un cuidado especial, ya que a diferencias de otras personas, son más vulnerables a sufrir abuso sexual en cualquier contexto. Esto, en parte, a la discapacidad, y también a las barreras que establece el entorno para que reciban información adecuada sobre su sexualidad. Es necesario que las personas con discapacidad cognitiva conozcan qué es un abuso, qué tipos de abusos hay, que deben hacer si ocurre y a quién pueden pedir ayuda; y para esto es fundamental orientar y preparar a las personas que están a cargo de ellos.

De esta forma, la guía funciona como una herramienta facilitadora de información donde se explican conceptos como la conciencia del cuerpo, la identificación de los espacios públicos y privados, identificación y reconocimiento de comportamientos apropiados e inapropiados presentados por la persona con discapacidad cognitiva leve, la presentación de las diferencias entre contacto físico bueno y contacto físico malo hacia los demás, la posible reproducción, y además métodos de cuidado ante un embarazo; logrando así empoderar a los padres, madres, cuidadores y profesores frente al tema de la sexualidad como una realidad inminente en el ser humano, a través de la comunicación asertiva.

Imagen y diseño de logos, marcas, slogan



“Todos y todas somos maravillosos y merecemos que nos protejan según nuestras propias necesidades”.

El diseño de la imagen, logo marcas y eslogan, se realizó teniendo en cuenta las siguientes características:

1. *Información sobre el producto:* este contiene niños, niñas y adolescentes y una señal de “Stop”, lo que se expresa por medio de ésta, es que el producto busca detener el abuso sexual en esta población.

2. *Tomar en cuenta el público objetivo:* se muestra que este producto contiene herramientas útiles para la necesidad que tienen, los cuidadores, familiares y profesores de proteger a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva de presentar abuso sexual, y, las estrategias de protección son la barrera para evitarlo.

3. Se realizó, por medio de dibujos y frases fáciles de reconocer y recordar.

4. Es distinto al de otros productos, guías o talleres con objetivos similares.

Producto básico (Beneficios que ofrece)

La guía de prevención y el video que se van a diseñar y validar, son dos herramientas dirigidas a los padres, madres, cuidadores y profesores de las personas con discapacidad cognitiva leve. Este producto sirve como base para que estas personas tengan la oportunidad de identificar de qué manera pueden anticiparse y tomar medidas preventivas frente a diversas situaciones que pueden generar un riesgo de abuso sexual en las personas que están bajo su cuidado, ya que, en muchos casos, por falta de conocimiento, no saben a quién acudir o cuál debería ser el procedimiento que deben seguir cuando se presenta una situación de abuso sexual.

A través de la implementación de estos productos, se les brinda la oportunidad a los padres, madres, cuidadores y profesores de las personas con DC para que conozcan sobre las múltiples consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que conlleva el hecho de haber sido víctimas de abuso sexual. Por consiguiente, las familias y los profesionales de las instituciones, al conocer y tener toda esta información a la mano, aumentarán su capacidad para

crear un entorno adecuado a estas personas con DC, y de esta manera estarán apoyando sus derechos sexuales y reproductivos, y permitirles protegerse del abuso y la violencia sexual.

También se pretende dotar a los cuidadores habituales que trabajan con las personas con discapacidad intelectual, de herramientas que les permitan detectar, prevenir o frenar los abusos o maltratos. Los principales beneficios que van a tener las personas que adquieran esta guía son: reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual frente a los diferentes tipos de abuso, garantizar la protección de las víctimas de abuso, promover el acceso a medidas de asistencia adaptadas a las víctimas con discapacidad intelectual y mejorar, ante la complejidad que envuelve los casos de abuso a personas con discapacidad intelectual, la coordinación de todas las instituciones y profesionales que trabajan con estas personas.

Finalmente, la presente guía también dotará de herramientas y habilidades a los profesionales y familiares para que diseñen sesiones educativas para trabajar con las personas con DC sobre temas de sexualidad, derechos y protección. De este modo, se pretende ayudar a las personas con DC a tomar conciencia de sus cuerpos, de sus cambios corporales, de las partes privadas del cuerpo; a identificar los espacios públicos y privados; los comportamientos apropiados e inapropiados; las diferencias entre tocamientos buenos/malos, queridos/no queridos, apropiados/inapropiados; la seguridad corporal, minimizando riesgos, identificando a quién contar lo que les sucede, en quien confiar; y proporcionarles las herramientas que les permita comunicar sus deseos y decir “no” de manera convincente.

Producto real (Atributos, características)

La guía y el video estarán disponibles en formato digital. Se entregará a las instituciones, cuidadores y profesores que la requieran una USB con el material en PDF y el video en formato WMV en alta definición que será entregado; este se construirá en la plataforma *Issuu* que es un servicio en línea que permite la visualización de la guía de prevención al abuso sexual de forma realista y personalizable. La herramienta, permite también

visualizar a través de un navegador web la guía, la cual contará con la ventaja de parecerse a una publicación impresa, con un formato que permite la visualización de dos páginas a la vez, simulando un libro o una revista abierta y con un cambio de página animado (Ver *apéndice 3*).

La guía tendrá una portada llamativa en color amarillo ocre semejando brochazos gruesos, esta contará con su respectiva presentación institucional por parte de la Universidad Católica de Colombia, el fondo de la letra de la portada será negro, el estilo de letra que se utilizará para los títulos es la Britannic Bold y para el contenido la Comics Sans. La guía tendrá en la parte inferior como título *“Guía de prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva”*, en la siguiente página se utilizará el logo y eslogan diseñados, en la parte inferior el eslogan *“Todos somos maravillosos y merecemos que nos protejan según nuestras propias necesidades”*. El resto de la guía contará con una cenefa de colores fucsia, azul celeste, verde por tema a tratar en donde en los bordes en forma vertical dirá *“Guía de prevención en abuso sexual”*, en la contraportada se contará con el nombre de las entidades que apoyan la prevención del abuso sexual en personas con DC y que van en contra del abuso sexual.

La guía se dividirá en dos partes: la primera parte va dirigida a las personas con discapacidad cognitiva, y la otra parte va dirigida a los padres, madres, cuidadores y profesionales que trabajan con esta población. Inicialmente, la guía tendrá una tabla de contenido en donde se especificarán los temas que se abordarán durante todo el documento.

Durante la mayor parte del documento habrá gráficos explicativos, tablas, figuras, imágenes, sonidos interactivos en algunas páginas, algunos hipervínculos para acceder a videos, páginas de entidades a las que puedes acceder de manera gratuita y listas con una serie de ejercicios.

