

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN COGNICION Y EDUCACION**



**PROPIEDADES ALGEBRAICAS DE LA PERCEPCION QUE TIENEN LOS  
PADRES Y MAESTROS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
ACERCA DE SU SEXUALIDAD**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**ZIOMARA DEL CARMEN TUERO MARTINEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Ph.D. ERNESTO OCTAVIO LOPEZ RAMIREZ**

**MONTERREY, N. L., MEXICO, 10 DICIEMBRE DE 2010**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



**REPORTE DEL EXAMEN FINAL PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE  
MAESTRIA EN CIENCIAS CON ORIENTACION EN COGNICION Y EDUCACION**

10 de Diciembre de 2010

Los suscritos Miembros de la Comisión de la Tesis de Maestría presentada por **Ziomara del Carmen Tuero Martínez**, hacemos constar que se ha **evaluado en forma y contenido** la tesis **“Propiedades Algebraicas de la Percepción que tienen los Padres y Maestros de Personas con Discapacidad Intelectual Acerca de su Sexualidad”**, y ésta ha sido aprobada en cumplimiento del requerimiento parcial para la obtención del grado de Maestría.

Comité evaluador:

Dr. Ernesto Octavio López Ramírez  
Director de Tesis

Dr. Víctor Manuel Padilla Montemayor  
Revisor

Dr. Ma. Concepción Rodríguez Nieto  
Revisor

## **Agradecimientos**

Papá, mamá...gracias por su confianza, por su apoyo incondicional en los días buenos y malos, por cada una de sus palabras así como por aquellas veces en las que sólo se han limitado a escuchar; que a pesar de no estar de acuerdo en ocasiones, me han permitido ser y tomar decisiones propias, experimentar de mis propios errores para poder crecer como persona. Les agradezco el que me hayan enseñado la disciplina, el amor y la entrega total en cada una de las cosas que llevo a cabo. Por permitirme abrir mis alas para emprender mi propio vuelo desde hace ya varios años, por estar a mi lado las veces que he caído y me han ayudado a levantarme a lo largo de este camino. Para mí es un orgullo el ser su hija, y no dejo de presumir la dicha y el gozo de haber crecido en una familia que a pesar de ser pequeña somos ¡únicos!

A mi tía Chabe, ya que gracias a sus consejos he aprendido que la llave del éxito se resume en tres pasos fáciles de memorizar pero que implica esfuerzo llevar a cabo: 1) obediencia ciega, 2) respeto a tus superiores y 3) nunca decir “estoy cansada”.

Carlos, a ti por estar siempre presente a pesar de la distancia, por acompañar y apoyarme a lo largo de este camino; por tu transparencia al demostrar tu felicidad y alegría junto conmigo por cada uno de mis logros.

A mis tíos y primos, quienes siempre han estado al pendiente de mi trayectoria, por su interés y cooperación en lo que hago. Gracias por estar ahí.

A mis amigas y amigos, Evelyn, Pepe, Víctor, Sylvia, Mer, que siempre me dieron ánimo para continuar con las adversidades a lo largo de este proyecto, porque siempre están conmigo en las buenas y malas a pesar de nuestras diferencias.

Quiero hacer un reconocimiento especial a la Dra. Guadalupe Elizabeth Morales Martínez, mi asesora extraoficial, ya que gracias a su paciencia, tiempo, esfuerzo, desvelos y apoyo día con día estoy llegando a este momento. Porque a lo largo de estos dos años me ha enseñado que antes de correr debo de aprender a caminar. Le agradezco Dra. su dedicación, por enseñarme a respetar y amar el mundo de la ciencia. Quiero decirle que usted es un gran ejemplo a seguir, su humildad y sencillez, entre otras cosas la hacen ser una magnífica persona. Gracias por cada una de sus enseñanzas, por abrirme las puertas de su amistad.

Al Dr. Ernesto, ha sido para mí un placer el trabajar en su laboratorio. Es una persona brillante, con gran sentido del humor. Gracias por esos días donde con una frase o una palabra alegró mi día enseñándome la prudencia,

paciencia y sobretodo tolerancia a los demás. Me comprometo a seguir el ejemplo que tanto usted como la Dra. Morales me han enseñado.

A mis compañeros del laboratorio, especialmente a David por su amistad, tiempo y ocurrencias en los días laborales, siempre dispuesto a trabajar en lo que fuera necesario, sin esperar recibir forzosamente algo a cambio.

Al Dr. Padilla por cada una de sus observaciones realizadas, ya que esto me permitió realizar mi trabajo con mayor calidad, aprendiendo de sus consejos y recomendaciones dentro y fuera del salón de clases.

Dra. Rodríguez, por hacer las clases divertidas y diferentes, su flexibilidad así como cada uno de sus consejos ha favorecido para poder culminar un ciclo más en mi vida.

También quiero hacer mención a Odila y Marigera por todas sus atenciones y actitud de servicio.

Dios los bendiga a cada uno de ustedes

## Indice

RESUMEN.....	viii
CAPITULO I .....	1
INTRODUCCION.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	6
1.2. Hipótesis .....	10
1.3. Objetivos .....	11
1.3.1.  Objetivo general .....	11
1.3.2.  Objetivos específicos .....	11
MARCO TEORICO .....	13
2.1. Sexualidad Humana .....	13
2.2. Sexualidad y discapacidad intelectual .....	24
2.3. Actitudes sobre la sexualidad de personas con DI .....	33
2.4. Teoría de la integración de la información como una aproximación al estudio de los juicios acerca de la sexualidad en personas con discapacidad .....	42
2.5. Teoría de la integración de la información.....	43
2.6. Perspectiva funcional .....	44
2.7. Algebra cognitiva.....	49
2.8. Modelo de integración de la TII  aplicado a la sexualidad de personas con DI.....	52
2.9. Algebra cognitiva y sexualidad en la discapacidad intelectual .....	54

CAPITULO III .....	57
METODO .....	57
3.1. Sobre la Técnica de Algebra Cognitiva .....	57
3.2. Diseño del estudio .....	58
3.3. Instrumento .....	62
3.4. Participantes.....	63
3.5. Procedimiento .....	65
RESULTADOS.....	68
CAPITULO V .....	75
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	75
5.1. Discusión.....	75
5.2. Conclusiones.....	78
Lista de referencias .....	80
APENDICE .....	93

## Indice de Figuras

Figura 2.1. Los atributos personales de otras personas parecen combinarse de una forma lineal para formar un grado de impresión en uno mismo. ....	51
Figura 2.2. Teoría de Integración de información (TII).....	53
Figura 3.1. Se muestra la combinación de los factores para el primer nivel del factor sexo “mujer”.....	59
Figura 3.2. Se muestra la combinación de los factores para el primer nivel del factor sexo “hombre”.....	60
Figura 4.1 Valor de aceptabilidad por tipo de grupo. ....	69
Figura 4.2. Patrón de datos obtenidos en los juicios de los participantes.....	73



## Indice de Tablas

Tabla 3.1 Datos sociodemográficos de los participantes .....	63
--------------------------------------------------------------	----

PROPIEDADES ALGEBRAICAS DE LA PERCEPCION QUE TIENEN LOS  
PADRES Y MAESTROS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
INTELECTUAL ACERCA DE SU SEXUALIDAD

**RESUMEN**

La sexualidad es un eje central de la vida humana, sin embargo, el estudio de este aspecto en el campo de la discapacidad intelectual ha sido poco explorado desde la perspectiva cognitiva. A este respecto el objetivo de la presente investigación es la determinación de los mecanismos de integración de información en la elaboración de juicios sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Para ello, se requirió a 150 participantes (padres de personas con discapacidad intelectual, padres de personas con parálisis cerebral y profesionales en discapacidad intelectual) evaluar la aceptabilidad de 64 escenarios relacionados con la intimidad sexual en la discapacidad intelectual. Cada escenario representaba una condición experimental en la que se describió diferentes situaciones de intimidad sexual entre personas con o sin discapacidad intelectual. La tarea de los participantes fue juzgar la aceptabilidad de dicha relación. Los resultados indican que para los tres grupos el factor de mayor relevancia fue el uso de anticonceptivos, seguido de edad de la pareja, nivel de autonomía y finalmente el factor de género. Estos datos señalan hacia la realización de una evaluación basada en términos del costo de la relación sexual en la discapacidad intelectual. Las implicaciones sociales, de salud, familiares y educativas de estos resultados serán discutidos en el presente trabajo desde una perspectiva cognitiva.

