



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 092, CDMX AJUSCO

PROGRAMA EDUCATIVO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

TÍTULO
PROPUESTA DE TALLER DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PARA
ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

OPCIÓN DE TITULACIÓN
DISEÑO DE PROGRAMAS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

P R E S E N T A:

MARIA VALERIA TIRO ORTIZ

ASESORA: DRA. CLAUDIA LÓPEZ BECERRA

CIUDAD DE MÉXICO, 2026



Ciudad de México, a 09 de febrero de 2026

DESIGNACIÓN DE JURADO AUTORIZACIÓN DE ASIGNACIÓN DE FECHA DE EXAMEN

La comisión de titulación tiene el agrado de comunicarle que ha sido designado miembro del Jurado del Examen Profesional de la pasante **TIRO ORTIZ MARIA VALERIA** con matrícula **13196191**, quien presenta el Trabajo Recepcional en la modalidad de **TESIS** bajo el título: **"TALLER DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL"**. Para obtener el Título de la **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA**

Jurado	Nombre
Presidente	MTRA. MARICELA GUADALUPE VELEZ ESPINOSA
Secretario	MTRO. PEDRO BOLLAS GARCIA
Vocal	DRA. CLAUDIA LOPEZ BECERRA
Suplente 1	DRA. ALEJANDRA CASTILLO PEÑA
Suplente 2	-----

Con fundamento al acuerdo tomado por los sínodos y de la egresada, se determina la fecha de examen para:

el miércoles 25 de febrero de 2026 a las 1:00 pm
EXAMEN PRESENCIAL

Atentamente
"EDUCAR PARA TRANSFORMAR"

CUITLAHUAC ISAAC PEREZ LOPEZ
RESPONSABLE DE LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Cadena Original:

||1915|2026-02-09 11:41:58|092|13196191|TIRO ORTIZ MARIA VALERIA|P|LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA|1|F|3|13|TALLER DE EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL|MTRA.|MARICELA GUADALUPE VELEZ ESPINOSA|MTRO.|PEDRO BOLLAS GARCIA|DRA.|CLAUDIA LOPEZ BECERRA|DRA.|ALEJANDRA CASTILLO PEÑA||2026-02-25|13:00|1290|0|RZg29BwHtE||

Firma Electrónica:

AT+vdN4RIIOtgvMecFvdRmLKQThJ81M2Q55IK3IlbDOa6XrXrMxwDME0OyPh2h50gPKZlp0U2I41Ou+EW7XCwQcRMQR4mp
OsqEBfkv/2nt/YHvTf/BnfmIBasbHu6SSrNxG8RJ6P/5BOKW1Yw8Io9HFmw8EwOE4CQnHwBuxAI+320n5wiUdiCS6bs27xwo
RyibaoXOBey3mi5xYYspk45jR0++ZaR9RayQ5sTAlveMep8d586ueEi8tW0KSUc0Z07ULNMAojn0jjjAKy/ijrIw2HWJU8SSP4NYS
uw68ijb+k6pLqsY8BAZb7oB4x65ajKI73pIyWDKsgofMqZoSFBrrd7jPauzxTh5LgYvPxLEKfCMPIr7w5qqMEeszv7LO8Rd7N2m
/iRzWrGNjz9M9kMUsV3n2ONFDsdv11G25uL1tnw2YdCLQuR4uR5Xy3827GjQ3dusjGp0aoWZBhF9jOF7G88TQyWYXhGecR
O3Emrgn95zALFHjIvNBRKGWqRSYPr3ZiFtc82PpVEVncRuXEPmtyquNvTOUrf1vxRt4BTriMdHI8xyRvxV+KbuNJPTWZgLwGP
536FnXpcnoDEtpVHQDYNW18fiaPMFPojNbKgLsgz5LF5EkrLLNC8fumf08JDITnlbhGNbNujx6gon1s+XhA0HGkuhd2j9J9GNJu
=

Fecha Sello:

2026-02-09 11:41:59



"El presente acto administrativo ha sido firmado mediante el uso de la firma electrónica avanzada del funcionario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de la resolución, de conformidad con los artículos 38, párrafos primero, fracción V, tercero, cuarto, quinto y sexto, y 17 D, tercero y décimo párrafos del Código Fiscal de la Federación. De conformidad con lo establecido en los artículos 17-1 y 38, quinto y sexto párrafos del Código Fiscal de la Federación."



A mi mamá y a mi papá

Gracias por su apoyo infinito en cada etapa de mi vida.

A mi mamá, por ser mi guía, mi fuerza y mi refugio incondicional. Por estar siempre presente con tus palabras de aliento, tu amor sin límites y tu confianza en mí, en todo momento.

A mi papá, que ahora me acompaña desde el cielo, le dedico cada logro, cada desvelo y cada paso que doy. Su amor, sus enseñanzas y su recuerdo viven en mí y me motivan a seguir adelante con la misma determinación que siempre me inculcó.

A Luis, mi segundo papá

Gracias por tu apoyo y por acompañarme día a día con pequeños gestos llenos de amor, como prepararme el desayuno antes de ir a la universidad. Su apoyo fue fundamental para que pudiera cumplir esta meta, y siempre guardaré un enorme agradecimiento por ello.

Kike

Gracias por ser mi compañero en todos los sentidos: amigo, colega, cómplice y compañero de vida. En esta etapa nos conocimos siendo estudiantes y crecimos juntos, compartiendo aprendizajes, retos y sueños, tanto en lo profesional como en lo personal. Gracias por caminar a mi lado en este proceso, por la comprensión, el cariño y la paciencia compartida, por las madrugadas de estudio, las palabras de ánimo y ese hombro dispuesto para descansar cuando el cansancio se hacía presente. Gracias por tu amor, tu compañía constante y por crecer conmigo mientras construimos juntos nuestro camino.

A mis hermanos

Agradezco a mis hermanos por formar parte de mi historia personal y familiar. Aun con nuestras diferencias y los distintos caminos que cada uno ha seguido, su presencia ha sido significativa en mi proceso de crecimiento. Como hermana mayor, esta etapa ha representado un impulso para asumir responsabilidades, fortalecer aprendizajes y continuar mi desarrollo personal y profesional.

A mi equipo de trabajo en PERAJ: Gaby, Araceli, Yunuen y Santi

Gracias por su apoyo constante, por las enseñanzas compartidas, con el cual aprendí el verdadero significado del trabajo en equipo. Trabajar y estudiar de manera simultánea no fue sencillo; sin embargo, contar con su comprensión, colaboración y motivación permitió que cada reto se convirtiera en una oportunidad para crecer y fortalecer mi desarrollo profesional.

A mi asesora:

Agradezco profundamente su paciencia, orientación y compromiso a lo largo de este proceso. A pesar del tiempo y de las circunstancias, nunca me soltó y siempre confió en mi capacidad para concluir este proyecto. Su acompañamiento fue clave para dar forma a este trabajo y para recordarme que el esfuerzo y la constancia siempre rinden frutos. Asimismo, su trayectoria y profesionalismo han sido una gran inspiración para mi desarrollo académico y profesional. Le agradezco sinceramente su guía y dedicación.

A la Dra. Rocío

Por ser una mujer cuya trayectoria, compromiso y vocación de servicio resultan profundamente inspiradores. Su confianza y las oportunidades profesionales que me ha brindado han sido significativas en mi desarrollo, permitiéndome fortalecer mis capacidades. Con una guía basada en valores, su acompañamiento ha representado un impulso valioso en mi formación y crecimiento profesional.

Diseño de Taller de educación de la sexualidad para Adolescentes con Discapacidad intelectual.

Introducción

Capítulo I. Discapacidad: Definición y Clasificación

1.1	Definición de discapacidad.....	1
1.2	Clasificación de la discapacidad.....	5
1.2.1	Discapacidad motriz.....	5
1.2.2	Discapacidad sensorial.....	5
1.2.3	Discapacidad psicosocial.....	5
1.2.4	Discapacidad intelectual.....	6
1.2.4.1	Discapacidad intelectual leve.....	7
1.2.4.2	Discapacidad intelectual moderado.....	7
1.2.4.3	Discapacidad intelectual grave.....	8
1.2.4.4	Discapacidad intelectual profundo.....	8

Capitulo II. Desarrollo Cognitivo y Discapacidad Intelectual

2.1	Discapacidad cognitiva	11
2.2	Desarrollo cognitivo	12
2.3	Desarrollo cognitivo en la discapacidad intelectual.....	13
2.3.1	Periodo sensoriomotor de 0 a 2 años.....	15
2.3.2	Periodo preoperacional de 2 a 7 años.....	16
2.3.3	Operaciones concretas de 7 a 11 años.....	17
2.3.4	Operaciones formales.....	17
2.4	Adolescentes con discapacidad intelectual.....	18

Capitulo III. Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual

3.1	Modelo teórico para la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual..	20
3.1.1	Dimensión I: habilidades intelectuales.....	22
3.1.2	Dimensión II: conducta adaptativa.....	22
3.1.3	Dimensión III: participación, interacciones y roles sociales.....	22
3.1.4	Dimensión IV: salud.....	22

3.1.5 Dimensión V: contexto (ambientes y cultura).....	22
--	----

Capítulo IV. La Familia y la Sexualidad en la Discapacidad Intelectual

4.1 La familia ante la discapacidad	24
4.2 Padres de adolescente con discapacidad intelectual.....	26
4.3 Discapacidad y sexualidad.....	29

Capítulo V. Sexualidad Humana y Discapacidad Intelectual

5.1 Definición de sexualidad	32
5.1.1 Modelo psicoanalítico de la sexualidad humana	32
5.1.2 Modelo empírico-positivista de la sexualidad.....	34
5.1.3 Modelo sistémico de la sexualidad	35
5.1.3.1 Holón de la reproductividad humana.....	36
5.1.3.2 Holón del género.....	37
5.1.3.3 Holón del erotismo.....	37
5.1.3.4 Holón de la vinculación afectiva interpersonal.....	38
5.2 Derechos sexuales y reproductivos.....	38
5.3 Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.....	40

Capítulo VI. Modelos y Programas de Educación Sexual

6.1 Educación sexual.....	41
6.1.2 Modelo de evitación de riesgos.....	42
6.1.3 Modelo moral	43
6.1.4 Modelo revolucionario y social.....	45
6.1.5 Modelo biográfico-profesional.....	46
6.2 Educación sexual para personas con discapacidad intelectual.....	47
6.3 La familia y educadores como parte de la educación sexual.....	51
6.4 Cuadro comparativo de programas de educación sexual existente.....	53

Capítulo VII. Adolescencia y Desarrollo Psicosexual

7.1 Desarrollo en la adolescencia: fisiológicos, anatómicos y psicosexuales.....	57
7.1.2 Cambios en hombres.....	58

7.1.3 Cambios en mujeres.....	58
7.1.4 Desarrollo psicosexual del adolescente con discapacidad.....	59
7.1.5 Menstruación.....	60
7.1.6 Masturbación.....	61
7.1.7 Conductas públicas y privadas.....	62

Capítulo VIII. Procedimiento

8.1 Propuesta de taller de educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad intelectual.....	64
8.2 Estructura.....	67
8.3 Procedimiento para el diseño	67
8.4 Destinatario.....	68
8.5 Objetivo general.....	68
8.6 Objetivos específicos	68
8.7 Delimitación de contenidos	68
8.8 Evaluación	69
8.9 Cartas descriptivas y rubricas de evaluación.....	71

Conclusiones

Referencias

Anexos de cartas descriptivas

Glosario

Introducción

La educación sexual constituye un componente esencial en el desarrollo integral de todo ser humano, ya que permite la construcción de una identidad personal y social saludable, el fortalecimiento de la autoestima, la capacidad de establecer vínculos afectivos y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos (López, 2002). No obstante, a pesar del reconocimiento de estos derechos en diversos marcos legales y educativos, aún persisten importantes brechas en su aplicación efectiva, especialmente en lo que respecta a las personas con discapacidad. Esta situación se vuelve particularmente crítica durante la adolescencia, etapa caracterizada por profundos cambios físicos, emocionales y sociales, donde la necesidad de orientación y acompañamiento se vuelve aún más apremiantes.

En el caso de los adolescentes con discapacidad, la educación sexual suele estar cargada de prejuicios, miedos y desinformación por parte de los adultos responsables de su formación, ya sea en el ámbito escolar o familiar. En muchos contextos, se mantiene la falsa creencia de que las personas con discapacidad no experimentan deseos, afectos o necesidades sexuales (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2018), lo que conlleva a una omisión sistemática de contenidos relacionados con su sexualidad. Esta negación del derecho a una educación sexual integral y adecuada no solo vulnera su autonomía, sino que también los expone a situaciones de abuso, discriminación, dependencia y desinformación. Frente a este panorama, se hace urgente el diseño de estrategias educativas que respondan de manera efectiva y respetuosa a las particularidades de esta población.

En este sentido, el presente trabajo de tesis surge a partir de la observación directa y la experiencia profesional en contextos educativos, donde se ha evidenciado una preocupante carencia de propuestas formativas específicas dirigidas a adolescentes con discapacidad intelectual. A lo largo de las prácticas profesionales en DIF Redes de Promoción fue posible constatar la falta de materiales didácticos, espacios de diálogo y talleres que aborden la sexualidad desde un enfoque inclusivo, accesible y basado en el respeto por la diversidad. Esta necesidad poco atendida motivó el

desarrollo de una propuesta psicoeducativa que tiene como finalidad diseñar un taller de educación sexual adaptado a las características, intereses y capacidades de esta población.

El rol del psicólogo educativo en este proceso resulta fundamental, ya que su formación integral le permite identificar necesidades reales en el entorno escolar, diseñar estrategias de intervención pertinentes y facilitar procesos de enseñanza-aprendizaje significativos. Desde un enfoque interdisciplinario, el psicólogo educativo no solo actúa como mediador del conocimiento, sino también como generador de espacios seguros, donde se promueva el desarrollo emocional, afectivo y social de los adolescentes con discapacidad intelectual. Asimismo, su intervención se extiende al trabajo con las familias, reconociendo su papel central en la construcción de actitudes y valores relacionados con la sexualidad.

La propuesta de taller presentada en esta tesis fue elaborada cuidadosamente a través de sesiones estructuradas, con objetivos claros, cartas descriptivas y rúbricas de evaluación, enmarcadas en los principios de la Educación Sexual Integral (ESI). Abarca temas fundamentales como el conocimiento del cuerpo, el consentimiento, la toma de decisiones, la afectividad, la prevención de abusos, la diversidad sexual y el autocuidado. Además, se contempla la posibilidad de que este taller sea implementado de manera paralela con los cuidadores o familiares de los adolescentes, con el fin de fortalecer el acompañamiento desde el hogar y construir redes de apoyo conscientes y comprometidas.

Este trabajo está organizado en ocho capítulos que abordan, de forma progresiva los distintos componentes necesarios para comprender la discapacidad intelectual y plantear una propuesta de intervención educativa adecuada.

El primer capítulo abarca la definición y clasificación de la discapacidad, con énfasis en la discapacidad intelectual. Se presentan los tipos principales de discapacidad (motriz, sensorial, psicosocial e intelectual), y se detalla la clasificación de esta última según su nivel de severidad: leve, moderado, grave y profundo.

El segundo capítulo desarrolla temas relacionados con el desarrollo cognitivo y su relación con la discapacidad intelectual. Se analizan las etapas del desarrollo cognitivo y cómo estas se manifiestan en adolescentes con discapacidad intelectual, facilitando la comprensión de sus procesos de aprendizaje y adaptación.

El tercer capítulo se enfoca en la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual, presentando un modelo teórico que integra dimensiones como habilidades intelectuales, conducta adaptativa, participación social, salud y contexto.

El cuarto capítulo aborda el rol de la familia y la vivencia de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Se exploran las actitudes de los padres, sus desafíos y la importancia de la educación sexual desde el núcleo familiar.

El quinto capítulo introduce la sexualidad humana desde diferentes enfoques teóricos (psicoanalítico, empírico-positivista y sistémico), e incluye el análisis de los derechos sexuales y reproductivos, tanto en general como específicamente para personas con discapacidad.

El sexto capítulo analiza los modelos de educación sexual, sus enfoques, y la necesidad de adaptarlos a las características y necesidades de las personas con discapacidad intelectual. También se destaca la participación de la familia y los educadores como parte fundamental del proceso formativo.

El séptimo capítulo se centra en la adolescencia y el desarrollo psicosexual, considerando los cambios fisiológicos y emocionales que ocurren en esta etapa. Se abordan temas como la menstruación, la masturbación, y la diferenciación entre conductas públicas y privadas, adaptadas para adolescentes con discapacidad intelectual.

El octavo capítulo presenta una propuesta concreta de taller de educación sexual para adolescentes con discapacidad intelectual. Se describe su estructura, objetivos, destinatarios, contenidos, procedimientos de evaluación y la participación activa de los cuidadores como parte del proceso.

Cabe destacar que el alcance de esta investigación se concentra en el diseño del taller, sin llegar a la aplicación práctica ni evaluación en contextos reales. No obstante,

representa una herramienta valiosa y replicable que puede ser adaptada por profesionales de la educación y la psicología en distintos escenarios. Su implementación futura podría contribuir a garantizar el derecho de los adolescentes con discapacidad intelectual a recibir una educación sexual integral, pertinente y transformadora.

En definitiva, esta tesis busca visibilizar una problemática frecuentemente desatendida, al mismo tiempo que plantea una propuesta concreta desde el campo de la psicología educativa. De este modo, reafirma la capacidad del psicólogo educativo para incidir positivamente en la construcción de entornos inclusivos, equitativos y respetuosos de la diversidad, donde todos los adolescentes, sin excepción, puedan ejercer su sexualidad de forma informada y segura.

Capítulo I. Discapacidad: Definición y Clasificación

Entender el concepto de discapacidad es fundamental para el análisis sobre los derechos, las necesidades y las realidades de las personas que viven con alguna discapacidad que afecta su desarrollo o funcionamiento en la vida cotidiana. La discapacidad, no solo es una limitación individual, sino que también debe entenderse como resultado de la interacción entre la condición personal con barreras en el entorno.

Este capítulo tiene como propósito presentar una visión general sobre la discapacidad, comenzando con su definición y seguido de su clasificación según diferentes tipos: motriz, sensorial, psicosocial e intelectual. Cada una de estas será descrita en función de sus principales características, causas y formas de presentarse.

La discapacidad no debe entenderse únicamente como una limitación individual, sino como el resultado de la interacción entre la condición personal de la persona y las barreras presentes en el entorno. Desde esta perspectiva, la discapacidad se conforma como un fenómeno social que limita la participación plena y efectiva de las personas en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2008; Palacios, 2008).

De manera particular, se hará un énfasis detallado en la discapacidad intelectual, considerando sus distintos niveles, esto permite comprender la diversidad existente dentro de esta discapacidad y facilita el diseño de apoyos e intervenciones adecuados. A través de este recorrido conceptual, se busca establecer las bases teóricas necesarias para los capítulos siguientes del trabajo.

1.1 Definición de discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) Naciones Unidas (2008) se encuentra vigente desde el 03 de mayo de 2008, establece en el artículo 1°; párrafo 2° que “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condición con las demás” definición que es considerada para el modelo social.

La definición de discapacidad tiene variaciones; en contra posición la definición de discapacidad vista desde un modelo médico, la Organización Mundial de la Salud (García y Sánchez, 2001) la define la discapacidad como “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”

La manera en la que se define la discapacidad se consolida dentro de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde se retoma el concepto de discapacidad, haciendo énfasis en el modelo social el cual menciona que las personas pueden tener una participación plena e igualitaria, sin ser la discapacidad una barrera para la contribución dentro de la sociedad (García y Sánchez, 2001; Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2012).

El término discapacidad ha tenido una serie de transiciones conceptuales a lo largo de los años, pasando de enfoques puramente individuales a enfoques integrales. En 2001, la Organización Mundial de la Salud introdujo un modelo bio-psico-social del concepto de discapacidad a través de la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF), que considera la interacción entre las condiciones de salud de la persona y los factores del entorno como determinantes del funcionamiento humano (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Actualmente, se continúa utilizando la definición de discapacidad establecida en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2008). Esta definición será la referencia principal en el presente trabajo. No obstante, resulta fundamental conocer el trasfondo histórico que permitió llegar a esta conceptualización.

De acuerdo con Del Torto (2015) en la evolución histórica se presentan diversos modelos para la concepción de discapacidad, abordando principalmente dos perspectivas, que se explican a continuación.

La primera tiene como base el Programa docente y de difusión de la CIF, dirigido por Luis Vázquez Barquero (2003 como se citó en Del Torto, 2015), donde se analizan los siguientes modelos:

- Modelo médico-biológico considera la discapacidad como un déficit producido por enfermedad alterando el funcionamiento de la persona, la cual debe hacer una adaptación ante la sociedad.
- Modelo social de la discapacidad es el resultado de un conjunto de condiciones y relaciones interpersonales, considerado un problema de origen social, donde se imponen estereotipos y limitaciones.
- Modelo político-activista buscan entender, reivindicar y transformar la experiencia de las personas con discapacidad desde una perspectiva de derechos, justicia social y empoderamiento.
- Modelo universal de la discapacidad también conocido como: Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) OMS, 2001. Considera la discapacidad como resultado de la interacción entre las condiciones de salud de una persona y los factores del entorno físico, social y actitudinal.
- Modelo bio-psico-social, integra elementos biológicos, psicológicos y sociales.

La segunda perspectiva corresponde a la propuesta de Palacios (2008 como se citó en Del Torto, 2015), con base en El modelo social de discapacidad: orígenes, características y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la cual se describen los siguientes modelos:

- Modelo de prescindencia I: Submodelo Eugenésico
La discapacidad se percibe como una carga biológica inaceptable por lo que se asoció a prácticas como la eliminación, exclusión o esterilización forzada de personas con discapacidad.
- Modelo de prescindencia II: Submodelo de Marginación
Se ve la discapacidad se ve como un problema personal, en donde se considera que las personas con dicho padecimiento deben vivir aisladas del sistema productivo y social.

- **Modelo Rehabilitador**

La discapacidad se ve como un problema médico que debe ser tratado, corregido o rehabilitado normalizando a la persona para que alcance independencia, dentro de lo permitido por su condición.

En conjunto, los modelos de discapacidad retomados por Del Torto (2015) permiten comprender la evolución del concepto de discapacidad desde explicaciones centradas en el déficit individual y la normalización, hacia enfoques más amplios que reconocen la influencia de factores sociales, culturales y contextuales. A partir de los planteamientos de Vázquez Barquero (2003) y Palacios (2008), como se citó en Del Torto (2015), se identifica la necesidad de superar visiones reduccionistas y asistencialistas, para adoptar una perspectiva basada en derechos humanos, en la cual la discapacidad no se concibe únicamente como una limitación personal, sino como el resultado de la interacción entre la persona y las barreras del entorno. Esta evolución conceptual resulta fundamental para comprender la discapacidad desde una mirada integral, lo cual permite sustentar políticas, programas e intervenciones orientadas a la inclusión y la participación plena de las personas con discapacidad.

Una vez considerados los modelos a través de los cuales ha transitado el concepto de discapacidad, se procede al análisis de las causas generales más frecuentes que pueden originarla. El conocimiento de estas causas resulta relevante, ya que permite comprender la diversidad de factores que influyen en la aparición de la discapacidad y aporta elementos para su prevención, atención e intervención desde un enfoque integral. De acuerdo con Torices (2006, p. 23), las causas de la discapacidad se agrupan en siete categorías:

1. Congénitas se presentan desde el nacimiento sin componentes hereditarios.
2. Hereditarias se transmiten genéticamente.
3. Accidentales se adquieren por una mala o nula rehabilitación.
4. Enfermedades diversas por enfermedades crónicas, degenerativas o agudas.
5. Terapéuticas temporales o permanentes.
6. Intervención medica cirugías, consumo de farmacos, terapeuticas, etc.

7. Desequilibrio social falta de aceptación y marginación de grupos específicos, personas que se consideran socialmente inadaptados.

Una vez que se conocen las causas generales de la discapacidad y modelos que permiten comprender como se ha definido y tratado la discapacidad a través de los años, nos permite explicar la clasificación actual de la discapacidad.

1.2 Clasificación de la discapacidad

La clasificación de la discapacidad se adoptará la siguiente tipología que pertenece a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y retomada por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, aunque es importante aclarar que existen otras propuestas para clasificar la discapacidad (CDPD, 2008; CNDH, 2012).

1.2.1 Discapacidad motriz

Personas con discapacidad para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades cotidianas. Esta discapacidad cuenta con las alteraciones más frecuentes, por ejemplo, secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico), amputaciones, espina bífida, síndrome pos-polio y falta de alguna extremidad del cuerpo.

1.2.2 Discapacidad sensorial

Comprende a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje (ceguera y sordera).

1.2.3 Discapacidad psicosocial

Derivada de una enfermedad mental con factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad intelectual. Los síntomas generalmente se presentan en la adolescencia. La discapacidad psicosocial puede ser temporal o permanente y se convierte en una condición de vida. Por ejemplo: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, ataques de pánico, trastornos fóbicos y trastorno dual, entre otros.

En el caso de la población objetivo de este trabajo como se mencionó al inicio del capítulo, el análisis se centrará específicamente en la discapacidad intelectual, entendida como una de las formas de discapacidad que requiere particular atención en el ámbito educativo, social y familiar.

Dado que este trabajo tiene como tema central la discapacidad intelectual, se hará especial énfasis en sus características, causas, formas de diagnóstico e intervención, así como en los desafíos que enfrentan las personas con esta discapacidad en la educación sexual. Esto nos permitirá una comprensión más profunda del tema y servirá como base para establecer las estrategias de inclusión y apoyo que contribuirán en el desarrollo del programa de educación sexual para adolescentes con discapacidad intelectual.

1.2.4 Discapacidad intelectual

Es la disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje y aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad incluye a las personas que presentan discapacidades para aprender y para realizar algunas actividades de la vida diaria, como el síndrome de Down y ciertos trastornos del desarrollo, como el autismo y el síndrome de Asperger.

La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, antes AAMR Asociación Americana de Retraso Mental) y El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la A.P.A. en su 5ª edición, define la discapacidad intelectual dentro de los trastornos de neurodesarrollo como:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 33; AAIDD, 2010).

La discapacidad intelectual se origina durante el periodo de desarrollo e incluye limitaciones en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo en los

ámbitos conceptual, social y práctico. Para la aplicación de esta definición, de acuerdo con la American Psychiatric Association (APA, 2013), deben considerarse una serie de criterios específicos para el diagnóstico de la discapacidad intelectual.

Primero la deficiencia de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia.

Así como las deficiencias del comportamiento adaptativo en el desarrollo sociocultural para la autonomía personal y la responsabilidad social. Por lo que se requiere apoyo continuo, para el mejor funcionamiento en actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente.

En este trabajo se propone un programa enfocado a personas con discapacidad intelectual por lo que es indispensable señalar las escalas de gravedad de dicha discapacidad, para poder definir la gravedad se toman en cuenta el funcionamiento adaptativo, dicho de otra manera, la clasificación permite definir las necesidades y determinar los apoyos requeridos, puesto que las capacidades mentales generales, producen deficiencia de manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y responsabilidad social en la vida cotidiana; por lo que para la escala de gravedad se consideran las áreas conceptuales, sociales y prácticas que son:

1.2.4.1 Discapacidad intelectual leve

Se tienen dificultades en el aprendizaje de aptitudes como la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero; en cuanto al dominio social se tienen dificultades para percibir las señales sociales de sus iguales, en cuanto a la comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros con respecto a la edad. Dicho esto, en las tareas de la vida cotidiana se requiere ayuda para realizar actividades complejas en comparación con sus iguales.

1.2.4.2 Discapacidad intelectual moderado

Las habilidades en edad escolar muestran un retraso notable en el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero se ya que se produce lentamente en los años escolares en comparación con sus iguales.

Por otro lado, el lenguaje hablado es menos complejo, la capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y los amigos, siendo satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, los individuos pueden no percibir o interpretar con precisión las señales sociales.

Los individuos con discapacidad intelectual moderada pueden responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer, vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, sin embargo, requiere de un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo.

1.2.4.3 Discapacidad intelectual grave

Las habilidades conceptuales están reducidas, tiene poca comprensión del lenguaje escrito o de conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Por lo que se requiere de cuidadores que puedan proporcionar ayuda para la resolución de problemas durante toda la vida cotidiana.

Su lenguaje hablado es bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases sueltas, pueden comprender el habla sencilla y la comunicación gestual. En este nivel de la discapacidad intelectual grave es necesario contar con ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y las funciones excretoras, así como supervisión constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica un aprendizaje a largo plazo y ayuda constante.

