



ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CREENCIAS DE LOS PADRES DE FAMILIA ACERCA DE LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Blanca Elena López Cortez¹

Lic. En Psicología, catedrática en la UAP Tejupilco
elena_1505@hotmail.com

Briceyda López Luis²

Lic. En Psicología, catedrática en la UNID sede Tejupilco.
brismart_93@hotmail.com

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Blanca Elena López Cortez y Briceyda López Luis (2018): "Estudio descriptivo sobre las creencias de los padres de familia acerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual.", Revista Caribeña de Ciencias Sociales (agosto 2018). En línea:

[//www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/padres-sexualidad-hijos.html](http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/08/padres-sexualidad-hijos.html)

RESUMEN

El trabajo que se informa presenta una evaluación de las creencias basado en la teoría Cognocitivista de las Creencias de Boudon, que tuvo un grupo focal de 6 padres de familia de jóvenes con discapacidad intelectual, pertenecientes al Centro de Atenciones Múltiples, María Montessori No. 65, ubicado en el municipio de Tejupilco, México, al que se le dio seguimiento en un periodo de ocho meses en el año 2014. La metodología utilizada estuvo centrada principalmente en la descripción de situaciones y eventos acontecidos en el estudio focal, además que sirvió para identificar las creencias de la familia, específicamente de las madres, los resultados aportan importantes indicios de las creencias que tienen a cerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual. De los seis casos, sólo se identificó uno con creencias religiosas muy arraigadas, los demás varían en sus creencias, entre colectivas y sociales.

Se observa que los padres de familia tienen muy arraigadas las creencias de tipo no científicas y que además se ven poco interesados en el conocimiento de la sexualidad de sus hijos. Como factores claves para el éxito de la intervención de los padres en el desarrollo de sus hijos, se reconocen las redes de apoyo sociales y familiares, las estrategias individuales para revincularse con la o el hijo y resignificar con su sexualidad y su discapacidad, el apoyo de la institución y el trabajo multidisciplinario. Finalmente se concluye a partir de estos casos, con los intereses y

¹ **Blanca Elena López Cortez***

Lic. En Psicología, catedrática en la UAP Tejupilco desde el año 2014, docente del área de ciencias sociales y humanidades en el Telebachillerato comunitario Num. 132 desde 2013.
Maestrante de la Maestría en Educación

² **Briceyda López Luis****

Lic. En Psicología, catedrática en la UNID sede Tejupilco, Orientadora Educativa en el CBT Tejupilco desde 2016.
Maestrante de la Maestría en Educación

prioridades de los padres de familia para con sus hijos, así como también con la identificación de creencias de los mismos.

Palabras clave: Creencias de los padres de familia - Jóvenes con discapacidad- educación sexual.

INTRODUCCIÓN:

El tema de la sexualidad a pesar de las revoluciones sociales, se sigue considerando como tabú pues la mayoría de las individuos aún no son capaces de hablar de él abiertamente, y mucho menos cuando se trata de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, pues generalmente se cree que los sujetos con esta condición no la desarrollan, contrariamente a lo que se cree, las personas con discapacidad intelectual leve o moderada desarrollan de forma normal su sexualidad, aunque requieren una atención especial pues su capacidad de comprensión está disminuida (Jerusalinsky, 1998), en cuanto a esto y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2005), el retraso mental es un trastorno que tiene como deficiencia un desarrollo incompleto de la mente, que incluye un deterioro funcional de cada etapa del individuo, lo cual lo limita en el lenguaje, en la inteligencia y en la motricidad, así como en la socialización.

Es verdad que en los últimos años se ha venido estudiando a cerca de las personas que tienen alguna deficiencia mental, aspectos como el lenguaje, rehabilitación, la familia, su inclusión en sociedad, trabajo, entre otros, pero de la sexualidad en estas personas el abordaje es prácticamente nulo.

Por otro lado cabe señalar que la sexualidad según Caricote (2012), es un aspecto del ser humano que está relacionada con la forma de ser, de sentir, de actuar, de interactuar con otras personas y con nosotros mismos; y la forma en que cada persona viva su sexualidad dependerá de su cultura, de su ideología, edad, su familia y la época en que esté viviendo.

Sin embargo a los discapacitados intelectuales, no se les reconocen estas características y sus manifestaciones sexuales son identificadas como comportamientos inapropiados y preocupantes para los padres y la sociedad en general, normalmente se cree que estas personas son seres asexuados que no desarrollan su sexualidad como cualquier otro individuo, generalmente se les ve reprimidos y poco educados al respecto.

En la actualidad nuestra sociedad sigue viendo la imagen del eterno niño en el discapacitado intelectual e incluyen esto en todos los aspectos, sin embargo la realidad es otra, pues los órganos sexuales crecen y su libido aumenta, la deficiencia es solo mental, pero no sexual, y bajo estas circunstancias no se les concede autonomía ni para la sexualidad, ni para la expresión de sus sentimientos.

Esto produce que los individuos con esta condición se sumerjan cada vez más en sus incapacidades, pues no se les permite tener un desarrollo adecuado, debido a las limitantes sociales que impiden el buen desenvolvimiento tanto personal como social y se tiende a tener comportamientos que son vistos como socialmente inaceptables.

Es por ello que surgió la inquietud de estudiar las creencias que tienen los padre de familia a cerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, para describir a fondo, cuales son los conocimientos con los que estos padres cuentan, para ello en primera instancia se abordará la teoría cognoscitivista de las creencias, que nos servirá como base para la interpretación, se hablará sobre la discapacidad intelectual y el desarrollo de la sexualidad.