**Palabras clave:** percepción, juicio, teoría de la integración de la información, discapacidad intelectual, sexualidad.

# CAPITULO I

## INTRODUCCION

La sexualidad es una propiedad inherente de la vida humana y es considerada un eje central en la identidad de cualquier individuo. Sin embargo, hasta hace unas cuantas décadas la expresión sexual de las personas intelectualmente desafiadas, así como sus derechos a tener una vida sexual activa no eran temas tratados abiertamente. Esto, en parte es debido, a las implicaciones sociales y emocionales que tiene el ejercicio de la sexualidad tanto para los miembros de esta población como para sus familias (Wolfe, 1997), y por otra parte, debido a los mitos arraigados acerca a la sexualidad en la DI (Milligan & Neufeldt, 2001).

A este respecto, se ha observado que las reacciones de las personas hacia la sexualidad en la DI están estrechamente vinculadas a su forma de percibir la misma (e.g, véase Block, 2000; Fedoroff, Fedoroff & Ilic, 2001). Por ejemplo, la actitud y la percepción que los padres y maestros tienen con respecto a la sexualidad misma, pueden influir en el desarrollo de la conducta sexual de esta población. Esto es así, porque los sesgos que tienen las personas que participan en la educación sexual, no sólo afecta la manera en que ellos transmiten la información relacionada a la sexualidad, sino que también influyen de manera directa el estilo de supervisión y las decisiones que se toman en relación a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual (Wolfe, 1997).

Dado lo anterior, en años recientes se ha incrementado considerablemente el número de investigaciones que exploran los juicios y las actitudes sobre la sexualidad en la DI, a través de diferentes instrumentos (e.g., cuestionarios, entrevistas, diseños experimentales), muestras (e.g., población general, maestros, administradores y profesionales de la educación especial, personas con discapacidad intelectual), y países (e.g., EE. UU., Suecia, Australia, Grecia, Irlanda, Francia). En general, los estudios en este campo, señalan que aún en la actualidad existe un amplio rango de opiniones sobre la sexualidad y la DI entre y dentro de los diferentes grupos dadas sus características demográficas (edad, nacionalidad, etc.). Por ejemplo, en un estudio realizado en EE. UU. Scotti, Slack, Bowman y Morris (1996), encontraron que estudiantes de colegio muestran una menor aceptación hacia las expresiones sexuales de las personas con discapacidades de desarrollo que hacia aquellas expresiones mostradas por personas sin discapacidad (ver también Swango-Wilson, 2008; Christian, Stinson, & Dotson, 2001; Yoot, Langdon, Clin & Garner, 2003; Cuskelly, & Gilmore, 2007). Wolfe (1997) observó que administradores de educación especial y maestros mostraban una menor aceptabilidad hacia los derechos sexuales de las personas con DI dado su nivel de discapacidad.

Christian et al. (2001) observaron que el personal de una agencia que atiende a personas con DI tiende a presentar actitudes favorables hacia la expresión sexual de las mujeres con DI aún cuando han recibido poco entrenamiento en ello, lo que implica la participación de variables individuales ajenas a la institución. También, en una investigación en Suecia, Löfgren-

Martensen (2004) encontró que tanto padres como el personal de apoyo se sienten profundamente responsables de la sexualidad de las personas con DI que atienden y en consecuencia actúan de manera más restrictiva con respecto las expresiones sexuales de las mismas. En contraste, en un estudio realizado en Australia, Cuskelly y Bryde (2004) encontraron que las actitudes de padres, personal de apoyo y comunidad general hacia la sexualidad de personas con discapacidad intelectual moderada son generalmente positivas, aunque encontraron diferencias entre las actitudes de los padres y el personal de apoyo que parecen estar asociadas al factor de edad. Además observaron que al igual que los padres y personal de apoyo, las personas de la comunidad australiana mostraban de manera general actitudes positivas hacia la sexualidad en la DI moderada, aunque estas eran ligeramente menos positivas que aquellas mostradas hacia personas sin discapacidad (Cuskelly & Gilmore, 2007). En un estudio llevado a cabo en Grecia, Karellou (2007) encontró que el nivel de educación es un factor que influye las actitudes de los padres hacia la sexualidad. Específicamente, observó que los padres con niveles más altos de educación fueron más contemporáneos y menos discriminativos en sus actitudes hacia la sexualidad de las personas con dificultades de aprendizaje, en comparación con los participantes de menor nivel educativo.

Aunque los estudios anteriores ilustran que aún existe una variabilidad en los juicios de aceptabilidad hacia la sexualidad en la DI, la evidencia obtenida de estos estudios internacionales sugiere que existe una tendencia cada vez mayor hacia una postura más abierta (también véase Murray & Mines, 1994). Además en

estos y otros estudios, se ha observado que las actitudes hacia la sexualidad varían significativamente dado el aspecto evaluado (relaciones sexuales, matrimonio, paternidad, etc.). Por ejemplo, Cuskelly y Bryde (2004) observaron que algunos aspectos de la sexualidad fueron evaluados menos positivos que otros, aquí tanto padres como el personal presentaron una menor aceptabilidad hacia cuestiones de paternidad comparado con otros aspectos de la vida sexual en la DI (también véase Oliver, Anthony, Leimkuhl & Skillman, 2002), en contraste estas diferencias no fueron encontradas en los puntos de vista de la comunidad en general.

Las actitudes hacia la sexualidad en la DI también parecen ser afectadas por otros factores (e.g. el sexo, el nivel educativo, etc.), aunque el efecto de dichos factores sobre los juicios de aceptabilidad varía entre y dentro de los grupos evaluados. Por ejemplo, mientras que Scotti et al. (1996) observaron que en estudiantes de colegio las variables de contacto parecen influir el grado de aceptación sobre la sexualidad de las personas con DI, en Grecia, Karellou (2003) encontró que para una muestra de la población general, el contacto con la persona con DI, así como el género y la clase social no ejercían un efecto tan consistente sobre las actitudes hacia la sexualidad de esta población como el ejercido por el nivel de educación y la edad de los participantes. En Irlanda, Drummond (2006) encontró que las actitudes de los cuidadores primarios de personas con DI hacia la sexualidad de esta población son influidas por variables de edad, el nivel de educación, la religión, el género, etc. En Francia, Esterle, Muñoz Sastre y Mullet (2008) observaron que los juicios de aceptabilidad sobre la actividad sexual de

una persona con discapacidad dependen de la interacción de cuatro factores, el uso de anticonceptivos, el nivel de autonomía de la persona, la edad del compañero y el nivel de discapacidad del compañero.

Estos hallazgos han abierto nuevas posibilidades en este campo, sin embargo, en países en desarrollo, como México, es difícil tener un panorama claro sobre la evolución de la actitud hacia la sexualidad en la DI, dado que existen pocos escritos sobre este tema y el número disminuye si sólo se consideran las investigaciones empíricas con muestras mexicanas publicadas (e.g., Beltrán, Torres, Gamboa & Galindo, 1995; García, 1999), lo que dificulta el establecimiento de parámetros que permitan comparar las actitudes hacia los derechos sexuales de las personas con DI, entre diferentes grupos de la población mexicana y entre los miembros de dichos grupos. A este respecto recientemente Morales, López, Esterle, Muñoz Sastre y Mullet (2010) llevaron a cabo una réplica del estudio de Esterle et al. (2008), en una muestra de personas de la población común mexicana y encontraron que solamente tres de los cuatro factores que tuvieron un efecto significativo entre los participantes franceses -uso de anticonceptivos, nivel de autonomía y edad de la pareja- fueron encontrados significativos entre los participantes mexicanos, quienes utilizaron una regla de integración cognitiva estrictamente de tipo sumativo para combinar los factores. Sin embargo, nuevas comparaciones entre grupos de la misma sociedad son necesarias para obtener mayor información sobre el efecto de estos factores dado un factor de población (e.g., personas de la comunidad en general vs. personas de

o cercanamente relacionadas a la comunidad de educación especial), precisamente este es el interés de la presente investigación.

### **1.1. Planteamiento del problema**

La exploración de la forma en cómo las personas perciben y juzgan los aspectos de la sexualidad y la discapacidad es de relevancia si se considera que son dichas personas las que establecen las políticas, estrategias y los contenidos que abordarán los programas de educación sexual para las personas con discapacidad intelectual.