Dentro del contenido de la guía se abordarán los siguientes temas: definición de abuso sexual; quiénes pueden ser víctimas de abuso sexual; consecuencias emocionales, cognitivas y

conductuales de una persona que es víctima de abuso sexual; holones sexuales de vinculación afectiva y reproductiva en personas con discapacidad cognitiva; quiénes son los abusadores; autocuidado en niños y niñas; propuestas metodológicas para hacer frente ante el abuso sexual; derechos sexuales y reproductivos en personas con discapacidad cognitiva; situación actual de la discapacidad: adolescentes con discapacidad cognitiva en el país y en la ciudad de Bogotá; mitos, creencias e imaginarios sociales respecto de la sexualidad, la afectividad y la discapacidad; la familia con adolescentes con discapacidad cognitiva: conocimientos, actitudes y prácticas en sexualidad y afectividad; redes de apoyo social; plan de intervención para cuidadores y personas con discapacidad cognitiva; mecanismos de prevención y líneas de atención frente al abuso sexual.

Los anteriores temas se plantean en la guía de prevención y al mismo tiempo se indagará más allá en cada uno de ellos, de acuerdo a las necesidades expresadas por el cliente mediante el estudio de mercadeo.

Producto ampliado (Garantías, posventa)

La guía y el video de prevención de abuso sexual en personas con DC garantiza el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad intelectual, contribuye a la creación de los medios en seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoya los esfuerzos de estas personas y sus respectivos cuidadores y profesionales por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación.

Esta guía brinda garantías a los familiares y profesionales para facilitar un ambiente propicio para que las personas con discapacidad intelectual puedan expresar su sexualidad, deseos y necesidades adecuadamente, ya que las personas con DC tienen el derecho a ser tratados con igualdad, independientemente de su condición. Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD (2006) (art. 8.1.b), se debe atender a las

personas con discapacidad dejando a un lado los estereotipos y prejuicios. Se trata de una cuestión de derechos y de rigor profesional. Las personas con DC tienen el derecho a recibir el mismo trato que el resto de personas.

Factor diferenciador del producto

La guía de prevención estará construida con información clara y pertinente, como una herramienta de fácil uso y acceso para los padres, madres, cuidadores y profesores de las personas en condición de discapacidad cognitiva leve. A partir de esto se busca que ellos puedan conocer las adecuadas formas de asistencia y apoyo a esta problemática. Con esta guía lo que se pretende es proporcionar información adecuada y precisa, para generar una educación a manera de prevención y reconocimiento de los posibles casos de abuso sexual que se puedan dar en esta población, establecer mitos y reconocer realidades de la vida sexual de estas personas, y también fortalecer las redes de apoyo y contar con las diferentes rutas de atención primarias a los casos que lo requieran e identificar las autoridades pertinentes para reportar los posibles riesgos a los que está expuesta esta población vulnerable.

Variables psicológicas

Vínculo afectivo. El vínculo afectivo es entiendo como aquellas relaciones de cariño y amor que existen entre las personas; se puede decir que van más allá de los lazos de parentesco que se establecen entre los individuos, ya que representa la unión indispensable que le da soporte y equilibrio a las relaciones socio afectivas. (Sáchica, Moreno, y González, 2013).

Ahora bien, el desarrollo de la autonomía está influenciado por el vínculo afectivo que se establece entre la madre y el hijo, esto según la Teoría de Apego, propuesta por Bolwby, J (1969) citado en Sáchica, Moreno, y González (2013), en donde hace referencia a los tres esquemas de apego identificados en los individuos para establecer las relaciones con sus congéneres tales como apego seguro, apego ambivalente y apego evitativo. Cabe destacar que siempre se establecen vínculos afectivos que posibilitan el desarrollo de las personas, cuando

en una familia nace un niño con discapacidad cognitiva, se presentan sentimientos y emociones cruzadas que pueden influir en la relación y en la configuración del vínculo afectivo, limitando el desarrollo psicológico, social y ocupacional de esta población, ya que los procesos de vinculación afectiva de los padres hacia los niños con discapacidad cognitiva son la base primordial para disminuir en lo posible el impacto de la discapacidad sobre la vida de estos (Sáchica, Moreno, y González, 2013).

Conocimiento sobre sexualidad. Muñoz, Pérez, Rodríguez, y Arévalo (2016) afirman que "En el ámbito de la educación sexual en las personas con discapacidad intelectual se forma una unidad educativa compuesta por la familia, el centro educativo y los centros coordinadores de salud, siendo esencial que todos participen, colaboren de forma coordinada llegando a consensos sobre las medidas a tomar y acuerdos sobre las acciones a desarrollar con alineación de objetivos y con compromiso de co-responsabilización mutua en el tema para modificar las diferentes conductas de riesgo que se puedan evidenciar"(p.173).

Es importante resaltar que la persona con discapacidad cognitiva pasa su vida entre el centro educativo y el hogar familiar, presentando estos dos ambientes un mayor impacto en la educación, con un acceso restringido a los canales de información y formación sobre el tema. De igual forma se considera que la falta de educación sexual en este grupo de personas condiciona los abusos sexuales, embarazos no planificados e incremento de las infecciones de transmisión sexual (Muñoz, Pérez, Rodríguez, y Arévalo, 2016)

Autoestima. Según Iniesta, Martínez, & Mañas (2014) la autoestima se puede considerar como el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones interpersonales, las percepciones o imágenes que se tienen de sí mismo, la responsabilidad personal, la creatividad, y sobre todo el aprendizaje a nivel personal, enmarcado en la aceptación individual. Para Malasaña y Gallardo (2004) citado por Iniesta, Martínez, & Mañas (2014) También es significativo identificar que el auto concepto hace parte de la integridad de la persona, y es

definido como la representación que cada uno tiene de sí mismo, las creencias individuales que se tiene sobre determinadas características psicológicas, físicas, afectivas, sociales e intelectuales; haciendo parte de esto el autoconocimiento comprendido lo que realmente se es, y en donde intervienen varios componentes como el nivel cognitivo-intelectual, el nivel emocional y afectivo y el nivel conductual. Ahora bien, para las personas con discapacidad cognitiva, la autoestima desempeña un papel bastante importante en sus vidas, ya que tener este concepto claro es vital para la vida personal, social y profesional, hechos que por sus condiciones se ven truncados habitualmente (Borrego y Requena, 2004 citado por Iniesta, Martínez, & Mañas, 2014).

Los clientes

1. Profesionales y trabajadores de entidades prestadoras de servicios a niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva (DC) en Colombia o de las agencias de las Naciones Unidas competentes en el tema en Colombia, es decir, prestadores de servicios comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos, la protección y la reparación del abuso sexual en esta población. Tales como:

Instituciones y Organizaciones Dedicadas a la Inclusión educativa

Son aquellos centros que promueven la inclusión social de niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva y sus familias. A través de un trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, que presten toda clase de servicios especializados de salud, rehabilitación, educación y protección.