1.2.4.4 Discapacidad intelectual profundo

Las habilidades visioespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en características físicas, se tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad.

Se pueden comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones mediante comunicación no verbal y no simbólica. Por lo que, el individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad.

Una vez comprendidos los distintos tipos de discapacidad intelectual, es necesario abordar los criterios que permiten su diagnóstico. Reconocer estas características diagnósticas es esencial para establecer intervenciones adecuadas y ofrecer el apoyo necesario a cada persona. El diagnóstico no solo se basa en la observación del nivel de funcionamiento intelectual, sino también en la evaluación del comportamiento adaptativo y del contexto en el que se desenvuelve el individuo. A continuación, se detallan los principales aspectos que se consideran en este proceso diagnóstico.

Las características para el diagnóstico de la discapacidad intelectual se basan en la evaluación clínica estandarizada de las funciones intelectuales y adaptativas, tomando como base los criterios antes mencionados, finalizando las escalas de la discapacidad intelectual y siguiendo el mismo orden de ideas es importante explicar las causas de la discapacidad intelectual con base en el enfoque multifactorial de González y González (2014) en donde el marco de interacciones para evaluar la etiología de la discapacidad intelectual deben ser considerados los factores de riesgo y aparición:

1. Factores de riesgo

- a. Biomédico: procesos biológicos, orgánicos con alteraciones genéticas, metabólicas o nutricionales.
- b. Sociales: interacción del individuo con la familia y su entorno social.
- c. Conductuales: comportamiento durante el embarazo.
- d. Educativos: recursos y apoyos educativos para el desarrollo intelectual y de habilidades.

2. Factores de aparición

- a. Prenatal: proceso de gestación.
- b. Perinatal: antes, durante y después del alumbramiento.
- c. Posnatal: después del nacimiento.

Dentro de este orden de ideas, Godoy, González y Verdugo (2008) coinciden que las limitaciones en las funciones cognitivas de las personas con discapacidad se reflejan en diferentes momentos de la vida, puesto que son causadas por el ambiente o por orden personal, los factores pueden ser:

- Genéticos: diagnosticada durante la primera etapa de gestación.
- Del embarazo: causado por el consumo de agentes tóxicos.
- Del parto: nacimiento prematuro, hipoxias y/o traumatismos.
- De la primera infancia: enfermedades que afectan el sistema nervioso central, intoxicaciones, traumatismos, desnutrición extrema.
- Socioculturales: Situación de extrema pobreza, maltrato infantil, falta de afectos y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico.

Una vez establecidos los criterios diagnósticos que permiten identificar la discapacidad intelectual, resulta preciso profundizar en cómo esta condición influye en el desarrollo cognitivo de quienes la presentan. Comprender los procesos cognitivos afectados permite no solo dimensionar el impacto de la discapacidad en el aprendizaje y la resolución de problemas, sino también diseñar estrategias más efectivas de intervención y apoyo.

Capítulo II. Desarrollo Cognitivo y Discapacidad Intelectual

En este capítulo se aborda el desarrollo cognitivo como un proceso fundamental en la comprensión del funcionamiento intelectual del ser humano, y su relación directa con la discapacidad intelectual. Para ello, se parte de una visión general del desarrollo cognitivo, sus etapas y características, seguida por la discapacidad cognitiva como categoría dentro de las condiciones del neurodesarrollo.

Posteriormente, se profundiza en cómo se manifiesta el desarrollo cognitivo en personas con discapacidad intelectual, analizando las principales etapas propuestas por Jean Piaget. Esto permite comprender cómo estas etapas pueden verse alteradas en individuos con discapacidad intelectual.

2.1 Discapacidad cognitiva

De acuerdo con Schalock, Luckasson y Shogren, (2021) la discapacidad cognitiva es una condición que afecta el desarrollo de las habilidades mentales de una persona, como el pensamiento, la memoria, la atención, la resolución de problemas, el lenguaje y el aprendizaje. También se conoce como discapacidad intelectual cuando el déficit es generalizado y se manifiesta desde la infancia.

La discapacidad cognitiva se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, el pensamiento, la memoria, la atención, la resolución de problemas, el lenguaje y el aprendizaje, lo cual afecta habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Dichas limitaciones se manifiestan antes de los 18 años y repercuten en la capacidad de la persona para las actividades de la vida cotidiana.

A diferencia de la discapacidad intelectual donde el déficit es generalizado y se manifiesta desde la infancia. La discapacidad cognitiva es un término más amplio y general que se refiere a dificultades en uno o varios procesos cognitivos, no necesariamente implica una discapacidad intelectual ni un diagnóstico clínico específico, las causas más comunes son:

- Condiciones genéticas.

- Complicaciones durante el embarazo o el parto.
- Exposición a sustancias tóxicas durante la gestación.
- Lesiones cerebrales traumáticas
- Enfermedades infecciosas del sistema nervioso central.

Su escala de gravedad abarca tres niveles a diferencia de la discapacidad intelectual, ya que unifican el nivel grave o profundo:

- Leve: pueden aprender habilidades académicas básicas y funcionar con cierto grado de autonomía.
- Moderada: requiere apoyo en actividades cotidianas y un entorno estructurado.
- Grave o profunda: requiere asistencia continua y puede tener movilidad o comunicación muy limitadas.

2.2 Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo es un proceso progresivo mediante el cual los seres humanos adquieren, organizan y utilizan el conocimiento desde la infancia hasta la adultez. Este desarrollo implica cambios en diversas habilidades mentales, como la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Dicho proceso presenta diferencias individuales, ya que se ve influido por factores biológicos, ambientales, sociales y culturales (Papalia, Wendkos Olds y Feldman, 2012).

Desde una perspectiva teórica, uno de los enfoques más influyentes en el estudio del desarrollo cognitivo es el propuesto por Piaget, retomado por Papalia et al. (2012), quien plantea que este desarrollo ocurre a través de una secuencia de etapas bien definidas: sensoriomotora, preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales. Cada una de estas etapas representa una forma particular de pensar y comprender el mundo, caracterizada por estructuras cognitivas progresivamente más complejas. De acuerdo con este enfoque, el niño no recibe la información de manera pasiva, sino que construye activamente su conocimiento mediante la interacción con el entorno y la adaptación de sus esquemas mentales.

Por otra parte, la teoría sociocultural de Vygotsky, también analizada por Papalia et al. (2012), aporta una visión complementaria al destacar el papel fundamental del contexto social, el lenguaje y la interacción con adultos o pares más competentes en el desarrollo cognitivo. Desde esta perspectiva, el aprendizaje se produce a través de la mediación social, introduciendo conceptos clave como la zona de desarrollo próximo, la cual explica cómo el aprendizaje guiado puede favorecer el desarrollo cognitivo más allá del nivel de desempeño actual del niño.

Este proceso resulta especialmente relevante en el ámbito educativo, ya que permite comprender cómo aprenden los niños y qué tipos de apoyos pueden requerir para alcanzar su máximo potencial. En el caso de personas con discapacidad intelectual, donde el desarrollo cognitivo no sigue el curso esperado, es indispensable adaptar las estrategias pedagógicas y de intervención, reconociendo los ritmos, capacidades y necesidades individuales.

2.3 Desarrollo cognitivo en la discapacidad intelectual

Cabe considerar, por otra parte, el desarrollo cognitivo de las personas con discapacidad intelectual, González-Pérez (2003) aborda el desarrollo cognitivo de la discapacidad intelectual mediante la teoría evolutiva la cual sostiene que el desarrollo es lento y no alcanza el mismo nivel de una persona sin discapacidad. Mientras que la teoría estructural sostiene que la discapacidad intelectual se caracteriza específicamente por un déficit en el sistema cognitivo de la memoria.

La infancia constituye una etapa fundamental para el aprendizaje, ya que durante este periodo se establecen las bases del desarrollo cognitivo. Por esta razón, diversos autores han clasificado el desarrollo cognitivo en la discapacidad intelectual por etapas, tomando como referencia la teoría de Piaget, en la cual se explica el proceso de desarrollo cognitivo y la adquisición del conocimiento desde el nacimiento hasta la adolescencia.

En este sentido, el conocimiento se construye mediante la interacción de las estructuras mentales, considerando funciones como la asimilación, a través de la cual se integran nuevas experiencias a los esquemas existentes, y la acomodación, que

implica la modificación de dichos esquemas para incorporar nuevas experiencias. Estos procesos permiten el desarrollo de nuevas habilidades y la realización de tareas cada vez más complejas, aunque a un ritmo diferente en las personas con discapacidad intelectual.

De acuerdo con la teoría de las operaciones concretas propuesta por Piaget, retomada por González-Pérez (2003), durante esta etapa los niños desarrollan habilidades como la clasificación, la seriación y la reversibilidad del pensamiento.

A continuación, se muestra un cuadro del proceso cognitivo:

Período	Edad	Características principales
Sensoriomotor (inteligencia práctica)	0-2 años	• Ejercicios reflejos. • Coordinación visión-presión. • Distingue entre medios y fines. • Causalidad. • Permanencia del objeto.
Preoperacional (inteligencia intuitiva)	2-7 años	• Pensamiento simbólico. • Egocentrismo. • Centración. • Irreversibilidad.
Operaciones concretas (inteligencia lógica-concreta)	7-11 años	• Clasificación. • Seriación. • Reversibilidad. • Conservación.
Operaciones formales (inteligencia lógica-formal)	11 años en adelante	• Pensamiento abstracto. • Construcción de teorías. • Comprobación y elaboración de hipótesis. • Razonamiento deductivo.

(Tabla 1). Fuente: González-Pérez (2003, p. 51)

Con base en la clasificación presentada en el cuadro anterior, se desarrolla a continuación el análisis de cada uno de los periodos del desarrollo cognitivo propuestos por Piaget, retomados por Papalia et al. (2012), iniciando con el periodo sensoriomotor, en el cual el conocimiento se construye a partir de la experiencia directa y la interacción con el entorno.

2.3.1 Periodo sensoriomotor de 0 a 2 años

El periodo sensomotor cuenta con 6 subestadios de los cuales se retomarán a continuación (véase la tabla 1).

- I. Ejercicio de los reflejos (0-1 mes): En este estadio lo que principalmente se nota son los reflejos, de esto se derivan dos tipos de asimilación la reproductora y la reconocitiva.
- II. Reacciones circulares primarias (1-4 meses): En este estadio comienzan a dotarse de hábitos, también hay una coordinación de movimientos, aquí empieza a desarrollarse la coordinación de los movimientos, un ejemplo serio que el niño comienza a seguir a las personas, pero aún no hay permanencia del esta, es decir si esta se va es como si no existiera para él bebé.
- III. Reacciones circulares secundarias (4-8 meses): Aquí ya se comienza principalmente con la aprehensión. Comienza a agarrar las cosas a apachurrarlas, además en este estadio comienza a unas búsquedas de los objetos parcialmente escocidos.
- IV. Coordinación de las reacciones circulares secundarias (8-12 meses): El niño busca llegar al objetivo previo para ello, buscara la manera en que apoyarse, un ejemplo es cuando comienzan a gatera y el juguete que más les gusta se encuentra un poco alejado de donde ellos están, el niño busca la forma de llegar a él ya sea por medio de un banco, jalando la sabana o diversos métodos para llegar a su fin determinado.
- V. Reacciones circulares terciarias (12-18 meses): Hay una búsqueda de nuevos medios conocidos, se apoyan de las personas mayores a ellos para descubrirlos o llega a ver casos donde el niño los encuentra por casualidad. Un ejemplo sería un rincón de la casa donde como es pequeño entra a la perfección en este, o podría ser un lugar de su casa que le guste estar más debido a que cuando se encuentra con la persona de mayor apego se la pasen bien ambos.
- VI. Invención de nuevos medios a través de combinaciones mentales (18-24 meses): En este estadio se presenta una transformación hacia el periodo sensomotor, el niño aquí experimenta nuevos medios de conocimiento no solo

en una determinada parte, sino que su conocimiento hacia el medio se va ampliando conforme él va creciendo la socialización entre él y la sociedad va en aumento.

2.3.2 Periodo preoperacional de 2 a 7 años

El periodo preoperacional (véase la tabla 1) en donde la forma de los niños se realiza por la representación de sus hallazgos sensomotores utilizando símbolos. Podemos observar que este periodo es descrito con tres características principales las cuales son:

1. Empieza a realizar funciones de signos y comienzan a realizar estructuras psicológicas construye una comprensión con base en los esquemas aprendidos en el periodo sensomotor.
2. Se basan en las configuraciones estáticas o de asimilación para poder tener organizaciones representativas.
3. Sus representaciones articulas ya están reguladas.

Este periodo describe que a esta edad el niño empieza a tener uso de los símbolos para poder representar las cosas que va descubriendo. Comienza a realizar juegos de simulación con base en las actitudes y actividades que observan en un adulto; aun no tienen un pensamiento lógico concreto. Otra de las características de los niños que se encuentran ubicados en este período, es el desarrollo del lenguaje hablado.

De acuerdo con Labinowicz, López Pineda, y Bustos Cobos, (1998), en este período el niño tiene tres limitantes para poder pensar lógicamente, estas limitaciones son:

1. Reversibilidad. - el niño no puede invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original.
2. Contracción. - el niño no puede retener mentalmente cambio en dos dimensiones al mismo tiempo.
3. Egocentrismo. - el niño no puede tomar en cuenta la opinión de otras personas, solo cuenta lo que el piense.

2.3.3 Operaciones concretas de 7 a 11 años

De acuerdo con Piaget se presentan en el niño a la edad de los 7 a los 11 años (esto varía según el grado de maduración del niño), aquí los niños experimentan un gran cambio en su forma de razonar que se manifiesta según González-Pérez (2003) en características como descentración y coordinación progresiva de diferentes puntos de vista, se llaman operaciones concretas debido a que sólo alcanza la realidad susceptible de ser manipulada.

Los niños son capaces de centrar su atención en más de una sola cualidad, pensamiento espacial y causa y efecto, comprenden mejor las relaciones espaciales. Es decir, en este desarrollo la experiencia o familiarización son fundamentales para esta etapa, ayuda a los niños a pensar de manera lógica, incluye habilidades relativamente complejas.

2.3.4 Operaciones formales

En donde la madurez cognitiva es alcanzada, ya que la capacidad de pensamiento abstracto no necesita de referencias, estas se agrupan en cuatro operaciones distintas: identidad, negación, reciprocidad y correlatividad. El adolescente piensa de forma científica utilizando razonamiento hipotético deductivo, para lo que es necesario que el adolescente cuente con un esquema combinatorio.

Ahora bien (Inhelder y Piaget, 1943, como se citó en González-Pérez, 2003, p. 53) estudió el desarrollo cognitivo de niños con discapacidad leve y grave, así como niños sin discapacidad, pero con dificultades de aprendizaje, aplicando pruebas de conservación de cantidad, peso y volumen, en donde sus principales conclusiones fueron las siguientes:

1. Los niños con discapacidad intelectual pasan por los mismos estadios evolutivos, en el mismo orden, con un desarrollo más lento.
2. Los niños con discapacidad intelectual tienen pensamiento avanzado, pero su actuación es menos madura.
3. Los niños con discapacidad no alcanzan el periodo de operaciones formales. Sin embargo, pueden establecer los siguientes grados:

- a) En la discapacidad intelectual leve se adquiere la conservación de la sustancia y peso, pero no de volumen.
- b) En la discapacidad intelectual moderada se adquiere la conservación de la sustancia, pero no de peso.

Para finalizar en la discapacidad intelectual grave y profunda, presentan limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, lo cual impacta directamente en su desarrollo cognitivo. De acuerdo con la teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget, las operaciones formales alcanzadas en la adolescencia son el pensamiento abstracto, lógico, hipotético y deductivo.

Sin embargo, estas capacidades requieren de un nivel de funcionamiento cognitivo que en adolescentes con discapacidad intelectual grave o profunda, están seriamente comprometidas debido a alteraciones neurológicas o genéticas, lo cual impide alcanzar este nivel de pensamiento formal.

La imposibilidad de desarrollar operaciones formales en personas con discapacidad intelectual grave o profunda no es una cuestión de falta de estímulos o motivación, sino de limitaciones estructurales del desarrollo neurológico, lo cual requiere un enfoque educativo centrado en sus capacidades reales, priorizando la funcionalidad, la comunicación básica y la autonomía dentro de sus posibilidades.

2.4 Adolescentes con discapacidad intelectual

La adolescencia abarca aspectos biológicos y culturales, cambios físicos y psíquicos como parte del desarrollo; ahora bien, para los adolescentes con discapacidad intelectual los aspectos biológicos y cambios físicos ocurren igual que para otros adolescentes sin discapacidad.

Durante la adolescencia (Rella, 2001, como se citó en Núñez, 2007, p. 148) menciona los duelos por los cuales atraviesan los adolescentes; el primer duelo es el cambio del cuerpo de niño, el segundo hace referencia a la identidad infantil y el tercero la relación con los padres; no obstante, agrega un cuarto duelo a los tres señalados anteriormente en el que los adolescentes con discapacidad cuestionan las capacidades que carece.

Ahora bien, Núñez (2007), afirma que la sexualidad de los adolescentes con discapacidad se convierte en un tema público para los padres, los educadores y el resto de la familia, siendo una etapa conflictiva y de represión para el adolescente que es desconocido como tal e infantilizado.

En consecuencia, (Katz, 1994) considera que se obstruye la construcción de la imagen de sí mismo, así como el sentimiento de identidad; ya que los padres y educadores confunden el inicio de la pubertad que se da independiente mente de la limitación intelectual pues es un aspecto biológico; creando confusión al asociar la sexualidad con genitalidad.

Finalmente, se habla de la adolescencia en personas con discapacidad intelectual, etapa en la que surgen cambios y retos relacionados con la sexualidad, la identidad, la autonomía y la inclusión social. A lo largo del capítulo, se busca ofrecer una visión clara, estructurada y reflexiva sobre cómo el desarrollo cognitivo se ve influido por la discapacidad intelectual y qué implicaciones tiene para el acompañamiento educativo, familiar y social.

Capítulo III. Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual

La calidad de vida es un punto clave en el abordaje de la discapacidad intelectual, ya que permite orientar los apoyos necesarios para promover el bienestar integral de las personas que la presentan. En lugar de centrarse únicamente en las limitaciones, este enfoque reconoce múltiples dimensiones que influyen en la experiencia individual e inclusión social.

En este capítulo se presentará el modelo teórico de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo, aplicado a personas con discapacidad intelectual, el cual se estructura en cinco dimensiones fundamentales. Cada una de estas dimensiones será desarrollada con el objetivo de comprender cómo contribuyen al desarrollo personal y a una vida digna y plena, enfatizando la importancia de los apoyos individualizados y la inclusión social (Schalock y Verdugo, 2002; Verdugo, 2003).

Este modelo no solo permite evaluar de manera más completa las necesidades y fortalezas de cada persona, sino que también ofrece estrategias de intervención que promuevan la autonomía e inclusión de las Personas con Discapacidad Intelectual.

3.1 Modelo teórico para la calidad de vida en Personas con Discapacidad Intelectual

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) planteó en 1992 que el retraso mental se caracteriza por “limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresadas en habilidades conceptuales, sociales y prácticas” (Luckasson et al., 1992, p. 5). Este planteamiento dio origen al primer modelo teórico multidimensional de apoyos, con la intención de reducir el énfasis exclusivo en el coeficiente intelectual como criterio diagnóstico, proponiendo inicialmente cuatro dimensiones de análisis.

Posteriormente, con el objetivo de profundizar en los fundamentos teóricos de la discapacidad intelectual y retomando las dimensiones del funcionamiento humano propuestas en 1992, la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) realizó una modificación en 2002, ampliando el modelo a cinco dimensiones. Estas permiten agrupar las actividades vitales, personales y prácticas, así como las funciones y estructuras corporales, incorporando además la planificación de apoyos acorde con las necesidades individuales que favorezcan la participación activa de la persona en su funcionamiento cotidiano (Luckasson et al., 2002).

Con la intención de explicar los fundamentos teóricos de la calidad de vida como el planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual se muestra en figura 1, el marco conceptual del funcionamiento humano compuestos por cinco dimensiones (capacidades intelectuales, conducta adaptativa, participación, interacción y roles sociales, salud y contexto) que permiten establecer las necesidades de apoyo. (Luckasson et al., 2002; Verdugo, 2002; Schalock, 2009).

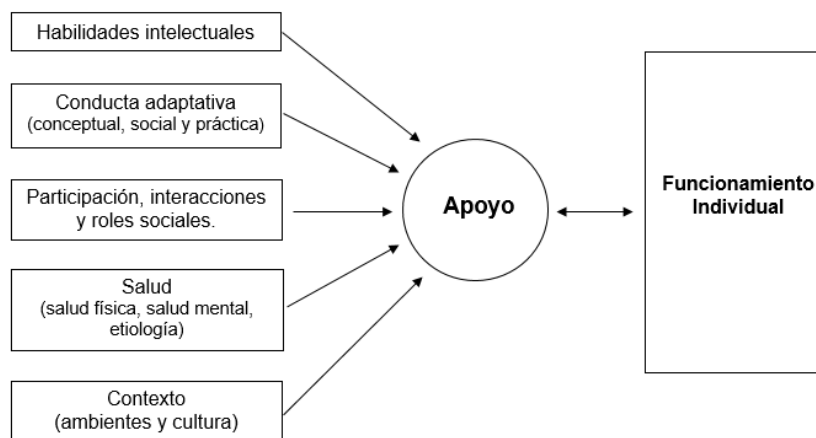


Figura 1. Modelo teórico de discapacidad intelectual (Luckasson et al., 2002).

Dentro de este modelo teórico de discapacidad intelectual las cinco dimensiones se describen para comprender los aspectos personales y contextuales, que permiten mejorar los apoyos para un mejor funcionamiento individual, destacando la participación, interacción y roles sociales (Antequera et al., 2008; Luckasson et al., 2002; Verdugo, 2002).

3.1.1 Dimensión I: Habilidades Intelectuales: Se refiere a la inteligencia en general, no sólo a las respuestas de una prueba o rendimiento académico sino a una concepción de cómo comprendemos nuestro entorno más profundamente, en particular razonamiento, planificación, pensamiento abstracto, resolución de conflictos, comprensión de ideas complejas y aprender de experiencias.

3.1.2 Dimensión II: Conducta adaptativa: conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas; es decir actividades y conductas realizadas cotidianamente.

3.1.3 Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales: el desenvolvimiento del individuo en lugares en los que socializa; participando e interactuando con los demás, asumiendo un rol dependiendo de su crecimiento, desarrollo y bienestar

3.1.4 Dimensión IV: Salud: “Factores etiológicos. Entendemos la salud referida al bienestar físico, psíquico y social. Las condiciones de salud pueden tener un efecto facilitador o inhibidor en el funcionamiento humano afectando a las otras cuatro dimensiones” (Antequera et al., 2008, p. 11).

3.1.5 Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura): Se plantea desde una perspectiva ecológica que cuenta al menos con tres niveles diferentes:

- a) Microsistema: el espacio social inmediato, que incluye a la persona, familia y a otras personas próximas.
- b) Mesosistema: la vecindad, comunidad y organizaciones que proporcionan servicios educativos o de habilitación o apoyos.
- c) Macrosistema o mega sistema; que son los patrones generales de la cultura, sociedad, grandes grupos de población, países o influencias sociopolíticas.

En conclusión, Parra y Oliva, (2015) las cinco dimensiones deben contemplarse estrechamente entre ellas, favoreciendo el desarrollo de la persona con discapacidad intelectual, mejorando su calidad de vida conociendo sus intereses y preferencias, en las áreas y actividades de apoyo necesitadas, para determinar los apoyos que debe prestarse, y según esta intensidad los apoyos pueden ser:

- **Intermitentes:** Apoyos “cuando sea necesario”.
- **Limitados:** Se caracterizan por su consistencia en el tiempo.
- **Extensos:** Suponen una implicación o intervención regular (ej. diaria) en, al menos, algunos ambientes (ej. trabajo u hogar) y no tienen limitaciones de tiempo (ej. Apoyo a largo plazo en el lugar de trabajo y apoyo en el hogar a largo plazo).
- **Generalizados:** Se caracterizan por su consistencia y elevada intensidad. Son proporcionados en diferentes ambientes y pueden durar toda la vida.

Capítulo IV. La Familia y la Sexualidad en la Discapacidad Intelectual

La familia es el primer y más influyente contexto en el desarrollo de cualquier persona. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, se tiene especial relevancia, ya que se encarga del cuidado y la atención diaria, así como mediadora entre la persona con discapacidad y su entorno social, educativo y afectivo (Verdugo y Schalock, 2009). La adolescencia, como etapa de transición con cambios físicos, cognitivos y emocionales, representa un momento clave en el que las dinámicas familiares pueden enfrentarse a nuevos retos.

Este capítulo tiene como propósito el análisis cómo las familias enfrentan la discapacidad, especialmente en la adolescencia, considerando tanto los aspectos emocionales como las responsabilidades prácticas que ello implica. Se profundiza el papel específico que desempeñan los padres de adolescentes con discapacidad intelectual, destacando la necesidad de apoyos adecuados que les permitan acompañar a sus hijos en esta etapa de manera informada y sensible (Gómez y Amor, 2018).

4.1 La familia ante la discapacidad

La familia como círculo primario de socialización es un agente educativo que tiene impacto en el desarrollo de los hijos; al tener a un miembro de la familia con discapacidad, se tiene una reacción negativa, de angustia por desconocimiento y falta de información con respecto a la discapacidad. (López, 2006)

Dicho de otra manera, la familia en la sociedad tiene funciones enfocadas a la satisfacción de las necesidades de sus miembros, dentro de las principales según Fantova (2000), están:

1. Económicas: proveer recursos.
2. Cuidado físico: proveer seguridad, descanso y recuperación.
3. Afectividad: proveer cariño, amor y estima.
4. Educación: proveer oportunidades de aprendizaje, socialización, y autodefinición.
5. Orientación: proveer informes.

Por otro lado, Guevara Benítez y Soto (2012) señalan que el nacimiento de un hijo con discapacidad suele ser un acontecimiento inesperado para los padres, lo que genera modificaciones significativas en el contexto y el clima familiar, así como en la dinámica entre sus integrantes y en las relaciones que establecen entre sí. Si bien la familia constituye un apoyo fundamental en el desarrollo del nuevo miembro, diversos factores demográficos, sociales, políticos y económicos influyen en su capacidad de adaptación. La llegada de un hijo con discapacidad exige, por tanto, un proceso de ajuste familiar que permita la construcción de un ambiente sano, dando inicio a un aprendizaje continuo para afrontar los cambios emocionales, los retos cotidianos y las transformaciones en el proyecto de vida familiar.

Por consiguiente, al tener un diagnóstico basado en el enfoque médico, la discapacidad del nuevo miembro de la familia genera dudas en el resto de la familia como las causas, el origen genético, recuperación psicológica y físicamente a futuro, así como futuras afectaciones en otro miembro de la familia.

Dentro de este marco de ideas León Cerro, Menés García, Puértolas Suñer, Trevijano Bernad y Zabalza Esquirol (2003) indican que “la detección de la discapacidad representa un impacto inevitable para los familiares, y en especial para los padres, pues cualquier pareja que planea un hijo, espera que éste, sea absolutamente normal y sano. Ante esta esperanza y con la ilusión generada en los padres, se suele planificar al máximo la vida del nuevo hijo...” (León Cerro et al., 2003, p. 198).

En este sentido, las familias de las personas con discapacidad intelectual buscan comprender a la persona dentro de su contexto familiar y comunitario, con el fin de orientar de manera adecuada la intervención profesional. Para ello, resulta fundamental considerar los valores familiares, los estereotipos previos sobre la discapacidad, así como las expectativas que se tienen respecto al desarrollo y futuro del miembro con discapacidad, ya que estos elementos influyen directamente en la forma en que se brinda apoyo y acompañamiento.

Los padres experimentan sentimientos de rechazo, miedo, impotencia o culpabilidad, que no se sienta al hijo como propio, que se produzca un autocuestionamiento, que se generen conflictos en la pareja, etc. Esto es normal que, ante el diagnóstico; sin

embargo, deben tener información adecuada sobre la discapacidad y cómo afrontarla, para sentirse aceptados y poder desahogarse, por lo que es conveniente hablar con padres de niños con discapacidad (Fantova, 2000).

El impacto de la discapacidad en el ámbito familiar ha sido ampliamente estudiado desde diversas perspectivas, particularmente en relación con el estrés y las estrategias de afrontamiento que desarrollan las familias. En este marco, Scorgie y Wilgosh (1984, como se citó en Fantova, 2000) analizaron los factores que influyen en la adaptación familiar cuando se tiene un hijo con discapacidad, identificando una serie de variables que intervienen en este proceso.