Con respecto a lo anterior existe un amplio espectro de investigaciones que han señalado de manera clara las variables que influyen la percepción de las personas sobre la sexualidad en la DI (género, tipo, edad, etc.). Por ejemplo, con respecto al grado de severidad de la discapacidad, los datos de algunas investigaciones señalan que los maestros y administradores tienden a hacer diferencias con respecto a las prácticas sexuales, tipos de relaciones y los derechos que tienen los niños dependiendo del grado de discapacidad intelectual que ellos presentan, esto es discapacidad intelectual severa y moderada (Wolfe, 1997).

Sin embargo, aunque los datos provenientes de investigaciones como las anteriores han proporcionado información valiosa sobre los factores que afectan la percepción o los juicios sobre la sexualidad en la DI, poco se ha explorado la



relación que existe entre dichos factores dentro de un mismo contexto, y también poco se conoce sobre la forma en cómo estos factores interactúan dentro de un mismo contexto en la formación de juicios sobre este tema. A este respecto, como se mencionó en el apartado anterior, Esterle et al. (2008) propuso por primera vez la utilización de un instrumento basado en el álgebra cognitiva, para explorar los juicios de aceptabilidad sobre la sexualidad en la DI.

Este enfoque permite inferir las reglas cognitivas utilizadas por las personas para emitir un juicio, a partir de la combinación de valores otorgados a dos o más estímulos (piezas de información) (Guedj, Gibert, Maudet, Muñoz-Sastre, Mullet & Sorum, 2005). Por otra parte, el álgebra cognitiva, asume que las personas colocan valores subjetivos sobre diferentes piezas de información y que ellos combinan dichos valores por medio de una operación algebraica (Anderson, 1981, 1982, 1996). A este respecto, los estudios sobre la toma de decisiones y el juicio ofrecen una diversidad de ejemplos en donde los individuos utilizan reglas algebraicas para integrar la información en los procesos del juicio. Las reglas más comunes son la aditiva, la multiplicativa (o disyuntiva) y el promedio (Anderson, 1996).

Aunque los valores para cada determinante o factor pueden variar dadas las diferencias personales, culturales, sociales, las reglas de integración pueden ser aplicadas a una amplia diversidad de conjuntos de determinantes (ver Anderson, 1982; Guillet, Hermand & Mullet, 2002). En relación a lo anterior, la TII

ha proporcionado evidencia de la existencia de estas reglas algebraicas en una variedad de dominios, incluyendo aquellos que no están a nivel de la conciencia.

A este respecto sería útil determinar qué valores otorgan las personas a factores como el género, el tipo de discapacidad, el grado de autonomía, etc. dentro de la formación de juicios sobre la sexualidad en la DI. Desde la perspectiva del álgebra cognitiva esto significa que la percepción y el juicio sobre la sexualidad en la DI puede ser entendido como una función lineal matemática en donde el grado de aceptación por sí mismo es la variable dependiente de seis variables independientes (género, edad, condición social, tipo de discapacidad, anticonceptivos y condición mental de la pareja) y que formalmente puede ser descrito en la siguiente fórmula:

$$\text{Aceptación} = w_G \text{ Género} * w_E \text{ Edad} * w_{CS} \text{ Condición social} * w_{TD} \text{ Tipo de discapacidad} * w_A \text{ Anticonceptivos} * w_{MCP} \text{ Condición mental de la pareja.}$$

El coeficiente  $w_i$  representa el peso en términos de relevancia que se le da a cada factor en la emisión de un juicio determinado y en un sentido más formal éste representa un coeficiente de regresión en una ecuación lineal. Estos coeficientes pueden ser estimados a través de una técnica de escalamiento propuesta por Thurstone (1928, 1931) a inicios del siglo pasado. Esta técnica ha sido retomada por la aproximación del álgebra cognitiva, que además brinda la ventaja de observar los patrones de respuesta, es decir el patrón que siguen los datos obtenidos. A este respecto, se sabe que mientras exista paralelismo en las

curvas o patrones obtenidos en un diseño factorial experimental, es decir, que no exista interacción entre las variables independientes, es posible determinar los coeficientes de cambio para cada nivel de cada uno de los factores explorados.

Desde la perspectiva de la teoría del álgebra cognitiva, lo que es relevante es la regla que coordina los diferentes valores otorgados a cada factor. Esta propuesta funcional sobre los juicios de aceptabilidad en la sexualidad y la DI ha sido claramente ilustrada en el estudio de Esterle et al. (2008), donde a los participantes se les presentaba de forma escrita escenarios en los que se describe una relación de intimidad sexual entre dos personas que podían o no tener DI. Esa relación se describe en términos de género, edad, condición social, tipo de discapacidad, uso de anticonceptivos y condición mental de la pareja. Los participantes tenían que indicar cuán aceptable creían que era esa relación entre los personajes que se describen en el escenario (variable dependiente de 10 posibles valores). Este estudio aporta evidencia sobre la utilización de una regla algebraica de tipo multiplicativa en los participantes franceses para elaborar un juicio de aceptabilidad.

El análisis utilizado en el estudio de Esterle et al. (2008) ha sido realizado solamente una vez en México (Morales et al., 2010) y sólo se exploró una muestra de adultos de la población típica (padres de familia) por lo que aún faltan datos para establecer claramente los parámetros de cambios o coeficientes en nuestra cultura a través de diferentes grupos de edades. Por lo que un primer interés en la presente investigación sería comparar la percepción sobre la sexualidad en la

discapacidad intelectual que tienen los padres y profesionales de educación especial. Para ello, sería de relevancia explorar:

¿Qué factores son los de mayor relevancia en la elaboración de juicios de aceptabilidad de padres y profesionales de educación especial?

¿Cuál es la regla algebraica a través de la cual los padres y profesionales de educación especial combinan los factores de mayor relevancia en sus juicios de aceptabilidad?

¿Existen diferencias en la elaboración de los juicios de aceptabilidad por tipo de población?

## **1.2. Hipótesis**

Partiendo de los datos obtenidos en los estudios previos (Esterle et al., 2008; Morales et al., 2010) se plantearon dos hipótesis:

-Los factores de anticoncepción, autonomía y edad de la pareja serán los de mayor relevancia en la elaboración de los juicios sobre las relaciones sexuales de las personas con discapacidad intelectual en las tres muestras evaluadas, y la regla para integrar dichos factores será de carácter sumativo.

Considerando que existen estudios en donde se señala que hay diferencias en las actitudes y los juicios hacia la sexualidad de las personas con DI dado un factor de grupo se hipotetizó:

- Habrá diferencias en los pesos otorgados a los factores evaluados dado un factor de grupo, aunque la regla de integración de dichos factores será la misma para las muestras evaluadas.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

El propósito del presente estudio es explorar el grado y la forma de contribución que tienen cada uno de los factores considerados en el instrumento (género, tipo de discapacidad, grado de autonomía, anticoncepción, edad de la pareja, condición mental de la pareja) sobre la formación de los juicios acerca de la sexualidad en la discapacidad intelectual de padres de personas con DI, PC y profesionales en DI.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar los pesos de los factores evaluados (género, la etiología de la discapacidad, nivel de autonomía, edad de la pareja, discapacidad de la pareja, anticoncepción) en cada una de las muestras.

- Determinar la forma en la que cada uno de los factores considerados en el instrumento son integrados en una respuesta unitaria en la emisión de los juicios de los padres y profesionales de educación especial acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

- Determinar las diferencias específicas que existen entre los juicios de padres y maestros sobre la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual.

- Discutir e integrar los resultados en términos de la Teoría de la Integración de la Información (TII).

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

En este capítulo se describen los contenidos teóricos necesarios para la comprensión de las variables incluidas en la presente tesis. En primera instancia, se presentan temas de la sexualidad en general y de la sexualidad de las personas con DI. Posteriormente, se abordan las actitudes hacia la vida sexual de las personas con DI, así como el estudio de dichas actitudes. Posteriormente se retoman los aspectos relacionados a la TII y al álgebra cognitiva. Finalmente se especifica la forma en cómo este enfoque puede ser incorporado al estudio de las actitudes hacia la sexualidad en la DI.

#### **2.1. Sexualidad Humana**

La sexualidad es uno de los aspectos más relevantes del ser humano, de hecho ésta ejerce una influencia relevante sobre los pensamientos, actitudes y compartimientos de los humanos. Su importancia puede ser vista incluso en el uso del lenguaje cotidiano. A este respecto, un gran número de palabras tienen un origen relacionado con la sexualidad. Por ejemplo, en la Antigua Roma cuando las personas asistían a los tribunales para “testificar”, tenían que jurar la verdad de su testimonio colocando las manos sobre los testículos (de ahí “testificar”) (Potts & Short, 2001).