En Colombia, el Ministerio de Educación (MEN), es la entidad encargada de desarrollar los lineamientos de Educación Inclusiva con los cuales se busca incentivar a las instituciones educativas en la definición de acciones y estrategias para el fortalecimiento del enfoque diferencial en el acceso, permanencia y condiciones de calidad en las instituciones educativas del país de la población con discapacidad. En 2012, el DANE realizó la Encuesta de Calidad

de Vida, cuyos resultados dejaron en evidencia el pobre trabajo del gobierno para garantizar el derecho a la educación de personas con discapacidad, hablaba de apoyar a las instituciones y programas orientados a brindar el servicio de educación a las personas con discapacidad. Ante esa falta de garantías, el Ministerio de Educación en 2017 expidió el decreto 1421, “por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad”.

Fundaciones para personas con discapacidad

Organizaciones sin fines de lucro, cuya Misión es ayudar a crear condiciones favorables para la plena integración social de las personas con discapacidad y sus familias.

ICBF

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos.

Entidades Promotoras de Salud

1. El Ministerio de salud, es la entidad encargada de desarrollar los lineamientos para las acciones en relación a la salud en esta parte vulnerable de la población colombiana, estableciendo la implementación de los servicios para niños, niñas y adolescentes con discapacidad que deben adelantar EPS, IPS, secretarías departamentales, distritales y municipales de salud en todo el territorio nacional.

2. Padres, madres, familias o cuidadores/as de niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva leve, de las instituciones educativas que cuenten con un programa de inclusión para personas en condición de discapacidad, de la ciudad de Bogotá.

Con el objeto de brindar estrategias prácticas de gestión familiar y prevención de riesgos de abuso sexual en hijos o familiares con discapacidad cognitiva y guía de la ruta o las entidades con las cuales se pueden comunicar en caso de una situación de abuso.

3. Niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva leve con el objeto de concientizarlos sobre los factores de riesgo para la violencia sexual y se exploren acciones protectoras que pueden emprender estas personas ante una posible situación de abuso sexual, y mejorar la comprensión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad en relación a cómo abordar la violencia y recibir los servicios.

Descripción del mercado potencial (Cualitativa y cuantitativa)

El principal mercado potencial de la guía de prevención sobre el abuso sexual a personas con discapacidad cognitiva leve se establece en los padres, madres y cuidadores de esta población, debido a que se presenta una necesidad específica a partir de dicha condición de identificar y conocer los posibles factores relevantes ante la presencia de un abuso sexual y así poder mitigar el nivel de vulnerabilidad al que están expuestos por desconocimiento. El poder adquisitivo del material está ligado al nivel socioeconómico del consumidor, e inicialmente estará dirigida a familias de estratos tres y cuatro de la ciudad de Bogotá que tenga acceso básico a canales electrónicos.

Por otro lado, se encuentran las instituciones educativas en Bogotá dedicadas a la inclusión académica de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva, en donde es de vital importancia orientar a los profesores y generar una conciencia y una educación permanente y plena sobre los riesgos de abuso sexual a los que está expuesta este tipo de población. La educación inclusiva, constituye un enfoque basado en la valoración de la diversidad, comprendida como un elemento enriquecedor del proceso de enseñanza aprendizaje para favorecer el desarrollo integral del ser humano (Dussan, 2011). A partir de estos lineamientos como mercado potencial, las instituciones pueden acceder a la compra de la guía

de prevención encontrándose como una inversión de costo versus beneficio a futuro para sus alumnos.

Descripción de mercado objetivo (Cualitativo y cuantitativo)

Los clientes que en este caso son los cuidadores de personas con DC y profesionales que trabajan con este tipo de pacientes, son de estrato 3 en adelante, al mismo tiempo son personas que podrían adquirir el producto que ofrecemos porque suplimos la necesidad de cuidado y protección de abuso sexual con sus familiares y pacientes. Los clientes tienen una edad que oscila entre los 27 y 50 años, no hay diferencia significativa entre el género, aunque se evidencian mayor número de mujeres en comparación a los hombres.

Los clientes buscan que la necesidad de seguridad y protección de sus familiares o pacientes sean compensadas, esperan que a través de la Guía de prevención y el video que les ofrecemos, se les pueda brindar bienestar físico y psicológico a esta población que en muchos casos parece desapercibida porque no se tiene en cuenta que son más vulnerables en comparación con las personas que no tienen DC, y por ende son más propensos a ser víctimas de abuso sexual. De acuerdo a ello, los cuidadores y profesionales esperan tener a la mano herramientas necesarias para tratar esta problemática y desarrollar un plan de prevención a través de las rutas de atención.

Los pacientes y cuidadores de la Fundación Sexto pertenecen a varias localidades de la ciudad de Bogotá, aunque la mayoría pertenecen a la localidad de Suba, que es la localidad en la cual está ubicada la fundación. El producto va dirigido todas las personas que quieran acceder a esta, ya sea porque tienen familiares con esta discapacidad, o porque quieran conocer cómo prevenir esta situación con los pacientes que atienden.

Se evidencia que los cuidadores y profesionales conocen algunos factores de riesgo a los que están expuestos sus familiares y pacientes, pero hay un alto grado de desconocimiento en las rutas de atención y la manera de prevenir que ocurra una situación de abuso sexual, los

clientes esperan que a través del producto no se vulneren los derechos de esta población, de acuerdo a lo planteado en la ley estatutaria de 2013 del Ministerio de Salud, por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Descripción del mercado meta (Cualitativo y cuantitativo)

La población a la cual se le pretende impactar de forma directa con el producto de mercadeo (Guía y video) serán los padres, madres, cuidadores y profesionales encargados del cuidado y educación sexual de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad cognitiva leve, teniendo en cuenta que es una población que por sus características cognitivas y psicológicas son vulnerables a sufrir abuso sexual, la meta es difundir dicha información por medios digitales a colegios de inclusión escolar, fundaciones, entidades que laboran con este tipo de población, y así mismo que se haga extensiva la información a madres, padres y cuidadores para poder realizar la prevención de abuso sexual en esta población.

Así mismo es importante resaltar que al realizar prevención del abuso sexual en personas con DC, se logran disminuir las incidencias en esta problemática social que en ocasiones se puede presentar por desconocimiento en el trato con esta población, en la que existe muy poco entrenamiento para enseñar factores como el autoconcepto y autocuidado.