1. Variables familiares (como el estatus socioeconómico, la cohesión, el ánimo, las habilidades y creatividad para la resolución de problemas, los roles y responsabilidades y la composición).
2. Variables de los padres (como la calidad de la relación de pareja, el locus of control de la madre (en qué se fija, a qué le da importancia), la estima y cuestiones de tiempo y horario).
3. Variables del niño (como el grado de la discapacidad, la edad, el género o el temperamento).
4. Variables externas (como actitudes sociales de estigmatización, apoyos de la red social y colaboración con profesionales).

Para concluir, Katz y Lazcano-Ponce (2008) señalan que la familia de hijos con discapacidad intelectual, deben brindar experiencias positivas y una sistematización continua desde la infancia, pues su limitación intelectual bloquea los procesos de generalización, limitando el aprendizaje.

4.2 Padres de adolescente con discapacidad intelectual

La adolescencia de una persona con discapacidad intelectual representa una etapa particularmente compleja para los padres, ya que implica no solo los cambios propios del desarrollo físico y emocional, sino también la resignificación del diagnóstico recibido en etapas anteriores. Durante este periodo, los padres enfrentan nuevos retos relacionados con la autonomía, la identidad, la socialización y la proyección del futuro

de sus hijos, lo que puede generar ansiedad, incertidumbre y sobrecarga emocional (Verdugo y Schalock, 2009; Núñez, 2007).

Al inicio del diagnóstico de la discapacidad la ocupación central se basaba en consultas médicas, escuela, y tratamiento; por lo que en la adolescencia los padres tienen la oportunidad de hablar sobre las causas de la discapacidad con sus hijos, aclarando dudas, expectativas de curación y dar inicio a la elaboración de un proyecto de vida familiar e individual.

Debido a que la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de identidad, independencia emocional y económica; sin embargo, para las familias con hijos con discapacidad es totalmente distintas. Para la familia es una etapa difícil pues el hijo depende de completamente de ellos, lo cual provoca estrés en el sistema familiar; en cuestión a la sexualidad comienzan cuestionamientos y miedos a posibles abusos.

“El cuerpo del hijo con discapacidad va cambiando, pero no al mismo ritmo que su estado mental, emocional y social, evidenciando aún más las limitaciones que pueda presentar”
(Antequera et al., 2008, p. 53).

Es importante subrayar que en esta etapa la familia debe de crear adaptaciones para el desarrollo pleno y enriquecimiento de la etapa evolutiva de sus hijos con experiencias positivas y sistematizadas.

En la adolescencia los padres vuelven a reactivar la crisis del diagnóstico de discapacidad, los miedos, dudas e inseguridades; ya que comienzan “nuevas inquietudes en cuanto el desarrollo de sus hijos fuera del ámbito familiar, por lo que se crea un vínculo de sobreprotección y dependencia continua; asumiendo una sobrecarga emocional, de atención y cuidados dando tranquilidad a la familia, pero limitando el desarrollo de los hijos” (Núñez, 2007, p. 149).

Como consecuencia, los adolescentes con discapacidad no son escuchados, ni tomados en cuenta para sus gustos y pensamientos, siendo un mecanismo de defensa de los padres para evitar ver el desarrollo de sus hijos.

Los padres evitan abordar temas relacionados con la sexualidad de sus hijos, los infantilizan o los desconocen como adolescentes dependiendo sus experiencias de vida, es decir, su propio proceso de aprendizaje sexual, por su edad, pocos recursos de la comunicación, por la discapacidad de sus hijos, etc., haciendo la sexualidad un tema de conflicto para el resto de la familia.

Asimismo, se aborda la importancia de la colaboración entre familias y educadores en la educación sexual de estos adolescentes, reconociendo que la sexualidad es una dimensión inherente a toda persona, independientemente de su condición (UNESCO, 2018). La participación activa de ambos es fundamental para ofrecer una educación sexual integral, inclusiva y adaptada, que contribuya al desarrollo afectivo, social y personal de los adolescentes con discapacidad.

Por lo que, se explora la relación entre discapacidad y sexualidad, permitiendo aclarar las concepciones erróneas que históricamente han negado o infantilizado la vivencia sexual de las personas con discapacidad intelectual. A través de este análisis se busca fomentar una comprensión más amplia y respetuosa de la sexualidad como un derecho humano, alineado con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006).

En esta etapa, los padres tienden a reactivar emociones asociadas al diagnóstico inicial, como el miedo, la incertidumbre y la inseguridad respecto al futuro de sus hijos. Estas emociones pueden derivar en actitudes de sobreprotección y dependencia, que, si bien buscan garantizar seguridad, también pueden limitar el desarrollo de la autonomía del adolescente con discapacidad intelectual (Núñez, 2007). Por ello, resulta fundamental que las familias cuenten con información, orientación y apoyos adecuados que les permitan acompañar a sus hijos de manera respetuosa y favorecedora de su desarrollo integral.

4.3 Discapacidad y sexualidad

La sexualidad es una dimensión inherente al desarrollo humano y está presente a lo largo de todo el ciclo vital. Sin embargo, en el caso de las personas con discapacidad intelectual, este aspecto ha sido históricamente invisibilizado, negado o tratado desde prejuicios y mitos sociales. Por ello, resulta necesario abordar la relación entre discapacidad intelectual y sexualidad desde una perspectiva integral, reconociendo las necesidades afectivas, emocionales y sexuales de esta población.

Es importante señalar que la respuesta sexual puede verse influida por el tipo y grado de discapacidad. Ávila (2006) explica que las respuestas sexuales directas se producen a través de la transmisión de información desde el cerebro hacia los nervios que parten de la médula espinal. No obstante, también existen respuestas sexuales indirectas que pueden verse limitadas por factores como el dolor, el temor, la baja autoestima, la disminución del control corporal voluntario, las actitudes familiares restrictivas o los efectos secundarios de los medicamentos.

La sexualidad para personas con discapacidad es un tema con múltiples creencias erróneas, tener dificultades para resolver por sí mismos las necesidades por sus limitaciones o por dificultades creadas por la sociedad (López, 2002).

Ahora bien, la sexualidad abarca diferentes ámbitos del desarrollo del ser humano desde su nacimiento; no obstante, para las personas con discapacidad se crean prejuicios, mitos y tabúes, negando su sexualidad con represión de sus manifestaciones. Lo cual nos indica que las necesidades interpersonales, de seguridad emocional, relaciones sociales dentro y fuera de la familia, de contacto e intimidad emocional y sexual que deben ser valoradas y atendidas para su enseñanza.

Al mismo tiempo, Schorn (2003) señala que los niños y adolescentes con discapacidad intelectual manifiestan su sexualidad de acuerdo con su nivel de comprensión y desarrollo, por lo que es fundamental distinguir entre los distintos tipos de edad que influyen en sus manifestaciones afectivas y sexuales:

- Edad cronológica es la edad real de una persona.
- Edad mental es el resultado del coeficiente intelectual.

- Edad de comprensión tomando en cuenta habilidades sociales, de comunicación, autoconocimiento; habilidades académicas y funcionales, salud y seguridad.
- Edad emocional es consecuencia de sus intereses, logros personales, desarrollo y maduración.

El reconocimiento de estas diferencias permite una mejor comprensión de la conducta y vivencia de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual, evitando interpretaciones erróneas y favoreciendo una educación sexual adecuada, respetuosa y acorde con sus características individuales.

Permitiendo que las personas con discapacidad intelectual pueden tener una vida sexual sin depender del nivel en la escala de gravedad, en particular López (2000) menciona las características sexuales de estas.

Generalmente, en la discapacidad intelectual leve la sexualidad es normalizada, ya que se tiene la capacidad de aprender contenidos básicos de la educación sexual, así como protegerse de prácticas de riesgo, se encuentran limitaciones al generalizar conceptos.

En la escala de discapacidad intelectual moderada se tiene dificultad para tener una sexualidad normalizada debido al conflicto de aprendizaje en cuanto a las conductas públicas y privadas, siendo vulnerables a sufrir acosos o cometerlo.

Mientras que, las personas con discapacidad intelectual grave y profunda dependen de otra persona, su sexualidad depende completamente de los padres, educadores y sociedad.

Según López (2002), las principales dificultades a las que se enfrentan las personas con discapacidad intelectual son:

- Limitación en el contexto familiar y centro
- Sobreprotección de la familia, especialmente en las conductas sexuales.
- Carecen de tiempo y espacio de intimidad.
- Negación de la información y educación sexual
- Efectos secundarios de medicamento controlados

Así mismo, (Katz et al., 1993, como se citó en Ballester, 2005) afirman que algunos aspectos de la sexualidad tienen un significado especial en personas con discapacidad intelectual, como la menstruación, homosexualidad y masturbación. Por lo tanto, las personas con discapacidad tienen derecho a la inclusión, normalización y una adecuada educación de la sexualidad acorde con sus necesidades afectivas y sexuales dentro de las normas sociales.

Capítulo V. Sexualidad Humana y Discapacidad Intelectual

En este capítulo se aborda de manera integral el concepto de sexualidad humana, entendido como una dimensión esencial del ser humano que no solo se enfoca en lo biológico, sino que se involucra en aspectos psicológicos, sociales, afectivos y culturales (Rubio, 1994). El análisis parte de una definición amplia de la sexualidad y se profundiza en tres modelos explicativos fundamentales: el psicoanalítico, el empírico-positivista y el sistémico. Cada modelo permite comprender la sexualidad desde distintos niveles, facilitando un abordaje más completo e integrador de esta dimensión humana (Rubio, 1994).

La sexualidad humana es una dimensión fundamental del desarrollo integral de las personas, ya que involucra aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. A lo largo del ciclo vital, la sexualidad se manifiesta de diversas formas, influida por el contexto social, las normas culturales y las experiencias individuales, por lo que no puede reducirse únicamente a la función reproductiva.

Este capítulo sienta las bases teóricas para comprender la sexualidad no solo desde un enfoque clínico o normativo, sino desde una mirada humanista y de derechos, clave para los procesos de intervención en la educación.

5.1 Definición de sexualidad

La sexualidad se manifiesta en cada etapa del desarrollo del ser humano, tomando significados diferentes, siendo un aspecto fundamental que forma parte de un todo. Para definirla desde un enfoque multidisciplinario se revisó la propuesta de Rubio Auriol (1994) sobre los modelos de la sexualidad.

5.1.1 Modelo psicoanalítico de la sexualidad humana

El modelo psicoanalítico de la sexualidad humana, desarrollado originalmente por Sigmund Freud a finales del siglo XIX y comienzos del XX, representa una de las primeras aproximaciones sistemáticas al estudio de la sexualidad desde una perspectiva psicológica (Freud, 1905/1994). Basado en la teoría psicoanalítica, la

sexualidad se fundamenta en instintos sexuales de carácter biológico, llamados libido, seguidos de la pulsión agresiva.

Como se muestra en la figura 2, se describen los principales componentes de la sexualidad humana que permiten entender la formación psicológica del individuo, mostrando la representación del modelo psicoanalítico de la sexualidad humana.

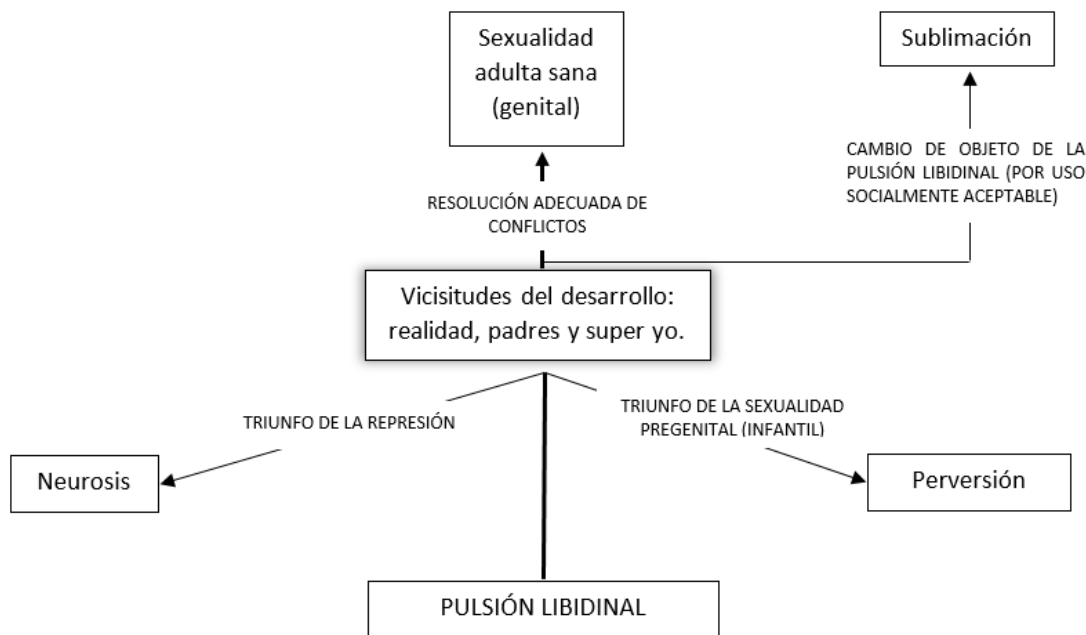


Figura 2. Representación del modelo psicoanalítico de S. Freud de la sexualidad humana (Rubio, 1994, p. 22).

Gotwald y Golden (1983) refieren que el ser humano atraviesa distintas etapas de desarrollo vinculadas a la sexualidad, así como a fijaciones que influirán en la adultez. Es decir, el desarrollo psicosexual delimita la libido de manera satisfactoria.

Según la teoría freudiana, uno de los aportes más significativos del psicoanálisis fue la introducción del concepto de sexualidad infantil, desafiando la visión predominante de su época que consideraba que la sexualidad emergía únicamente en la pubertad, las cuales se explican en la tabla 1, así como sus características.

Etapas	Edad	Características
Oral	Del nacimiento a 12 o 18 meses.	Estimulación de placer a través de boca y labios.
Anal	12 a 18 meses a 3 años.	Estimulación de placer al controlar el recto relacionado con la defecación y su detención.
Fálica	3 a 6 años.	Fase de Edipo, el placer erótico parte del descubrimiento de los genitales.
Latencia	6 años a la pubertad.	Los impulsos sexuales disminuyen.
Genital	De la pubertad a la adultez.	Despertar del deseo sexual

Tabla 2. Etapas del desarrollo psicosexual de Sigmund Freud, Adaptado de Freud (1905/1994), como se citó en Rubio (1994, p. 22).

Desde esta perspectiva, la sexualidad humana está íntimamente relacionada con el inconsciente, el deseo, la represión y los conflictos internos. Aunque el modelo psicoanalítico ha sido criticado por su escasa base empírica y su enfoque centrado en la heterosexualidad normativa y masculina, sus postulados siguen influyendo en diversas corrientes de la psicología, especialmente en el campo de la psicoterapia y el análisis del deseo.

5.1.2 Modelo empírico-positivista de la sexualidad

El modelo empírico-positivista se enmarca dentro de las ciencias naturales y concibe la sexualidad como un conjunto de procesos fisiológicos, anatómicos, hormonales y conductuales que pueden estudiarse de manera empírica (Rubio Auriolles, 1994). También ha sido fundamental en el avance de la medicina sexual, la educación sexual basada en evidencia y la comprensión de fenómenos como la orientación sexual y la respuesta erótica.

Sin embargo, sus limitaciones residen en su tendencia a reducir la sexualidad a lo observable, dejando de lado dimensiones subjetivas, emocionales, culturales y simbólicas. Por ello, aunque sigue siendo indispensable en el estudio científico de la sexualidad, suele ser complementado por enfoques más holísticos y multidisciplinarios.

Dentro de este modelo se destacan dos enfoques:

a) Modelo de la secuencia de la conducta sexual

Propuesto por Donn Byrne (1986), sirve para incidir en la conducta de las personas, buscando un cambio patológico o social, considerando variables de observación en tres niveles de estudio; el primer nivel son estímulos externos que pueden ser aprendidos, el segundo nivel son los procesos internos como: afectivos, actitudinales, informativos, de expectativa, imaginarios y fisiológicos y el ultimo nivel es la conducta manifiesta, es decir, la modulación de los procesos internos.

b) Modelo sociológico de Ira Reiss

Es un modelo explicativo en nivel social y cultural, en este modelo se propone que la sexualidad es “el conjunto de guiones culturales compartidos acerca de las conductas de excitación erótica que se supone induce a la excitación erótica y a las respuestas genitales” (Reiss, como se citó en Rubio, 1994).

En su investigación empírica Reiss documentó la relación de la sexualidad en tres instituciones: roles de género, celos maritales e ideología de la normalidad sexual.

5.1.3 Modelo sistémico de la sexualidad

Toma como base la teoría del sistema general propuesta por Ludwing Von Bertalanffy, donde diversas metodologías de estudio puedan aplicarse de manera vertical, es decir que todos los elementos trabajen como un solo sistema y tengan interacción.

En 1980 Arthur Koestler los llamo holones, ya que cada uno tiene su complejidad, formando parte de un sistema. Los holones como subsistemas de la sexualidad deben tener su propia complejidad en diversas áreas de estudio; por consiguiente, Eusebio Rubio propuso que “la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones sexuales que son: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal” (Rubio, 1994, p. 29).

En la figura 3 se representan los cuatro holones sexuales unidos verticalmente, interactuando entre sí, permitiendo la construcción e integración de la sexualidad de manera individual.

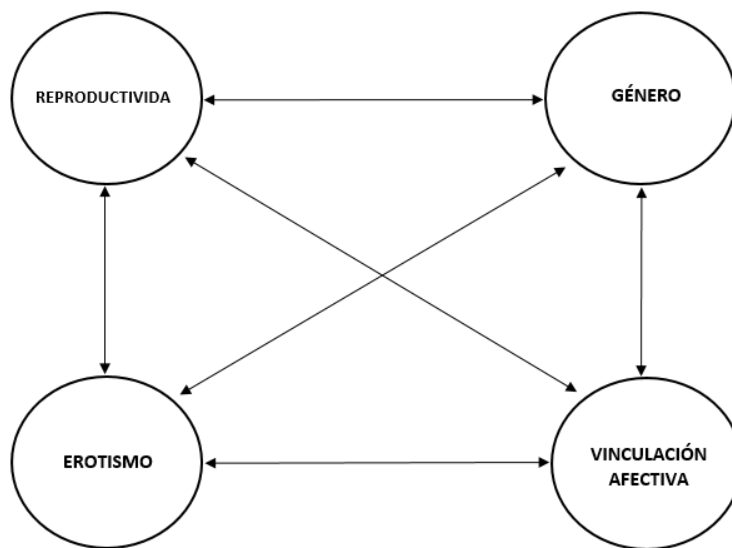


Figura 3. Representación de la sexualidad humana de acuerdo con el modelo de los cuatro holones sexuales. (Rubio, 1994, p. 30)

Finalmente se abordarán cada uno de los holones que conforman el modelo sistémico de la sexualidad, al mismo tiempo explicar las manifestaciones a nivel psicológico y social de cada uno de ellos.

5.1.3.1 Holón de la reproductividad humana

De acuerdo con Rubio (1994) “la reproductividad es la posibilidad humana de producir individuos similares (no idénticos) a los que los produjeron” como parte de la naturaleza del ser humano. A nivel biológico, el organismo tiene una serie de estructuras, corporales (aparatos reproductores), genética y fisiológicas.

Psicológicamente puede ser expresada a través de la maternidad y paternidad, como demás actividades que realice el ser humano en diferente contexto a lo largo de su vida.

En el plano sociocultural, se basa en las significaciones sociales en torno a la representación social, fenómenos demográficos, las políticas reproductivas y procesos sociales ante la reproducción contracepción, derechos sexuales y reproductivos.

5.1.3.2 Holón del género

La identidad de género es tan importante en el desarrollo humano que comienza la interacción de grupos sociales, como parte de la identidad.

En otras palabras, el género, se entiende como “la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dismórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias” (Rubio, 1994, 34).

El desarrollo prenatales y postnatales que influyen en la diferenciación sexual, y en la determinación del género, las manifestaciones anatómicas del dimorfismo sexual (pene y testículos/vulva, vagina, útero y ovarios), así como las manifestaciones a nivel del sistema nervioso central, que son parte del plano biológico.

El género se centra en la conformación de la identidad individual, permitiendo saber quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. La expresión pública de nuestra identidad genérica se conoce como roles sexuales o genéricos; por consiguiente, socialmente se crean normas e instituciones para la regulación entre los seres humanos.

5.1.3.3 Holón del erotismo

El erotismo como elemento de la sexualidad siendo un componente placentero en las experiencias corporales, asociadas a la respuesta genital, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

Las manifestaciones biológicas, son los componentes psicológicos (representaciones y simbolizaciones) y sociológicos (significación social y regulación) del erotismo, los que lo vuelven inherentemente humano. Los procesos fisiológicos relacionados como el deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo, es la forma de conceptualizar el erotismo humano (Secretaría de Salud, 2014).

A nivel psicológico, se desarrolla la identidad erótica y a nivel social, se identifican los códigos de conducta erótica en las diferentes culturas.

5.1.3.4 Holón de la vinculación afectiva interpersonal

Se entiende por vinculación afectiva la capacidad humana de desarrollar afectos intensos ante la presencia o ausencia, de otro ser humano, así como las construcciones mentales, individuales y sociales. Es una parte indispensable para el estudio de la sexualidad, entre los seres humanos siendo el amor la forma más reconocida de vinculación afectiva (Rubio, 1994).

A nivel psicológico y sociológico, se analiza la experiencia subjetiva del amor, los patrones de vinculación, el establecimiento de la pareja, la institucionalización de la creación o disolución de los vínculos afectivos y la regulación institucional y legal de estos procesos.

5.2 Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen una categoría fundamental dentro del marco de los derechos humanos, que reconoce la autonomía, la dignidad y la libertad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva. Estos derechos están estrechamente vinculados con el derecho a la salud, la igualdad de género, la no discriminación y el bienestar integral.

El respeto y la garantía de estos derechos son esenciales para promover la igualdad, prevenir la violencia de género, reducir las desigualdades sociales y mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, su implementación enfrenta diversos desafíos, especialmente en donde persisten normas culturales restrictivas, falta de acceso a servicios o violencia estructural.

Este apartado resalta la necesidad de fortalecer los marcos legales, educativos y sociales que protejan estos derechos y promuevan la equidad y el bienestar, reconociendo la diversidad de experiencias y realidades de las personas.

De acuerdo con Parra y Oliva (2015), la última versión de la Declaración de los Derechos Sexuales presentada por la Asociación Mundial de Salud Sexual se presentan los siguientes derechos universales:

1. Derecho a la libertad sexual: la libertad sexual abarca la posibilidad del individuo de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
2. Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual: este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. Derecho a la privacidad sexual: este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. Derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad.
5. Derecho al placer sexual: el placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. Derecho a la expresión sexual emocional: la expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. Derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. Derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables: esto abarca el derecho para decidir sobre tener hijos/as o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.

5.3 Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

Las personas con discapacidad han sido invisibilizadas y discriminadas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, enfrentando barreras sociales, culturales y estructurales que limitan su autonomía y acceso a servicios adecuados. Esta exclusión se fundamenta en prejuicios y estereotipos que ve a las personas con discapacidad como no sexuadas, por lo que se les niega una vida sexual plena y el derecho a decidir sobre su reproducción.

Reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad implica afirmar su derecho a la igualdad, a la dignidad, a la libre expresión de su sexualidad y a la toma de decisiones informadas y autónomas, al igual que cualquier otra persona. Esto abarca el acceso a información comprensible y adaptada, educación sexual inclusiva, servicios de salud accesibles y libres de discriminación, y protección contra la violencia sexual y la esterilización forzada.

Este apartado destaca la importancia de desarrollar programas educativos que sean sensibles a las necesidades específicas de esta población, promoviendo su empoderamiento y la eliminación de barreras físicas, de comunicación y sociales que impiden el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos.

En el artículo 23 Respeto del hogar y de la familia (CNDH, 2014) “Derecho a casarse y fundar una familia, así como a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos que quieren tener, y recibir asistencia para el cuidado de los hijos.”

En otras palabras, los Países harán leyes para que las personas con discapacidad estén informadas sobre: Anula (2013)

- Los medios que evitan el embarazo y sobre la planificación familiar.
- Puedan tener relaciones sexuales e íntimas como las demás personas.
- Se casen si lo desean.
- Tengan hijos o puedan adoptarlos.
- Mantengan su capacidad reproductiva en igualdad de condiciones que los demás.

Capítulo VI. Modelos y Programas de Educación Sexual

La educación sexual es un elemento esencial en el desarrollo integral de las personas, ya que promueve el conocimiento sobre el cuerpo, la reproducción y la prevención de riesgos, así como en la construcción de una identidad sexual. Este capítulo se propone abordar la educación sexual desde una perspectiva interdisciplinaria, explorando los diferentes modelos que han marcado su evolución teórica y práctica a lo largo de la historia.

Inicialmente se analizarán cuatro modelos predominantes en la educación sexual: el modelo de evitación de riesgos, que se enfoca en la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual mediante la restricción o limitación de la información sexual; el modelo moral, que enfatiza la regulación de la conducta sexual desde parámetros éticos y religiosos; el modelo revolucionario y social, que cuestiona las estructuras y normas sociales que influyen en la vivencia de la sexualidad, promoviendo una postura crítica y emancipadora; y finalmente, el modelo biográfico-profesional, en el cual se pondrá especial atención, ya que centra la educación sexual en el acompañamiento personalizado, considerando la historia de vida y las necesidades individuales de cada persona.

Asimismo, se dedica una sección específica a la educación sexual para personas con discapacidad intelectual, para lo que se trabajara un enfoque adaptado que contemple su desarrollo cognitivo, garantizando información clara, comprensible y pertinente que facilite su autonomía y bienestar sexual.

6.1 Educación sexual

La educación sexual es un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo de nuestras vidas, siendo los padres los primeros educadores sexuales, siendo modelos sobre el amor, el afecto, el contacto y las relaciones interpersonales.

Dentro de la educación sexual se deben tener en cuenta la comunicación e identificación de sentimientos, reforzar habilidades sociales para vivir una sexualidad sana, plena y responsable (Campos, 2003).

Formenti (2005) concluye que la educación sexual debe brindarse durante cada etapa de desarrollo del ser humano, y se debe estructurar en cuatro áreas:

- *Biológica* contando la anatomía y fisiología del aparato reproductor y sus mecanismos, así como los cambios biológicos.
- *Psicológica* el desarrollo psicosexual y psicoemocional.
- *Social* el contexto sociocultural y la concepción del hombre.
- *Axiológica* la reflexión a adquisición de valores.

De acuerdo con Fallas, Artavia y Gamboa (2012), Fallas (2009), González y González (2014), López (2002, 2005), los modelos permiten abordar la educación sexual desde cuatro líneas temáticas señalados puntos por punto con a continuación:

6.1.2 Modelo de evitación de riesgos

Este modelo, es conocido como un modelo clínico-medico tradicional, poniendo énfasis en evitar las infecciones de transmisión sexual, detectarlas y establecer medidas preventivas.

En otras palabras, su principal interés es la salud por lo que su finalidad es evitar cualquier riesgo derivado de la actividad sexual. Además de considerar que los profesionales sanitarios son los únicos que atenderán temas de sexualidad.

Al ser aplicado en personas con discapacidad, este modelo prioriza la evitación de cualquier riesgo sanitario, considerando la sexualidad principalmente como un problema de carácter biológico. En este enfoque, tanto hombres como mujeres son vistos desde una perspectiva preventiva y médica. A continuación, se presenta un resumen del modelo de evitación de riesgos en el Cuadro 1, donde se describen sus principales características.

Marco teórico	Objetivos	Contenidos	Metodología	Valoración
• Clínico/Médico • Evitar, detectar y curar • Calidad de vida y grupos sociales • Sexualidad solo relacionada con posibilidad de contagio	Evitar: • Problemas de salud sexual. • Caos en servicios médicos • Costos • Sufrimiento	• Información técnico-profesional: • Riesgos y consecuencias. • Descripciones prácticas de riesgo • Sin inclusión de aspectos morales.	• Campañas • Pláticas informativas • Centros de atención • Asociaciones	• Intervención ante presencia del problema • Insuficientes efectos sin impacto en el tiempo • Educación sexual insuficiente • Metodología polémica

Cuadro 1. Modelo educativo de evitación de riesgo, tomado de Fallas (2009, p. 41)

En síntesis, el modelo de evitación de riesgos centra la educación sexual en la prevención de enfermedades y consecuencias negativas asociadas a la actividad sexual, vinculando la sexualidad con el peligro y la amenaza para la salud. Este enfoque limita la comprensión integral de la sexualidad, al reducirla a aspectos biológicos y clínicos, dejando de lado dimensiones emocionales, afectivas y sociales que también forman parte del desarrollo sexual de las personas.