Sin embargo, a pesar de su importancia y de que en las últimas décadas las personas han recibido una mayor educación sobre los aspectos sexuales y simultáneamente las instituciones religiosas se han vuelto más permeables con respecto a la sexualidad, aún existen países o culturas en donde la expresión sexual de las personas es penada (Gilbert, 1981). Por ejemplo, para algunas religiones como el cristianismo, judaísmo y para los musulmanes la sexualidad y de manera particular la sexualidad femenina es considerada como una distracción para los hombres, ya que solo los mantienen alejados de su religión.

No todo lo que se conoce en el siglo XX ha formado parte de la historia de la sexualidad a lo largo del tiempo. Por ejemplo, a diferencia de la visión actual, en el siglo XII la heterosexualidad no era vista como la única norma dentro del comportamiento sexual humano. Por ejemplo, en los escritos de esa época las historias que involucraban amor entre un hombre y una mujer se centraban más en aspectos físicos que en los aspectos de compatibilidad como los que ahora son considerados (Martin 2007; Schultz, 2008).

En la Edad Media el cuerpo humano era el centro de atención de las investigaciones de los filósofos de la época. Para la religión, la misión de cada ser humano era que por medio del alma pudieran controlar los deseos de su cuerpo, ya que para la Iglesia el cuerpo era visto como peligroso, salvaje, culpable e incontrolable (Schlesinger, 2004).



Mientras que en la época medieval las personas buscaban la castidad sobre la unión heterosexual; antes del siglo IV A.C., los griegos, consideraban el sexo según la filosofía naturalista como un placer que debía gozarse, aquellos que intentaban ser célibes eran vistos con lástima (McCary, 1996).

Considerando lo anterior, es claro que la concepción de sexualidad es un proceso histórico en constante transformación (Johnson, 2001). Esta evolución y la visión sobre la sexualidad puede ser observada a través de los escritos en diferentes disciplinas. Por ejemplo, en la literatura, la poesía y la música se pueden encontrar una diversidad de obras sobre la pasión sexual, esto a través de diversas épocas. De hecho en el campo de las leyes también se pueden encontrar obras de esta naturaleza. Mientras que en las instituciones religiosas la sexualidad ha jugado un papel central para dar identidad a su grupos, dando pautas apropiadas a su visión sobre lo que es aceptable del comportamiento sexual (Potts & Short, 2001).

Además de la evolución del concepto de la sexualidad dado el avance de cada época, la visión de otros aspectos de la sexualidad también se ha transformado. Por ejemplo, con respecto al comportamiento sexual reproductivo Foster (2008) encontró que en el siglo XVIII, los hombres de Massachusetts se sentían más orgullosos cuando tenían hijos y esposa, mientras que los hombres que tardaban mucho tiempo en casarse se convertían en sospechosos, eran percibidos como afeminados y carentes de suficiente deseo heterosexual. También podían ser vistos como depredadores sexuales, seductores y violadores.

Por lo tanto, el ideal de hombre masculino era el de un hombre casado, auto-controlado que sabía cómo canalizar sus impulsos sexuales en una familia creciente. Así, Mills (2001) y Meyer (2005) en sus investigaciones observaron que la sociedad tiende a definir la sexualidad en términos de un binario heterosexual/homosexual, y esta dicotomía es perpetuada por el discurso académico sobre la sexualidad.

Actualmente la sexualidad es vista como el resultado de la interacción entre el ambiente biológico, socio-económico, cultural y religioso, en donde una persona experimenta sus deseos sexuales (Álvarez-Gayou, 1986; López-Sosa & Tévar, 2005; Philaretou, 2005). Dado esta complejidad aquí se considera importante distinguir la sexualidad de algunos conceptos que por su cercanía semántica o contextual pueden ser utilizados de manera inadecuada como sinónimos de la misma. Por ejemplo, conceptos como el sexo, el género, etcétera son parte de la sexualidad pero no la definen de manera única. Por ello, delimitarla de estos conceptos es de relevancia.

En la década de 1970s mientras que la guerra de Vietnam aún no llegaba a su fin y algunos países de Europa tenían una dictadura como gobierno, fue durante estos años cuando los conceptos de “sexo y género” se dieron a conocer, y Michel Foucault, filósofo francés, que realizó aportaciones sobre la Historia de la Sexualidad desde su enfoque político y filosófico (Corrêa, 2006).

El sexo ha sido un tema de varios debates, que a lo largo de la historia han llamado la atención de la sociedad (Gay, 1980; Crozier, 2000; Corrêa, 2006). Su conceptualización ha oscilado desde posturas puramente biológicas hasta aquellas que pueden relacionarse al concepto de género. Por ejemplo, en la época Victoriana los médicos aseguraban que las mujeres no disfrutaban el tener relaciones sexuales (Gay, 1980; Crozier, 2000), esto implicaba una distinción en el significado del sexo dado un género específico. Otra connotación del sexo es la que lo describe la estructura anatómica y genética: “cromosomas gónadas y genitales” (Potts & Short, 2001). Conceptos más sofisticados sobre el sexo pueden ser encontrados en la literatura, por ejemplo Halperin (1989) señala que el sexo es la evolución biológica del hombre, y que la sexualidad no tiene mucho que ver con el cuerpo (físicamente), sino que es un producto social, el cual está relacionado con las capacidades psicosociales del ser humano.

Con respecto al género, este ha sido definido en términos de la percepción que un individuo tiene en relación al sexo que él cree tener, también a la forma en cómo expresa esta percepción, por ejemplo a través de su vestir, su andar, e incluso el nombre con el que se le conoce. Esta conceptualización puede ser caracterizada como un estereotipo social (Potts & Short, 2001).

Este estereotipo es influenciado por la cultura y la época. Por ejemplo, los años Victorianos se caracterizaron por la represión sexual (Gilbert, 1981; Duggan, 1990), sobretodo en las mujeres; la vestimenta de estas últimas debía de ser vestidos largos, hasta los tobillos y los brazos cubiertos hasta las muñecas; el uso

de escotes estaba prohibido; mostrar la piel era señal de atrevimiento y era mal visto por la sociedad; y fue en esta época el punto de referencia para un cambio de mentalidad y en la estructura de la sociedad.

Uno de los eventos que marcó un cambio en la historia de la sexualidad fueron los movimientos feministas y homosexuales desde los años 70s (Duggan, 1990), los historiadores comenzaban a darse cuenta que la sexualidad no era sólo un aspecto biológico de los seres humanos, sino que también un constructo social que forma parte de las relaciones humanas y un aspecto central de la organización de las sociedades, por lo que comenzaron a cuestionarse sobre cuáles eran las prácticas y las relaciones de la sociedad que determinaban dicho constructo (Duggan, 1990).

En los años 80s, en Estados Unidos se buscaba la equidad de género así como los derechos reproductivos, fue en esta época cuando el VIH/SIDA se expandió por el mundo rápidamente. Mientras que en Latinoamérica se creó un espacio para los debates acerca del aborto y los derechos sexuales de los grupos minoritarios (Corrêa, 2006). Entre 1990s y 2000s la globalización también ha fomentado la expansión de los temas y políticas sexuales alrededor del mundo, por ejemplo el derecho al aborto, el VIH-SIDA, matrimonios del mismo sexo.

Entonces, la sexualidad comprende más que el comportamiento sexual, incluye la autoimagen, emociones, valores, actitudes, creencias, comportamientos,

relaciones (Koller, 2000), identidad sexual, rol de género, orientación sexual, erotismo, vínculos afectivos, amor y reproducción (López-Sosa & Tévar, 2005).

Considerando el amplio rango de aspectos de la vida humana que abarca la sexualidad, ésta hoy en día es considerada una parte fundamental en la vida de las personas (Cheausuwantavee, 2002).

La visión que se tiene sobre la sexualidad se modifica debido a cambios constantes como respuesta a las interacciones, experiencias, así como la educación formal e informal (Koller, 2000). Entonces, la sexualidad es el resultado de la interacción de lo biológico, psicológico, socio-económico, lo cultural, ético y factores religiosos o factores espirituales (López-Sosa & Tévar, 2005). La sexualidad es expresada (manifestada) por medio de los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones interpersonales.