Encuesta de mercadeo

Se elaboró una encuesta (ver *apéndice 2*) dirigida especialmente a los profesionales, padres, madres y cuidadores de las personas con DC que hacen parte de la Fundación Sexto Sentido. Dicho instrumento se diseñó con el fin de conocer las expectativas y necesidades del cliente en cuanto a las características propias del producto, la cantidad que compran, la frecuencia que compran, lo que los lleva a preferir el producto, el lugar donde prefieren comprar el producto, los factores que facilitan la decisión de compra del producto, los factores que reducen la decisión de compra, la manera para conocer si están satisfechos con el producto y también conocer cuánto estarían dispuestos a pagar por el producto.

Cuánto compran mis clientes

Según los datos arrojados en la aplicación de la encuesta de mercadeo se evidencia que el 100% de las personas encuestadas no han comprado nunca materiales o herramientas que contenga información acerca de la prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva a pesar de que su trabajo es constante y permanente con esta población, esta compra no se ha realiza ni por interés personal ni tampoco para uso de las terapias.

Con qué frecuencia compran

Como lo indica la información registrada anteriormente el 100% de la población encuestada nunca ha comprado materiales o herramientas para realizar trabajo en prevención de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva, por tanto la frecuencia con la que los clientes compran es nula.

Qué los lleva a preferir el producto

La población a la cual se aplicó la encuesta (profesionales que trabajan con personas con discapacidad cognitiva) resaltan la importancia de obtener, de investigar y de hallar materiales y herramientas para prevenir el abuso sexual en esta población ya que debido a la falta de habilidades comportamentales y cognitivas que ellos presentan y a la dificultad en desarrollarlas se hacen más vulnerables a ser víctimas de cualquier tipo de abuso y por tal razón es necesario capacitar a madres, padres, cuidadores y profesionales para crear estrategias que ayuden a educar a estas personas en el cuidado de su cuerpo.

Dónde comprarían el producto

Según la información recolectada en las encuestas, a la población le gustaría acceder a estas herramientas y materiales que se enfoquen en la prevención del abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva principalmente por medio de redes sociales, aunque también se evidenció que existe preferencia por encontrar esta información en librerías y aplicaciones. Así

mismo, en esta indagación se evidencia que a las personas les gustaría acceder a esta guía de forma tanto física como electrónica.

Factores que facilitan la decisión de compra

1. Acceso a esta herramienta: poder encontrar el producto por medios virtuales como: páginas web o redes sociales.
2. El uso de imágenes, videos o canciones: permite que la información sea más fácil de explicar, por parte de los profesionales a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva.
3. Uso de herramientas con un lenguaje concreto: permite una mayor comprensión a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva.
4. Fomentar el uso de refuerzos para incrementar aprendizajes.
5. Contar con entrenamiento en cómo identificar factores de riesgo y factores de detección temprana del abuso sexual en esta población.
6. Contenido que promueva el autocuidado y reconocimiento de partes íntimas.
7. Contenido de cómo actuar en caso de detectar algún tipo de abuso sexual en esta población.

Factores que inhibieron la decisión de compra

1. Contenido con vocabulario soez o grosero.
2. Uso de técnicas directas o que impliquen contacto físico no apropiado con los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva.
3. No tener en cuenta diferencias individuales entre los niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva.
4. El uso de lenguaje técnico que dificulte la comprensión de la información por parte de padres, madres o cuidadores y de los niños, niñas o adolescentes con discapacidad cognitiva.

Satisfacción del producto ofrecido

Se puede evaluar por medio de una encuesta de satisfacción de producto, con relación a:

1. El contenido de la guía cumple con las expectativas, está completo y utiliza un lenguaje claro para el lector y para la población.
2. Cuenta con estrategias de identificación de factores de riesgo y de posible abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva.
3. Brinda estrategias de prevención y de intervención en abuso sexual en esta población.

Cuánto estarían dispuestos a pagar por el producto

El valor que los clientes, es decir, en este caso profesionales que trabajan con población en condición de discapacidad cognitiva (en su mayoría psicólogos), estarían dispuestos a pagar por una guía de prevención de abuso sexual en esta población, se encuentra en un rango de desde \$50000 hasta \$70000, por una vez.

La competencia

Competencia directa

En primer lugar, la competencia directa es el directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, construida por comité distrital de convivencia escolar de Bogotá; donde se encuentra específicamente un breve protocolo de atención para situaciones de presunta violación sexual, y aclaración de conceptos relacionados con el tema de violencia sexual.

Competencia Sucedánea

Son aquellas herramientas como talleres, programas, proyectos o cursos, dirigidas a la prevención del abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva, realizadas por estudiantes, egresados o entidades prestadoras de servicios a esta población; que no cumplen o satisfacen en su totalidad las necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes con relación a la prevención e identificación de factores de riesgo de presentar abuso sexual.

Análisis de la competencia cualitativa y cuantitativa

Tabla 1.

Cuadro comparativo del Protocolo de abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y la actuación y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC.

Protocolo de abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación.

Recio, M., Galindo, M., Cendra, J., Alemany, A., Villaro, G & Martorell, A. (2013).

Ventajas

La presente guía en su parte inicial hace una introducción teórica acerca principalmente de los derechos de las personas con discapacidad que plantea la ONU, y así mismo se resalta la importancia de que los estados adopten medidas para proteger a las personas en condición de discapacidad. También dentro del marco conceptual se hace énfasis en la definición de abuso y resalta diferentes ítems de las formas de abuso que existen hacia las personas en condición de discapacidad.

Se resaltan también factores claves que apuntan hacia la vulnerabilidad de abuso de las personas en condición de discapacidad, ya que en ocasiones se tiende a pensar que la misma discapacidad es el único factor que hace a la persona vulnerable, allí se resaltan factores como ser menor de edad, ser mujer, tener limitaciones cognitivas y de comunicación que dificultan la capacidad para expresar los deseos y necesidades afectivas y sexuales, las relaciones de dependencia y sumisión hacia el cuidador principal, falta de formación y de acceso a la información, antecedentes de abusos o historia de violencia en la familia o entorno de convivencia, falta de accesibilidad en el entorno comunitario, existir una dependencia física, psíquica o emocional.

Así mismo, se aborda la prevención de abusos sexuales desde las organizaciones, las claves de detección de los abusos que son: Considerar la posibilidad de que la persona sea víctima de un abuso, Estar atentos a los cambios en la persona con DI que se pueden derivar de una situación de abuso, Atender a las verbalizaciones espontáneas, Planificar una entrevista de valoración, Registrar la información.

En una segunda fase de la guía se presentan las variables que condicionan la actuación del profesional.

Finalmente se presenta un protocolo de las actuaciones antes los abusos sexuales y la violencia doméstica y de género a personas con discapacidad intelectual.

Desventajas

Se puede observar que la guía no cuenta con un protocolo para madres, padres o cuidadores que plantee una ruta de acción en caso de que se tenga sospecha de abuso sexual o que esté ya sea confirmado.