De tal manera, Fallas (2009) describe desde que “...el ser sexual se refiere tener cuerpo y genitales; y la sexualidad, a todo aquello que se hace con el cuerpo y los genitales. Los temas sexuales tienen que ver con anatomía, fisiología, desarrollo, respuesta sexual...” (Fallas, 2009, p. 40).

6.1.3 Modelo moral

El modelo moral tiene como marco conceptual pensamiento religioso, establece una moral única donde la sexualidad solo es permitida dentro del matrimonio heterosexual-monogámica, con convivencia permanente teniendo como finalidad procrear para la conformación de una familia, siendo los padres los principales agentes educativos.

Es importante subrayar que sus principios entorno a la educación sexual son contenidos anatómicos y reproductivos, responsabilidad de los progenitores, escuela e iglesia, centrando la información en “actividades de prevención, así como la importancia de la familia y el matrimonio, señalando la forma de comportarse antes y dentro de él. Los temas que abordan dejan de lado la formación en el ámbito de la

orientación del deseo, masturbación, métodos anticonceptivos, relaciones prematrimoniales, entre otros” (Fallas, 2009, p. 43).

Razón por la cual, es difícil el reconocimiento y aceptación de la sexualidad en personas con discapacidad, pues no están en condiciones de formar un matrimonio debido a su limitación; se cree que no podrán formar un núcleo familiar para la crianza y cuidado de sus hijos. Su educación bajo este modelo se basa en desviar la atención, prohíbe la masturbación y relaciones íntimas con otra persona ajena a la familia.

Se presenta a continuación (Cuadro 3) un resumen del modelo moral.

Marco teórico	Objetivos	Contenidos	Metodología	Valoración
• Amplio y con matices • Concepción religiosa • Actividad sexual solo en el matrimonio heterosexual • Sexualidad, procreación y amor entre cónyuges.	• Preparar para el matrimonio • Principios morales • Fuerza de voluntad y carácter • Superar los mensajes liberales • Abstinencia vs. Riesgos	• Carece de sentido formar a los menores • Castidad • Reproducción humana • Crianza • Familia • Normas morales	• Directiva • Enfoque en la iglesia • Información breve, concisa y directa • Cateterismo	• Elementos positivos • Rol de familia • Contenidos éticos • Elementos negativos • Contenidos sesgados y poco realistas • Sentido de culpa • Masturbación y orientación sexual vista como inmoral

Cuadro 2. Modelo educativo moral tomado de Fallas (2009, p. 43)

6.1.4 Modelo revolucionario y social

Conocido como modelo emancipador y sociopolítico, tiene como origen los fundamentos en la izquierda freudiana de Freud y síntesis del pensamiento de Marx.

González y González (2014) encontraron el origen Asociado al movimiento juvenil SEX-POL (Sexualidad y Política), propuesto W. Reich en los años treinta en Viena que parte de la premisa que existe una relación entre represión sexual y represión social. “La razón de la represión sexual es la defensa de los intereses de la clase dominante: quien acepta la represión sexual se convierte en obedientes y sumisos” (López, 2005, p. 69) Así como, los movimientos universitarios de los sesentas, teniendo como objetivo la conciencia crítica y transformar la sociedad a través de una revolución sexual y social.

Plantea que la educación sexual es un derecho para todas las personas, debe incluir aspectos anatómicos, fisiológicos, planificación familiar, orientación al deseo sexual y autoestimulación (masturbación) incluyendo a las personas con discapacidad enseñando e informando previamente el uso de su cuerpo, mediante la autoestimulación, así como los apoyo con los que cuentan.

Se presenta a continuación (Cuadro 3) un resumen de dicho modelo educativo:

Marco teórico	Objetivos	Contenidos	Metodología	Valoración
• Izquierda freudiana • Pensamiento de Marx • Movimiento SEX-POL (Reich) • Entre represión sexual y dominación social	• Cambio de sociedad • Educación sexual con el propósito de aumentar la conciencia crítica sobre la exploración social, represión sexual y la revolución • Actividad sexual con satisfacción orgásmica es saludable.	• Información • Condiciones sociales • Sociedad capitalista e instituciones • Función tradicional de familia • Derecho al divorcio y aborto • Derechos de la minoría	• Técnicas activas • Modelo directivo • Educación sexual parte del currículo • Folletos informativos	• Educación sexual como derecho • Igualdad entre mujeres y hombres. • Inclusión de anticonceptivos como un derecho.

Cuadro 3. Modelo educativo revolucionario y social tomado Fallas (2009, p. 45)

6.1.5 Modelo biográfico-profesional

Finalmente, el modelo biográfico-profesional, González y González (2014) y López, (2005) concluyeron que este modelo incorpora los elementos positivos de los otros tres modelos, como la profesionalidad para la evitación de riesgos, el realismo en los conocimientos del modelo preventivo, la importancia del rol de los padres, madres y de la ética del modelo moral, y el derecho a la sexualidad para todos del modelo revolucionario.

Por consiguiente, la educación desde este modelo debe estar libre de estereotipos, prejuicios y ambigüedades; reconociendo la sexualidad “como un derecho a ser vivida y como factor de bienestar, así como el respeto incondicional a la diversidad sexual y a la ayuda de los sujetos a ser más libres y responsables en la promoción del bienestar personal-social, de igual modo en el reconocimiento a la existencia de diferentes biografías sexuales...” (López, 2005, p. 46).

De acuerdo con González y González (2014) y López, (2005), este modelo se basa en tres roles en el proceso de la educación sexual, dirigidos a:

- a) La persona como sujeto con derecho y responsable de sus decisiones, libre de desarrollar su propia biografía sexual, asumiendo tres aspectos fundamentales: la libertad, autonomía y responsabilidad de la persona.
- b) Los padres conscientes del derecho a la educación de sus hijos deben ser fuente de apoyo emocional, modelos de relaciones interpersonales, así como responder con claridad las preguntas de éstos.
- c) El docente debe ser facilitador en tres aspectos fundamentalmente: evaluar el grado de salud y sus posibilidades de mejora, ofrecer información y poner a disposición conocimientos. Considerando en todo momento que el individuo es quien tiene que tomar la decisión sobre su vida sexual y sus posibilidades.

Es fundamental que tenga un autoconocimiento y autocontrol de sí mismo, así como un reconocimiento de su propia biografía sexual, sin que interfiera en su trabajo. Igualmente, se presenta un cuadro resumen con los principales detalles de dicho modelo:

Marco teórico	Objetivos	Contenidos	Metodología	Valoración
• Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida • Vivencia sexual como derecho • Información para mejorar la calidad de vida • Derecho a la diversidad • Legislación • Libertad y ética relacional	• Aceptación positiva de la identidad sexual • Aprendizaje de conocimientos y habilidades para la sexualidad en cada etapa de la vida Adquirir: a) Conocimientos b) Habilidades c) Actividades eroto-fílicas y tolerantes d) Ética básica		• Derechos y decisiones individuales • La familia Docentes: • Derecho a su propia biografía • Mediadores	• Consideraciones de los principales aportes de los tres modelos anteriormente descritos • Aceptación de la diversidad de los seres humanos • Respeto a los derechos y valores de las diversas biografías sexuales.

Cuadro 4. Modelo educativo biográfico-profesional tomado Fallas (2009, p. 48)

En definitiva, existe una variedad de modelos con los cuales se desarrolla la educación sexual dependiendo de las ideologías, factores económicos, sociales, educativos y políticos, coexistiendo en los sectores profesionales de la sociedad como salud, educación, judicial y religioso.

6.2 Educación sexual para personas con discapacidad intelectual

Partiendo del modelo de intervención biográfico-profesional, en donde la historia vida de incluye la realidad familiar y las características del entorno visto de manera profesional permite brindar la posibilidad de resolver sus necesidades interpersonales.

De acuerdo con Campos (2003), “Al hablar de educación sexual para personas con discapacidad intelectual hay que valorar caso a caso y tener en cuenta las necesidades de limitado, intermitente, extenso o generalizado de cada persona” (p.17)

Es decir, que sus conductas afectivas y sexuales sean aceptadas, para poder llevarlas a cabo, de acuerdo con las normas sociales, las personas con necesidades de apoyo

limitado o intermitente tienen capacidad para aprender los contenidos básicos de la educación sexual y protegerse de las prácticas de riesgo.

Dentro del programa de educación de la sexualidad para personas con discapacidad intelectual deben considerarse los mismos criterios y objetivos que son utilizados para personas sin discapacidad, adecuando la información acorde sus necesidades sexuales y su integración cognoscitiva y afectiva (Caricote, 2012).

Es importante tener los mismos criterios y objetivos que con adolescentes sin discapacidad, ajustando la información a su capacidad de comprensión, así como conocer las necesidades para lo que permitirá comparar sus necesidades sexuales y su integración cognitiva y afectiva acorde a su nivel de comprensión.

La educación sexual debe enseñar factores importantes para el ser humano, con base en el modelo biográfico-profesional y el modelo de la sexualidad sistémico debe considerar temas de relaciones interpersonales como amistad, noviazgo, matrimonio y paternidad; así como infecciones de transmisión sexual, control de natalidad y planificación familiar, higiene personal y genital; y finalmente comportamiento socialmente aceptable, valores morales, con la finalidad de crear autonomía sexual y social. Sin embargo, sus limitaciones personales y sociales impiden un desarrollo psicosexual pleno, por lo que López (2006) indica:

- Las personas con discapacidad deben organizar su biografía sexual, dependiendo de su nivel de autonomía.
- Se debe contar con la participación de los padres en la enseñanza de sus hijos, así como apoyar la toma de decisiones cuando los hijos no tiene suficiente conocimiento del tema.
- Los profesionales deben ser mediadores, neutrales en donde no influyas sus creencias personales, opiniones o su propia bibliografía sexual; permitiendo una adecuada orientación de la sexualidad de personas con discapacidad.

Partiendo de este orden de ideas, se retoma la propuesta de Couwenhoven (2001), quien plantea una interacción triangular en el proceso de educación sexual de las personas con discapacidad intelectual, como se muestra en la figura 4, en la base se

encuentra la familia quien comparte su intervención en casa ante conductas sociales inapropiadas, identificando su origen y cuáles son las dificultades de aprendizaje de sus hijos; los profesionales se encargan de diseñar técnicas alternativas de enseñanza y reforzar los conceptos sobre sexualidad dentro de los ambientes comunitarios y la personas con discapacidad intelectual está en la parte superior del triángulo debido a que sus necesidades son las principales para desarrollar su educación sexual; de esta manera de crean conocimientos para poder repetirlo, completarlo y reforzarlo.

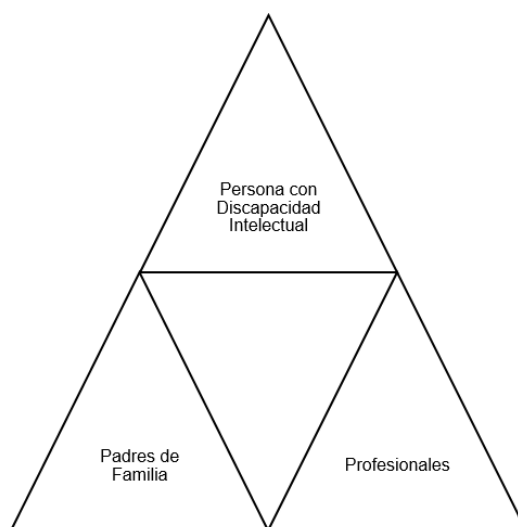


Figura 4. Interacción triangular del proceso de educación sexual de las personas con discapacidad intelectual Couwenhoven (2001).

Además, Couwenhoven (2001) añade pautas puntuales y prácticas para la enseñanza de la sexualidad de personas con discapacidad intelectual, asegurando que al ser atendidas se da inicio al reconocimiento social de la manifestación de la sexualidad, estas son:

1. Enseñar el nombre correcto de los genitales, las partes de cuerpo y su funcionamiento.
2. Enseñar la comprensión de la pertenencia del cuerpo y el saber cuidarlo uno mismo. Cómo lavarse y cuidarse, y posteriormente reducir gradualmente la intensidad de la ayuda, y dar responsabilidad de lavar y mantener limpias todas las partes de su cuerpo.

3. Al enseñar las partes del cuerpo, debe incluirse información sobre las reglas sociales; es decir las conductas públicas y privadas.
4. Enseñar que las partes íntimas son privadas, a excepciones circunstancias que sean específicas que no dañen su integridad. Destacando la importancia de informar una violación de esos límites y asegurarse de la comprensión para saber a quién acudir cuando su intimidad o su cuerpo no hayan sido respetados.
5. “La preocupación más común consiste en que el niño con discapacidad intelectual puede tocar sus genitales en sitios públicos o en momentos inapropiados. Cuando esto ocurre, es preciso dar mensajes claros y directos” (Caricote, 2012, p. 398).

Enseñar que tocar su pene o su vulva es una conducta íntima en un lugar privado, preferentemente su cuarto con la puerta cerrada. Si no responde a una orden verbal, se lleva a su cuarto evitando en este proceso cualquier expresión negativa o de castigo.

6. Para el afecto y los límites, se deben establecer las reglas sobre a quién se puede tocar o no entre las personas con quienes se convive.
7. Si se muestra afecto de manera indiscriminada, se adopta un conjunto de reglas concretas que sean fáciles de aprender, como apretones de manos, movimientos con la cabeza y los saludos verbales.

6.3 La familia y educadores como parte de la educación sexual

Los padres, en general, no se encuentran plenamente preparados para brindar una educación sexual adecuada que favorezca el desarrollo socio sexual de sus hijos. Sus preocupaciones suelen estar relacionadas con estigmas sociales que los catalogan como personas asexuadas, hipersexualizadas, dependientes o infantiles, así como con temas como el autoerotismo, el desarrollo físico, la higiene personal, el riesgo de abuso sexual, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

Los padres al mostrar interés en la educación sexual buscan informarse de los temas a trabajar, lo cual permite una comunicación abierta que influye en la conducta sexual de sus hijos; a través de la transmisión de valores y actitudes. Sin embargo, Rice (1999) afirma que en llegar la adolescencia los padres evitan abordar temas de la sexualidad por:

- Vergüenza y falta de información para abordar temas de la sexualidad.
- Falsa creencia de que el conocimiento lleva a la experimentación sexual.
- No saben el momento indicado para abordar la información.

Por otro lado, Katz y Lazcano-Ponce (2008), la intervención de los profesionales de la educación debe considerar tres factores educativos de la sexualidad necesarios para las personas con discapacidad intelectual, son:

1. Todo el mundo es un educador sexual, por la transmisión y recepción de códigos relacionados con la sexualidad en la vida cotidiana.
2. El silencio y evasivas conducen a la confusión especialmente a personas con discapacidad intelectual.
3. Enseñar y compartir conocimientos sobre la sexualidad fomentan el bienestar y la salud sexual.

Finalmente se puede decir que es poca la evidencia de programas de corte investigativo que aporten para la creación del diseño del programa de Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad intelectual, por lo que se presenta un cuadro comparativo de diversos programas de educación sexual vigentes, con el propósito de identificar sus características, alcances y limitaciones, que, si bien estos

programas no cumplen con los requerimientos para abordar el tema, este análisis se tomar como referencia para la creación del programa de educación sexual para adolescentes con discapacidad intelectual objeto de este trabajo.

La información presentada sobre los diferentes programas de educación sexual fue obtenida a partir de una revisión documental de programas vigentes, literatura especializada y propuestas institucionales relacionadas con la educación sexual y la discapacidad intelectual. Dichos programas fueron seleccionados por su relevancia temática y su aplicación en contextos educativos y de salud. Si bien no cumplen en su totalidad con los requerimientos necesarios para atender de manera integral a adolescentes con discapacidad intelectual, su análisis permitió identificar elementos útiles que sirvieron como referencia para el diseño del programa de educación sexual propuesto en el presente trabajo.

6.4 Cuadro comparativo de programas de educación sexual existente

Titulo	Lugar y año	Objetivo	Método	Población atendida	Duración del programa	Tipo de intervención	Temas	Resultados / Conclusiones principales
Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual	Universidad de Huelva, España, 2010 (Abal, Linares y López, 2010)	Analizar los resultados de la aplicación de un programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual	Muestra: 37 personas (17 hombres y 20 mujeres). Instrumento: evaluación sobre conocimiento del SIDA	Personas con discapacidad intelectual	No especificada	Programa educativo psicosexual adaptado	Sida, prevención, educación sexual adaptada a necesidades del grupo	El programa demostró eficacia en la adquisición de conocimientos sobre sexualidad y prevención de riesgos. Se concluye la necesidad de programas educativos adaptados a características del grupo.
Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual	Universidad de Oviedo y Universidad de Valencia, 2006	Proporcionar información sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad a jóvenes con discapacidad intelectual	Diseño cuasi-experimental con medidas pre y postratamiento, no muestrero estadístico. Instrumento: cuestionarios sobre conocimiento de sexualidad	28 jóvenes con DI (13 hombres, 15 mujeres)	No especificada	Intervención educativa con sesiones teóricas y prácticas	• Somos seres sexuados • Desarrollo sexual • Fecundación, embarazo y parto • Métodos anticonceptivos • Higiene corporal	Se evidencia la importancia de programas de educación sexual dirigidos a sujetos con DI, así como la necesidad de involucrar a padres y profesionales para mejorar la calidad de vida.

							Enfermedades de transmisión sexual	
Abordaje educativo de la sexualidad en estudiantes con discapacidad intelectual en una institución de educación secundaria costarricense	Universidad de Costa Rica, 2017	Analizar cómo el profesorado aborda la educación sexual con estudiantes con discapacidad intelectual	Investigación cualitativa. Técnicas: análisis documental y entrevistas. Categorías: aspectos curriculares y estrategias educativas	Estudiantes con discapacidad intelectual en secundaria	Durante el año escolar 2017	Estudio descriptivo y análisis de prácticas pedagógicas	Educación sexual en el aula, estrategias pedagógicas, formación docente	Se identifican limitaciones al recopilar únicamente la perspectiva del profesorado. Se recomienda incluir la visión de estudiantes y familias para una educación sexual más integral.
Propuesta de programa de educación sexual para personas con síndrome de Asperger	Libro, Eduardo Díaz Tenopala, 2016	Incluir educación sexual desde la infancia, ajustando la información al desarrollo madurativo e intereses de los niños	Sugerencia de estrategias para implementación	Niños con síndrome de Asperger	No especificada	Diseño de programa educativo progresivo	Educación sexual progresiva, desarrollo madurativo, intereses individuales	Se propone un programa adaptado a las necesidades específicas de personas con síndrome de Asperger, enfocado en la inclusión temprana de educación sexual.

Libro "Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual"	Universidad de Murcia, Madrid, 2010	Incluir educación sexual desde la infancia, ajustando información al desarrollo madurativo e intereses	Estrategias pedagógicas sugeridas	Niños con discapacidad intelectual	No especificada	Programa educativo adaptado al desarrollo	Desarrollo de habilidades sociosexuales, educación sexual progresiva	Se enfatiza la importancia de adaptar la educación sexual al nivel de maduración de los niños con discapacidad intelectual para promover aprendizaje significativo y seguro.
Programa de educación sexual para el adolescente con discapacidad intelectual leve	Universidad de Monterrey, 1997	Diseñar un programa de educación sexual para adolescentes con discapacidad intelectual leve	Investigación descriptiva y diseño curricular. Objetivos: conocer opinión de padres, identificar temas, conocer nivel de maduración y diseñar programa	Adolescentes con discapacidad intelectual leve y sus familias	No especificada	Programa educativo integral	Educación sexual adaptada al adolescente con DI leve, involucramiento de padres y docentes	Se elaboró un programa integral que considera la participación de padres y maestros, adaptando contenidos al nivel de maduración de los adolescentes y promoviendo habilidades para la vida.

"Tiempo de Derechos y Educación Sexual para Mujeres, Adolescentes y Niñas con Discapacidad"	Ciudad de México, México, 2023	Brindar educación sexual integral a mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad, promoviendo el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos	Jornadas presenciales y virtuales con conferencias, talleres y diálogos interactivos	Mujeres, adolescentes y niñas con discapacidad intelectual	Varias sesiones durante marzo 2023	Talleres educativos y conferencias	Derechos sexuales y reproductivos, prevención de violencia, protocolos de rehabilitación sexual, acceso a servicios de salud inclusivos	Fortalecimiento del conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, sensibilización sobre autonomía y consentimiento, creación de espacios seguros para el diálogo.
Educación Sexual en Personas con Discapacidad Intelectual: Recursos Digitales para su Enseñanza en la Familia	México, 2023	Desarrollar recursos digitales para que las familias enseñen educación sexual a personas con discapacidad intelectual	Creación de materiales educativos digitales adaptados a necesidades cognitivas	Personas con discapacidad intelectual y sus familias	No especificada	Recursos digitales educativos para familias	Prevención de abuso y violencia, derechos sexuales, relaciones afectivas saludables, autonomía corporal	Empoderamiento de las familias, mejora en la capacidad de las personas con DI para reconocer riesgos, incremento de confianza y apertura en conversaciones sobre sexualidad.

Capítulo VII. Adolescencia y desarrollo psicosexual

"Las personas con discapacidad intelectual también viven procesos de desarrollo sexual, afectivo y social; reconocer su derecho a la educación sexual es fundamental para favorecer su autonomía y prevenir situaciones de vulnerabilidad" (Verdugo y Schalock, 2012).

La adolescencia es una etapa caracterizada por importantes cambios biológicos, psicológicos y sociales. En el caso de los adolescentes con discapacidad intelectual, estos cambios se presentan de manera similar a los de sus pares sin discapacidad; sin embargo, pueden manifestarse a distintos ritmos y requerir apoyos específicos. El reconocimiento de su sexualidad y el respeto a su desarrollo psicosexual constituyen elementos fundamentales para favorecer su inclusión y bienestar integral.

Este capítulo se enfoca en los principales cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren durante la adolescencia, con especial atención a cómo estos se manifiestan en hombres y mujeres con discapacidad intelectual. Asimismo, se abordan temas fundamentales como el desarrollo psicosexual, la menstruación, la masturbación y la distinción entre conductas públicas y privadas, desde una perspectiva que busca promover una educación sexual accesible y clara.

El propósito de este capítulo es brindar herramientas para comprender el desarrollo sexual en adolescentes con discapacidad intelectual, con el fin de fomentar una atención informada y centrada en sus derechos.

7.1 Desarrollo en la adolescencia

La pubertad es la primera etapa en el proceso de la adolescencia, dando fin a la niñez comenzando una etapa donde el cuerpo del niño se va convirtiendo en adulto, dando inicio con los cambios propios de su sexo para estar físicamente apto para la reproducción.

Como proceso de maduración hacia la adolescencia con cambios en el aspecto físico, psicológico, emocional y sexual, en el sistema hormonal del cuerpo inician con la maduración de sistema reproductor, es decir, desarrollando los caracteres sexuales. En la adolescencia los cambios de orden fisiológico y anatómico son:

7.1.2 Cambios en hombres

- Primera eyaculación.
- Aparece vello facial (bigote y barba)
- Aparece el vello púbico y axilar.
- Crece el vello en el pecho y la espalda.
- Aumenta el peso y la altura
- Voz de timbre grave.
- Aumentan de tamaño en los testículos y el pene.

7.1.3 Cambios en mujeres

- Primera menstruación
- Desarrollo de mamas.
- Aumenta el peso y la altura.
- Desarrollo de grasa subcutánea.
- Aparece el vello púbico y axilas.
- Ensanchamiento de caderas.
- Voz de timbre agudo.
- Desarrollo de los labios mayores, labios menores, vagina y clítoris.

Estos cambios en las niñas empiezan entre los nueve y catorce años y los niños entre los once y los dieciséis; estos ocurren por "...las hormonas del lóbulo anterior a la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, que estimula el funcionamiento de las glándulas gónadas cuya hormona, a su vez, influyen en el desarrollo de los caracteres sexuales" (Calixto, 1994, p. 27).

7.1.4 Desarrollo psicosexual del adolescente con discapacidad

Es uno de los cambios enfocados en la orientación del deseo, como consecuencia del nivel hormonal provocando necesidades sexuales y atracción física por otra persona. Definiendo la orientación del deseo sexual como la "...disposición erótica en comportamiento y fantasía y/o afectiva hacia el mismo y/o distinto sexo" (Soriano, 1996, p. 41).

Por otro lado, señala que la orientación sexual se define como un aspecto de la identidad sexual, así como la identidad física (genitalidad), identidad de género (definición psicológica de masculino y femenino) y roles sociales.

En el caso de las personas con discapacidad intelectual la pubertad, puede tener poco control e inadecuada expresión de su sexualidad y en la adultez comportamientos socialmente desaprobados (Katz y Lazcano-Ponce, 2008).

Basado en el modelo psicoanalítico de la sexualidad humana, el desarrollo psicosexual de acuerdo con Rice (1999), abarca cuatro fases:

1. La pregenital (fase oral y anal)
2. La genital infantil (fase fálica, incluido el complejo de Edipo, 3-5 años)
3. La latencia (5-12 años)
4. La fase genital adulta (de la adolescencia en adelante)

Este desarrollo es un proceso psíquico que tiene lugar desde el nacimiento, mediante el cual la persona va organizando sus impulsos, orientación, preferencia e identificación sexual, con la finalidad de satisfacción.

Al inicio de la pubertad comienza el interés por el sexo, focalizado sobre los cambios corporales y los sucesos observables. Los adolescentes se interesan no sólo por su propio desarrollo, sino también por el de otro. La mayoría de los adolescentes comienza a experimentar jugando con sus genitales, mostrando interés por el sexo como sentimiento y expresión erótica (Rice, 1999).

En esta parte es importante reconocer que las personas con discapacidad intelectual dan inicio su sexualidad de acuerdo con su edad cronológica como se mencionó anteriormente ya que tiene los cambios físicos son iguales a cualquier adolescente.

7.1.5 Menstruación

Durante los primeros ciclos menstruales, las adolescentes con discapacidad intelectual pueden experimentar angustia, confusión o conductas agresivas, por lo que es fundamental que los padres y educadores aborden el tema de manera anticipada, utilizando explicaciones claras y demostraciones prácticas que faciliten su comprensión y adaptación a este proceso (Schorn, 2003).

Las adolescentes con discapacidad intelectual pueden asociar la sangre con lesiones y dolor, afectando su vida diaria principalmente en su higiene personal, estado emocional y comportamiento interpersonal. Por lo tanto, es necesario considerar una atención adecuada para las adolescentes con discapacidad intelectual, tomando en cuenta aspectos relacionados con la higiene, la conducta, la seguridad y la anticoncepción, como se muestra en el Cuadro 3.

Consideraciones	Recomendaciones
Higiene menstrual	Enseñar el manejo adecuado de productos para la menstruación
Cambios cíclicos de Conducta	Medicamento analgésico adecuado si el comportamiento se presenta con los periodos.
Solicitud de Anticoncepción	Valorar la seguridad y habilidad de la paciente para dar su consentimiento Educación para el uso de anticoncepción de emergencia; ponerla a disposición de adolescentes.
Seguridad o sexualidad	Investigar las circunstancias de la paciente (historia clínica) Educar a la paciente y a quienes la atienden Enseñar comportamiento apropiado y seguro

Tabla 3. Consideraciones Específicas para Adolescentes con Discapacidades, citado y adaptado de (Quint, 2014, p. 12)

La sexualidad en los adolescentes con discapacidad intelectual, antes del inicio de la pubertad, suele ser abordada de manera limitada, centrándose principalmente en el uso de productos de higiene personal y dejando de lado conductas autoestimulantes que forman parte del erotismo y el autoconocimiento. No obstante, en los casos de discapacidad intelectual leve y moderada, es posible favorecer un aprendizaje

adecuado para el manejo de productos de higiene femenina y el reconocimiento progresivo de su propio cuerpo.