1. TEORÍA COGNOSCITIVISTA DE LAS CREENCIAS

En el presente capítulo se abordará la Teoría cognoscitivista de las creencias de Boudon (2000), la cual es el eje central de esta investigación, Boudon en su estudio menciona que las creencias son modelos cognitivos o no cognitivos que utilizan las personas para adaptarse al medio, estas creencias impactan al individuo en su manera de sentir y actuar, este autor retoma dos teorías que son la base de la formación de creencias en su teoría, como “aquellas referidas a factores cognitivos” y “aquellas referidas a factores no cognitivos”, a su vez cada una se divide en dos, como a continuación se describen:

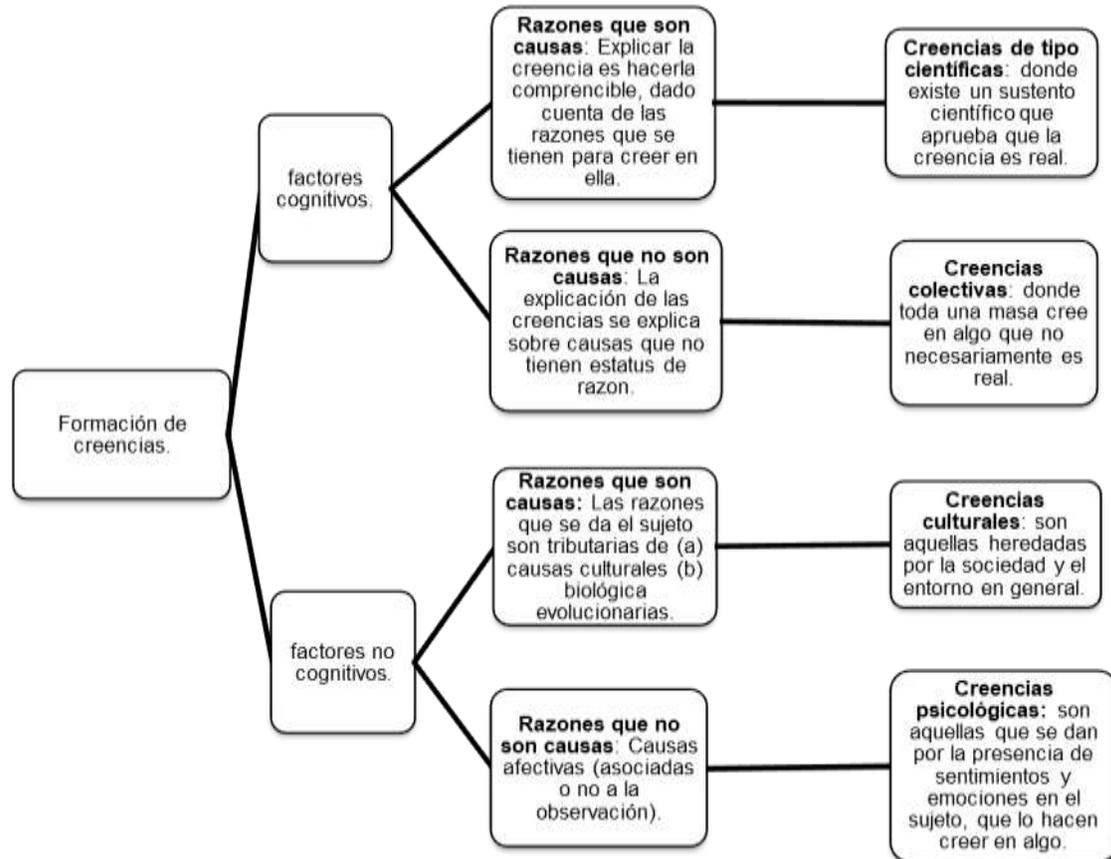
1.1. Teorías referidas a factores cognitivos:

- a) Donde los factores que las explican hacen referencia a razones que son causas, lo cual quiere decir que explicar la creencia es hacerla comprensible dando cuenta de las razones que se tienen para creer en ella.
- b) Por otra parte están las causas que no son razones, como que la explicación de la creencia se apoya sobre causas que no tienen el estatus de razones.

1.2. Teorías referidas a factores no cognitivos:

- a). Existen las razones que son causas, donde las razones que se da el sujeto son tributarias de (a) causas culturales o (b) biológicas evolucionarias.
- b). Las razones que no son causas son aquellas de tipo afectivas (accesibles o no a la observación). Si se analiza de forma detallada esta conceptualización del surgimiento de las creencias mencionadas en la teoría cognoscitivista de las creencias de Boudon (2000), se podrá observar que se dividen en cuatro estratos donde se podrían reconceptualizar dándoles una interpretación diferente pero con el mismo significado, véase el siguiente Mapa conceptual:

TEORÍA COGNOSCITIVISTA DE LAS CREENCIAS DE BOUDON



Mapa conceptual: Creación propia sobre la “Formación de las creencias”, basado en la teoría de Boudon (2000).

1.3. Descripción de la reconceptualización de la teoría de Boudon, enfocada a individuos con Discapacidad Intelectual.

Se lleva a cabo una interpretación a fondo, donde como ya se mencionó con anterioridad se reconceptualizó la Teoría Cognoscitivista de Boudon, enfocando esta terminología a las creencias de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, se puede observar que entran en cada uno de los factores de la teoría cognoscitivista, dividiéndose en cuatro estratos, donde se describen el tipo de creencias a estudiar en la presente investigación, estas son las siguientes:

1.3.1. “Creencias científicas”: (factores cognitivos, donde las razones son causas):

Estas se refieren a aquellas creencias que son reales, como lo menciona Jerusalinsky (1998) donde dice “si bien la deficiencia mental puede generar un campo más restrictivo para el desplazamiento simbólico, sólo en los casos de deficiencia mental profunda se llega a niveles que

imposibilitan el proceso de elaboración de los impulsos sexuales”, este es un claro ejemplo de una creencia de tipo científica.