Así mismo, tampoco se encuentra la forma en cómo se podría hacer intervención en esta población para enseñar o capacitar acerca del autocuidado y de educar en que nadie puede acceder a su cuerpo.

Tabla 2.

Cuadro comparativo de la Guía para la intervención directa con jóvenes. Prevención del abuso sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. Federación de Planificación Familiar Estatal de España y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC.

Guía para la intervención directa con jóvenes. Prevención del abuso sexual en jóvenes con discapacidad intelectual.

Federación de Planificación Familiar Estatal de España

Tabla 3.

Cuadro comparativo del Protocolo de Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y la Guía de prevención en abuso sexual en personas con DC.

Protocolo de Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Comité Distrital De Convivencia Escolar

Ventajas

Este protocolo tiene una subdivisión de aproximadamente 20 guías para atención de diferentes problemáticas que se dan en el contexto educativo entre ellas se encuentra específicamente un breve protocolo de atención para situaciones de presunta violación sexual, en donde se da la definición de violencia sexual.

Se realiza la aclaración de lo que es una violación y sus tipologías, así como sucede también con los actos sexuales abusivos, el acoso sexual, también se abordan los subtipos, formas o modalidades de violencia sexual, en donde se nombra el abuso sexual, la explotación sexual

(actividades sexuales o eróticas remuneradas, la pornografía infantil y adolescente y los espectáculos sexuales), la trata de personas con fines de explotación sexual.

También se dan definiciones complementarias de esclavitud sexual o prostitución forzada, embarazo forzado, aborto forzado, negación de anticoncepción, negación del derecho a la protección contra ETS o VIH y matrimonio forzado.

Se abordan algunas señales o indicios de presunta violencia sexual como: Depresión, conducta suicida, aislamiento, tristeza, temor excesivo al contacto físico normal, conducta erótica o hipersexuada inapropiada, etc... Finalmente se presenta un diagrama de atención, es decir una ruta que se puede activar en caso de abuso consumado o de sospecha.

Desventajas

En la única parte de este protocolo en donde se tienen en cuenta la población con discapacidad es cuando se menciona que la violencia sexual ocurre cuando una persona no da su consentimiento para la actividad sexual o cuando la víctima es incapaz de consentir (por ejemplo, debido a la edad, la falta de información, estar bajo el efecto de SPA o por su condición de discapacidad) o de rehusarse (por ejemplo, porque se encuentra bajo amenaza o sometida mediante violencia física o psicológica, o coerción).

En ninguna parte del protocolo se cuenta con la descripción de factores a tener en cuenta en caso de sospecha de abuso sexual en población con discapacidad cognitiva.

Así como tampoco se aborda la forma de trabajar con estas personas y con sus cuidadores para prevenirlo.

Descripción de los productos de la competencia

Tabla 4.

Descripción del Protocolo de abuso y discapacidad intelectual, Orientaciones para la prevención y la actuación

Protocolo de abuso y discapacidad intelectual, Orientaciones para la prevención y la actuación

Recio, M., Galindo, M., Cendra, J., Alemany, A., Villaro, G & Martorell, A. (2013).

¿Quiénes son?

¿Cuántos son?

¿Dónde están?

Son la Fundación Carmen Pardo- Valcarce, una entidad española que trabajan para que los derechos de las personas con discapacidad intelectual se igualen a los de todos. Desde la Federación de Organizaciones en favor de personas con discapacidad intelectual de Madrid (FEAPS Madrid) vienen trabajando desde hace tiempo en programas de prevención de los abusos y de atención a las víctimas de ellos. Para ellos, es prioritario que las personas con discapacidad intelectual estén preparadas para evitar situaciones de riesgo, pero también que sean capaces de defenderse, pedir ayuda y denunciar situaciones en el caso de que estén siendo víctimas de un abuso.

Para esta Fundación, se adquiere vital importancia la sensibilización y la formación de los agentes de intervención en el ámbito policial, sanitario y jurídico, con el fin de que las personas con discapacidad intelectual puedan emplear la red normalizada de atención a las víctimas, sin duplicar

En el año 2010 la Fundación Carmen Pardo-Valcarce puso en marcha, junto con la Guardia Civil y la colaboración de la Fundación MAPFRE, la primera Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual en España (UAVDI).

Están en Madrid, España

estructuras ya existentes, y siendo preciso para ello que ésta sea accesible y esté preparada para dar una respuesta adecuada a las personas con discapacidad intelectual.

Tabla 5.

Descripción de la Guía para la intervención directa con jóvenes.

Guía para la intervención directa con jóvenes		
Prevención del abuso sexual en jóvenes con discapacidad intelectual		
¿Quiénes son?	¿Cuántos son?	¿Dónde están?
Para empoderar a las y los jóvenes con discapacidad intelectual para que se protejan de los abusos y violencia sexual, la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región europea (IPPF-EN) ha liderado el programa “Keep me safe”, empoderando a jóvenes con discapacidad intelectual para que se protejan de los abusos y violencia sexual (2013-2015).	En España la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) y la Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS) suscribieron un acuerdo para el desarrollo y la participación en las distintas fases del proyecto. Como resultado, un equipo de profesionales de ambas entidades han recibido formación del equipo de expertos de la Asociación de planificación familiar del Reino Unido, que les ha capacitado para, a su vez, realizar una labor formativa	-“Family Planning Association” del Reino Unido -“Irish Family Planning Association” de Irlanda. -“Pro Famlia” de Alemania. -“Sensoa” de Bélgica -“Associação para o planeamento de Família” de Portugal. -“Rutgers WPF” de Holanda. Una experiencia que se proyecta en el trabajo con las Asociaciones de planificación familiar con menor experiencia (de España, Chipre, Rumanía y Bulgaria), difundiendo

con profesionales, padres y sus habilidades, madres y jóvenes con herramientas y estrategias. discapacidad intelectual sobre la sexualidad y la prevención de abusos sexuales en diversas Comunidades Autónomas.

Tabla 6.

Descripción del Protocolo de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos.

Protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos

Comité Distrital de convivencia escolar. Bogotá, Colombia (2016)

¿Quiénes son?

¿Cuántos son?

¿Dónde están?

En el marco de la Ley 1620/2013, su Decreto reglamentario 1965/2013 y la Guía N° 49 del Ministerio de Educación Nacional, el Comité Distrital de Convivencia Escolar de la ciudad de Bogotá se permite presentar los protocolos que hacen parte de la Ruta de Atención Integral a la que se refiere la mencionada normatividad. Estos protocolos son el resultado del trabajo interinstitucional realizado en 2016 que consistió en revisar, ajustar y actualizar el Directorio de rutas para la atención de las situaciones críticas que afectan las instituciones educativas distritales (2014) que existía previamente en la ciudad de Bogotá.