“Personas con discapacidad psíquica, adecuadamente tratadas, pueden desarrollar una vida normal, establecer una relación de pareja y familia e integrarse a la comunidad” (Varas, 2010)

7.1.6 Masturbación

La masturbación es una práctica de estimulación en el desarrollo sexual del ser humano de autoestimulación de los órganos genitales para obtener placer sexual con conductas autoeróticas y repetirlas, debe considerarse una conducta saludable, que permite al individuo a conocer su cuerpo y aprender las respuestas sexuales de este, comenzando en la infancia y continua hasta la vejez. (Rice, 1999)

Siendo esta un recurso para las personas con discapacidad intelectual para satisfacer sus necesidades sexuales se debe enseñar a llevar a cabo esta práctica en privado, sin sentido de culpa y cuidando su integridad, así como expresar sus sentimientos al respecto. Katz y Lazcano-Ponce (2008)

Esta conducta de placer sexual autoerótica es saludable pero diferente para cada persona, que aprende a conocerse en la intimidad, López (2006) menciona algunos indicadores para una masturbación saludable:

- a. La capacidad de autocontrol.
- b. Practicarla en la intimidad.
- c. Satisfacer la tensión-excitación sexual, de forma que no necesiten repetir durante largos periodos de tiempo.
- d. Cuidar las condiciones de higiene y sin usar objetos que dañen su salud.
- e. Que sea con fines saludables y no utilizar como recurso para llamar la atención o como respuesta al conflicto.
- f. Que no sea la respuesta a un manía o infección.

- g. Evitar sentimientos de culpa.
- h. Que no haya sido aprendida en una situación de abuso sexual.
- i. Que no interfiera con otras actividades cotidianas.

Al no cumplirse estas indicaciones es necesaria una intervención para que se practique una masturbación de manera saludable; esto se lleva a cabo dependiendo del nivel de comprensión y la capacidad de autocontrol en el caso de la discapacidad intelectual se interviene de manera conductual.

7.1.7 Conductas públicas y privadas

Las personas con discapacidad intelectual necesitan ser conscientes de las conductas públicas y privadas, es decir, “el desarrollo de habilidades para la adaptación social, la maduración de las relaciones amistosas dentro del grupo de pertenencia y la identificación de todos los comportamientos no sexuales” (Katz, 1994, p. 543).

Para desarrollar un código moral de acuerdo con su contexto, de esta manera las conductas se normalizan en su vida cotidiana, de esta manera al sentirse aceptados y respetados dentro de un grupo les crea pertenencia y actúan de manera productiva.

Estas habilidades de adaptación social son abstractas para las personas con discapacidad intelectual, por lo que es difícil aceptar normas establecidas si no las aprenden desde la infancia; para su enseñanza es necesario que sepan el ¿Cómo? y ¿Cuándo?

Por lo tanto, las conductas públicas son aquellas que no insulten o perjudiquen a terceros, por ejemplo, saludar a la gente (buenos días, buenas tardes, buenas noches), con el uso de vestido sentarse con las piernas juntas, respetar el turno de las personas para hablar, no interrumpir, no tirar basura en la calle, comer con la boca cerrada, buscar más ejemplos; a diferencia de las conductas privadas que son: no eructar enfrente de otra persona, ir al baño solos, limpiar su nariz, vestirse y desvestirse, bañarse, auto estimularse (masturbarse), etc.

Es recomendable que sea a través de un sistema de causa y efecto, de manera constante, firme y clara sin dar un doble mensaje.

A lo largo del capítulo se abordaron los principales cambios físicos y sexuales que se presentan en esta etapa, tanto en hombres y mujeres. También se puso énfasis en aspectos clave como el desarrollo psicosexual, la vivencia de la menstruación, la masturbación y la comprensión de las conductas públicas y privadas.

Finalmente, se destaca la importancia de una educación sexual integral y adaptada, que no solo brinde información clara y accesible, sino que también reconozca el derecho de los adolescentes con discapacidad intelectual a vivir su sexualidad de forma segura e informada, por lo que es importante en acompañamiento de su familia, educadores y profesionales.

Con base en esta comprensión del desarrollo adolescente, y como respuesta a las necesidades identificadas, a continuación, se presenta la propuesta de un programa de educación sexual dirigido a adolescentes con discapacidad intelectual, el cual busca ser una herramienta educativa accesible, estructurada y respetuosa de su realidad.

Capítulo VIII. Procedimiento

8.1 Propuesta de taller de educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad intelectual

El diseño del presente taller de educación sexual para adolescentes con discapacidad intelectual se origina a partir de la identificación de una problemática ampliamente documentada en el marco teórico de este trabajo: la escasez de programas, materiales y propuestas pedagógicas especializadas que aborden la sexualidad desde una perspectiva integral, inclusiva y basada en derechos humanos. Diversos estudios señalan que la educación sexual dirigida a personas con discapacidad intelectual ha sido históricamente limitada, fragmentada o inexistente, centrándose principalmente en enfoques biológicos, preventivos o normativos, sin atender de manera suficiente las dimensiones afectivas, sociales, culturales y relacionales de la sexualidad (Aguilar, 1994; Ballester, 2005; Katz, 1994; López, 2006).

Tal como se analizó en los capítulos teóricos, la sexualidad constituye una dimensión inherente al desarrollo humano que se construye a lo largo del ciclo vital e integra aspectos biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y culturales (Rubio Auriol, 1994; Papalia, 2002). En el caso de las personas con discapacidad intelectual, la presencia de mitos, prejuicios y actitudes de sobreprotección ha derivado, en muchos contextos, en la restricción o negación de su derecho a recibir una educación sexual adecuada, pertinente y accesible, acorde con su nivel de desarrollo y sus necesidades de apoyo (Ávila, 2006; Campos, 2003; López, 2002).

Esta situación genera vacíos formativos que incrementan la vulnerabilidad ante situaciones de abuso, desinformación, prácticas sexuales de riesgo y dificultades para establecer relaciones afectivas y sociales saludables (Rivera, 2008; Rodríguez et al., 2006; Varas, 2010). Asimismo, desde el modelo de apoyos y calidad de vida, se reconoce que la falta de educación sexual limita el desarrollo de competencias personales y sociales necesarias para la autodeterminación, la autonomía y la participación social plena de las personas con discapacidad intelectual (Schalock, 2009; Verdugo y Schalock, 2009).

Desde el enfoque de la Educación Sexual Integral, la educación sexual no debe reducirse a la transmisión de información anatómica o reproductiva, sino que debe promover el desarrollo de actitudes, valores y habilidades que favorezcan el autocuidado, el reconocimiento y respeto del propio cuerpo, la expresión de emociones, la toma de decisiones informadas y la construcción de relaciones basadas en el respeto y la dignidad (Aguilar, 1994; Formenti, 2005; López, 2005). Este enfoque resulta especialmente relevante en adolescentes con discapacidad intelectual, quienes requieren propuestas educativas estructuradas, accesibles y contextualizadas que favorezcan aprendizajes significativos.

De manera complementaria, el enfoque de derechos humanos establece que las personas con discapacidad intelectual tienen el mismo derecho que cualquier otra persona a recibir información clara, comprensible y adaptada, que les permita ejercer su sexualidad de manera libre, segura y responsable (Naciones Unidas, 2006; CNDH, 2014). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad subraya la obligación de los Estados y de los sistemas educativos de garantizar el acceso a información, educación y apoyos adecuados, eliminando barreras actitudinales y educativas que perpetúan la exclusión (Anula, 2013; Naciones Unidas, 2008).

En este sentido, la ausencia de programas integrales y sistematizados dirigidos específicamente a adolescentes con discapacidad intelectual evidencia una necesidad formativa urgente. Esta carencia, analizada a lo largo del marco teórico, justifica el diseño del presente taller como una propuesta curricular que articula la educación sexual con el modelo de calidad de vida, priorizando el desarrollo personal, social y emocional de los adolescentes, así como la participación activa de sus familias como un componente fundamental del proceso educativo (Fantova, 2000; Núñez, 2007; Guevara y Soto, 2012).

El taller se concibe, por tanto, como una propuesta fundamentada en un enfoque holístico de la sexualidad, en el que se reconoce que cada persona vive y construye esta dimensión de manera particular, de acuerdo con sus experiencias, capacidades, contextos familiares y culturales. Desde esta perspectiva, la educación sexual se

entiende como un proceso formativo continuo orientado al fortalecimiento de competencias adaptativas y socioemocionales, más allá de la simple transmisión de contenidos informativos.

El procedimiento para el diseño del taller tomó como base la revisión y el análisis crítico de programas y propuestas educativas existentes, a partir de los cuales se identificaron vacíos, limitaciones y áreas de oportunidad. Con base en este análisis, se construyó una propuesta curricular sustentada en los principios de la Educación Sexual Integral, el enfoque de derechos humanos y el modelo de apoyos, orientando los contenidos y estrategias a las características, ritmos de aprendizaje y necesidades específicas de los adolescentes con discapacidad intelectual (Antequera et al., 2008; González-Pérez, 2003).

En la planeación del taller se recurrió al uso de cartas descriptivas, las cuales permiten organizar de manera clara y sistemática los contenidos, actividades, materiales y estrategias pedagógicas. Su utilización resulta especialmente pertinente en contextos educativos inclusivos, ya que facilita una enseñanza progresiva, flexible y ajustada a la diversidad del alumnado, promoviendo aprendizajes significativos y accesibles (Bertoldi y Arnáiz, 2021; Sánchez y Álvarez, 2020).

El diseño de las cartas descriptivas está concebido como una guía para docentes, terapeutas, psicólogos, orientadores y otros profesionales involucrados en el acompañamiento de adolescentes con discapacidad intelectual, asegurando coherencia en la intervención y fortaleciendo el impacto formativo del taller.

Finalmente, es importante señalar que la presente propuesta se centra en el diseño curricular del taller y no contempla su implementación o pilotaje, debido a las limitaciones de acceso a la institución y a la población objetivo. No obstante, este diseño constituye un aporte académico y metodológico relevante, al ofrecer una base estructurada que puede ser retomada, adaptada y validada en futuras aplicaciones en distintos contextos educativos y comunitarios.

8.2 Estructura

El Taller de Educación Sexual, se centrará en la intervención con adolescentes con discapacidad intelectual y sus familias como acompañantes basado en el Modelo teórico para la calidad de vida en Personas con Discapacidad Intelectual, cubriendo las necesidades de apoyo y potencialidades en sus diferentes dimensiones, y en concreto en el desarrollo personal y social.

8.3 Procedimiento para el diseño

El diseño del Taller partió de una revisión documental guiada por las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué relevancia tiene la educación sexual para adolescentes con discapacidad?
- ¿Qué características debe tener una educación sexual adecuada?
- ¿Por qué es fundamental la participación activa de las familias en este proceso educativo?
- ¿Cómo se deben abordar los temas de sexualidad en adolescentes con discapacidad?
- ¿Cuáles son las consecuencias de no ofrecer educación sexual a adolescentes con discapacidad?

El desarrollo del Taller comenzará con un proceso de sensibilización dirigido a las familias, quienes tienen un rol fundamental en el acompañamiento de los adolescentes. Posteriormente, se implementará un taller educativo con los adolescentes con discapacidad intelectual, orientado al proceso de enseñanza-aprendizaje mediante dinámicas accesibles y comprensibles.

El diseño metodológico contempla cuatro fases:

1. Selección de temas prioritarios, definición de objetivos por sesión, planificación de unidades temáticas, actividades, materiales, duración y estrategias de seguimiento.
2. Formulación de objetivos diferenciados para adolescentes con discapacidad intelectual y sus familias.

3. Recolección y análisis de información para el diseño de estrategias pedagógicas y secuencias didácticas.

8.4 Destinatarios

El Taller está dirigido tanto a adolescentes con discapacidad intelectual como a sus padres o tutores. Se adapta a las realidades cotidianas de cada participante, considerando sus contextos personales y familiares.

8.5 Objetivo general

Promover el ejercicio informado y seguro de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual, mediante un programa educativo que fortalezca su autonomía y la participación activa de sus familias.

8.6 Objetivos específicos para los adolescentes con discapacidad

- Desarrollar competencias sociales que les permitan establecer relaciones afectivas, de amistad y de pareja.
- Aplicar hábitos de higiene y cuidado corporal que favorezcan la salud sexual y general.
- Reconocer y ejercer su sexualidad de manera segura, placentera y responsable.

8.7 Delimitación de contenidos

Los contenidos del Taller se basarán en los temas desarrollados en el capítulo 7, asegurando así una continuidad conceptual y una base sólida para la educación sexual de los adolescentes con discapacidad intelectual. Para facilitar el aprendizaje, el programa estará estructurado en 12 secuencias didácticas, cada una de las cuales podrá contar con anexos complementarios cuando sea necesario para ampliar o reforzar la información.

Cada secuencia tendrá una duración aproximada de 45 minutos, tiempo estimado como óptimo para mantener la atención y favorecer la comprensión en personas con discapacidad intelectual. Esta estructura permitirá abordar los contenidos de manera

clara, progresiva y accesible, adaptándose a las capacidades y ritmos de aprendizaje de los participantes.

Para facilitar la organización y visualización de los contenidos del programa educativo, se presenta a continuación un esquema en formato de tabla que sintetiza las 12 secuencias didácticas propuestas. Esta estructura permite delimitar de manera clara y ordenada los temas principales a abordar.

Secuencia	Tema principal	Duración	Anexos (sí/no)
1	Introducción	45 minutos	si
2	Mitos de la sexualidad	45 minutos	si
3	Cuerpo humano	45 minutos	si
4	Marcar límites	45 minutos	si
5	Habilidades psicosexuales	45 minutos	si
6	Conductas públicas y privadas	45 minutos	si
7	Masturbación	45 minutos	si
8	Menstruación	45 minutos	si
9	Abuso sexual	45 minutos	si
10	Relaciones interpersonales	45 minutos	si
11	Género	45 minutos	si
12	Diversidad sexual	45 minutos	no
13	Métodos anticonceptivos	45 minutos	si

8.8 Evaluación

Se utilizarán estrategias cualitativas y participativas que permitan una comprensión integral del impacto del programa. Entre las principales técnicas se encuentran:

- Entrevistas semiestructuradas a docentes, cuidadores y, cuando sea posible, a los propios participantes, con el fin de conocer percepciones, avances y áreas de mejora del taller.
- La observación participante se utilizará como una estrategia cualitativa que permitirá al facilitador del taller involucrarse de manera activa durante las sesiones, registrando de forma sistemática las conductas, actitudes, interacciones y respuestas de los adolescentes frente a las actividades propuestas.
- Rúbrica de evaluación continua, diseñada para valorar el desarrollo de habilidades clave en torno a la educación sexual.

La rúbrica de evaluación no solo cumplirá una función valorativa, sino también diagnóstica y de retroalimentación, permitiendo identificar avances individuales, barreras de aprendizaje y áreas que requieran reforzamiento. Esta herramienta será aplicada al final de cada sesión del taller y permitirá realizar modificaciones didácticas en caso de ser necesario (Bertoldi y Arnáiz, 2021).

Al tratarse de un grupo con necesidades específicas, la evaluación no busca una calificación estandarizada, sino más bien evidencias del desarrollo progresivo de competencias adaptativas y socioemocionales, respetando el ritmo y estilo de aprendizaje de cada adolescente.

De esta manera, la evaluación se concibe como un proceso sistemático que no sólo mide resultados, sino que informa y orienta la mejora continua del diseño curricular y de las estrategias pedagógicas empleadas.

8.9 Cartas descriptivas y Rubricas de evaluación

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Inducción	No de sesión	Duración
	Torre de preguntas	1°	45 minutos
Descripción	Durante esta actividad, los participantes usarán un juego que consiste en una torre de bloques, en los cuales encontrarán una pregunta.		
Objetivos	• Conocer mejor a los compañeros e identificar las similitudes y diferencias entre los participantes del grupo. • Crear un clima de confianza, respeto y diálogo, que permita conocer los intereses y opiniones de los participantes.		
Materiales	• Juego de bloques (similar a juego llamado Jenga), un juego por cada equipo. • Anexo 1. “Torre de preguntas”.		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales que necesitaran para el desarrollo de las actividades. 2. Distribuir el salón de tal forma que tengas equipos de 4 a 6 participantes, cada uno con una mesa para cada torre.			
Desarrollo de la actividad			
1. Leer en voz alta o explica tus propias palabras la actividad. <i>Bienvenidos a la primera sesión de taller. Antes de empezar, vamos a llevar a cabo un juego para romper el hielo con el fin de que podamos conocernos un poco más. En cada mesa hay una pila de bloques. Cada uno de los bloques contiene un número que corresponde a una pregunta que se encuentra en el Anexo 1 “Torre de preguntas “. Para empezar el juego, un jugador saca un bloque de la pila y lee en voz alta la pregunta que corresponde el número señalado. La pregunta se dirige a uno de los integrantes del equipo. Después de responder, el bloque se coloca en la parte superior de la torre y el siguiente jugador toma su turno. ¿Les parece bien? ¿Tienen alguna pregunta?</i>			

2. Haz una pausa para escuchar las preguntas de los participantes.
3. Explicar que, en caso de que alguna pregunta resulte incómoda, el participante puede decir “paso”, y la persona que leyó la pregunta la dirige a otro integrante del equipo. Ninguno de los participantes está obligado a responder; quienes no deseen hacerlo colocarán la torre en la parte superior y sacarán otra pregunta.
4. En caso de que la torre se caiga, todos deben interrumpir el juego inmediatamente. Cada equipo deberá cambiarse a una mesa diferente y continuar jugando a partir de la torre del equipo anterior.
5. Repetir la actividad 4 a 5 veces, de tal manera que todos los participantes interactúen entre sí.

Cierre de la actividad

Conduce a los participantes a un proceso de discusión utilizando como guía algunas de las preguntas:

- ¿Alguien aprendió algo que no esperaba acerca de algún compañero?
- ¿Se sintieron incómodos compartiendo sus respuestas?
- ¿Qué tipo de preguntas fueron agradables o incómodas para responder?
- ¿Les resultó difícil no responder cuando era su turno?
- ¿Tienen cosas en común con sus compañeros?

Para dar cierre a la sesión se debe explicar que se crea una relación de confianza con gustos similares, debemos manejar de manera cuidadosa la etapa en la que empezamos a conocer a una persona nueva, se crea un ambiente de confianza.

Cuando todos los equipos hayan terminado el juego pide al jugador que coloque los bloques en las cajas correspondientes

Rubrica de evaluación				
Introducción	Sesión 1			
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Comprende el propósito y objetivos del taller	No comprende el propósito ni los objetivos.	Entiende algunos objetivos con apoyo o explicación adicional.	Comprende claramente el propósito y objetivos del taller.	
Muestra interés y motivación por participar	Se muestra indiferente o reacio a participar.	Participa de forma pasiva o con poca motivación.	Muestra interés activo y disposición para participar en las actividades.	
Conoce la estructura general y temas del taller	No conoce ni recuerda los temas que se abordarán.	Conoce algunos temas con apoyo.	Reconoce y recuerda claramente la estructura y los temas del taller.	
Establece normas básicas de convivencia y respeto	No participa en la construcción de normas o no las respeta.	Participa con apoyo y respeta algunas normas.	Participa activamente en la construcción y cumple las normas de convivencia.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Mitos de la sexualidad	No de sesión	Duración
		2°	45 minutos
Descripción	Esta actividad permite definir el concepto de sexualidad de los participantes, catalogando las imágenes y frases que se relacionan con la idea previa de la sexualidad.		
Objetivos	• Conocer las ideas previas sobre sexualidad. • Cuestionar los estereotipos y mitos asociados a la sexualidad de las personas con discapacidad. • Resolver dudas relacionadas con la sexualidad desde una perspectiva informativa y respetuosa.		
Material	• Hojas de rotafolio • Plumones • Cinta adhesiva • Anexo 2 “Pictogramas” • Anexo 3 “Mitos de la sexualidad”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales necesarios para esta actividad. 2. Revisar los Anexo 2 “Pictogramas” y Anexo 3 “Mitos de la sexualidad” 3. Sobre las hojas de rotafolio, escribe cada uno de los encabezados “Mito” o “Realidad”			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Leer en voz alta o explica tus propias palabras la actividad. A continuación, juntos vamos a llevar a cabo una actividad para conocer las ideas previas que tenemos sobre la sexualidad. 2. Se colocan en la mesa los pictogramas y las frases de los mitos de la sexualidad, se pide al grupo que cada persona elija uno de ellos. Les pedimos a cada uno de los participantes que explique por qué consideran que la frase			

o imagen tiene relación con la sexualidad y juntos aclarar los mitos y dudas que vayan surgiendo durante el desarrollo de la actividad.

3. Después que se concluya la participación de cada integrante del grupo, se deben de ir pegando en el rotafolio cada una de las tarjetas, para que todos los integrantes del grupo las puedan observar.
4. Posteriormente se habla cada uno de los mitos e imágenes, dando información básica y concreta, resaltando la idea de que la sexualidad es algo que se vive y se expresa de diferentes maneras, formando parte de la sexualidad humana.

Cierre de la actividad

Una vez que se haya terminado la actividad, se dirige al grupo a una dinámica de discusión en la que los participantes elaboren una conclusión colectiva, aportando una idea sobre lo aprendido durante la sesión.

Rubrica de evaluación				
Mitos de la sexualidad		Sesión 2		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Identificación de mitos comunes sobre sexualidad	No reconoce los mitos o los repite sin cuestionarlos.	Identifica algunos mitos con apoyo de ejemplos o explicaciones.	Distingue claramente los mitos de los hechos reales sobre la sexualidad.	
Capacidad de argumentar por qué una idea es un mito	No puede explicar por qué algo no es cierto.	Explica de forma básica con ayuda.	Argumenta con claridad y da ejemplos para desmentir mitos.	
Uso de lenguaje respetuoso al hablar de sexualidad	Usa lenguaje vulgar, evasivo o inadecuado.	Usa un lenguaje más respetuoso con correcciones o guía.	Utiliza términos adecuados, con naturalidad y sin prejuicio.	
Actitud frente a ideas diferentes o desconocidas	Reacciona con burla, vergüenza o desinterés ante conceptos nuevos.	Escucha y participa con algo de inseguridad, pero con respeto.	Escucha, pregunta y se muestra abierto a nuevas ideas sin juzgar.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Cuerpo humano	No de sesión	Duración
		3°	45 minutos
Descripción	Esta actividad brinda una demostración visual y concreta acerca de la importancia de conocer las partes del cuerpo humano y las diferencias sexuales entre hombre y mujer, adaptada a adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada, utilizando apoyos visuales y lenguaje accesible.		
Objetivo	Identificar las partes del cuerpo humano, con énfasis en las características sexuales de hombre y mujer, mediante el uso de apoyos visuales que faciliten la comprensión y el aprendizaje significativo.		
Material	• Hojas de rotafolio • Plumones • Cinta adhesiva • Anexo 4 “Siluetas hombre y mujer” • Anexo 5 “Siluetas hombre y mujer, órganos sexuales”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales necesarios para esta actividad. 2. Revisar los Anexo 4 “Siluetas hombre y mujer” y Anexo 5 “Siluetas hombre y mujer, órganos sexuales” 3. En la parte superior de cada una de las hojas de rotafolio, escribe hombre o mujer en la silueta correspondiente.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Leer en voz alta o explicar con palabras sencillas la actividad, utilizando ejemplos claros y concretos, adecuados al nivel de comprensión de adolescentes con discapacidad intelectual leve y moderada. 2. Dividir al grupo en dos subgrupos pequeños. A cada subgrupo se le entrega una hoja de rotafolio con la silueta correspondiente de hombre o mujer, apoyándose en el Anexo 4 “Siluetas hombre y mujer”.			

3. Posteriormente, se proporcionan imágenes y pictogramas de las partes del cuerpo y de los órganos sexuales, correspondientes al Anexo 5 “Siluetas hombre y mujer, órganos sexuales”, para que los participantes las identifiquen y coloquen en el lugar que corresponda dentro de la silueta.
4. El facilitador acompaña de manera constante a los subgrupos, reforzando el uso del nombre correcto de las partes del cuerpo, aclarando dudas y corrigiendo de forma respetuosa posibles errores conceptuales.
5. Una vez concluida la actividad, ambos equipos observan las siluetas elaboradas y, con apoyo del facilitador, identifican semejanzas y diferencias básicas entre el cuerpo de hombre y mujer.

Cierre de la actividad

Una vez concluida la actividad, se dirige al grupo a una dinámica de cierre en la que, con apoyo de las imágenes utilizadas, se refuerzan los nombres correctos de las partes del cuerpo y las diferencias básicas entre hombre y mujer, favoreciendo la participación y comprensión de todos los integrantes.

Rubrica de evaluación				
Cuerpo humano		Sesión 3		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconocimiento de partes del cuerpo	No identifica las partes del cuerpo, incluso con ayuda.	Reconoce algunas partes del cuerpo con apoyo visual o verbal.	Identifica de forma autónoma las principales partes del cuerpo.	
Diferenciación de partes íntimas y no íntimas	No distingue entre zonas íntimas y otras partes del cuerpo.	Reconoce las zonas íntimas con apoyo de materiales o guía directa.	Distingue claramente las zonas íntimas y comprende su función.	
Actitud de respeto hacia su propio cuerpo y el de otros	Muestra actitudes inadecuadas (risa, vergüenza excesiva, rechazo).	Se expresa con respeto la mayor parte del tiempo o, con recordatorios.	Muestra respeto constante hacia su cuerpo y el de los demás.	
Uso del vocabulario adecuado al referirse al cuerpo humano	Usa palabras incorrectas o inapropiadas.	Utiliza términos adecuados con ayuda del facilitador.	Emplea un lenguaje claro, correcto y respetuoso al hablar sobre el cuerpo.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Marcar limites	No de sesión	Duración
		4°	45 minutos
Descripción	Esta actividad nos permite presentar el concepto de límites dentro de las relaciones con quienes se tiene una cercanía en la vida cotidiana		
Objetivo	• Definir y explicar el concepto de límites. • Identificar y reflexionar sobre los limites personales. • Tener en cuenta los límites con amigos, padres y/o cuidadores.		
Material	• Una cuerda o cinta. • Anexo 6 “Listado de posibles escenarios”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales necesarios para esta actividad, procura que sea en un salón grande o un espacio abierto al aire libre. 2. Revisar los Anexo 6 “Listado de posibles escenarios” 3. Usando la cuerda o cinta, divide por la mitad el salón o espacio que se va a utilizar.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Lee en voz alta, en esta cuerda (o cinta) funciona como una línea limitante para dividir el salón de dos secciones: este lado (indica) representa la zona de en la cual no sentimos seguros y el otro lado (indica el lado opuesto), representa una zona de incomodidad. La línea representa una zona neutral en la que quizás no sabemos que sentir o pensar. 2. A continuación, se dará la lectura de diferentes escenarios o situaciones en la que seguramente la mayoría de nosotros nos hemos encontrado o nos podríamos encontrar a lo largo de nuestra vida. 3. Una vez que escuchemos esta situación nos tendremos que colocar en el lado en el cual nos sentimos identificados, ya sea de confort, incomodidad o neutral.			

4. Explica que no existen respuestas correctas o incorrectas, todas estas son situaciones que pueden variar dependiendo de cada persona. Pregunta ¿Tienen alguna pregunta? Se pide guarden silencio durante la actividad
5. Da tiempo a que los participantes para que se coloquen en la zona correspondiente, de acuerdo a como se sientan con la situación que se acaba de leer.
6. Una vez que hayas terminado de leer la lista de situaciones, invita a los participantes a regresar a su lugar.

Cierre de la actividad

Conduce a los participantes a un proceso de discusión utilizando algunos o la totalidad de las situaciones para explicar los límites. Se pueden utilizar las siguientes preguntas.

1. ¿Por qué creen ustedes que llevamos a cabo esta actividad?
2. ¿Cuándo alguien cruza la línea con ustedes cómo se sienten? ¿Qué hacen
3. ¿Recuerdan alguna situación en la que ustedes consideren haber traspasado los límites de otra persona? ¿Cómo se sintieron?
4. ¿Por qué es importante conocer nuestros propios límites?
5. ¿Cómo podemos dar a conocer nuestros propios límites a los demás?
6. ¿Cómo puedo poner límites con amigos y familiares?