1.3.2. “Creencias colectivas”: (factores cognitivos, donde las razones no son causas):

Cuando se habla del tema de la sexualidad dentro del ámbito de la deficiencia mental existen varias creencias, como que: Las personas con retraso mental son asexuadas, las personas con retraso mental son como niños, también sexualmente, las personas deficientes mentales no resultan atractivas sexualmente a otras personas, los discapacitados, en general, no pueden formar pareja ni casarse, la intervención en educación sexual despierta su sexualidad dormida.

1.3.3. “Creencias culturales”: (factores no cognitivos, pero con razones que son causas):

En este caso enfocado a la sexualidad, el comentario suele estar relacionado con alguna desviación o aspecto problemático (tendencia a la masturbación en público, existencia de agresiones sexuales...), esta idea se ha traducido en una serie de prejuicios que podrían ser definidos como un conjunto de *creencias generalizadas*, que se dan por ciertas sin necesidad de una reflexión. (Myers 1995).

Entre estos mitos, según Molina y Gómez (1992), se encuentran afirmaciones como que “todos los discapacitados intelectuales son iguales”, “la discapacidad intelectual es hereditaria” u otros ya relacionados con la sexualidad como: “las personas con deficiencia mental poseen una sexualidad exacerbada”. Este tópico, que consiste en considerar que el discapacitado intelectual manifiesta una conducta de carácter hipersexual, está muy extendido. Se afirma que se mueve primariamente por el instinto y no puede controlar la pulsión sexual, puesto que no posee los mecanismos mentales adecuados de inhibición y sublimación. De este modo, su sexualidad resulta ser descontrolada y, a veces, agresiva; por eso, debe ser acotada restrictivamente.

1.3.4. “Creencias psicológicas”: (factores no cognitivos, con causas que no son causas):

Estas son creencias creadas principalmente por la mente, aunadas al ilusionismo o también llamadas creencias mágicas, donde no existe una razón de la causa, no son de tipo cognitivas, simplemente se cree en algo porque sí, en este caso entran las creencias religiosas, donde se dice que el individuo con DI, es un ángel enviado por Dios y se le tiene que proteger.

2. SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Principalmente cabe mencionar que al contrario de lo que la mayoría de los individuos cree, un discapacitado intelectual leve y moderado podrían llevar un desarrollo de su sexualidad normal, aunque con una enseñanza o atención especial, al decir especial, se hace referencia a una atención mayor ya que su capacidad de comprensión está disminuida, como bien lo señaló Jerusalinsky (1998).

Según López (2002): *“las personas tenemos un abanico de emociones que nos permite expresar todos los sentimientos de mil formas. Sentimos la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados, etc. La necesidad de contacto corporal la resolvemos con los padres, durante la infancia, y con los amigos y la pareja durante la vida adulta y la vejez”.*

La necesidad específica de intimidad sexual la resolvemos con la pareja. Las personas con discapacidad intelectual, que son frecuentemente muy táctiles y menos reprimidas en relación al

contacto corporal, parece que tienden a resolver esta necesidad con los padres y las personas que los cuidan. Sin embargo, es frecuente que no puedan resolver sus necesidades sexuales. Con periodicidad, 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 (López, 2002).

2.1. Desarrollo de su sexualidad.

Es de sentido común pensar que las personas retrasadas mentalmente tienen fallas en el aparato mental que alteran su capacidad de abstraer y simbolizar y que dificultan la adquisición de aprendizajes. Por ello, poseen un tipo de pensamiento concreto que dificulta la comprensión de muchos conceptos; entre ellos, los relacionados con la diferencia de sexos y la reproducción. Sin embargo, Jerusalinsky (1988) dice que “si bien la deficiencia mental puede generar un campo más restrictivo para el desplazamiento simbólico, sólo en los casos de deficiencia mental profunda se llega a niveles que imposibilitan el proceso de elaboración de los impulsos sexuales”.

2.2. Comparación entre el desarrollo sexual del deficiente mental y del sujeto sin dicha deficiencia.

Martín (1993) defiende la teoría de que “el desarrollo emocional del subnormal en lo que al sexo se refiere sigue, en general, la misma trayectoria que el de una persona de inteligencia emocional.” Sin embargo, también afirma que “en el discapacitado intelectual no hay alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario que trastorquen esos aspectos vegetativos; la zona genital funciona con normalidad.

No obstante, existen interferencias en el Sistema Nervioso Central relativas al comportamiento de relación. Estas interferencias, cuyo fin es controlar la conducta, están muy influenciadas por la capacidad intelectual. En este punto es en el que el deficiente mental está menguado y su conducta sexual discrepa de la normalidad”. Es decir, en el deficiente mental la respuesta sexual a nivel vegetativo se produciría igual que en el resto de personas, pero es a la hora de controlar y conducir esa respuesta dentro de las normas culturalmente establecidas cuando no está a la altura de las circunstancias.

Los fallos a este nivel, es decir, en el aprendizaje y en la interpretación de estímulos de índole sexual serán los que provoquen errores de comportamiento. Como ha dejado claro el psicoanálisis, el desarrollo sexual se produce a lo largo del ciclo vital de las personas. Por ello, puede ser interesante presentar los principales hitos evolutivos que se dan en los discapacitados intelectuales, apoyados fundamentalmente en Gómez (1993).