-Comité de convivencia Bogotá, DC.
 escolar.
 -Defensoría del pueblo.
 -Entidades de salud.
 -Fiscalía General de la Nación.
 - Centro de Atención contra la Violencia Intrafamiliar- CAVIF y Centro de Atención e Investigación Integral a víctimas de Delitos Sexuales – CAIVAS.
 -Unidad de Reacción Inmediata – URI.
 -Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF.
 -Centro de servicios judiciales para adolescentes – CESPJA.
 -Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia.
 - Secretaría Distrital de Salud
 - Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá.

D.O.F.A. del productoTabla 7. *Análisis D.O.F.A.*

Interno	Externo
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento y función del producto. -Clientes poco activos en la recomendación y compra de la guía. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pocas guías que abordan el tema de abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve en Colombia. -La importancia de concientizar y preparar a los padres, madres y cuidadores sobre el tema de abuso sexual.
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Herramienta de trabajo clara y pertinente sobre abuso sexual en personas con discapacidad cognitiva leve. -Presentación del material a través de medios electrónicos para facilitar su compra y utilización. 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pocos canales de distribución para poblaciones socioeconómicas bajas. -Material educativo sobre abuso sexual nuevo en el mercado. -Las denuncias de abuso sexual en los medios de comunicación tienden a banalizar y desvirtuar la dimensión del abuso, y no tienen en cuenta la condición cognitiva de las víctimas y sobrevivientes.

Canales de distribución-comunicación

El presente estudio de mercadeo, pretende conocer el sector y los lugares en los cuales se puede vender el producto en la ciudad de Bogotá y análisis del precio a ofrecer. Teniendo esta información clara, se realizará un listado o base de datos de posibles compradores con información de contacto, como: números telefónicos, dirección, correo electrónico, cuentas de Facebook, Instagram o LinkedIn, con el fin de hacer llegar la propuesta de la compra del

producto con las características del mismo (debe incluir valores añadidos y ventajas competitivas frente a otros productos similares), por cualquiera de estos medios o realizar la comunicación directa para ofrecer el servicio conectándonos vía telefónica o programado una cita con el área encargada de cada entidad.

Por otro lado, la compra del producto, también se podrá realizar, a través de canales de distribución web o de manera virtual con comercio social, es decir, por medio de las redes sociales, como por ejemplo Facebook, Twitter, Google, entre otros.

Referencias

- Asociación Síndrome de Down Cádiz y Bahía. (2008). "Síndrome de Down: “el camino hacia una edad adulta y una vejez saludable”. Recuperado de: <http://www2.uca.es/huesped/down/default.htm>.
- Ballester, E. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 19 (3), 327-343.
- Bárcena, S., Guevara, Y., y Álvarez. E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Revista de Comportamiento, Salud y Asuntos Sociales*. 2 (9), 36–44.
- Bascuñán, C. y Paredes, M. (2015). Educación sexual y discapacidad intelectual: Una mirada desde la docencia. Universidad academia de humanismo cristiano. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/jspui/bitstream/123456789/3454/1/TPSICO%20609.pdf>
- Basile, K., Breiding, M. y Smith, S. (2016). Disability and Risk of Recent Sexual Violence in the United States. *Am J Public Health*. *Am J Public Health*. 106 (5), 928-33.
- Cafranga (2013). Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación. Fundación Carmen Pardo-Valcarce.
- Caricote, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. Universidad de Carabobo. 16 (55), 395-402.
- Caricote. E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Carabobo. 16 (2). 53-57.
- Casas, J., Repullo, R y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 31(8), 527-38. Recuperado

de:<http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>

Castillero, O. (2018). Tipos de discapacidad intelectual (y características). *Revista psicología y mente*. Recuperado de <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-discapacidad-intelectual>.

Castillo, J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2(1), 51-58.

Castro, I. (2001). Definición. Clasificación, Etiología, Diagnóstico y Prevención del Retardo Mental. *Acta Médica Costarricense*. 40 (3) 7-14. Recuperado de: <http://www.binas.sa.cr/revistas/amc/v40n3/art3.pdf>

COLPSIC (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2015). Diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia. Recuperado de: http://www.funlam.edu.co/uploads/facultadpsicologia/1573_Dise%C3%B1o_lista_de_chequeo_elaboraci%C3%B3n_Consentimiento_Informado_Psicolog%C3%ADa.pdf

Couwenhoven, T. (2012). Prevención del abuso sexual. Agosto 2012. *Revista virtual*. Recuperado de <https://www.down21.org/revista-virtual/1152-revista-virtual-2012/revista-virtual-agosto-2012-numero-135/articulo-profesional-prevencion-del-abuso-sexual.html>

DANE (2015). Discapacidad por localidades en Bogotá. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>

De la Cruz, C. y Cabezón, O. (2006). Apuntes de Educación Sexual. Sobre la sexualidad de los niños y niñas con discapacidad. Recuperado de:

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/8089d36ae0fa-434f-8f90-41215a8e9c68>.

- Dembo, R. S., Mitra, M., & McKee, M. (2018). The psychological consequences of violence against people with disabilities. *Disability and Health Journal*, 11(3), 390–397. doi:10.1016/j.dhjo.2018.01.006
- Díaz, I., Gil, M., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(3), 415-422.
- Díaz, I., Gil, M., Morell, V., Salmerón, P. y Ruíz, E. (2016). Actitudes hacia la sexualidad: ¿difieren las personas con discapacidad intelectual de la población general? *INFAD*. 1 (1), 235-242.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2(7),162-167.
- Dionne, H., & Dupras, A. (2014). Sexual health of people with an intellectual disability: An ecosystem approach. *Sexologies*, 23(4), 85–89. doi:10.1016/j.sexol.2013.12.004
- Dussan, C. (2011). Educación inclusiva: un modelo de diversidad humana. *Revista educación y desarrollo social*. 5(1) 139-150. Recuperado de: revistas.unimilitar.edu.co/index.php/reds/article/view/897/648
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud pública de México*. 50, 255-259.
- García, B. (2011). Síndrome de Down: Relaciones afectivas y sexualidad. Barcelona: Fundación Catalana Síndrome de Down.