Rubrica de evaluación				
Marcar limites		Sesión 4		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce situaciones donde es necesario marcar límites	No identifica situaciones de riesgo o límites personales.	Reconoce algunas situaciones con ejemplos o ayuda.	Identifica claramente situaciones donde debe establecer límites.	
Expresa sus límites personales de manera verbal o gestual	No expresa o comunica sus límites.	Expresa límites con apoyo o en situaciones conocidas.	Comunica sus límites claramente y asertivamente.	
Respeto los límites de otros	No respeta límites personales de otros.	Respeto límites con recordatorios o supervisión.	Respeto y valora los límites personales de los demás.	
Comprende la importancia de los límites para la seguridad	No comprende por qué son importantes los límites.	Muestra comprensión básica con ejemplos.	Explica con claridad por qué los límites protegen y mantienen el respeto.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Habilidades psicosexuales	No de sesión	Duración
	¿Fichero qué harías sí...?	5°	45 minutos
Descripción	Esta actividad ayudará a entender el desarrollo y la expresión de la sexualidad a través de las habilidades de comprensión, aceptación y manejo de la sexualidad.		
Objetivo	• Aprender sobre las habilidades psicosexuales de como individuos y su influencia cotidiana.		
Materiales	• Hoja de rotafolio o pizarrón • Plumones • Anexo 7 Fichero ¿Qué harías sí...?		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reúne los materiales para la actividad. 2. Revisar los Anexo 7 Fichero “¿Qué harías sí...?”			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Lee en voz alta las indicaciones de la actividad. Se le dará a cada participante una ficha en donde cada ficha contendrá diferentes situaciones sobre acercamientos sexuales, interacción con personas de otro sexo, propuestas y/o actividad. 2. Cada uno tomará una ficha y se leerá en forma de pregunta.			
Ejemplo:			
• Pregunta. - ¿Qué harías sí te invita al cine la persona que te gusta? • Respuesta. – pediría permiso a mis papás, le diría mi disponibilidad de horario, sugeriría una película, buscaría un cine cercano, etc.			
Te invita al cine la persona que te gusta			

3. Se hace una pausa para escuchar la respuesta de cada uno de los participantes.
4. Una vez que todos participaran permite compartan sus ideas. Registra en la hoja de rotafolio o pizarrón las palabras clave que van surgiendo durante la discusión.

Cierre de la actividad

Comparte la definición de habilidades psicosexuales "...refieren al desarrollo y la expresión de la sexualidad humana desde una perspectiva psicológica. Estas habilidades abarcan la comprensión, aceptación y manejo de la sexualidad, incluyendo aspectos como la autoexploración, el establecimiento de límites, la comunicación asertiva y el conocimiento de la anatomía y fisiología sexual."

Dirigir al grupo para permita realizar una conclusión grupal utilizando las palabras clave y la definición de las habilidades psicosexuales.

Rubrica de evaluación				
Habilidades Psicosexuales		Sesión 5		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce y nombra sus emociones relacionadas con la sexualidad	No identifica ni expresa emociones vinculadas a su sexualidad.	Reconoce algunas emociones con apoyo.	Identifica y expresa claramente sus emociones.	
Comunica deseos y necesidades sexuales con respeto	No comunica sus deseos o lo hace de forma inapropiada.	Comunica con guía o en situaciones conocidas.	Expresa sus deseos y necesidades de forma clara y respetuosa.	
Maneja situaciones de rechazo o aceptación con autocontrol	Reacciona con enojo, tristeza o ansiedad desproporcionados.	Muestra cierto control con apoyo del facilitador.	Maneja adecuadamente sus emociones frente al rechazo o aceptación.	
Practica habilidades para la toma de decisiones responsables	No toma decisiones o las toma sin pensar en consecuencias.	Toma decisiones con apoyo o supervisión.	Toma decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Conductas públicas y privada	No de sesión	Duración
		6°	45 minutos
Descripción	Trabajando en equipo podrán reflexionar y expresar sus ideas con respecto a las conductas públicas y privadas.		
Objetivo	• Aprender la diferencia entre conductas públicas y privadas propias y de otras personas.		
Materiales	• Hojas de rotafolio • Plumones • Cinta adhesiva • Anexo 8 “Expresiones de amor y afecto”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reúne los demás materiales que necesitas para llevar a cabo la actividad, distribuyendo los marcadores. 2. Revisar los Anexo 8 “Expresiones de amor y afecto” 3. En la parte superior de cada una de las hojas de rotafolio, escribe expresiones de amor y afecto públicas y en la otra expresión de amor y afecto privadas.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Leer en voz alta o explica tus propias palabras la actividad. A continuación, se dividirá el grupo en dos subgrupos. Cada uno de ellos tendrá una hoja de rotafolio, uno con el rotafolio de conductas públicas y el otro privadas. 2. Cada equipo tiene que escribir las formas que consideren pueden realizarse en público y privado como besarse en los labios, darse la mano, acariciar las mejillas, acariciar el pecho o genitales, desnudarse, tener relaciones sexuales, etc. 3. Una vez que todos los participantes hayan terminado de colocar las expresiones de amor y afecto, los equipos intercambiaran su hoja de rotafolio. 4. Posteriormente el equipo contrario deberá de leer y agregar alguna expresión que consideren importante para retroalimentar la información.			

5. Es importante acompañar a los participantes durante el proceso de retroalimentación ya que pueden surgir dudas, así como asegurar que tengan el tiempo suficiente para analizar la información.

Cierre de la actividad

Cuando todo el grupo haya terminado de trabajar, se les pedirá compartan una opinión, sugerencia o conclusión, sobre porque debemos mantener conductas públicas y privadas.

Rubrica de evaluación				
Conductas públicas y privadas		Sesión 6		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Distingue entre conductas adecuadas en público y privado	No reconoce diferencias entre conductas públicas y privadas.	Reconoce diferencias con ejemplos o guía.	Identifica claramente qué conductas son apropiadas en cada contexto.	
Se comporta respetando normas sociales en espacios públicos	No respeta normas sociales o se comporta inadecuadamente en público.	Se comporta adecuadamente con supervisión o recordatorios.	Mantiene conductas respetuosas y adecuadas en espacios públicos.	
Respeto la privacidad propia y de otros	No respeta la privacidad o invade el espacio de otros.	Muestra respeto parcial con apoyo.	Respeto la privacidad de sí mismo y de los demás consistentemente.	
Comprende la importancia de la privacidad para la sexualidad	No comprende la relación entre privacidad y sexualidad.	Muestra comprensión básica con ejemplos.	Explica con claridad por qué la privacidad es necesaria en temas sexuales.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Conductas públicas y privada Masturbación	No de sesión	Duración
		7°	45 minutos
Descripción	Esta actividad permitirá identificar una conducta privada, mostrando la importancia de comprender el erotismo y favorecer la prevención de abuso.		
Objetivo	• Favorecer la autoconciencia y autoconocimiento. • Comprender la diversidad erótica. • Identificar a importancia del autocuidado.		
Materiales	• Plumones • Papel Kraft o rotafolio • Cinta adhesiva • Plumas o lápices • Etiquetas de color circulares. • Anexo 9 “Cuerpo y placer”		
Desarrollo de la actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reúne los demás materiales que necesitas para llevar a cabo la actividad, distribuyendo los marcadores. 2. En rotafolio o papel Kraft realiza las dos siluetas de un cuerpo de mujer y otro de hombre (puedes apoyarte del anexo 4), colócalos en el pizarrón frente al grupo. 3. Se reparte a cada participante el Anexo 9 “Cuerpo y placer”, cada uno de ellos deberá de contestar de manera privada, lo primero que tengan en mente al leer la frase y guardan la hoja para el cierre de la actividad.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Se explica la definición de masturbación: La masturbación es una práctica de estimulación en el desarrollo sexual del ser humano de autoestimulación de los órganos genitales para obtener placer sexual con conductas autoeróticas y repetirlas, debe considerarse una			

conducta saludable, que permite al individuo a conocer su cuerpo y aprender las respuestas sexuales de este, comenzando en la infancia y continua hasta la vejez. (Rice, 1999)

2. A cada participante se les proporcionan etiquetas de colores circulares y se les indica que a continuación se dirán en voz alta los siguientes verbos: lamer, rozar, besar, acariciar, tocas, pellizcar, morder, estimular, manosear, sobar, mover, etc.

Los participantes deberán de poner las etiquetas en las partes del cuerpo de cada silueta en las que consideren seria satisfactorio sentir alguno de los verbos que se enumeraron con anterioridad.

Cierre de la actividad

Conduce a los participantes a un proceso de discusión. Se pueden utilizar las siguientes preguntas:

- ¿Qué zona del cuerpo tiene más etiquetas?
- ¿Qué verbos son los más utilizados?
- ¿Hay algún verbo que se utilice menos?
- ¿Consideran que alguno de los verbos fue irrespetuoso?

Se realiza una reflexión sobre el erotismo y la masturbación, resaltando la importancia del cuidado personal, analizar lo que escribieron de forma individual en el Anexo 8 preguntando de complementarían o cambiarían alguna de sus ideas previas, se pide a los participantes si alguno desea compartir con el grupo una conclusión personal.

Rubrica de evaluación				
Conductas públicas y privadas Masturbación		Sesión 7		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce qué es la masturbación	No sabe qué es o tiene ideas erróneas negativas.	Reconoce la masturbación como práctica corporal, pero con dudas o tabúes.	Comprende que es una conducta natural y normal.	
Identifica el carácter privado de la masturbación	No distingue entre prácticas privadas y públicas.	Entiende que es algo privado con recordatorios o ejemplos.	Reconoce y respeta que la masturbación debe realizarse en espacios privados.	
Expresa actitudes libres de culpa o vergüenza respecto a la masturbación	Muestra vergüenza, culpa o rechazo al hablar del tema.	Habla del tema con cierta timidez o incomodidad.	Expresa el tema con normalidad y sin prejuicios.	
Respeta el derecho propio y ajeno a la privacidad	No respeta la privacidad propia o de otros en relación con esta conducta.	Respeta parcialmente con supervisión.	Mantiene respeto pleno hacia la privacidad propia y la de los demás.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Menstruación	No de sesión	Duración
		8°	45 minutos
Descripción	Se pretende que los participantes tengan amplíen su información sobre la menstruación y el ciclo menstrual.		
Objetivo	- Definir y explicar cuáles son las funciones de aparato sexual de la mujer. - Favorecer la empatía		
Materiales	- Presentación o posters impresos de anexos - Productos de higiene menstrual (toallas sanitarias, tampones, copa menstrual, toallas sanitarias de tela y calzón menstrual) Anexo 10 “Menstruación” Anexo 11 “Productos para la menstruación”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
- Reunir los materiales necesarios para esta actividad. - Revisar los Anexo 10 “Menstruación” y Anexo 11 “Productos para la menstruación”			
Durante el desarrollo de la actividad			
- Se parte de una lluvia de ideas sobre la definición de la menstruación. A continuación, muestra y explica el Anexo 10 “Menstruación” - Propiciar un proceso de discusión grupal donde los participantes compartan sus ideas, apoyados de las siguientes preguntas: ¿Qué sucede durante el ciclo menstrual? ¿Cómo es un periodo menstrual típico? ¿Qué tipos de problemas tienen las mujeres con sus periodos? ¿A qué edad tiene una niña su primer periodo?			

3. Una vez que todos han contestado a las preguntas se complementan las respuestas con la información correcta.
4. Posteriormente se divide a los participantes en cinco equipos. A cada uno se le dará un producto de higiene menstrual (toallas sanitarias, tampones, copa menstrual, toallas sanitarias de tela y calzón menstrual)
5. Asigna de 5 a 10 minutos para que los equipos tengan la oportunidad de puedan observar y comentar las características de cada producto.
Circula por el salón para responder preguntas. Si notas que algún equipo está teniendo problemas para llevar a cabo la actividad, puedes aportar alguna idea que les ayude a tener una conclusión u opinión al respecto.
6. Una vez terminado el tiempo, se les presenta y explica el **Anexo 11** “Productos para la menstruación”, para aclarar dudas y retroalimentar conclusiones.
Pueden intercambiar los productos entre equipos para que todos los participantes puedan observar cada uno de los productos.

Cierre de la actividad

Una vez finalizada la dinámica, concluye explicando que es un proceso natural del cuerpo de la mujer y es importante entenderlo tanto hombres como mujeres.

Pregunta si alguno tiene algún comentario o duda sobre la menstruación y los productos de higiene menstrual.

Rubrica de evaluación				
Conductas públicas y privadas		Sesión 8		
Menstruación				
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce qué es la menstruación y su función	No conoce o tiene ideas erróneas sobre la menstruación.	Reconoce algunos aspectos básicos con ayuda.	Comprende claramente la función biológica y proceso de la menstruación.	
Identifica los cuidados básicos durante la menstruación	No sabe cómo cuidarse durante la menstruación.	Conoce algunos cuidados con apoyo o guía.	Aplica cuidados básicos con autonomía y responsabilidad.	
Habla del tema con vocabulario adecuado y respeto	Usa términos incorrectos o evita hablar del tema.	Utiliza vocabulario básico y adecuado con apoyo.	Habla con claridad y respeto sobre la menstruación.	
Muestra actitud positiva y natural hacia el proceso menstrual	Muestra rechazo o incomodidad al tratar el tema.	Muestra interés y curiosidad, pero con algo de timidez.	Acepta y habla de la menstruación con naturalidad y sin prejuicios.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Abuso sexual	No de sesión	Duración
		9°	45 minutos
Descripción	Esta actividad permite desarrollar la capacidad de reconocer unas situaciones de riesgo y determinar el nivel de cercanía de las personas a nuestro alrededor.		
Objetivo	• Definir y explicar el concepto de abuso sexual. • Saber qué hacer cuando se sufre abuso. • Reconocer el abuso o chantaje		
Materiales	• Plumas • Anexo 12 “Niveles de cercanía” • Anexo 13 “Situaciones de niveles de cercanía”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Revisa los materiales e instrucciones necesarios para esta actividad. 2. Distribuye el salón en círculo o media luna de tal forma que los participantes puedan llevar a cabo la actividad de forma grupal viéndose unos a otros. 3. Imprimir una copia del Anexo 12 “Niveles de cercanía” para cada uno de los participantes.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Asegúrate de que todos los participantes tengan una copia del Anexo 12 “Niveles de cercanía”, así como una pluma o lápiz. 2. En voz alta, lee o explica que la siguiente actividad nos permite iniciar un diálogo acerca de los límites para evitar el abuso En el centro del círculo se encuentran ustedes cómo seres individuales. En el siguiente círculo están las personas más cercanas en su vida cotidiana, son aquellas con quienes tienen un lazo sentimental cercano. Cada uno de los círculos que se van alejando del centro representan distancia emocional, es decir las personas que forman parte de su vida, pero no tienen un lazo sentimental.			

Podemos considerar a los siguientes individuos: esposo, esposa, mamá, papá, hermanos, hermanas, vecinos, sacerdotes, guías religiosos o espirituales, entrenadores, maestras, maestros, coordinadores, empleados de alguna tienda, cajeros, amigos, amigas, el chofer de un autobús o de un taxi, etc.

3. Se les pide que traten de visualizar a diversas personas con quienes interactúan y las distribuyen dentro de los círculos de acuerdo a la cercanía o proximidad emocional. Es importante destacar que por lo menos debe de haber una persona en cada círculo.
4. Da un espacio de tiempo para que los participantes realicen su ejercicio.
5. Una vez que los participantes terminen la actividad, se dirige al grupo hacia un proceso de discusión utilizando como guía las siguientes preguntas asegúrate de que cuenten con el suficiente tiempo para analizar y responder las preguntas
 - ¿A quién colocaron en su círculo más cercano?
 - ¿A quién colocaron en el círculo intermedio?
 - ¿A quién colocaron en el círculo más alejado?
 - ¿Alguna persona quedó fuera de ese círculo?

Cierre de la actividad

Para dar inicio al cierre a la actividad pregunta a los participantes de qué manera se puede modificar su interacción con las personas más cercana a la más lejana, pregunta con cuál de las personas tienen trato más formal, con cuál de las personas pueden compartir información personal.

¿Cómo reaccionaría si alguna de estas personas ubicadas en el círculo más alejada los abraza? ¿Se sentirían cómodos ante esta situación? ¿Por qué sí y por qué no?

Una vez que contesten estas preguntas en grupo explica ¿Qué es qué es el abuso? ¿Qué tipos de abuso hay? ¿A quién se puede acudir ante una situación de abuso? ¿Qué se puede hacer ante una situación de abuso?

Concluye la actividad explicando que los límites son una medida de protección que se utiliza para mantener su seguridad personal y en privado la vida cotidiana.

Nota

Se pueden nombrar diferentes personas con las situaciones de su entorno para ejemplificar el ejercicio de conclusión, para lo cual se puede utilizar el **Anexo 13** “Situaciones de niveles de cercanía”

Rubrica de evaluación				
Abuso sexual		Sesión 9		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce qué es el abuso sexual	No reconoce o confunde el abuso sexual.	Reconoce con ayuda y ejemplos claros.	Identifica claramente qué es el abuso sexual y sus características.	
Identifica señales de alerta en situaciones de abuso	No reconoce señales de peligro o alerta.	Reconoce algunas señales con apoyo.	Identifica señales de alerta y situaciones riesgosas de manera autónoma.	
Sabe cómo pedir ayuda y a quién acudir	No sabe a quién o cómo pedir ayuda.	Conoce con ayuda las vías para pedir ayuda.	Sabe pedir ayuda de manera segura y reconoce redes de apoyo.	
Muestra actitud de prevención y autocuidado	No reconoce la importancia del autocuidado.	Reconoce la importancia con orientación.	Aplica prácticas de prevención y autocuidado activamente.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Relaciones interpersonales	No de sesión	Duración
	Noviazgo	10°	45 minutos
Descripción	Los participantes harán una representación visual de cómo se establece una relación con una persona por la que sientes atracción, basado en las etapas del noviazgo.		
Objetivo	• Comprende la socialización diferencial entre personas. • Aprender sobre la manera en la que se entabla una relación de noviazgo. • Entender las etapas del noviazgo.		
Materiales	• Plumones, plumas, colores, etc. • Cinta adhesiva • Anexo 14 “Recorriendo el camino de las relaciones”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Revisa y reúne los materiales e instrucciones necesarios para esta actividad. 2. Distribuye el salón en círculo o media luna de tal forma que los participantes puedan llevar a cabo la actividad de forma grupal viéndose unos a otros. 3. Imprime una copia del anexo 14 "recorriendo el camino de las relaciones" para cada uno de los participantes. Asegúrate de que cada participante tenga su copia. 4. En el pizarrón o en una hoja de rotafolio escribe las etapas del noviazgo.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. En voz alta se lee o explica con tus propias palabras qué es el noviazgo y las etapas del enamoramiento para estableciendo una relación sentimental con otra persona. 2. A continuación, se distribuye el Anexo 14 a cada uno de los participantes, así como plumones, colores y plumas para a cada uno. 3. Se les pide que piensen en una relación en su vida en la que estuvieron, estén o les gustaría estar, y sobre la que se sientan cómodos hablando ante el grupo.			

4. Se les pide que elaboren con dibujos, frases o palabras que represente cada una de las etapas, explicando que pueden tomar como referencia su experiencia o la experiencia que les gustaría vivir en una relación de noviazgo con otra persona, tomando como base cada una de las etapas.
5. Se asignan 15 minutos para que el grupo termine su esquema. Podemos circular por el salón y responder preguntas que puedan surgir. Se avisa al grupo cuando falten 5 minutos antes de concluir la actividad.

Cierre de la actividad

1. Transcurrido los 15 minutos o cuando la mayoría hayan terminado se reúne al grupo para que presenten sus esquemas. Se pide algunos voluntarios que expliquen sus esquemas de relaciones
2. Para finalizar se crea una discusión para llegar a una conclusión grupal de las relaciones de noviazgo tomando en cuenta las siguientes preguntas:
 - ¿Qué descubrieron acerca de las relaciones?
 - ¿Cuáles fueron las diferencias que notaron entre los esquemas de sus compañeros?
 - ¿Alguno atravesó una relación de noviazgo en diferente orden a las etapas establecidas?
 - ¿Qué dificultades podríamos enfrentarnos al iniciar una relación de noviazgo?
 - ¿Consideran que las relaciones siempre siguen los mismos pasos y en el mismo orden?
 - ¿Cuáles son las ventajas del noviazgo?
 - ¿Cuáles son las desventajas del noviazgo?

Rubrica de evaluación				
Relaciones interpersonales		Sesión 10		
Noviazgo				
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce qué es el abuso sexual	No reconoce o confunde el abuso sexual.	Reconoce con ayuda y ejemplos claros.	Identifica claramente qué es el abuso sexual y sus características.	
Identifica señales de alerta en situaciones de abuso	No reconoce señales de peligro o alerta.	Reconoce algunas señales con apoyo.	Identifica señales de alerta y situaciones riesgosas de manera autónoma.	
Sabe cómo pedir ayuda y a quién acudir	No sabe a quién o cómo pedir ayuda.	Conoce con ayuda las vías para pedir ayuda.	Sabe pedir ayuda de manera segura y reconoce redes de apoyo.	
Muestra actitud de prevención y autocuidado	No reconoce la importancia del autocuidado.	Reconoce la importancia con orientación.	Aplica prácticas de prevención y autocuidado activamente.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Género	No de sesión	Duración
		11°	45 minutos
Descripción	Reflexionar sobre cómo nos influyen los estereotipos de género, entendiendo el valor de la igualdad y la equidad entre mujeres y hombres.		
Objetivo	• Visibilizar los roles de género. • Favorecer el valor de la igualdad entre mujeres y hombres. • Promover la libertad de la expresión de género en función de los gustos y preferencias personales.		
Materiales	• Caja rosa y caja azul • Pizarrón • Plumones • Cinta adhesiva • Anexo 15 “Roles de género”		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales que necesitaran para el desarrollo de las actividades. 2. Distribuir el salón de tal forma que tengas equipos de 4 a 6 participantes.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. Se hacen equipos cuatro equipos. A cada grupo se le reparten tarjetas que contienen adjetivos, pictogramas o fotografías de objetos y actividades relacionados con los roles de género. Anexo 15 “Roles de género” 2. En el centro del salón se colocan las cajas rosa y azul. 3. Se les pide que, en equipo se pongan de acuerdo para colocar en las cajas las imágenes que tienen indicando que en la caja rosa se coloquen las imágenes que consideran se relacionan con lo femenino -mujer y en la azul lo que consideren se relaciona con lo masculino-hombre. 4. Da a los participantes 5 minutos para que escriban alguna frase o adjetivo que consideren necesario incluir.			

No se da la opción previamente de que se ponga para los dos géneros, es decir, que las opciones que se plantean sean tanto de hombres como de mujeres.

5. Cuando todos hayan terminado, sentados de círculo o media luna, se sacan todas las fichas y se habla de lo que ha salido, mostrando los estereotipos de género.

Cierre de la actividad

Se reflexiona sobre los estereotipos de género, apoyado de las siguientes preguntas:

- ¿En que sería diferente si no existieran los roles de género?
- ¿Dejarías de hacer cosas que te gustan por seguir un rol de género?
- ¿Por qué es importante analizarlos roles de género?
- ¿Cómo responderías si sientes que alguien te impone un rol de género?

Has una pausa para escuchar las respuestas de los participantes y poder realizar una conclusión grupal.

Rubrica de evaluación				
Género		Sesión 11		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Comprende el concepto de género y roles sociales	No entiende o confunde género con sexo biológico.	Tiene una comprensión básica con ejemplos.	Explica claramente la diferencia entre género y sexo biológico.	
Identifica estereotipos de género y su impacto	No reconoce estereotipos o los acepta sin cuestionar.	Identifica algunos estereotipos con guía.	Reconoce estereotipos y reflexiona sobre su impacto social.	
Muestra actitud de respeto hacia todas las identidades de género	Muestra prejuicios o rechazo.	Muestra respeto condicionado o con dudas.	Demuestra respeto y aceptación activa hacia todas las identidades de género.	
Participa en actividades que promueven la igualdad de género	No participa o se niega a participar.	Participa con apoyo o incentivos.	Participa activamente y promueve la igualdad de género.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Diversidad sexual	No de sesión	Duración
	Collage diversidad sexual	12°	45 minutos
Descripción	En esta actividad, se utilizarán imágenes de periódicos, revistas, folletos etc., que nos permitan representar la diversidad sexual.		
Objetivo	• Conocer las ideas previas que tienen las personas participantes sobre la homosexualidad y la bisexualidad. • Conocer y comprender la diversidad sexual, explicando cómo está conformada la comunidad LGBTQ+ • Explicar la diferencia entre orientación sexual e identidad de género.		
Materiales	• Papel Kraft • Pegamento • Tijeras • Revistas, periódicos, folletos, etc. (que se puedan recortar) • Pizarrón o rotafolio.		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales que necesitaran para el desarrollo de las actividades. 2. En la parte superior del papel Kraft, escribe el título de “Diversidad sexual” 3. Distribuye el salón en círculo o media luna de tal forma que los participantes puedan llevar a cabo la actividad de forma grupal viéndose unos a otros.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. En voz alta explica se pide al grupo que digan las palabras con las que se nombra a las personas de la comunidad LGBTQ+. Ya sean positivas o negativas, por ejemplo: marica, maricón, tortillera, joto, machorra, afeminado, degenerado, etc. 2. Se van escribiendo las palabras que digan en la pizarra o rotafolios. Es importante dar tiempo para que participen y escribir las palabras tal y como las			

digán sin censurar ninguna expresión. Se trata de que digan las palabras de uso común para nombrar a las personas de la comunidad LGBTQ+.

3. Cuando terminen, se divide la pizarra o rotafolios en dos partes, en una se pone una cara feliz y en la otra una cara triste. Se diferenciarán las palabras de uso despectivo e incorrecto, de las respetuosas y correctas para referirnos a las personas de la comunidad LGBTQ+.
4. Una vez terminada la explicación a cada participante se le pide busque en las revistas, periódico, folletos, etc., busque imágenes para realizar un collage de diversidad sexual, con imágenes que hagan referencia a la comunidad LGBTQ+, y a la forma adecuadas de referirnos de acuerdo a su orientación sexual de forma respetuosa.

Cierre de la actividad

Una vez que hayan terminado la actividad, se dan 5 minutos para que puedan ver el resultado final del collage y se dirige al grupo a una dinámica de discusión que permita realiza una conclusión grupal, de diversidad y orientación sexual.

Rubrica de evaluación				
Diversidad sexual		Sesión 12		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce distintas orientaciones sexuales	No conoce o confunde conceptos relacionados con la diversidad sexual.	Reconoce algunas orientaciones con apoyo o ejemplos.	Identifica y explica diversas orientaciones sexuales correctamente.	
Muestra respeto hacia las personas con orientaciones diversas	Manifiesta prejuicios o rechazo hacia la diversidad sexual.	Muestra respeto condicionado o con dudas.	Demuestra una actitud de respeto y aceptación hacia todas las orientaciones.	
Utiliza un lenguaje inclusivo y respetuoso	Usa términos inapropiados o despectivos.	Utiliza lenguaje adecuado con correcciones.	Usa lenguaje inclusivo, respetuoso y natural.	
Participa en actividades que promueven la inclusión y respeto	No participa o se muestra indiferente.	Participa con apoyo o incentivo.	Participa activamente y promueve la inclusión y respeto hacia la diversidad sexual.	

Educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad sexual			
Tema	Métodos anticonceptivos	No de sesión	Duración
	Enfermedades de transmisión sexual	13°	45 minutos
Descripción	Esta actividad está diseñada para explorar los métodos anticonceptivos y su uso para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.		
Objetivo	• Conocer que son las enfermedades de transmisión sexual. • Aprender a prevenir las enfermedades de transmisión sexual y los diferentes métodos anticonceptivos que existen.		
Materiales	• Anexo 16 “Métodos anticonceptivos” • Opcional: métodos anticonceptivos de aprendizaje.		
Desarrollo de actividad			
Antes de iniciar la actividad			
1. Reunir los materiales que necesitaran para el desarrollo de las actividades. 2. Distribuir el salón de tal forma que se formen 6 equipos, dividiendo a los participantes por igual, cada uno se les reparte una tarjeta un a imagen de un método anticonceptivo.			
Durante el desarrollo de la actividad			
1. En voz alta se explica que cada equipo tiene una tarjeta de un método anticonceptivo que existen. Se da a los participantes 15 minutos para que lean, la ficha de información que les toco por equipo. 2. A continuación, mediante las fichas se les piden que por equipo expliquen lo que entendieron, su uso correcto, ventajas y desventajas. 3. Una vez que cada equipo pase se explicará cómo se utiliza y coloca cada uno de ellos. De igual modo se explicará y clasificará entre los anticonceptivos que previenen solamente un embarazo y la importancia del preservativo que es el único método para prevenir un embarazado y enfermedades de transmisión sexual.			

4. Explica las enfermedades de transmisión sexual como infecciosas que se transmiten de persona a persona a través del contacto sexual. Estas enfermedades pueden ser causadas por virus, bacterias, hongos y parásitos.

Resuelve dudas como:

- ¿Qué son las enfermedades de transmisión sexual?
- ¿Por qué protegerse de ellas?
- ¿Cómo saber si tienes una?
- ¿Son tratables con medicamento?
- ¿Cuáles son las consecuencias de una ETS?