De cero a seis años

Se insiste en que la evolución psicosexual no tiene por qué ser diferente de las personas no deficientes. En este punto debemos tener en cuenta que el ambiente familiar es esencial para un adecuado desarrollo. La comunicación y el contacto en los primeros meses de vida, los cuidados y la interrelación articulan el desarrollo del niño. La adecuada interacción genera la seguridad básica necesaria para la futura adaptación y socialización.

Entre los dos y seis años se desarrolla la adquisición de la identidad sexual. El niño y la niña van integrando y expresando el papel que la sociedad exige de ellos en función de su identidad sexual. Respecto a los niños deficientes mentales tal vez la cronología puede ser

diferente. Tal vez las referencias de desarrollo general no sirvan. El proceso puede ser más lento pero los estadios evolutivos en este ámbito parecen ser los mismos.

De seis a diez años

En este periodo no ocurren fenómenos especiales, sino que se da una continuidad de los anteriores.

De doce a dieciséis años

En este periodo lo fundamental es el cambio corporal. La nueva conformación de los cuerpos replantea y reafirma la identidad sexual de un modo definitivo. El autoerotismo es una de las primeras formas de comportamiento sexual adolescente. Ninguno de estos acontecimientos son ajenos a una persona deficiente mental, aunque tal vez los ritmos y el grado de deficiencia personalizan el proceso.

Respecto a la educación sexual, probablemente haya que adaptarla al discapacitado en aquellos aspectos en los que los factores cognitivos tengan más peso. Sin embargo, por el hecho de ser cuestiones relacionadas con la sexualidad, no debe considerarse como algo diferente a las otras dificultades que los discapacitados intelectuales tienen en el aprendizaje y comprensión de otros aspectos.

De dieciséis años en adelante

La sexualidad se hace adulta. El deseo sexual está presente y se expresa de diferentes formas; está mediatizado por procesos biofisiológicos, cognitivolingüísticos y afectivos. Por eso, se dice que el desarrollo psicosexual es personal e irrepitible.

La sexualidad del discapacitado intelectual va estar mediada por estos factores al igual que el resto de las personas. Por consiguiente, habrá personas deficientes con mayor o menor necesidad sexual, con mayor o menor expresión sexual, etc, al igual que el resto de las personas. En esta época la sexualidad busca la satisfacción en otras personas.

El entorno en que se desarrollan estas necesidades no es nada favorable en el caso de los sujetos con retraso mental ya que se le niega el status de adulto al sobreprotegerlo, esto afecta directamente su desenvolvimiento psicosocial, produciendo en diversas ocasiones, manifestaciones inadecuadas, "socialmente", de la sexualidad, esto recae en las creencias o cultura de los educadores, que vendrían siendo los padres de familia y profesores, en este caso el estudio se centra en padres de familia únicamente.

Las limitaciones propias del retraso mental, la sobreprotección por creencias de la familiar, la carencia de entornos en los que interactuar, hacen difícil que las personas discapacitadas tengan una verdadera vida interpersonal. Por lo tanto, se puede llegar a la conclusión de que a menudo estos sujetos tienen dificultades para resolver de manera adecuada sus necesidades interpersonales y de intimidad afectivo-sexual (López, 2002).

2.3 Diferencias entre los propios deficientes mentales.

Tal y como se expone en páginas anteriores, a menudo se cree que el comportamiento sexual del deficiente mental difiere totalmente del de un adulto normal. También se cree que el deficiente carece de deseo sexual y, por el contrario, otros opinan que está sometido a deseos

sexuales incontrolables. De una forma u otra, la sexualidad se manifiesta en todos los deficientes mentales pero existen grandes diferencias debidas a la edad, sexo, grado de deficiencia y características individuales.

Según Katz, G. & cols. (1993, 270), "en general, la sexualidad es menos aparente en los deficientes profundos. Si la deficiencia es ligera, la sexualidad se acerca a lo normal. La mayoría de este tipo de deficientes presentan las mismas variantes de comportamiento sexual que personas no deficientes.

Existe, sin embargo, una diferencia fundamental: los deficientes mentales que viven en una institución no tienen las mismas oportunidades que los demás de desarrollar su vida sexual como ellos desean y con la discreción adecuada. En esta situación, las más ligeras desviaciones se hacen más notorias".

Como queda claro en esta cita, no es tanto que su sexualidad tenga una especificidad definida, como que sus capacidades mentales, características emocionales e historia de comportamientos condicionan su sexualidad.

Teniendo en cuenta que con el mismo nivel de discapacidad se puede tener una vida sexual diferente, se expondrán las características sexuales de deficientes ligeros, moderados y profundos apoyándose en los datos ofrecidos por López (2002).

2.3.1. Deficientes ligeros:

Estos en general pueden llegar a tener una sexualidad normalizada. Son capaces de aprender los contenidos básicos de la educación sexual y de llegar a protegerse de las prácticas de riesgo. Por otro lado, tienen más limitaciones en estos aprendizajes ya que les cuesta más generalizarlos, planificar el futuro, etc.

2.3.2. Los deficientes moderados:

Tienen más dificultades para alcanzar una sexualidad normalizada debiendo aprender, si quieren, conductas autoeróticas en privado, y a controlar sus deseos y a respetar a los demás haciéndose respetar. Además, son más vulnerables al hecho de sufrir acoso y de cometerlo. En todo caso es importante poner el énfasis en sus posibilidades y ofrecerles ayuda para que aprendan aquello que no es seguro que aprendan.