De acuerdo con Dailey (1984, citado en Esmail, Esmail & Munro, 2001) describe que la sexualidad está compuesta por cinco componentes: la sensualidad, intimidad, identidad sexual, reproducción y sexualización. La sensualidad se refiere a la aceptación del cuerpo mediante los cinco sentidos; la intimidad es aquella que describe la necesidad o habilidad de experimentar cercanía emocional respecto a otro ser humano, y que ésta sea recíproca; la identidad sexual es un proceso continuo de descubrimiento personal a nivel sexual; la reproducción está relacionado con la fertilidad, la concepción y la

crianza de los hijos; por último lo que Dailey llama sexualización describe la manera en cómo se usa la propia sexualidad para influir, controlar y manipular a otros.

Partiendo de lo anterior, se puede señalar que a lo largo de la historia, la sexualidad ha influido y ha sido influida por diferentes paradigmas. A este respecto, Atwood y Klucinec (2007) mencionan los siguientes paradigmas: a) el cambio de una explicación mística a una explicación científica del comportamiento; b) aceptar como normal, lo que en alguna época fue catalogado como “anormal” del comportamiento sexual; c) el cambio de una explicación biológica de la sexualidad a la explicación con factores sociales; d) el impacto ocasionado por la influencia de grupos feministas; e) investigaciones sobre las terapias sexual.

Debe de ser comprendida como un constructo social dentro del lenguaje, signos, así como dentro de un espacio organizado, y no sólo como el deseo, fantasías y prácticas sexuales (Johnson, 2001).

Es bien sabido que la belleza física es un factor relevante en la sexualidad de las personas. Investigaciones recientes han encontrado que los ideales de belleza provienen de ideas biológicas como la salud y la fertilidad. Personas que son catalogadas como hermosas muestran ciertas características que están relacionadas con su cuidado físico y sus valores reproductivos, hablando en términos de la psicología evolutiva; ésta última ofrece explicaciones claras de los

cambios del comportamiento de las personas de la economía, política, en el amor, sexualidad en una sociedad en particular (Schlesinger, 2004).

Fue a finales del siglo XVII cuando existieron cambios en la política, en la sociedad, en el pensamiento así como en los descubrimientos científicos, comenzaba a existir una mayor apertura para hablar sobre temas sexuales (Corrêa, 2006); sin embargo no fue hasta los años 1960 y 1970 donde se dio la Revolución Sexual, impactando a la sociedad.

A finales de los años sesentas y los años setentas, la sociedad se hizo de una mente más abierta en términos de sexualidad (Gay, 1980; Esacove, 2008). De hecho, la sexualidad fue reconocida dentro de estudios científicos aproximadamente hace 70 u 80 años (Atwood & Klucinec, 2007).

Durante los años 70s las investigaciones comenzaron a realizarse alrededor de las actitudes hacia la sexualidad así como el comportamiento de la sociedad entorno a este tema; incrementaron las cifras de homosexuales, de matrimonios y divorcios así como de embarazos fuera del matrimonio, se comenzó a brindar mayor atención a los temas como la menstruación y menopausia, embarazo y aborto (Duggan, 1990).

Para el estudio de la sexualidad y de su historia una herramienta fundamental que debe de ser estudiada es la evolución biológica, ya que permite estudiar la conducta del hombre a través del tiempo. De acuerdo con Darwin

(1859, citado en Potts & Short, 1999) la evolución de las especies no sólo dependerá de la fuerza del ser vivo, sino también de la capacidad que tienen las especies para alcanzar el éxito reproductivo.

En los años 80s la atención por parte de la sociedad se centraba en embarazos en adolescentes, aborto, abuso sexual de menores, pornografía, derechos de los homosexuales y el SIDA (Duggan, 1990). Mientras que en los 90s la preocupación de los historiadores estaba dirigida a temas de la identidad sexual: quiénes son los heterosexuales, los sadomasoquistas, las filias y cómo éstas son originadas y bajo qué intereses.

Así puede observarse que el estudio de la sexualidad evolucionó desde la exploración de las cuestiones meramente relacionadas a la reproducción, cuestiones fisiológicas y anatómicas en el siglo XVIII, el estudio de los roles de género en el siglo XIX al estudio del erotismo en la sexualidad en el siglo XX (Duggan, 1990).

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la sexualidad como “una parte integral de la personalidad de cada uno: hombre, mujer y niño: es una necesidad básica y el aspecto de ser humano que no puede separarse de otros aspectos de la vida” (2006).

La sexualidad es la una de las formas en cómo la persona expresa el erotismo y su experiencia como ser sexual; a pesar de que algunas personas eligen ser



sexualmente inactivos, todo individuo es un ser sexual. La expresión en la sexualidad incluye, entre otras cosas, la socialización, las actividades de amistad, los límites en las relaciones, la conciencia del cuerpo, las conexiones humanas, la interacción genital, la asertividad, la auto imagen, el auto cuidado, la toma de decisiones y los códigos de ética personales (Potts & Short, 2001).

El Consejo en la información sexual y educacional de los Estados Unidos (SIECUS, s/f) afirma que “la sexualidad es una parte fundamental en el ser humano, la cual es digna de respeto y dignidad” y apoya los derechos de que toda persona tenga “información precisa, educación comprendida sobre sexualidad y servicios de salud sexual”. En el caso de las personas con discapacidad intelectual, el tema de la sexualidad aún sigue siendo difícil de tratar dado las percepciones y mitos que aun hoy en día existen con respecto a esta población

A pesar de los avances en la conceptualización de la sexualidad en la época actual, algunas personas describen el comportamiento sexual como “malo, indecente, peligroso y prohibido” (Leutar & Mihoković, 2007). Instancias de estas tendencias pueden ser observadas en el área de la sexualidad y la discapacidad intelectual. Para comprender la naturaleza de estos sesgos en los juicios que las personas realizan sobre los diversos aspectos relacionados a la sexualidad de las personas con DI, sería útil la familiarización con los aspectos sexuales de esta población.

## **2.2. Sexualidad y discapacidad intelectual**

Los diferentes aspectos de la vida de una persona con discapacidad intelectual son influidos en gran medida por la forma en cómo las personas que los rodean conceptualizan su discapacidad. Por ejemplo, los derechos sexuales de las personas con DI son en parte determinados por las creencias que padres y cuidadores y el sistema legal tienen con respecto a la capacidad de las personas con DI de decidir y ser conscientes de su vida. Dado que actualmente la discapacidad intelectual no solamente es concebida como una característica particular de un individuo, sino que es una condición que también involucra aspectos sociales y ambientales. Por ejemplo, en Estados Unidos en el siglo XX, la categorización de una persona con “discapacidad intelectual” era en base a un diagnóstico médico, sin embargo señalar a un individuo con DI también estaba relacionado con las estructuras de poder, por ejemplo la diferencias entre razas y clases. Durante ese siglo se dio el mayor número de migraciones registrados en la historia, hasta ese momento, lo que dio origen a la creación de nuevos empleos, y por el otro lado la necesidad de controlar a las poblaciones marginadas con la creación de nuevas cárceles e instituciones mentales (Block, 2000).

Hace algunas décadas en Estados Unidos las personas con DI eran internadas en centros especializados para tratar a este tipo de población. Sin embargo, recientemente se ha comenzado a luchar porque las personas con DI encuentren un espacio digno dentro de la sociedad. Este cambio está íntimamente relacionado a la nueva conceptualización sobre la DI, que actualmente es definida

como una condición caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa que se pueden manifestar en la expresión social y conceptual (Verdugo, 2002).

Sin embargo, aunque actualmente se han incorporado elementos sociales y ambientales a la conceptualización de la DI, la inclusión de estos elementos en la vida diaria de las personas ha sido difícil, ya que a lo que mayormente se enfrentan estas personas es a la exclusión social, tanto en escuelas como en empleos (Block, 2000).

Las personas con DI continúan siendo un grupo vulnerable, rezagado y que tanto el gobierno como las políticas educativas poco les han brindado su atención. Esta población ha sido categorizadas como una población socialmente vulnerable, rechazada y objeto fácil de abusos sociales, laborales e incluso sexuales (Block, 2000).

La sexualidad de individuos con discapacidad intelectual ha sido poco estudiada (Whitney, 2006). Desde una perspectiva histórica, la sexualidad es un aspecto importante de la vida de las personas con DI. Sin embargo, a lo largo del tiempo, ésta ha sido influenciada por la represión y control de la sociedad, ya que el comportamiento sexual a menudo era castigado debido a las interpretaciones sociales sobre este tema (Löfgren-Mårtenson, 2004).