Cierre de la actividad

Para finalizar se explicará donde pueden adquirir de manera adecuada los diferentes métodos anticonceptivos, así como la manera correcta e higiénica de usar alguno de ellos.

NOTA. Es conveniente llevar información adicional de recursos como folletos, materiales de campañas de prevención, preservativos, etc.

Rubrica de evaluación				
Métodos anticonceptivos		Sesión 13		
Indicador de desempeño	1 - Inicial	2 - En proceso	3 - Logrado	Observaciones
Reconoce los distintos métodos anticonceptivos	No conoce o confunde los métodos anticonceptivos.	Reconoce algunos métodos con ayuda o materiales.	Identifica y describe correctamente e los métodos anticonceptivos más comunes.	
Comprende la importancia del uso correcto	No comprende para qué sirven o cómo se usan correctamente.	Comprende la importancia con guía o ejemplos.	Explica con claridad la importancia del uso correcto y consistente.	
Manifiesta actitudes responsables hacia la prevención	No muestra interés o rechazo a la prevención.	Muestra interés con apoyo o supervisión.	Manifiesta una actitud responsable y proactiva hacia la prevención.	
Sabe dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos	No sabe dónde obtener o cómo acceder a ellos.	Tiene información básica con ayuda.	Sabe cómo y dónde obtener métodos anticonceptivos y busca información por sí mismo.	

CONCLUSIONES

La elaboración del presente trabajo de investigación y de la propuesta de un taller de educación de la sexualidad para adolescentes con discapacidad intelectual permitió identificar una necesidad latente que requiere ser atendida con mayor profundidad tanto en los espacios educativos como en el ámbito familiar. A partir de la experiencia adquirida durante las prácticas profesionales y la trayectoria laboral en contextos educativos, fue posible reconocer la carencia de materiales, programas y talleres específicos que aborden la sexualidad de esta población desde un enfoque integral, accesible y respetuoso de sus derechos.

Estas experiencias prácticas fueron fundamentales para comprender las dificultades reales que enfrentan los adolescentes con discapacidad intelectual en el acceso a una educación sexual adecuada, así como las limitaciones que enfrentan docentes, familias y profesionales al no contar con herramientas claras para abordar estos temas. Dichas consideraciones fueron tomadas en cuenta para el diseño del taller, procurando que los contenidos, actividades y materiales respondieran a las características cognitivas, emocionales y sociales de los adolescentes, favoreciendo un aprendizaje significativo y funcional.

En este sentido, el papel del psicólogo educativo se reafirma como un elemento clave en la detección de necesidades, el diseño, la implementación y la evaluación de propuestas psicoeducativas adaptadas. Su formación permite integrar conocimientos pedagógicos, psicológicos y sociales, así como desarrollar estrategias de intervención que promuevan ambientes de aprendizaje seguros, inclusivos y centrados en el desarrollo integral de las personas con discapacidad intelectual.

La elección del tema de educación sexual responde no solo a su relevancia social, sino también a la necesidad de romper mitos, prejuicios y silencios que históricamente han limitado el ejercicio pleno de los derechos sexuales de esta población. El taller fue estructurado cuidadosamente a través de sesiones secuenciadas, cartas descriptivas y rúbricas de evaluación, lo que garantiza coherencia interna, claridad en los objetivos y la posibilidad de evaluar los aprendizajes adquiridos. La elaboración de las cartas descriptivas permitió organizar de manera sistemática cada sesión, especificando

objetivos, materiales, actividades, tiempos y formas de cierre, lo que fortalece la viabilidad y replicabilidad de la propuesta.

Asimismo, el taller se enmarca dentro de los principios de la Educación Sexual Integral, abordando contenidos como el conocimiento del cuerpo, la afectividad, el consentimiento, la toma de decisiones, la diversidad, el autocuidado y la prevención de situaciones de riesgo. Estos temas fueron seleccionados considerando tanto el marco teórico como las necesidades observadas en la práctica profesional, priorizando un enfoque preventivo, formativo y basado en derechos.

Es importante destacar que esta propuesta no se limita únicamente al trabajo con los adolescentes, sino que contempla la posibilidad de ser implementada de manera paralela con las familias. La inclusión de la familia resulta fundamental, ya que permite fortalecer el acompañamiento desde el hogar, aclarar dudas, desmontar mitos y generar redes de apoyo que favorezcan una educación sexual coherente y continua.

No obstante, es necesario señalar que el presente trabajo se centra en el diseño del taller, por lo que queda pendiente su implementación, validación y evaluación en contextos reales. Esto implica que futuras investigaciones puedan aplicar el taller con grupos específicos de adolescentes con discapacidad intelectual, analizar sus resultados, realizar ajustes pertinentes y valorar su impacto en el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la sexualidad.

A pesar de esta limitación, la propuesta se consolida como una herramienta valiosa, flexible y replicable, que puede ser adaptada por profesionales del ámbito educativo y psicológico según las características del contexto y de la población atendida. En conclusión, este proyecto evidencia la capacidad del psicólogo educativo para transformar la experiencia profesional en propuestas formativas concretas, pertinentes y socialmente necesarias, posicionándose no solo como mediador del conocimiento, sino como agente de cambio comprometido con la construcción de entornos inclusivos y con el reconocimiento del derecho de todas las personas a recibir una educación sexual integral.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. J. A. (1994). Educación de la sexualidad en la adolescencia: Métodos y contenidos. Antología de la Sexualidad Humana. *Antología de la sexualidad humana*, 3.
- American Psychiatric Association. (2013). *El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Trastornos Mentales*. (5ª edición). Author. Washington, DC.
- Antequera, M., Bachiller, B., Calderón, M. T., Cruz, A., Cruz, P. L., García, F. J., y Ortega, R. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Consejería de Educación. Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/29070760>.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Undécima edición. Madrid: Alianza.
- Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). (1999). *Declaración de los derechos sexuales*. Versión revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, celebrada el Hong Kong, República China. Recuperada de <http://www.felgtb.org/rs/328/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/64c/fd/1/filename/declaracion-universal-de-los-derechos-sexuales.pdf>
- Anula, A. (2013). *Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Fácil Lectura*. España: Seminario de Investigación en Lectura y Edición, Grupo DILES, Universidad Autónoma de Madrid (con la colaboración de Editilia)
- Ávila, G. (2006). Actitudes de la persona con discapacidad ante la sexualidad. En Torice, I. y Ávila, G. (Eds.), *Orientación y consejería se la sexualidad para personas con discapacidad* (p.p. 162-175). México: Trillas.

- Ballester, E. I. (2005). El desarrollo de la sexualidad en la deficiencia mental. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, 19(3), 327-343.
- Bertoldi, E., y Arnáiz, P. (2021). Didáctica y currículo inclusivo: Estrategias para la atención a la diversidad. Editorial Narcea.
- Calixto, F.R. (1994). *Nuestros cambios. Desarrollo humano*. México: UPN.
- Campos, I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Información psicológica*, (83), 15-19.
- Caricote Agreda, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual. Ensayo. *Educere*, 16 (55), 395-402.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *¿Qué es la discapacidad?* Recuperado de http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2014). *Los principales derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/33-DH-Principales_Derechos_Personas_Con_Discapacidad.pdf
- Couwenhove, T. (2001). Educación de la sexualidad: cómo construir los cimientos de actitudes sanas. Buenos Prácticas. *Revista Síndrome de Down*, 18 (69), 42-52.
- Del Torto, D. (2015). Pedagogía y discapacidad: *Puentes para una Educación Especial*—Editorial El Lugar Bs. As.
- Fallas, V. M. A., Artavia, A. C., y Gamboa, J. A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional. *Revista Electrónica Educare*, 16(especial), 53-71. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194124704004>.
- Fallas, A. (2009). *Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca: España.
- Fantova, F. (2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. *Siglo cero: Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 31(6), 33-49.

- Formenti, S. L. (2005). *Educación sexual, adolescencia y Sexualidad: diseño de proyectos*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- García, C. E., y Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.
- Guevara Benítez, Y., y Soto, E. G. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3), 1023-1050.
- Godoy, M.P., González, S. y Verdugo, M. (2008). *Guía de apoyo técnico-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de educación parvulario*. Santiago de Chile: editorial Atenas. Recuperado de <https://especial.mineduc.cl/recursos-apoyo-al-aprendizaje/recursos-las-los-docentes/guia-nee-nivel-educacion-parvulario/>.
- González-Pérez, J. (2003). *Discapacidad intelectual: concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. CCS.
- Gómez, L. E., y Amor, A. M. (2018). Apoyos y calidad de vida en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. *Siglo Cero*, 49(2), 7–24. <https://doi.org/10.14201/scero2018492724>
- González, R. y González, S. (2014). *Sexualidad y discapacidad psíquica*. Madrid: Síntesis.
- Gotwald, W. H., y Golden, H. (1983). *Sexualidad la experiencia humana*. El Manual Moderno.
- Katz, G. (1994). La sexualidad en las personas con deficiencia mental. En *Antología de la sexualidad humana* (pp. 525-567). Miguel Ángel Porrúa
- Katz, G., y Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud pública de México*, 50, s239-s254.

- Labinowicz, E., López Pineda, H., y Bustos Cobos, F. (1998). Periodos y niveles propuestos por Piaget para el pensamiento infantil. En *Introducción a Piaget: pensamiento, aprendizaje, enseñanza*.
- León Cerro, R., Menés García, M. D. M., Puértolas Suñer, N., Trevijano Bernad, I., y Zabalza Esquirol, S. (2003). El impacto en la familia del deficiente mental. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 17(2), 195-212. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27417211>.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (2006). La educación sexual de personas con discapacidad. *Siglo cero: Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 37(1), 5-22.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., y Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation. Madrid: Alianza Editorial.
- Medina Acosta, M. E. (2005). *Educación sexual para niños y jóvenes discapacitados: un enfoque humanista*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Iberoamericana, México, DF.
- Naciones Unidas. (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría*. Lugar editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42419>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU.

Papalia, D. E. (2002). Desarrollo Humano. Mc Graw Hill.

Papalia, D. E., y Martorell, G. (2017). Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia (13.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Parra, N., y Oliva, M. (2015). Sexualidades diversas. *Manual para la atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Canarias: FEAPS, Canarias. Recuperado de http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sexualidades_diversas.pdf.

Quint, E. H. (2014). Consideraciones sobre menstruación y reproducción en adolescentes con discapacidades físicas y de desarrollo. *Obstet Gynecol*, 124, 367-75.

Rice, P. (1999). Valores Sexuales, conducta y educación. En Adolescencia. España: Prentice hall.

Rivera, P. (2008). Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad. *Revista educación*, 32(1), 157-170.

- Rodríguez, J. M., López, F., Moretin, R., y Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo. *Siglo cero: Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 37(217), 23-40.
- Rubio Auriolés, E. (1994). Introducción al estudio de la sexualidad humana. En Rubio Auriolés, E. y Pérez Fernández C. J. (coord.), *Antología de la sexualidad humana I* (pp. 17-46). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, M., y Álvarez, L. (2020). La educación sexual en personas con discapacidad intelectual: Una mirada desde la inclusión. *Revista de Educación y Desarrollo Inclusivo*, 12(1), 34–45.
- Secretaría de Salud (2014). Por mí, Por ti, Por todas. Ciudad de México. Secretaría de Educación.
- Schalock, R. L. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Siglo cero: Revista Española sobre discapacidad intelectual*. 40 (229), 22-39. Recuperado de <http://sid.usal.es/articulos/discapacidad/11724/8-2-6/la-nueva-definicion-de-discapacidad-intelectual-apoyos-individuales-y-resultados-personales.aspx>.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., y Shogren, K. A. (2021). *Intellectual disability: Definition, diagnosis, classification, and systems of supports* (12th ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD).
- Shorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad: sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Soriano, S. (1996). Orientación del deseo homosexual: un análisis retrospectivo de la toma de conciencia. Tesina grado de Salamanca no publicada, Universidad de Salamanca, España.
- Suárez, J., Ramírez, A. D., Ojeda, O. B., Flores, L. P., Santana, R., González, S., ... y Estrada, K. M. (2016). Glosario de la diversidad sexual, de género y Características sexuales. *Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación*.

Torices, I. (2006). *La sexualidad y discapacidad física*. México: Trillas.

Varas, J. (2010). Adolescentes con discapacidad psíquica: salud sexual y reproductiva. *Obstetricia y Ginecología*, 5(2), 139-144.

Verdugo, M. A. (2002). Análisis de la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Siglo cero: Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 34(205), 5-19.

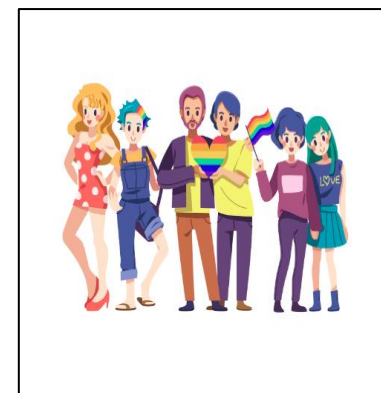
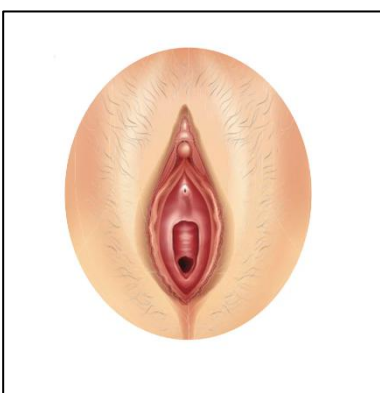
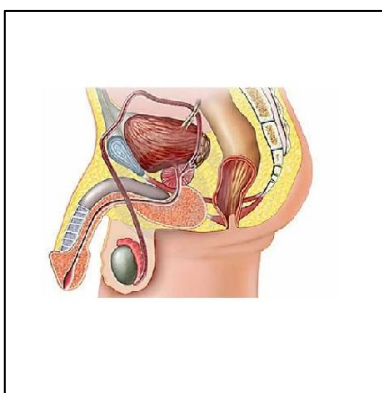
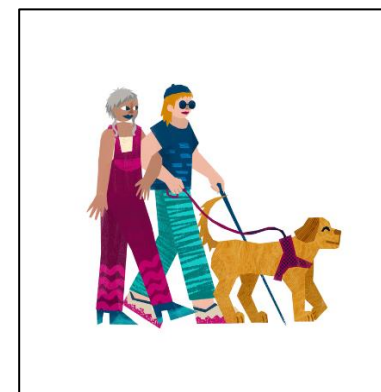
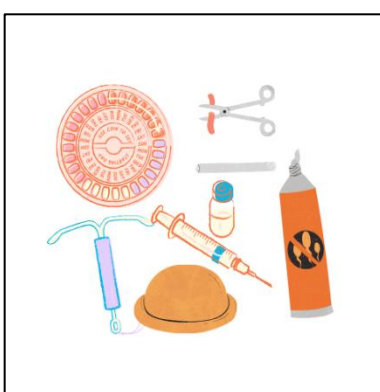
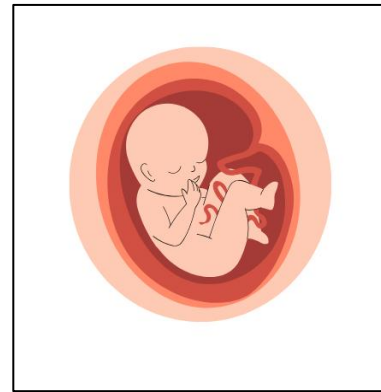
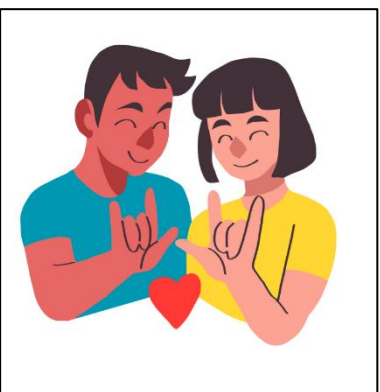
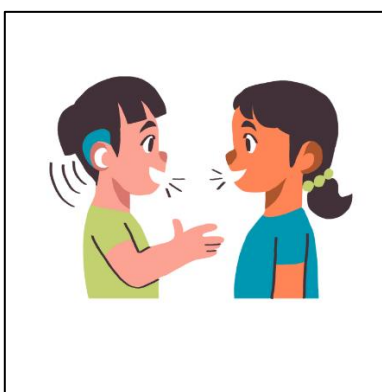
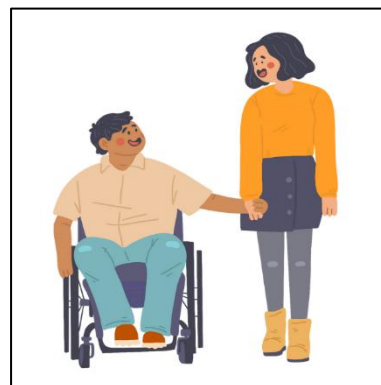
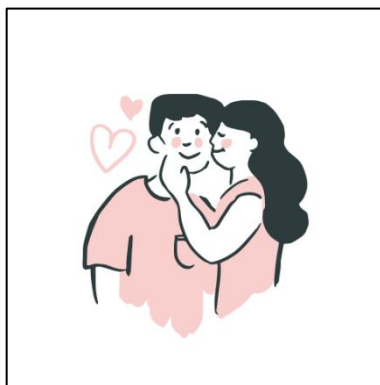
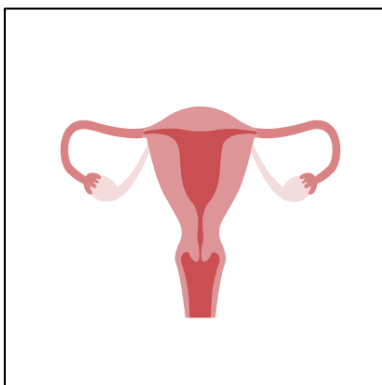
Verdugo, M. A., y Schalock, R. L. (2009). *Discapacidad y calidad de vida: Enfoques actuales y aplicaciones*. Alianza Editorial.

Verdugo, M. Á., y Schalock, R. L. (2012). *La planificación centrada en la persona: estrategias para facilitar apoyos y mejorar la calidad de vida*. Alianza Editorial.

Anexo 1 “Torre de preguntas”

1. ¿Cuál es tu
2. lugar favorito para ir de vacaciones? ¿Por qué?
3. ¿Cuántos hermanos y/ o hermanas tienes?
4. ¿Cuál es un recuerdo favorito con tu familia?
5. ¿Qué animal te gusta? ¿Por qué?
6. ¿Cuál es tu comida favorita?
7. ¿Qué comida no te gusta?
8. ¿Cuál es tu fruta favorita?
9. ¿Qué fruta no te gusta?
10. ¿Cuál es tu color favorito?
11. ¿Cuál es tu deporte o juego favorito?
12. ¿Cuál es tu libro favorito?
13. ¿Cuál es tu artista favorita?
14. ¿Cuál es tu mueble favorito?
15. ¿Cuál es tu juguete favorito?
16. ¿Tienes mascotas? ¿Cómo se llama? En caso de no tener mascota ¿Te gustaría tener una mascota?
17. ¿Quién es tu personaje favorito de televisión o cine?
18. ¿Cuál es tu canción favorita?
19. ¿Te gusta bailar?
20. ¿Te gusta cantar?
21. ¿Alguna vez has visitado una granja?
22. ¿Te has subido a un avión?
23. ¿Cuál es tu película favorita?
24. ¿Qué dulce te gusta?
25. ¿Cuál es tu canción favorita?
26. ¿Cuál es tu refresco favorito?
27. ¿Quién es tu super héroe favorito? ¿Por qué?
28. ¿Cuál es tu estación del año favorita?
29. ¿Tienes algún equipo de futbol favorito?
30. ¿Te gustaría tener algún super poder? ¿Cuál sería?
31. ¿Cuál es la cosa más extraña que has comido?
32. ¿Quién es tu personaje favorito de caricaturas, y por qué?
33. ¿Qué quehacer de la no te gusta hacer?
34. Menciona dos cosas en las que crees que eres malo
35. Utiliza tres palabras para describirte.
36. ¿A qué lugar del mundo te gustaría viajar?

Anexo 2 “Pictogramas”

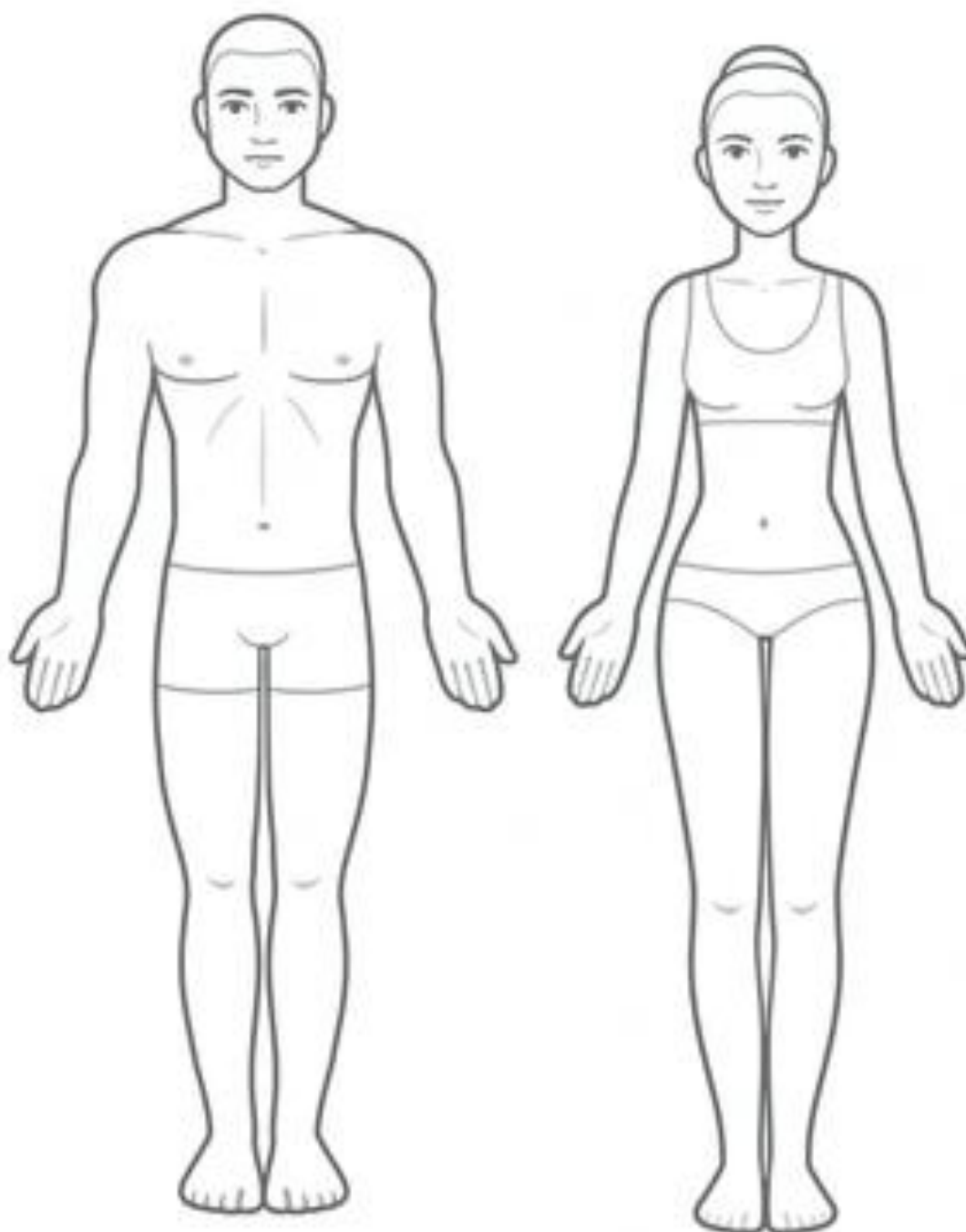


Anexo 3 “Mitos de la sexualidad”

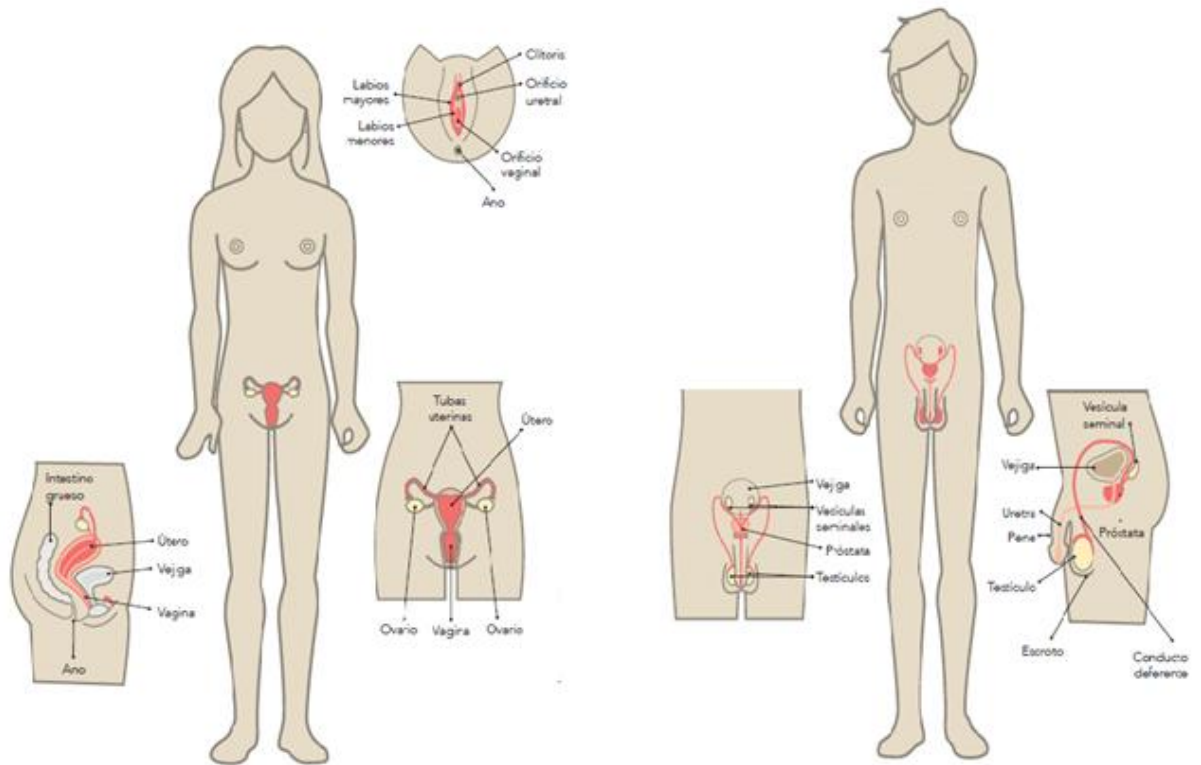
1. El tamaño del pene importa.
2. Las mujeres son naturalmente menos sexuales que los hombres.
3. El orgasmo es el objetivo final del sexo.
4. El deseo sexual depende si se tiene una discapacidad.
5. La masturbación es algo malo.
6. La masturbación es una forma normal y saludable de explorar y disfrutar de la sexualidad.
7. La menstruación protege del embarazo.
8. Usar preservativo reduce el placer:
9. El himen se rompe al tener relaciones sexuales por primera vez.
10. La sexualidad es solo para personas sin discapacidad.
11. Las personas con discapacidad no tienen sexualidad.
12. Las personas discapacitadas no pueden tener relaciones sexuales.
13. La persona discapacitada no tiene necesidad de expresión sexual.
14. El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.
15. Temor a que la actividad sexual acelere la enfermedad.
16. A determinadas personas discapacitadas (según el tipo de discapacidad), se le atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida.
17. La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito.

NOTA. Puedes realizar lluvia de ideas para agregar más mitos sobre la sexualidad en personas con discapacidad.

Anexo 4 “Siluetas hombre y mujer”



Anexo 5 “Siluetas hombre y mujer, órganos sexuales”



Anexo 6 “Listado de posible

- Abrazar a mi jefe(a) o superior del trabajo.
- Sus amigos o conocidos llegan de visitas sin previo aviso.
- Un compañero(a) les dice groserías o les hace señas vulgares con la mano.
- Un miembro de la familia toma prestado algo sin pedirlo.
- Alguien le llama en la madrugada sin ser una emergencia.
- Un amigo(a) los abraza.
- Su novio (a) o esposo(a) lee sus mensajes.
- Un desconocido(a) quiere ser su amigo a través de redes sociales.
- Un desconocido(a) les pide su número de teléfono.
- Un conocido(a) hace expresiones de discriminación de género.
- Un amigo(a) les pide dinero prestado.
- Una persona que acaban de conocer los abraza para despedirse.
- En una conversación cotidiana un amigo(a) suyo utiliza lenguaje con groserías para referirse a ti.
- Un amigo(a) o miembro de la familia llega 15 minutos tarde a una cita.
- Una persona llega de visita en tu casa y utiliza los productos de higiene personal.
- Un compañero(a) les pide que mientan para evitar un problema.
- Un hermano(a) les pide que mientan para ayudar a preparar una sorpresa.
- Con poca anticipación su jefe(a) les dice que deben trabajar hasta tarde durante el fin de semana.
- Durante la hora de la comida los compañeros de trabajo empiezan a hacer chismes sobre otro compañero.
- Un compañero toma prestado un libro sin pedirlo.
- Un amigo les dice que está recibiendo abuso verbal por parte de otro amigo o su pareja.
- Un amigo tiene moretones y les dice que su novia o novio se los hizo.
- Sus padres leen sus mensajes personales.