2.3.3. Los deficientes profundos:

Todavía dependen más de los demás. Por ello, se puede decir que su sexualidad es la que los padres, educadores y sociedad se puedan permitir que tengan. En todo caso, es fundamental que estén protegidos de los riesgos y sean queridos, acariciados afectivamente y cuidados.

2.4. Dificultades de un Discapacitado intelectual para vivir la sexualidad.

Aunque cada persona sea diferente y haya mucha diversidad en los grados de deficiencia mental, todas ellas comparten en alguna medida una serie de dificultades para vivir la sexualidad de manera normalizada. Según López (2002), las principales dificultades serían éstas:

2.4.1. "Dificultades para acceder a contextos de interacción social normalizados":

Normalmente limitan su vida al contexto familiar y al de un centro especial e incluso cuando están en otros contextos, están muy vigilados. Las familias, con la mejor de las intenciones, suelen sobreproteger a los hijos con discapacidad intelectual, especialmente en las conductas sexuales ya que las consideran peligrosas. Además, no sólo tienen un entorno pobre o controlado sino que, en muchos casos, carecen de tiempos y espacios de intimidad; lo que impide toda posibilidad de actividad sexual. Por ello, las condiciones de socialización en general y, sobre todo, sexual son muy carenciales.

2.4.2. “Negación de educación sexual”:

A muchas de estas personas se les niega información sexual que pueden entender y se las supone incapaces de tener cualquier tipo de relación de pareja. Por ello, sólo son informadas a través de mensajes negativos y prohibiciones. Los modelos de observación (padres, otros adultos, televisión...) junto con la falta de educación sexual, les lleva a tener expectativas no realistas, especialmente en relación con la pareja.

2.4.3. “Los efectos de los medicamentos sobre las emociones y la sexualidad”:

Por una u otra razón, las personas mentalmente discapacitadas suelen tomar más medicamentos que la población “normalizada”, sin que se tenga en cuenta su posible efecto sobre la sexualidad. Probablemente, son estos medicamentos los responsables de algunas conductas sexuales inadecuadas que se dan en las personas deficientes mentales, y no su discapacidad intelectual. Obviamente, este dato incita a reflexionar sobre la necesidad de que el tratamiento de las personas deficientes mentales se lleve a cabo en el seno de equipos multidisciplinares, donde cada experto escuche la opinión del resto de colegas y en donde se equilibren las repercusiones positivas y negativas que puedan tener en otros ámbitos del comportamiento, las prescripciones ofrecidas por cada experto.

MÉTODO

a) Objetivo general

- Identificar las creencias que los padres tienen con respecto a la sexualidad de sus hijos con Discapacidad Intelectual (DI).

b) Objetivos particulares

- Identificar el tipo de creencias que predominan en los padres de familia.
- Conocer la responsabilidad que asumen los padres de familia con respecto a la sexualidad de sus hijos.
- Conocer las inquietudes de las que los niños les hablan a sus padres.
- Evaluar la aceptación de los padres de familia acerca de la sexualidad de sus hijos.
- Identificar qué métodos les ha funcionado a los padres para brindar educación sexual.

c) Planteamiento del problema

Como bien se sabe en México se tiene un sistema de creencias muy arraigado, sobre todo si se habla acerca de la sexualidad, ya que este sigue siendo un tema tabú, sobre todo si se refiere a individuos con Discapacidad Intelectual, produciendo de esta forma que los niños y adolescentes con este déficit no estén recibiendo educación sexual, ya que los padres no les brindan la información o la disfrazan de tal modo que los chicos no absorben los datos pertinentes para el mejoramiento de las manifestaciones de su sexualidad, es probable que los padres de familia, por descuido, no se percaten de las manifestaciones de sus hijos, o que realmente por temor o diversas cuestiones que no saben manejar, no quieran aceptarlo, ello puede causar a su vez que los jóvenes adolescentes no se percaten de una acción inadecuada, como algún tipo de abuso sexual, o acoso, poniéndolos así en peligro.

Por ende es que surgió el interés por identificar las creencias que los padres de familia tienen con respecto a la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, ya que muchas de estas creencias pueden ser perjudiciales para su desarrollo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las creencias de los padres de familia acerca de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual?

d) Tipo de estudio

El estudio que se llevó a cabo es de tipo descriptivo, en este caso el propósito fue describir las situaciones y eventos, donde se describieron las creencias que los padres de familia de adolescentes con discapacidad intelectual tienen, se dice cómo es y cómo se manifiesta éste fenómeno.

En este estudio se especificaron las propiedades importantes de las personas, que fueron sometidas a análisis. Se midieron y evaluaron diversos aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno investigado. Desde el punto de vista científico, describir es medir; por tanto en esta investigación de tipo descriptiva se seleccionó una serie de cuestiones y se midió cada una de ellas independientemente, para así, describir lo que se investiga.

e) Categorías

- Creencias
Creencias que los padres tienen con respecto a la sexualidad de sus hijos con DI.
- Sexualidad.
Sexualidad en adolescentes con DI.

Descripción de categorías

Creencias: Las creencias son modelos cognitivos o no cognitivos que utilizan las personas para adaptarse al medio. Éstas impactan también su manera de sentir y actuar. Boudon (2000), menciona que existen dos tipos de teorías que son el núcleo central de formación de creencias:

1. Aquellas referidas a factores *cognitivos*: a) donde los factores que las explican hacen referencia a *razones que son causas*, lo cual quiere decir que explicar la creencia es hacerla comprensible dando cuenta de las razones que se tienen para creer en ella y por otra parte, b) están las causas

que no son razones, como que la explicación de la creencia se apoya sobre causas que no tienen el estatus de razones.