- García, J. (2000). Educación sexual y afectiva en personas con minusvalía psíquica. Universidad de Navarra. Recuperado de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/1873/8-1/educacion-sexual-y-afectiva-en-personas-con-minusvalias-psiquicas.aspx>.
- Gil, M., Díaz, I., Ceccato, R., Ballester, R. y Giménez, C. (2014). Conocimientos, actitudes hacia la orientación sexual, comportamientos de riesgo y abusos sexuales en mujeres con discapacidad intelectual. *INFAD*. 2 (1), 397-405. DOI: <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.455>.
- González, C. (2016). Análisis de la eficacia de la educación sexual, en un grupo de personas con discapacidad intelectual. Universitario de Investigación en Ciencias Socio Sanitarias. Recuperado de https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/5823/2016_Cristina_Gonz%C3%A1lez_Fierro_1722.pdf?sequence=1.
- Guía discapacidad y Desarrollo. (2013). Discapacidad y desarrollo. Recuperado de http://www.cocemfe.es/cooperacion/images/pdf/Guia_discapacidad_y_desarrollo_COCEMFE.pdf.
- Hamui, A., Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M.P. (2010) Metodología de la Investigación (5ªEd.). México: McGraw Hill Education.
- Díaz, I., Ballester, R., Morell, V., Molero, R. (2016). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1(3), 415-422.
- Iniesta, A., Martínez, A. y Mañas, C. (2014). Autoestima y diversidad funcional. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (2), 439- 446. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851782046> ISSN 0214-9877

- Instituto colombiano de bienestar familiar y secretaria de integración social. (2010). Discapacidad cognitiva. República de Colombia.
- Isler, A., Fatma, T., Beytut, D., & Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sex Disabil*, (27).27–34. DOI 10.1007/s11195-009-9107-2.
- Jones, L., Bellis, M., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T. y Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380, 899–907. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/>.
- Lamas, H. (2001). Modelos de la sexualidad humana. *Revista liberabit*. 7 (1) 71 – 78. Recuperado de:http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_07_1_modelos-de-la-sexualidad-humana.pdf.
- Congreso de la república. Ley 1145 (2007). Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1145_2007.html.
- Martínez, G., López, E., Charles, D., Tuero, Z. y Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *Ciencia UANL*. 14(4), 436-444. Recuperado de<http://www.redalyc.org/pdf/402/40220122013.pdf>.
- Mella, O. (2000). Grupos focales (“Focus Groups”). Técnica de investigación cualitativa. Publicado como Documento de Trabajo N° 3, CIDE, Santiago, Chile, 2000. Recuperado de <http://files.palенque-de-egoya.webnode.es/200000285-01b8502a79/Grupos%20Focales%20de%20Investigaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Educación de Chile. (2007). Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Recuperado de <http://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/09/200810081657070.EducacionSexual.pdf>.
- Ministerio de Educación Santiago de Chile. (2007). Educación sexual de niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual. Santiago de Chile.

- Ministerio de Educación. (2011). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.
- Ministerio de Salud Pública (2017). Atención integral en salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad. Ecuador: Digital Center.
- Ministerio de salud y Protección Social & Profamilia. (2015). ENDS Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015 en Colombia. Recuperado de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.
- Ministerio de salud y Protección Social (2015). Ley estatutaria de salud. República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución número 000459 de 2012. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>.
- Mitra, M., Mouradian, V., Fox, M. y Pratt, C. (2016). Prevalence and characteristics of sexual violence against men with disabilities. *Am J Public Health*, 50 (3), 311- 317.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. y Verdugo, M. (2012). En amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional. España: Ampans.
- Muñoz, J., Pérez, Rodríguez, M. y Arévalo, Y. (2016) Efectividad de una intervención educativa en conocimientos sobre sexualidad responsable en mujeres con discapacidad intelectual. *Revista Cubana de Enfermería*. 32(2) 171-181.
- Nyokangi, D. y Phasha, N. (2015). Factors Contributing to Sexual Violence at Selected Schools for Learners with Mild Intellectual Disability in South Africa. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 29 (3). DOI: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jar.12173>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad y Salud. (2008). Disponible en:
<http://www.who.int/entity/es/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Sexual. Instrucción y Asistencia a cuestionarios de Sexualidad Humana. Serie Informes Técnicos 572. Ginebra 2000.

Pimienta Lastra, R. (2000). Encuestas probabilísticas vs no probabilísticas. *Política y Cultura*, (13) 263-276. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26701313>.

Polanco, M. y Martín, J. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad. *Revista diversitas - perspectivas en psicología*. 13 (2), 187- 199. Doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.04

Profamilia (2014). Informe anual de actividades. Recuperado de:
<http://www.profamilia.org.co/docs/INFORME%20PROFAMILIA%202014%20Actualizado%20cifras.pdf>.

Publicación de la alta consejería presidencial para la equidad de la mujer - ACPEM y observatorio de asuntos de género -OAG (2012). *Mujer y discapacidad en Colombia*. Imprenta Nacional de Colombia. De https://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/5823/2016_Cristina_Gonz%C3%A1lez_Fierro_1722.pdf?sequence=1.

Quevedo, R. (2001). Sexualidad y discapacidad. 107-110. Recuperado de:
http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_07_1_sexualidad-y-discapacidad.pdf.

Reclo, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaro, G., & y Martorell, A. (2006). Abuso y discapacidad intelectual, orientaciones para la prevención y actuación. *Consejería de asuntos sociales, Madrid*. 1. 9-61.

- Rodríguez, J., López, f., Morentin, R. y Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, una propuesta de trabajo. *Revista española sobre discapacidad intelectual* 31(1) 23-40.
- Rojas, S., Haya, I. y Lázaro, S. (2015) “Necesidades afectivo-sexuales en personas con discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva”, *Revista Española de Discapacidad*. 3 (2): 41-54. Doi: <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.03.02.03>.
- Sáchica, L., Moreno, D. y González, D. (2013). Vínculo afectivo: discapacidad e inclusión. Una experiencia en jardines del Distrito. *Revista Aletheia*.5 (1), 158-173
- Soylu, N., Alpaslan, A., Ayaz, M., Esenyel, S. y Oruc, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Elsevier*, 34, 4334–4342. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.010>.
- Unicef. (2012). Es parte de la vida: Material de apoyo sobre educación sexual y discapacidad para compartir en familia, Uruguay. Recuperado de file:///F:/Articulos/Es_parte_de_la_vida_tagged.pdf
- Varas, J. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: Salud sexual y reproductiva. *Revista de obstetricia y ginecología*. 5 (2) 139-144.
- Verlinden, K., Scharmanski, S., Urbann, K., & Bienstein, P. (2016). Preventing Sexual Abuse of Children and Adolescents with Disabilities – Evaluation Results of a Prevention Training for University Students. *International Journal of Technology and Inclusive Education (IJTIE)*. 5(2), 859-867.

Apéndices

Apéndice 1. Encuesta y entrevista a padres, madres, cuidadores y profesionales al cuidado de personas con discapacidad cognitiva leve.