Durante los siglos XIX y XX, la mayoría las personas con DI eran categorizados como “idiotas”, mantenían vidas aisladas, eran segregados, algunos esterilizados y tanto su necesidad del amor como de la sexualidad fueron ignoradas (Löfgren-Mårtenson, 2004).

La sexualidad es reflejada cada día de la persona con DI de la misma manera como la vida de la población media. Actualmente se conoce que las personas con DI tienen los mismos deseos y necesidades sexuales que las personas sin discapacidad (Whitney, 2006; Leutar & Mihoković, 2007).

Se sabe que la forma más común de expresión sexual es la masturbación, seguida de otras manifestaciones, como el tomarse de la mano, los abrazos, besos y algunos esfuerzos hacia el contacto de cuerpo, dichas acciones son aceptadas por la sociedad, ya que demuestran que las personas con DI han interpretado e integrado normas sociales y de comportamiento en relación a las conductas de amor y sexualidad (Löfgren-Mårtenson, 2004; Leutar & Mihoković, 2007). Este tipo de manifestaciones es más común entre hombres y mujeres, algunos autores como Löfgren-Mårtenson (2004) señala que este tipo de conductas llegan a manifestarse entre personas del mismo sexo como muestra de cariño por un amigo/a.

Con respecto, al tema de la masturbación en lugares inapropiados es un tema muy difícil que incluso a los cuidadores les llega a incomodar. Es importante

conocer las fuentes de información de las personas con DI aprenden por medio los castigos que pudieron haber recibido por parte de los otros, la conducta de los otros, las medias verdades que recibidas por parte de familiares o personal (Walsh, 2000).

Es común que esta población en ocasiones no muestren pudor al desnudarse o masturbarse en público, ya que en la mayoría de los casos no han recibido el aprendizaje de la intimidad; por lo tanto es recomendable que se les enseñe sobre las barreras sociales, es decir sobre lo que está permitido y lo que no (Bertomeu, 2002).

Por lo regular a las mujeres con algún tipo de discapacidad se les dice que el matrimonio no es una posibilidad para ellas, lo cual en ocasiones puede ocasionar que inhiban aquellos sentimientos o conductas relacionadas con la sexualidad; por lo tanto algunas de estas mujeres no reconocen la necesidad de realizarse una revisión anual con el médico (Welner, 1997).

Las personas con DI tienen menos posibilidades de aprender sobre la sexualidad que las personas de la población típica (McCabe, 1999). Esto es así, debido a la forma en la que se percibe esta población.

De acuerdo con McCabe (1999) el desarrollo y la evaluación de programas de educación sexual para personas con DI debe de ser desde un enfoque integrativo, es decir, que abarque tanto información de temas sexuales, como

formación de las personas: cómo integrarse a la sociedad, de qué manera establecer relaciones sociales, manejo de autoestima.

Inclusive en cuanto al conocimiento que se tiene de la sexualidad humana son las personas con discapacidad física a diferencia de las personas con DI, quienes cuentan con mayor conocimiento sobre el tema, de acuerdo con McCabe (1999) estos resultados se obtuvieron aún después de haber brindado un programa informativo con temas como anticoncepción, menstruación, masturbación; por lo tanto estos resultados sugieren que aún se requiere de un gran esfuerzo para la educación de la sexualidad en personas con discapacidad.

Las personas de la población típica obtienen información de temas sexuales de clases, maestros, padres, amigos y medios de comunicación, es decir tienen forma de compartir sus experiencias así como dudas acerca de los conocimientos que tienen, a diferencia de las personas con discapacidad que son incluso limitados para expresar libremente pensamientos, ideas y sentimientos sobre este tema (McCabe, 1999).

La buena salud sexual es el resultado de la experiencia permanente en el proceso de cuidados físicos, psicológicos y socioculturales López-Sosa y Tévar (2005) propone, que en cuanto a los programas de educación sexual debería abarcarse desde el enfoque de los sistemas, ya que la sexualidad es un sistema más que compone al ser humano.

La sociedad ha considerado asexuados a los adultos con DI o han reprimido su comportamiento sexual restringiéndoles información o castigándolos (Craft, 1987, citado en Yoot et al., 2003). Esto contrasta con una visión de derechos humanos considérese que en una serie de publicaciones Craft (1985, 1987; citado en Karetou, 2003) identifica seis derechos relacionados con la sexualidad de personas con DI, se enlistan a continuación:

- 1) El derecho de crecer.- Que significa que las personas deben de ser tratadas con dignidad y respeto, de acuerdo con su edad adulta.
- 2) El derecho de saber.- El tener acceso a la información acerca de su cuerpo, emociones y maneras apropiadas de expresar su sexualidad.
- 3) El derecho a su sexualidad.- En este sentido que se les permita conocer, decidir, mantener y dar por terminada una relación sentimental.
- 4) El derecho a ser protegidos contra un abuso sexual.- La sociedad debe de desarrollar las leyes y los castigos hacia las personas que cometan este tipo de delitos.
- 5) El derecho de expresar su sexualidad a pesar del desacuerdo o desaprobación por parte de familia y cuidadores.

- 6) El derecho a vivir en un ambiente humano que les permita servir e incorporarse a la sociedad.

En las investigaciones realizadas por Chivers y Mathieson (2000) el personal que está a cargo de personas con DI ha mencionado que tocar temas como la sexualidad con esta población se torna difícil, sobretodo problemas con el comportamiento sexual de los hombres, tales como el masturbarse en lugares públicos, querer contacto físico y/o insistencia en tocar áreas genitales del personal femenino. La respuesta por parte del personal va desde enviar a la persona con DI a un programa de educación sexual, ignorar el comportamiento o investigar las posibilidades de que el hombre tenga contacto con una trabajadora sexual. Este tipo de respuestas ha ocasionado un debate y originado el discurso de que el hombre tiene necesidades biológicas que deben ser satisfechas.

Una vez que se identifican cuáles son las fuentes negativas y confusas de las que se obtiene la información, es necesario identificar específicamente la información necesaria para el individuo y de esta forma comunicarla en base a su demanda. Esto probablemente se dé en sesiones formales de educación, y/o de manera cotidiana e informal mediante el personal de cuidado (Walsh, 2000).

Aunque, las personas con DI presentan las mismas necesidades sexuales al igual que la población típica, tienen dificultades para expresarlas (Koller, 2000). La discapacidad puede traer algunos cambios en las funciones motoras y



sensoriales, en la percepción, emociones y pensamiento lo que ocasiona dificultades para interaccionar socialmente. La discapacidad es un problema de la sociedad en general que incrementa progresivamente y tiene consecuencias serias no sólo para las personas que viven con la discapacidad, ya que hay escasas oportunidades para que este tipo de población se integre a la sociedad (Torices & Bonilla, 2004).

Durante la adolescencia, debido a la falta de programas educativos adecuados, las personas con DI a menudo tienen sentimientos de pena, miedo, incluso culpa en relación con sus órganos sexuales, reacciones de tipo sexual y sentimientos negativos, que en realidad debería de ser vistos como parte natural del proceso de maduración. Mientras que en la juventud y vida adulta, el interés en su propia sexualidad se incrementa, así como el deseo sexual. Sin embargo, la sexualidad probablemente puede ser acompañada de sentimientos negativos, miedo y ansiedad (Leutar & Mihoković, 2007).

Dado lo anterior autores como Leutar y Mihoković (2007) afirman que las personas con alguna discapacidad física, emocional o cognitiva tienen el derecho de recibir educación sexual, cuidados de higiene y la oportunidad de socializar y expresar libremente su sexualidad. Incluso tanto familias como profesores y cuidadores deben de capacitarse para entender de mejor manera los asuntos relacionados con la sexualidad en personas con discapacidad, de esta forma ayudará a que estos últimos brinden mejor apoyo en los asuntos de salud y educación sexual de personas con discapacidad; esta información y preparación

interviene para lograr minimizar los riesgos de explotación y abuso sexual (Leutar & Mihoković, 2007). De hecho, algunos autores como Yoot et al. (2003) señalan que tanto la sociedad y cuidadores de personas con DI deben tener claro que esta población puede comprender y entender la sexualidad humana como la población típica, esto favorecerá a una actitud más positiva en cuanto al tema. Esto es así, porque la sexualidad es una parte importante del ser humano y se refleja todos los días de las personas con DI de la misma forma que en la vida de las personas de la población típica (Christian et al., 2001).