2. Teoría referida a factores *no cognitivos*: a) donde las *razones que son causas*, de modo que las razones que se da el sujeto son tributarias de (x) causas culturales o (y) biológicas evolucionarias, y b) las razones que *no son causas* son aquellas de tipo afectivas (accesibles o no a la observación).

Creencias que los padres tienen con respecto a la sexualidad de sus hijos con DI: La gran mayoría de padres sostienen la falsa idea de que eternamente serán niños y que por lo tanto, no tienen deseos ni intereses sexuales y no podrán tener autonomía en este terreno. Los padres consideran que sus hijos no tienen conocimientos sexuales y que sus sentimientos van a ser siempre de amigo o de hermano hacia los demás, esto es que, los consideran seres asexuados.

Qué es la sexualidad: La sexualidad es una realidad física, mental, emocional y social en cada ser humano, así como una energía y una potencialidad para ser vivida. La sexualidad implica una actividad relacional con otra persona. Por eso hablamos de relaciones sexuales (Bain, 2004).

Sexualidad en adolescentes con DI: En el caso de las personas con discapacidad, sale que la labor de la familia y de la escuela es facilitar la construcción de actitudes positivas que permitan el acceso a una identidad propia y a la valoración de sí mismos; acomodándose la percepción de la propia sexualidad a la situación física, psíquica, emocional, social e intelectual con el objeto de que llegue a ejercer su derecho a la sexualidad en forma sana y placentera Dolto (citado en Bain, 2004).

f) Población y muestra

La población que se tomó, son los padres de familia de adolescentes con Discapacidad Intelectual que estudian en el C.A.M. No. 85 María Montessori turno Vespertino, con un total de 22 padres de familia.

Como muestra se tomaron, 10 individuos los cuales fueron elegidos con un método no probabilístico, que son sujetos tipo, con criterios de inclusión y exclusión, ya que se tomó en cuenta la discapacidad y edad de sus hijos, debido a que solo se trabajó con padres de adolescentes que tienen una edad de 12 a 18 años y que presentan discapacidad intelectual, estos tuvieron una participación voluntaria.

g) Técnica

La técnica para la obtención de datos fue por medio de un grupo focal constituido por los padres de familia de adolescentes entre 12 y 14 años de edad que presentan DI, el grupo focal es una herramienta muy útil para la planificación de los programas y la evaluación de los mismos. El secreto consistió en que los participantes pudieran expresar libremente su opinión sobre diferentes aspectos que se les cuestionaron en un ambiente abierto para el libre intercambio de ideas. Otro de los aspectos positivos estribó en el hecho de proveer participación a las personas involucradas en el respectivo proyecto, para la constitución del grupo focal se tomaron en cuenta los siguientes aspectos, que fueron de mucha ayuda para llevar a cabo el análisis del grupo focal, estos son propuestos por Huerta (2005).

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO FOCAL

- Los participantes presentan ciertas características homogéneas.

- Se proveen datos de índole cualitativo.
- La discusión fue enfocada en un aspecto específico.
- Fue sumamente importante la percepción de los usuarios.
- El propósito no fue el de establecer consenso, sino el de establecer las percepciones, sentimientos, opiniones y pensamientos de los usuarios.
- Fue un proceso adecuado para facilitar el aprendizaje de los miembros del grupo.

PLANIFICACION DEL GRUPO FOCAL

- Se determinó el propósito de la actividad. Entre otras cosas se estableció la razón por la cual se llevó a cabo el estudio, a quiénes les interesaba la información, los tipos de información que son importantes, quiénes iban a ser los usuarios de la información, se determinó el tipo de información requerida, y la razón por lo que la misma fue requerida.
- Se determinó la población a participar. El propósito fue que los participantes se pudieran expresar libremente sin herir susceptibilidades. El tamaño del grupo focal fue de 6 personas. Esto es debido a que en un grupo mayor, muchos participantes podrían cohibirse de participar, mientras que en un grupo demasiado pequeño pudiera haber pocas ideas representadas.
- Se desarrolló un plan y se estimaron los recursos requeridos. Esto incluyó el desarrollar el plan, desarrollar las preguntas, identificar y reclutar a los participantes, probar el proceso, primer GF segundo GF tercer GF cuarto GF (este último, de ser necesario) análisis, borrador, borrador final, presentación oral del informe. Se llevaron a cabo 3 sesiones del grupo focal, sobre el mismo tema con diversas preguntas, las preguntas fueron abiertas, de manera que éstas generaron pensamiento crítico, y cada uno tuvo la suficiente flexibilidad para elaborar sus respuestas.
- Una vez llegó a un consenso sobre las preguntas a incluirse, se estableció una secuencia lógica de las mismas.

LA REDACCIÓN DE LAS PREGUNTAS

- Se contó con dos personas que redactaron las preguntas, un especialista y un estudiante adentrado en el tema, las preguntas fueron abiertas, de manera que éstas generaron pensamiento crítico, y que cada uno tuvo la suficiente flexibilidad para elaborar sus respuestas.
- Una vez se sobrepasó el número de 20 preguntas, se procedió a establecer prioridades, de manera que el número final fluctuó en 12 preguntas.
- Durante el proceso se añadieron preguntas que no habían sido previamente consideradas, en otros casos se modificaron preguntas existentes.
- Se estableció un consenso lógico de las preguntas.