- Un amigo(a) les dice que está planeando encontrarse personalmente con una persona que conoció en internet.
- Un amigo(a) les confiesa que se va a escapar de su casa.
- Un amigo(a) les dice que está planeando faltar a clases.
- Un amigo(a) les pide faltar a clases con él ella.
- Un amigo(a) les envía mensajes de texto diariamente en la madrugada.
- Un desconocido(a) les pide dinero prestado.
- Un amigo(a) les envié mensajes de texto en el cual expresa rumores acerca de otro amigo.
- Un amigo(a) los etiqueta en una red social utilizando fotografías que no les favorecen.
- Una familiar los quiere ver mientras se bañan o se cambian.
- Un desconocido(a) te pide fotos sin ropa por internet.
- Un familiar te pide enviar fotos con poca ropa.
- Un familiar te toca sin tu consentimiento.
- Un familiar te pide guardar secretos.

Anexo 7 Fichero ¿Qué harías sí...?

Estás en una tienda y quieres comprar un regalo para tu pareja y no sabes muy bien qué comprar.

Una persona que no conoces muy bien te pregunta qué hiciste anoche tu novio o novia y tú cuando estaba a solas.

Un hombre te ofrece un regalo por acostarte con él.

Estás en una fiesta y un desconocido no deja de tocarte.

Al volver de vacaciones, un amigo o una amiga que te gusta te dice que te ha echado de menos.

Tu novio o novia te dice que si no te acuestas con él o ella es que no le quieres.

Alguien a quien acabas de conocer te propone que entres a su casa para estar solos.

Tu novio comienza a acariciarte la pierna en un parque lleno de gente, y a ti no te gusta que lo haga en público.

Un desconocido te invita a subir a su coche para dar un paseo

Estás solo o sola con tu novio o novia y él o ella está haciendo algo que no te gusta.

Alguien te dice que tu novio o novia tiene relaciones sexuales con otras personas.

En una reunión un familiar se acerca a tocarte de manera incomoda.

Una persona te quiere chantajear para que le mandes fotos tuyas sin ropa.

Un amigo o amiga de sexo opuesto te propone tener una relación sentimental.

Te sientes atraído por un amigo o amiga muy cercana.

Una amiga se acerca a platicar contigo para pedir tu opinión sobre su embarazo no planeado.

Anexo 8 “Expresiones de amor y afecto”

Expresiones de amor y afecto en público	Expresiones de amor y afecto en privado

Anexo 9 “Cuerpo y placer”

Cada participante debe indicar las ideas que se le viene a la mente al leer las siguientes frases; recuerda que es un ejercicio personal y anónimo:

- Para mí el amor es: _____

- Para mí que es el placer: _____

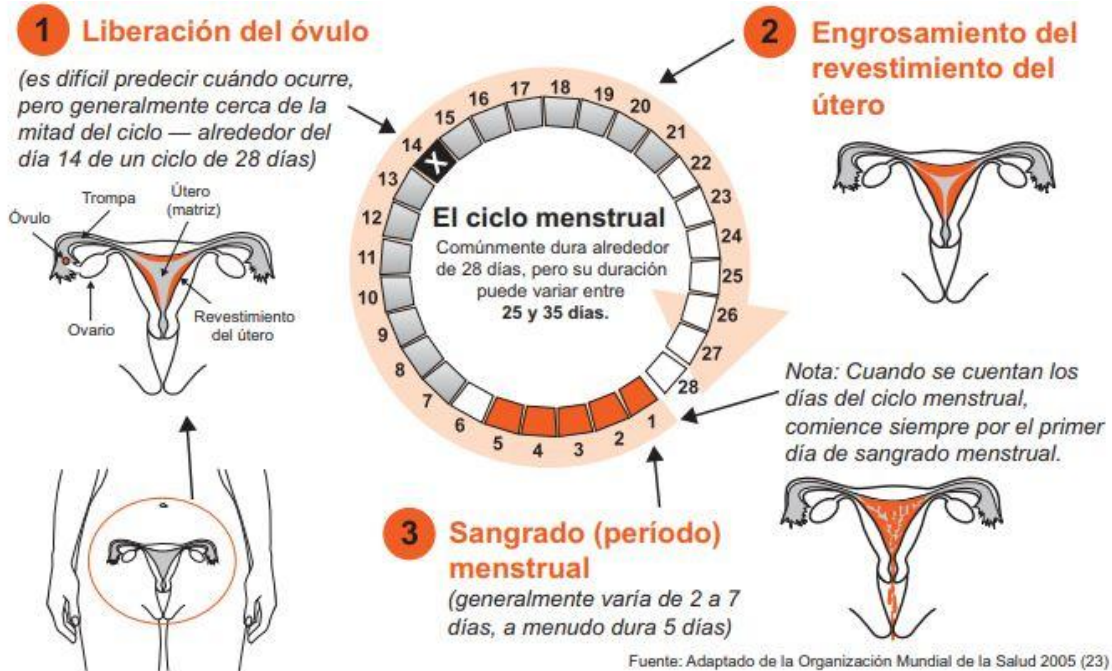
- Para mí el placer sexual: _____

- Mi experiencia sexual ideal sería: _____

- Mi opinión sobre el autoerotismo es que: _____

- Mi opinión sobre tocar mi cuerpo: _____

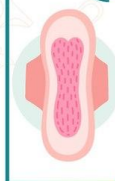
Anexo 10 “Menstruación”



Anexo 11 “Productos para la menstruación”

PRODUCTOS PARA LA MENSTRUACIÓN

Toallas reutilizables



- Se fijan a la ropa interior para absorber el flujo menstrual.
- Suelen estar hechas de telas de materiales naturales o sintéticas.
- Después de cada uso se deben lavar con agua y jabón y secarse.

Toallas desechables



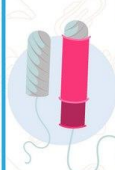
- Se fijan a la ropa interior para absorber el flujo menstrual.
- Están hechas de mezclas de plásticos, rayón y algodón con aglutinantes, aroma y otros químicos.
- Se usan una sola vez y se eliminan, por lo que generan desechos no biodegradables e implican un costo para adquirirlas.

Calzón menstrual



- Tiene la forma de calzón pero cuenta con un alto grado de absorción del flujo menstrual.
- Está hecho de diferentes materiales que permiten que el flujo penetre sin traspasar hasta la ropa, evitando escurrimientos.
- Su uso es de más de 6 horas.
- Es reutilizable, por lo que después de cada uso se lava con agua y jabón y debe secarse.

Tampones



- Son materiales absorbentes hechos de algodón o rayón, con aglutinantes, aroma y otros químicos. Se colocan en la vagina para absorber el flujo menstrual. Se expanden con la humedad, evitando las fugas.
- Se pueden usar hasta por 8 horas.
- Se retiran jalando el cordón y se desechan.

Copa menstrual



- Dispositivo no absorbente con forma de campana que se inserta en la vagina. La copa crea un sello que la mantiene en su lugar y permite recoger el flujo menstrual.
- Por lo general, está hecha de silicona de grado médico.
- Recoge 3 veces más sangre que las toallas o tampones.

- Se debe vaciar cada 6 a 12 horas y enjuagarse.
- Después de cada ciclo menstrual, es recomendable lavarla con agua y jabón neutro.
- Es una opción reutilizable, durable y ecológica.

	Calzón menstrual	Toalla reutilizable	Toalla desechable	Tampón	Copa menstrual
Inserción en la vagina	No	No	No	Sí	Sí
Reutilizable	Máximo 1 año	1 año	No	No	5 a 10 años
Tiempo de uso	6 a 12 horas	3 a 6 horas	3 a 6 horas	4 a 8 horas	6 a 12 horas
Cantidad que necesitas en cada ciclo	1-2 (Depende del flujo menstrual)	Mínimo 5	12-22	12-22	1

¡Por una menstruación digna!

Tú decides qué productos usar durante la menstruación

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA



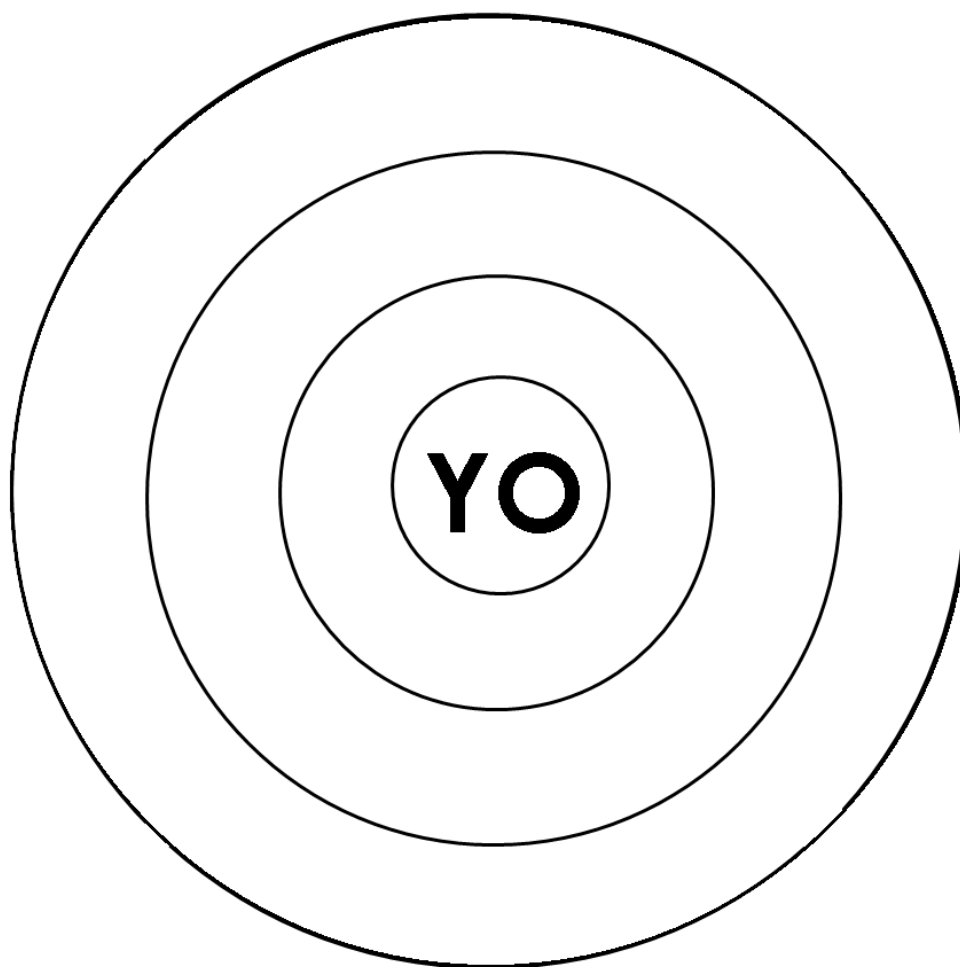
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Anexo 12 “Niveles de cercanía”

INSTRUCCIONES

Piensa en las diferentes personas que existen en tu vida. Cada uno de los círculos representa un nivel de cercanía. Dentro del círculo más cercano al centro, escriban el nombre o el tipo de relaciones quienes sientan más cercano a ustedes. El círculo más alejado al centro incluirá personas a las que ustedes ven con frecuencia, pero con las que no tienen lazos sentimentales. Consideren a las siguientes personas: hijos, esposos, parejas, padres, hermanos, maestros, compañeros de trabajo o escuela, vecinos, sacerdotes, entrenadores, supervisores, empleados de alguna tienda, repartidores, amigos, personas extrañas y otro tipo de relaciones.



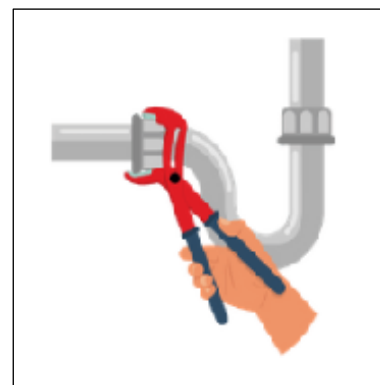
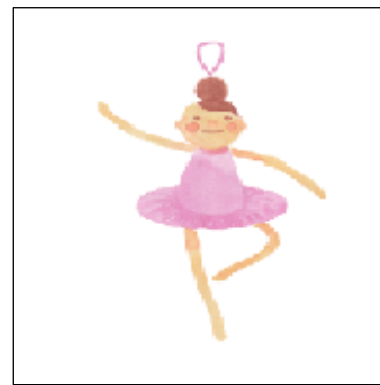
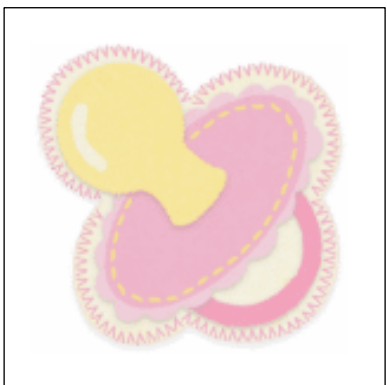
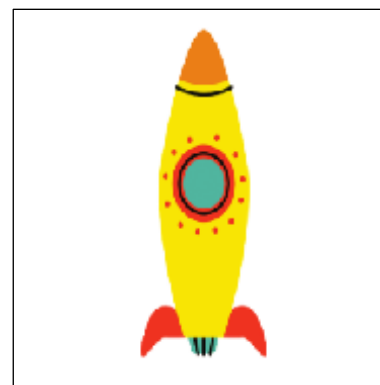
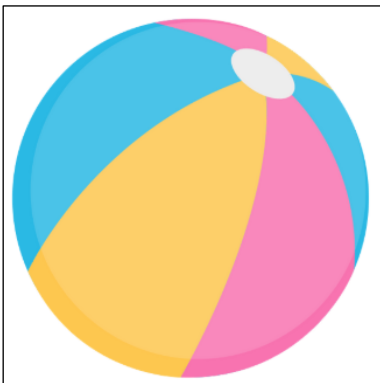
Anexo 13 “Situaciones de niveles de cercanía”

Explica que las personas tienen diferentes estándares y conductas al interactuar con distintas personas. Por ejemplo, temas como nuestro periodo menstrual es adecuado con personas cercanas a nosotros. Hablar sobre esos mismos temas con personas a las que no conocemos, puede ser inadecuado.

A continuación, se leen en voz alta una serie de situaciones en las cuales los participantes deben elegir qué sería lo adecuado y qué no en cada situación que se plantea:

1. Acude al deportivo de visita, el hermano de un compañero con el que tú no tienes mucha relación. Te pregunta cómo te llamas.
2. El hermano del tu compañero del centro te empieza a acariciar una pierna.
3. El hermano de tu compañero del deportivo te invita a salir fuera a su coche porque quiere enseñarte algo.
4. Un adulto contacta contigo, a través de Internet.
Te pregunta tu edad, tu nombre. Te pide una fotografía, tu número de teléfono.
5. Un compañero de la escuela te pregunta sobre tus gustos musicales.
6. Un compañero de la escuela te pregunta sobre tus hobbies.
7. Un taxista te pregunta sobre tus hábitos y horarios.
8. Un tío lejano te pide que le muestres partes de tu cuerpo que te enseña partes de su cuerpo.
9. Saludar de beso al señor de la tienda.
10. Aceptar algún regalo (dulce o juguete) de un desconocido.

Anexo 14 “Roles de género”



Anexo 14 “Roles de género”

Fuerte

Delicado

Sensible

Rudo

Inteligente

Dócil

Grande

Débil

Frágil

Trabajador

Sumiso

Creativo

Anexo 15 “Recorriendo el camino de las relaciones”

Amistad	
Encuentros casuales	
Amistad especial	
Noviazgo	
Compromiso privado	
Compromiso formal	
Matrimonio	

Anexo 16 “Métodos anticonceptivos”

Parche transdérmico

Es un anticonceptivo hormonal en presentación de parche que contiene progestágeno y estrógeno.

¿Cómo funciona? Inhibe la ovulación y produce cambios en el moco cervical que dificultan el paso de los espermatozoides al útero.

¿Cómo se usa? Se coloca sobre la piel sana intacta, limpia, seca y sin pelo en el glúteo, abdomen, en la parte superior externa del brazo o en la parte superior del torso, en un lugar donde no haya roce con la ropa ajustada. El parche se cambia cada semana durante 3 semanas y en la cuarta semana se suspende la colocación de este, se reinicia en la quinta semana colocando de preferencia en diferente lugar del cuerpo.

Ventajas:

- Baja dosis.
- Efectividad del 99%.
- Retorno a la fertilidad inmediata.
- Predispone a presentar ciclos menstruales regulares.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- No se recomienda en personas con peso mayor a 90 kg.
- Se debe tener cuidado de que no se desprege.



Anexo 16.1 “Métodos anticonceptivos”

Dispositivo intrauterino medicado

Es un sistema intrauterino que libera sólo una hormona: progestágeno (levonorgestrel).

¿Cómo funciona? Aumenta la viscosidad del moco cervical e impide el paso de los espermatozoides, inhibe la motilidad y función de los espermatozoides, inhibe el efecto proliferativo sobre el endometrio.

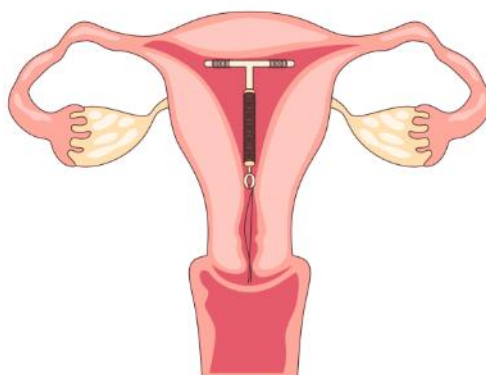
¿Cómo se usa? Es un dispositivo que se inserta en la cavidad uterina mediante una técnica especial en el consultorio y por personal médico capacitado.

Ventajas:

- Duración de 5 años.
- Efectividad del 99.8%.
- Rápido retorno a la fertilidad.
- El sangrado durante el periodo menstrual
- Puede ser poco y de menor duración.
- En algunos casos disminuye los cólicos menstruales.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- Debe ser aplicado por personal de salud capacitado.
- Se debe acudir a revisiones cada 6 meses.



Anexo 16.2 “Métodos anticonceptivos”

Condón masculino

Es una funda de látex que se coloca sobre el pene. Sólo se puede usar una vez por cada relación sexual.

¿Cómo funciona? como una barrera que impide el paso de los espermatozoides hacia la vagina y al útero.

¿Cómo se usa? Revisa que la fecha de fabricación no sea superior a 5 años de la fecha en que lo adquiriste, y que la envoltura contenga aire y no esté rota, el empaque debe abrirse con los dedos, no con los dientes. Se debe colocar en el pene erecto y antes de la penetración.

Ventajas:

- Previene el contagio de infecciones de transmisión sexual y del VIH.
- No se requiere acudir a consulta ni tener receta para obtenerlo.
- Es ideal para las relaciones poco frecuentes o con varias parejas.
- Es fácil de llevar.

Desventajas:

- No se debe usar un mismo condón más de una vez.
- La efectividad depende de su uso correcto.



Anexo 16.3 “Métodos anticonceptivos”

Implante subdérmico

Es una varilla flexible de color blanquecino de 4 cm de largo y 2 mm de ancho.

¿Cómo funciona?

El implante libera 1 hormona sexual femenina (progestágeno), inhibiendo la ovulación y produciendo cambios en el moco cervical que dificultan el paso de los espermatozoides al útero.

¿Cómo se usa?

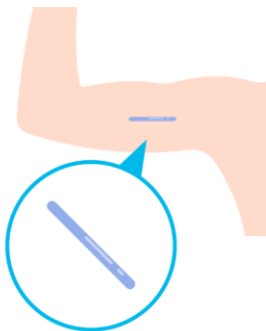
Se coloca directamente debajo de la piel, en la parte interna del brazo, el procedimiento lo realiza un profesional de la salud capacitado. Al término de la vida útil del implante se puede aplicar otro de forma inmediata para continuar la anticoncepción.

Ventajas:

- Discreto.
- Efectividad del 99.9%.
- Duración de 3 años.
- Retorno a la fertilidad inmediata.
- Disminuye los cólicos presentados durante el periodo menstrual.

Desventajas:

- No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- Sólo un profesional de la salud puede insertar y remover el implante.
- Puede presentar sangrado intermenstrual o el cese de la menstruación.



Anexo 16.4 “Métodos anticonceptivos”

Hormonal inyectable

Es un anticonceptivo que contiene una combinación de dos hormonas: progestágeno y estrógeno.

¿Cómo funciona?

Inhibiendo la ovulación y produciendo cambios en el moco cervical que dificultan el paso de los espermatozoides al útero.

¿Cómo se usa?

Se aplica en forma intramuscular, de preferencia en la región glútea, otra alternativa es en el brazo.

Ventajas:

- Discreto.
- Efectividad del 99.9%.
- Duración de un mes.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- Durante tu periodo menstrual el sangrado puede ser irregular o no haber sangrado.



Anexo 16.5 “Métodos anticonceptivos”

Hormonal oral (píldora)

Es un anticonceptivo combinado que contiene dos hormonas: progestágeno y estrógeno, se administra por vía oral.

¿Cómo funciona? inhibiendo la ovulación y produciendo cambios en el moco cervical, que dificultan el paso de los espermatozoides al útero.

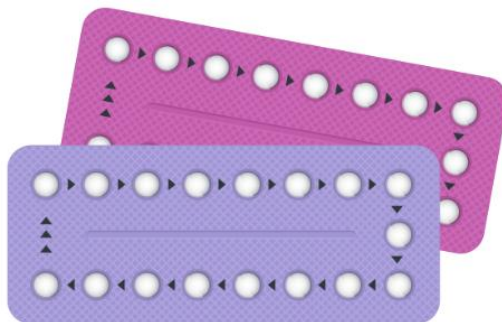
¿Cómo se usa? se toma una píldora diaria vía oral, preferentemente a la misma hora. Las píldoras se pueden tomar por 21 o 28 días, dependiendo la presentación del método.

Ventajas:

- Efectividad del 99.9%.
- Disminuye los cólicos presentados durante el periodo menstrual.
- Predispone a presentar ciclos menstruales regulares.

Desventajas:

- No protege contra infecciones de transmisión sexual.
- Olvidos en la toma de la píldora disminuyen su efectividad.
- Irritación gástrica.



Glosario

Actividad sexual expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

Asexual orientación sexual de una persona que no siente atracción erótica hacia otras personas. Puede relacionarse afectiva y románticamente. No implica necesariamente no tener libido, o no practicar sexo, o no poder sentir excitación.

Autocuidado se refiere al cuidado del cuerpo y de la salud. Valorar el autocuidado es un derecho y una gran responsabilidad. Comprende el interés por tener las condiciones físicas y emocionales adecuadas para mantener el cuerpo y la salud mental en un estado óptimo.

Autoerotismo se define como la estimulación del propio cuerpo, incluidos los órganos sexuales, para obtener placer sexual. Suele terminar en un orgasmo, pero no es necesario que esto ocurra para definirse como tal. Es una actividad común, practicada por mujeres y hombres de todas las edades.

Bisexualidad capacidad de una persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de un género diferente al suyo y de su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas.⁶ Esto no implica que sea con la misma intensidad, al mismo tiempo, de la misma forma, ni que sienta atracción por todas las personas de su mismo género o del otro.

Clítoris órgano sexual femenino cuya función es placer en la mujer.

Coito relación sexual genital o no, que implica penetración pene-vagina, pene-ano (MEP-DEISH, 2004 citado en MEP, 2007)

Erotismo concepto que suele relacionarse con lo que genera deseo sexual, sensualidad, pasión y/o placer. El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y que, por lo general, se identifican con placer

sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

Eyacuación acción en que se libera semen del pene.

Expresión de género es la manifestación del género de la persona. Puede incluir la forma de hablar, manierismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros aspectos.

Género se refiere a los atributos que social, histórica, cultural, económica, política y geográficamente, entre otros, han sido asignados a los hombres y a las mujeres. Se utiliza para referirse a las características que, social y culturalmente, han sido identificadas como “masculinas” y “femeninas”, las cuales abarcan desde las funciones que históricamente se le han asignado a uno u otro sexo (proveer vs. cuidar), las actitudes que por lo general se les imputan (racionalidad, fortaleza, asertividad vs. emotividad, solidaridad, paciencia), hasta las formas de vestir, caminar, hablar, pensar, sentir y relacionarse

Genitalidad se refiere al uso y función de los órganos genitales (Valerio, 1998 citado en MEP, 2007). Específicamente refiere al contacto (roce) entre genitales (MEP-DEISH, 2004 citado en MEP, 2007).

Heterosexualidad capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva por personas de un género diferente al suyo, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con ellas.

Homosexualidad capacidad de cada persona de sentir una atracción erótica afectiva por personas de su mismo género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.

Identidad de género vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente, misma que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que podría o no involucrar la modificación de la apariencia o funcionalidad corporal a través de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida.

Identidad sexual convicción y aceptación de ser hombre o mujer, puede corresponder al sexo biológico o no (Vega, 2004 citado en MEP, 2007). Esta convicción interna puede reflejar o no la apariencia externa o el rol de género que impone la sociedad o que uno desarrolla y prefiere. Por lo general la identidad de género y la identidad sexual van de acuerdo (Diamond, 2003 citado en MEP, 2007).

ITS abreviación de “Infecciones de Transmisión Sexual”.

Líbido concepto que se utiliza para referirse al deseo sexual.

Lesbiana mujer que se siente atraída erótica y afectivamente por mujeres. Es una expresión alternativa a “homosexual”, que puede ser utilizada por las mujeres para enunciar o reivindicar su orientación sexual.

LGBTI siglas para referirse a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales.

Masturbación es la autoestimulación sexual, es decir, la estimulación de los órganos genitales o zonas erógenas con la mano o por otros medios, con el objetivo de obtener placer sexual.

Misoginia odio, rechazo, aversión y desprecio hacia la mujer y, en general, hacia todo lo relacionado con lo femenino que se manifiesta en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer

Orientación sexual se refiere a la preferencia-atracción erótico-afectiva de una persona hacia otra persona, se define a partir de su identidad sexual. Los términos homosexual, heterosexual y bisexual son los que se utilizan para clasificar las orientaciones sexuales.

Pansexualidad capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género, orientación sexual o roles sexuales, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella.

Prejuicio percepciones generalmente negativas, o predisposición irracional a adoptar un comportamiento negativo, hacia una persona en particular o un grupo poblacional,

basadas en la ignorancia y generalizaciones erróneas acerca de tales personas o grupos, que se plasman en estereotipos.

Salud sexual estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Sexo referencia a los cuerpos sexuados de las personas; esto es, a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas como machos o hembras de la especie humana al nacer, a quienes se nombra como hombres o mujeres, respectivamente.

Trans término paraguas utilizado para describir diferentes variantes de transgresión/transición/reafirmación de la identidad y/o expresiones de género (incluyendo personas transexuales, transgénero, travestis, drags, entre otras), cuyo denominador común es que el sexo asignado al nacer no concuerda con la identidad y/o expresiones de género de la persona.

Transexual las personas transexuales se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden optar por una intervención médica-hormonal, quirúrgica o ambas para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.

Transgénero las personas transgéneros se sienten y se conciben a sí mismas como pertenecientes al género opuesto al que social y culturalmente se asigna a su sexo de nacimiento, y quienes, por lo general, sólo optan por una reasignación hormonal —sin llegar a la intervención quirúrgica de los órganos pélvicos sexuales internos y externos— para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.

Travesti las personas travestis, en términos generales, son aquellas que gustan de presentar de manera transitoria o duradera una apariencia opuesta a la del género que

socialmente se asigna a su sexo de nacimiento, mediante la utilización de prendas de vestir, actitudes y comportamientos.

Vínculo afectivo capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante los sentimientos. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que los ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.