Investigaciones de Leutar y Mihoković (2007) realizadas con adolescentes con síndrome de Down, señalan que una cuarta parte de la población por debajo de 14 años de edad, muestran interés por el sexo opuesto y al pasar esta edad en número se duplica. Satisfacen sus deseos sexuales por medio de la masturbación (Löfgren-Martensen, 2004; Leutar & Mihoković, 2007), ésta última es dos veces más común en hombres que en mujeres (Buckley & Sacks, 1987, citado en Leutar & Mihoković, 2007).

En cuanto a la forma de amar en las personas con DI existen algunas diferencias, Sternberg (1986) propone el “triángulo del amor”, donde el amor está compuesto por tres elementos: intimidad, pasión y compromiso; explica que para que se dé un amor estable deben de estar combinados apropiadamente estos tres componentes. De acuerdo con investigaciones realizadas por Cheausuwantavee (2002) menciona que las personas con DI están menos preocupadas que las

personas de la población típica porque estos factores se den dentro de una relación.

### **2.3. Actitudes sobre la sexualidad de personas con DI**

La mayoría de las personas reconocen que la sexualidad es un componente natural, e importante de la autoestima, bienestar emocional y para la calidad de vida. Sin embargo, la sociedad aún no reconoce la sexualidad en las personas con DI. Un factor que da un mayor grado de dificultad a esto es que a este grupo de personas se les percibe como “eternamente niños” que no pueden tener deseos sexuales. Esto es de relevancia si se considera que de acuerdo a cifras otorgadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) alrededor del 10% de la población mundial, aproximadamente 650 millones de personas, presenta alguna discapacidad. Y dado los avances en la expectativa de vida esta cifra se está incrementando. Con respecto a México en el XII Censo General de Población y Vivienda 2004 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2004), se estimó que el 1.8% de la población mexicana presentaba alguna discapacidad, esto es aproximadamente 1, 795,000 personas y de esta cifra de personas aproximadamente 16.1 % corresponde a personas con alguna discapacidad intelectual. Sin embargo, a pesar de las dimensiones de esta parte de la población pocos aspectos han sido abordados desde el campo científico en relación a la sexualidad en la discapacidad intelectual.

Debido a que es recientemente que se ha comenzado a dar apertura a este tema, aún existe la necesidad de crear programas de educación sexual que permitan a la población tener un acercamiento más informado sobre este tipo de temas. La relevancia de crear programas de sensibilización y de capacitación para el desarrollo sexual en la DI, se hace evidente cuando se considera que existe un factor de vulnerabilidad cognitiva en la población con DI, que pone en riesgo su integridad física, sexual, emocional y social. A este respecto, la ONU plantea que las mujeres y niñas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso. Según una pequeña encuesta realizada en Orissa (India), el 25% de las mujeres con DI habían sufrido algún tipo de abuso sexual y el 6% de las mujeres con discapacidad habían sido esterilizadas sin su consentimiento.

Por ejemplo, las mujeres con discapacidad, sin importar su edad biológica, son vistas como niñas, inocentes, pasivos, vulnerables, seres asexuado (Rintala, Howland, Nosek, Bennett, Young, Foley, Rossi & Chanpong, 1997; Shakespeare, 1999).

A lo largo del tiempo la población con DI se ha visto limitada porque ha sido encasillada en roles que limitan sus sentimientos así como su vida sexual (Karettou, 2003). En general, la sociedad y su cultura continúan fomentando la asexualidad en personas con DI esto representa una barrera para una educación sexual –tanto para trabajadores como para personas con DI- lo cual se ve reflejado en problemas sexuales así como en actitudes inapropiadas hacia la sexualidad.

La Sociedad Nacional de Autismo de Inglaterra (s/f, citado en Balázs, 2006) menciona algunos problemas socio-sexuales de que las personas con DI se masturben: a) que la masturbación sea en público, 2) que la masturbación sea de manera excesiva, ocasionando que el área genital se irrite o interfiera con otras actividades diarias, y 3) la incapacidad de alcanzar la satisfacción mediante la masturbación, ya que en ocasiones la persona tiene dificultades para coordinar sus movimientos.

Por otra parte, estas actitudes conservadoras, limitan el desarrollo humano de las personas, especialmente aquellas con discapacidad intelectual. Por ejemplo, las personas con algún tipo de discapacidad, ya sea física o mental, presentan dificultades para encontrar pareja y entablar relaciones interpersonales íntimas, esto debido a sus limitaciones así como a los prejuicios por parte de la sociedad, a diferencia de las personas de la población típica (Rintala et al. 1997). La capacidad de tener una relación estable está asociada con el desarrollo de las capacidades, madurez y el estado de preparación de las dos partes de la pareja (Löfgren-Mårtenson, 2004).

Otro ejemplo, es el caso de que aunque existen pequeños grupos de personas con discapacidad intelectual que cree que su futuro incluirá niños y una familia (Löfgren-Mårtenson, 2004), el tema del derecho a la maternidad ha sido poco discutido. De hecho, en la actualidad aunque es considerada como una opción más que como una obligación, en el caso de las mujeres con algún tipo de discapacidad los padres, cuidadores e incluso la misma sociedad no se muestran

abiertos a considerar la posibilidad de que esta población pueda tener y criar hijos (Prittettensky, 2003).

Las actitudes negativas y el desconocimiento sobre la sexualidad en la DI han llevado a adoptar mitos y actitudes negativas hacia este tema. Por ejemplo, hasta hace poco, las mujeres con discapacidad cognitiva era consideradas peligrosas, pensaban que la “debilidad cognitiva” era transmitida generación tras generación (Block, 2000). En Tailandia la población ve a las personas con DI como pecadores, por lo cual deben de asistir al templo una vez que reconocen su sexualidad, de esta manera esos pensamientos deben de ser expulsados de su mente (Cheausuwantavee, 2002).

Estos mitos sobre la sexualidad de las personas con DI han llevado a tomar decisiones inadecuadas en su educación. Por ejemplo, algunos estudios mostraron que una de las razones principales para mantener aislados a las personas con DI en cuanto a recibir información sobre la sexualidad o decirles que tener relaciones sexuales es placentero es el temor a embarazos no deseados y abusos sexuales (Chivers & Mathieson, 2000). Esto explica el porqué mantener alejados a las personas con DI de explorar sus propias necesidades y deseos sexuales.

Este tipo de reacciones ha tenido un efecto en el desarrollo sexual de las personas con DI, por ejemplo a menudo las personas con discapacidad intelectual sienten la inquietud, la vergüenza y el miedo, incluso culpa en relación con sus

órganos genitales, reacciones sexuales y sentimientos que son parte del proceso normal de maduración. La experiencia de la propia sexualidad de las personas con discapacidad en ocasiones es expresada en términos de miedo e inseguridad, causando la represión de sus propias necesidades sexuales y deseos, la evitación de temas sobre la sexualidad. Mientras que por otra parte, algunas personas con DI tienen una actitud extremadamente positiva hacia su sexualidad, cayendo en que no tienen un sentido suficientemente desarrollado de responsabilidad y ni la necesidad de la protección de dignidad (Tepper, 2000; Leutar & Mihoković, 2007).

Los enfoques sobre el estudio de la discapacidad han ayudado para comprender mejor esta última; exploran la discapacidad como una forma de represión, discriminación y prejuicios por parte de la sociedad, ya que es por parte de esta donde nace la exclusión de las personas con discapacidad (Shakespeare, 1999).

Algunos autores como McCabe (1999) señalan que las personas con DI deberían de recibir información sobre conocimientos generales de la sexualidad, de esta forma padres y cuidadores estarían capacitados para informar sobre este tema, ya que el conocimiento en la materia de sexualidad es un factor importante para las actitudes que se tienen hacia la población de personas con DI y sexualidad; ya que de acuerdo con Sandowski (1993; citado en McCabe, 1999) el conocimiento sobre el tema de sexualidad ayuda a que los cuidadores y padres de

personas con DI respondan de una manera más positiva en cuando a la manifestación de algunas conductas sexuales de la población con DI.

A lo largo de la historia la sociedad ha reaccionado de diferentes formas a las expresiones sexuales de las personas con DI (Balázs, 2006). Las actitudes respecto a este tema están influenciadas por factores como la educación, leyes, grupos étnicos, familia, grupos, experiencias personales y religión (Esmail et al., 2001).