FUNCIONES DE LOS DIRIGENTES DE LOS GRUPOS FOCALES

Función del moderador antes del grupo focal:

- El moderador se familiarizó con el tema a tratar.
- Coordinó el reclutamiento de los participantes.
- Coordinó la logística del grupo focal.
- Practicó la introducción.
- Se sintió cómodo con las preguntas.
- Estuvo descansado.

Función del moderador durante el grupo focal:

1. Llegó temprano.

2. Determino la ubicación de las personas. Se llevó a cabo una mesa redonda y se escribió el primer nombre de los participantes. En cuanto a la ubicación de las personas, el más tímido se colocó al frente del moderador, para que se sienta confiado a hablar. El más inquieto se sentó justamente al lado del moderador con el propósito de que se tranquilizara un poco.
3. Dio la bienvenida al inicio del grupo focal.
4. Comenzó y terminó en el tiempo previsto (1½ a 2 horas).
5. Guardó su opinión.
6. Controló reacciones verbales y no verbales.
7. Al final, preguntó si algo se había quedado.

También hubo dos auxiliares que intervinieron de la forma en que el moderador lo indico.

h) Diseño de investigación

Se llevó a cabo una investigación de corte cualitativo, la investigación cualitativa en este caso puede contribuir al entendimiento de las características que rodean las ciencias sociales y de servicio sanitario, tanto desde su aspecto estructural, como de organización del proceso asistencial o interpretación de los resultados. Analizar este contenido proporciona una información muy valiosa sobre cómo mejorar diferentes aspectos de la práctica educativa de la sexualidad, así como de la organización del proceso asistencial. Asimismo, la información obtenida mediante las técnicas cualitativas permite anticipar problemas y detectar soluciones que nos ayuden a avanzar en el complejo proceso de toma de decisiones.

La técnica cualitativa que se empleo es la de grupo focal, por medio de éste se podrá obtener información de tipo cualitativa, ya que se aportaron ideas y conocimientos sobre conceptos y actitudes de los participantes, mediante la formulación de preguntas abiertas, pues promueven la participación, no respuestas dicotómicas, y la observación durante la participación.

i) Captura de información

En la captura de la información antes de comenzar el programa, para efectos de la organización, se realizó una planificación estratégica, donde se hizo un diseño del programa que se llevó a cabo con el grupo focal y se generó información para las preguntas guía, se desarrolló una serie de preguntas que sirvieron como guía para el programa, *ver anexo 1*.

Este trabajo se realizó en colaboración con los padres de familia seleccionados del Centro de Atenciones Múltiples C.A.M. No. 85, turno vespertino, se conformará un grupo focal tomando en cuenta características específicas de cada uno de sus miembros, ya antes mencionadas, con este grupo se llevaron a cabo 3 sesiones, cada sesión tuvo una duración de una hora y media a dos, éstas fueron videograbadas, con la finalidad de obtener cada detalle de lo comentado, hubo dos auxiliares, uno que estuvo tomando nota de las expresiones de los padres de familia, el cual hizo un reporte detallado de las expresiones o comentarios más relevantes, el segundo auxiliar estuvo encargado de la videocámara para captar cada detalle de lo que suceda en el espacio.

j) Procesamiento de información

Se preparó un resumen detallado de la información obtenida de la dinámica con las expresiones más sobresalientes de los padres de familia. Se hizo tan pronto como la actividad finalizó. Observando el formato sugerido.

Se hizo una transcripción total de la actividad, con exactamente las mismas palabras utilizadas por los participantes. La transcripción se llevó a cabo lo antes posible, con el fin de que la

discusión efectuada estuviera lo más fresca posible en la mente de los participantes. Esto se debe realizar escuchando la grabación pregunta por pregunta.

Se compartió el análisis con el asistente de moderador. El asistente de moderador que lleva las notas se sintió cómodo con el informe, se envió la copia del borrador a los participantes del grupo focal para obtener sus reacciones, se realizó el informe final (resultados y discusión), incorporando las recomendaciones de los participantes, se informó de manera oral los resultados de la actividad, y se anexaron los mismos por escrito al presente artículo, los resultados fueron analizados bajo la Teoría Cognoscitivista de la Creencias de Boudon (2000).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El concepto de sexualidad en los padres de familia no está enfocado sólo al aspecto biológico. Tal como indica Cagnon (2001), este concepto implica también a otros como la "identidad de sexo", en el que una persona llega a considerarse hombre o mujer; mientras el "papel de sexo" refiere al aprendizaje y al desempeño de características y comportamientos socialmente aceptados para un sexo dado. Unido al aspecto social aparece la concepción cultural y sus valores (educación y juicio social).

Durante el taller se observó cómo predomina en los padres de familia, algún tipo de creencias, esto aunado al concepto de sexualidad que tienen, la más notable fue en uno de los participantes, el cual denota una alta creencia en fenómenos religiosos, ya que se refiere a los adolescente comparándolos con ángeles, y menciona que la sexualidad es de seres "mundanos" lo cual es un término utilizado por los cristianos evangélicos, esto indica que se está refiriendo a algo divino. Confrontándolo con la teoría de Boudon (2000), se puede definir que estas creencias son de tipo no cognitivas, con razones que no son causa, por lo tanto se observan **Creencias de tipo Psicológicas**, en otro caso específico de un padre de familia se identificaron algunos comentarios tales como "Se ha comprobado que los discapacitados intelectuales tienen un desarrollo normal en su sexualidad", eso indica que se tiene un conocimiento más profundo del tema, donde se cita alguna investigación, dejando ver que se tienen factores cognitivos con razones que son causa, por lo tanto vendría siendo una **Creencia de tipo Científica**.