	Universidad católica de Colombia Facultad de Psicología Curso de especial Interés en Psicología y Sexualidad.	
	Formato de entrevista a padres, madres, cuidadores y profesionales.	
	Fecha:	
Entrevistador:		
Entrevistado:		Parentesco:
DATOS PERSONALES DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE		
Nombre		
Sexo		
Edad		
Diagnóstico		
Nivel de DC		
Nombre la madre		Profesión:
Nombre del padre		Profesión:
No de hermanos		
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN		
Presenta lenguaje verbal		Si ____ No ____
Presenta lenguaje no verbal		Si ____ No ____
SOCIABILIDAD Y ADAPTACIÓN		
¿Le gusta relacionarse con personas mayores?		¿Si ____ No ____ Cuáles?
¿Le gusta relacionarse con otros niños/as y adolescentes?		¿Si ____ No ____ Cuáles?
En su tiempo libre ¿Qué le gusta hacer?		
¿Cómo se comunica en casa/Fundación?		
¿Cómo se comunica con otros niños/as, adolescentes?		
¿Atiende a órdenes?		Si ____ No ____
¿Asiste con gusto a la Fundación?		Si ____ No ____
ANTECEDENTES SEXUALES "Holón: Vínculo Afectivo"		

¿En qué nivel manifiesta su apego emocional a los demás?	Alto ___ Medio ___ Bajo ___
¿Qué emociones expresa cuando se relaciona con los demás?	
¿De qué manera expresa el afecto en las relaciones con los demás?	
¿Presenta muestras de afecto hacia personas desconocidas?	Sí _____ No _____ ¿De qué manera?
ANTECEDENTES SEXUALES "Holón: Reproductividad"	
¿Ha hablado alguna vez con su hijo/a paciente sobre métodos de planificación familiar?	_____ No _____ ¿Cuáles?
¿Qué estrategias utiliza para hablar sobre este tema?	
¿Qué han pensado con respecto a su sexualidad?	
OTROS ASPECTOS	
¿Ha hablado con su hijo/a paciente sobre el cuidado y reconocimiento de su cuerpo?	Sí _____ No _____ ¿De qué manera? _____
¿Actualmente quien está a cargo de la educación sexual de su hijo/a, paciente?	Padre ___ Madre ___ Cuidadores ___ Profesionales ___ Nadie _____
¿Quién considera que debería estar a cargo de la educación sexual de su hijo/a, paciente?	Padre ___ Madre ___ Cuidadores ___ Profesionales ___
¿Ha presentado algún tipo de abuso sexual?	SI _____ No _____ ¿Cuál? _____
¿Qué edad tenía cuando pasó?	
¿Qué parentesco tenía el victimario?	F _____ M _____
¿Qué género tenía el victimario?	
¿Ha evidenciado cambios en la conducta sexual de su hijo/a paciente?	SI _____ No _____ ¿Cuáles?
¿Qué estrategias de prevención de abuso sexual conoce?	
¿Qué rutas de atención conoce en caso de un posible abuso sexual?	

Apéndice 2. Encuesta de mercadeo a profesionales sobre las necesidades de un material para la prevención al abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve.

Universidad católica de Colombia

Facultad de Psicología

Curso de especial Interés en Psicología y Sexualidad



Encuesta de necesidades del cliente

La siguiente encuesta fue realizada por las estudiantes: Laura Catalina Bonilla, Karen Julieth Espejo, Lorena María Galeano y Giselle Idaly Montenegro, quienes están cursando noveno semestre de Psicología en la Universidad Católica de Colombia, bajo la asesoría del profesor Fernando González. Este instrumento se aplica como parte de una investigación para prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad Cognitiva y conocer sus expectativas frente a una Guía y un video de prevención que se piensa realizar.

Al correo lcbonilla33@ucatolica.edu.co pueden solicitar mayor información, puede dejar sus sugerencias o quejas.

Edad _____ Género: F___ M_____ Estrato: _____ Profesión: _____
 Entidad en la que labora: _____
 Principal actividad que desarrolla: _____
 Cuántos años lleva vinculado a la institución: _____

1. ¿Conoce usted que tipos de herramientas existen para prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad Cognitiva?

a) Sí

b) No

¿Cuáles? _____

2. Conoce alguna entidad o persona que diseñe herramientas de prevención de abuso sexual en personas con discapacidad Cognitiva.

a) Sí

b) No

c) ¿Cuál? _____

3. ¿Ha comprado o implementado alguna herramienta de prevención de abuso sexual para niños, niñas y adolescentes con discapacidad Cognitiva?

a) Sí

b) No

Si la pregunta anterior es afirmativa. Responda las preguntas 4, 5 y 6. De lo contrario continúe en la pregunta 7

4. Aproximadamente, ¿Con qué frecuencia compra o implementa estrategias de prevención de abuso sexual para las personas con discapacidad Cognitiva?

- a) Semanalmente
- b) Mensualmente
- c) Semestralmente
- d) Anualmente

5. ¿Cuál es la herramienta que más utilizada para este fin?

- a) Videos interactivos
- b) Guías de prevención
- c) Cursos virtuales de prevención
- d) Cursos presenciales de prevención
- e) Otro, ¿cuál? _____

6. ¿Generalmente en dónde la encuentra o la compra?

- a) Internet
- b) Librerías
- c) Aplicaciones
- d) Bases de datos
- e) Otro, ¿cuál? _____

7. ¿Dónde le gustaría encontrar productos de prevención de abuso sexual para personas con discapacidad Cognitiva?

- a) Páginas web
- b) Librerías
- c) Revistas
- d) Redes sociales
- e) Otro, ¿cuál? _____

8. Mencione tres características que usted considere necesarias para el contenido de una herramienta de prevención de abuso sexual para niños, niñas y adolescentes con discapacidad Cognitiva:

9. Qué factores considera usted que no deberían estar en una herramienta de prevención de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad Cognitiva:

10. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar por una guía de prevención de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes con discapacidad Cognitiva?

- a) \$60.000
- b) \$50.000
- c) \$70.000
- d) Otro, ¿cuál? _____

11. ¿Qué sugerencias metodológicas propone para la guía de prevención del abuso sexual en personas con Discapacidad Cognitiva?

12. ¿De qué manera le gustaría acceder a la guía de prevención de abuso sexual para las personas con discapacidad cognitiva y al video?

- a) Electrónica
- b) Física

Sugerencias: ¿Tiene algún(os) tema(s) sobre sexualidad que deba llevar la guía en su contenido?

Apéndice 3. Presentación de *“Guía de prevención de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes con discapacidad cognitiva leve”*. Revisar Documento en PDF.

Apéndice 4. Blog de “Prevención del abuso sexual en NNA”, 119. Revisar link

<https://miguiadecuidadonna.wixsite.com/misitio>