En cuanto al resto de los participantes, incluyendo a las ya mencionadas se pueden identificar **Creencias de tipo Colectivas**, ya que hacen comentarios como, "toda la gente dice que no podrán tener novio", "las personas saben que ellos no son capaces de hacer eso", entre otros comentarios, se pueden precisar como causas que no tienen estatus de razón, sin en cambio lo creen porque una masa social lo cree, en la teoría de Boudon, se puede empatar con los factores cognitivos pero con razones que no son causa.

Pero las creencias que predominaron durante las tres sesiones fueron aquellas donde se relacionan factores no cognitivos, pero con razones que son causa, ya que los participantes refirieron opiniones que tienen bases culturales como "a ellos no les gustan otras personas", "siempre piensan como niños, también en la sexualidad", "los discapacitados no se enamoran", entre muchos otros comentarios, se puede deducir que todo esto es impuesto por las sociedad en la que viven, obteniendo como resultado que el tipo de creencias que más predominan son las de **Tipo Culturales**.

De acuerdo con algunos autores, y al contrario de lo que la mayoría de los padres de familia piensan, al llegar a la pubertad las personas con discapacidad intelectual experimentan los mismos cambios biológicos que viven todos los seres humanos a consecuencia de las alteraciones endocrinas a nivel anatómico-fisiológico y, por tanto, registran un incremento de su impulso sexual, por tanto es necesario que los padres presten más atención al desarrollo y educación de la sexualidad de sus hijos.

CONCLUSIONES

Los padres de familia mantuvieron una actitud no muy abierta ante la sexualidad de sus hijos, es decir, durante el taller se mostraron poco interesados en saber más, ampliar sus conocimientos y aclarar o corregir lo que ya saben. Se pudo observar que el tema de la sexualidad para la gran mayoría sigue siendo un tabú, Aportaron sus opiniones y relataron sus experiencias, pero en algún momento se cerraban a su opinión, tal parece que no quieren orientar y ayudar a sus hijos. Sin embargo, también mostraron una actitud pasiva, estuvieron conscientes de su falta de información, de no haber encontrado la forma de abordar el tema de la sexualidad con sus hijos, de no poder responder a algunas cuestiones que llegan a plantearles y de carecer de iniciativa para informarse.

La falta de información lleva a los padres de familia a depositar en la institución educativa la responsabilidad de proporcionar educación sexual a sus hijos. Resalta su preocupación por el momento en que sus hijos iniciarán su vida sexual, algunos relataron que no se los permitirían jamás, y la mayoría refiere que sus hijos no están interesados en su sexualidad, manifestaron ciertos temores hacia las personas que están en su entorno, por el objeto que estas puedan dañar a sus pequeños.

Recapitulando, algunos padres de familia se preocupan porque sus hijos aprendan a vivir su sexualidad de forma responsable y logren alcanzar su satisfacción personal. Asimismo, muestran cierta angustia y expectación acerca de qué va suceder con sus hijos cuando ellos no estén para ayudarlos y cuidarlos.

Sería importante que hubiera otros estudios que investigaran el tema de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, con la finalidad de concientizar a los padres de familia y la educación sexual de individuo con discapacidad intelectual sea más apropiada.

SUGERENCIAS

En base a los resultados y conclusiones obtenida en la presente investigación, se refiere lo siguiente:

- Se sugiere a los padres de familia, que se interesen más en la sexualidad de sus hijos, que se preparen e investiguen más acerca del tema.
- Se sugiere a las instituciones educativas que creen talleres donde exista una retroalimentación con los padres acerca de esta temática.
- Es de suma importancia también que se pueda crear un grupo de apoyo, como institución o asociación para atender a todos los padres de personas con discapacidad y que cuente con especialista de la sexualidad.
- Ampliar la investigación para profundizar más en las creencias y educación de los padres de familia para poder desarrollar un plan de acción.
- Desarrollar un plan de intervención y un seguimiento constante del proceso, en el que se trabaje no sólo con la madre o tutor principal del menor, sino que también se incorpore a toda la familia en el proceso.
- Buscar otro método para trabajar con los padres de familia, y de esa forma ellos puedan tener un conocimiento mayor de la sexualidad de sus hijos.

REFERENCIAS

- Bain, B. (2004), *Hablar sobre Sexualidad con mi Hijo*. Canadá: Sunny Hill Health Centre for Childrem.
- Boudon, R. (2000), *Teoría cognoscitivista de las creencias*, Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Cagnon, J. (2001), *Sexualidad y cultura*, México: Pax.
- Caricote, E. (2012). La sexualidad en la en la discapacidad intelectual. *Educere La revista Venezonala de Educació*,16 (15). Pp. 395-402
- Castañeda, L. (2002), *Metodología de la Investigación*, México: Mc Graw Hill.
- Gómez, J. (1993). Educación sexual. Necesidad e importancia. En AA. VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (129-133)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Huerta, J. (2005), *Evaluación Del Origen De Los Grupos Focales*, México: Manual Moderno.
- Jerusalinsky, A. (1998). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Martín, E. (1993). Conductas sexuales y afectivas en minusválidos psíquicos. En AA.VV., *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica. Ponencias de la Primera Conferencia Nacional (129-133)*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Molina, S. y GÓMEZ, A. (1992). *Mitos e Ideologías en la escolarización del Niño Deficiente mental*. Zaragoza: Mira Editores.
- Myers, D. G. (1995). *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Colombia: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Pichardo, B. (2003), *Métodos y Técnicas de Investigación*, México: UAEM.
- Sampieri, R. (2003), *Metodología de la Investigación*, México: Mc Graw Hill.