Durante los años 60s aún existían actitudes negativas y de represión de la sexualidad de las personas con DI tanto en sus propios hogares como por parte de la sociedad. Fue a finales de esta década, que comenzaron a reconocer tanto los derechos como las necesidades sexuales de la población con DI. En esta misma época fue cuando comenzaron a desarrollarse los programas de educación sexual tanto para padres como para cuidadores de personas con DI (McCabe, 1999).

Entre la década de 1960s y 1970s la sociedad empezó una apertura mayor hacia las cuestiones relacionadas con sexualidad y personas con DI. Un ejemplo de esto, es que en algunos lugares se reconoce la importancia de crecer juntos como familia, de manera que puedan llevar una vida lo más cercana a la población típica (Löfgren-Mårtenson, 2004).



En los años 60s con los movimientos activistas hubo reformas en cuanto a temas como la sexualidad y DI, ejemplo de esto es que la masturbación fue aceptada como un medio para la liberación sexual (Gordon, 1971, citado en Balázs, 2006).

En general, la actitud en cuanto a las personas con DI ha cambiado conforme el paso de los años, ésta se ha vuelto más liberal. Estudios realizados desde los últimos años de la década de los 70s principios de los 80s manifiestan que la expresión sexual por parte de personas con DI era mal vista por los cuidadores e incluso la consideraban inapropiada (Haavik & Menninger, 1981; Mitchell, Doctor & Butler, 1978; Saunders, 1979, citados en Yoot et al., 2003). Sobre esta misma época otros estudios revelan que los cuidadores de las personas con DI “toleraban” expresiones como que las personas se besaran o se tomaran de la mano, sin embargo otro tipo de expresión sexual era completamente desaprobada (Haavik & Menninger, 1981; citado en Yoot et al., 2003).

Otros estudios como los de Coleman y Murphy (1980, citado en Yoot et al., 2003) señalan que -durante esa misma época- algunos cuidadores permitían que las personas con DI se masturbaran. Sin embargo otros estudios de los últimos años de los 80s y principios de los 90s señalan que la actitud por parte del personal se ha vuelto más liberal (Murray & Minnes, 1994; Toomey, 1989; Adams, Tallon & Alcorn, 1992; citados Yoot et al., 2003). Estos cambios de actitud por

parte del personal joven se ve reflejado en un cambio de actitud de la sociedad en general (Yoot et al., 2003).

Así mismo, un estudio realizado en Italia (Bazzo, Nota, Soresi, & Minnes, 2007) señala que quienes trabajan en los servicios de tratamiento ambulatorio, expresan actitudes moderadamente positivas hacia la sexualidad de personas con discapacidades en el aprendizaje.

En el estudio realizado por Löfgren-Martensen (2004) muestra que los padres y el personal de las instituciones sienten responsabilidad por la sexualidad de los jóvenes y a veces reaccionan de una manera autoritaria.

En un estudio llevado a cabo en Turquía por Isler, Tas, Beytut y Conk (2009) mostró que solamente el 15% de los adolescentes con alguna dificultad en el aprendizaje hablan sobre sexualidad con sus familiares de una manera fácil.

La expresión sexual por parte de personas con DI no ha sido un problema para ellos pero si para las personas que trabajan con ellos (Tarnai & Tarnai, 1998, citado en Balázs, 2006).

De acuerdo con Yoot et al. (2003) se conoce poco sobre las actitudes que tiene el personal de las personas con DI con respecto a su sexualidad.

Los estudios realizados por Yoot et al. (2003) señalan que una actitud liberal, por parte del personal que trabaja con personas con DI, fue manifestada en cuanto a la masturbación como expresión de la sexualidad y privacidad de la persona; sin embargo el personal muestra desaprobación en que sean las personas con DI quienes tomen las decisiones en cuanto a su vida sexual.

Las personas que cuidan tienen un papel fundamental en la formación de experiencias e identidad sexual de las personas con DI, son ellos mismos (los cuidadores) quienes marcan la importancia de que el individuo con DI experimente el desarrollo de habilidades sociales que les permita integrarse a la población (Swango-Wilson, 2008). Son los cuidadores quienes proveen de experiencias sociales que le permiten a la persona con DI definir sus límites, y el reconocimiento de un comportamiento adecuado o inadecuado (McCabe, 1999; McConkey, 2001; citado en Swango-Wilson, 2008).

Löfgren-Martensen (2004) y Peters (2007) mencionan que tanto cuidadores como padres describen sentimientos de ambivalencia en cuanto al tema de la sexualidad en jóvenes con discapacidad intelectual; por un lado, quieren darles la oportunidad de decidir por ellos mismos, pero por otro en cuanto a la toma de decisiones con aspectos relacionados con la sexualidad se torna difícil el darles la libertad de decidir. El sentido de responsabilidad es opacado por el miedo de que alguien salga embarazada, sea abusado sexualmente o pierda el control de su sexualidad (Tymchuk, 1992; Smith, 2006).

Las actitudes, las creencias así como los valores por parte de los cuidadores influyen en las personas con discapacidad (Christian et al., 2001). La información e investigación que existe en cuanto a la sexualidad en personas con DI es poca, lo que ocasiona que exista una barrera en cuanto a las actitudes y la expresión sexual que se tienen del tema en relación a esta población. Por tal motivo es importante que médicos, enfermeras, psicólogos, educadores, consejeros, se involucren en programas para romper la barrera que existe sobre este tema (Cheausuwantavee, 2002).

#### **2.4. Teoría de la integración de la información como una aproximación al estudio de los juicios acerca de la sexualidad en personas con discapacidad**

Una forma alternativa de observar el funcionamiento de la arquitectura cognitiva de un individuo es por su aspecto funcional. En particular Anderson (1996) postuló una teoría cognitiva que asume que los individuos procesan componentes de información del mundo que les circunda para luego integrar dichos componentes de una forma matemática. Dicha función de integración sigue reglas algebraicas muy simples de sumas, multiplicaciones y promedios que tipifican la conducta como humanos. A continuación se describe brevemente el origen de esta visión que se encuentra en la llamada Teoría de la Integración de la Información (TII).

## 2.5. Teoría de la integración de la información

De acuerdo con Anderson (1981) aunque los procesos cognitivos actúan durante la vida diaria de las personas y los psicólogos pueden estar conscientes de este hecho, no es fácil acceder de una manera controlada a dichos procesos, lo que ha hecho que la medición de este tipo de fenómenos sea compleja y controversial dentro del campo de la psicología. En este último es común encontrar que los fenómenos como el pensamiento, la conducta, la toma de decisiones, etc., dependen de más que una sola determinante (Anderson, 1981, 1982, 1996). Generalmente lo que se observa, es que los fenómenos psicológicos son multicausales. Por ejemplo, cuando una persona elige formalizar un compromiso romántico a largo plazo con otra persona, no solamente considera la atracción física como el único factor relevante a evaluar, sino que también toma en cuenta los aspectos como el carácter de la otra persona, las metas en común, etc.

Esta característica de la múltiple determinación ha hecho difícil el estudio de los fenómenos, porque no es fácil abordarlos de manera conjunta y aun más, la unificación de los hallazgos se vuelve complicada cuando sólo se describe una relación o asociación entre las determinantes o factores asociados a un fenómeno, pero no se determina el grado de contribución ni la forma en que dichos determinantes se integran en una respuesta unitaria (Anderson, 1982).

Una forma de aproximar esta problemática, es a través de la Teoría de la Integración de la Información (TII), que es una teoría general unificada, cuyo

interés principal es la comprensión integral del pensamiento y la acción humana cotidiana. Esta teoría considera al organismo como un procesador que utiliza las piezas de información de una manera integrada para producir una respuesta unitaria. Por otra parte, la TII permite tener una aproximación nomotética e ideográfica en la exploración de un fenómeno, es decir busca las leyes generales que rigen la acción y el pensamiento humano pero también permite evaluar y considerar las diferencias individuales (Anderson, 1996; Guillet et al., 2002).

En general, Anderson (1981) señala que la TII presenta una visión funcional del pensamiento y la acción humana, también propone una nueva forma de aproximar la medición de estos, a través de la perspectiva funcional y del álgebra cognitiva. Estos dos pilares de la TII son descritos con mayor detalle a continuación.

## **2.6. Perspectiva funcional**

Las teorías funcionalistas dentro de psicología tienen como objetivo determinar leyes y principios por los cuáles un sistema cognitivo tiende a comportarse. Este es el caso de la psicofísica (Gescheider, 1997) y de modelos matemáticos cognitivos, psicométricos y de escalamiento. Esta aproximación se caracteriza sobre todo por su alto contenido formal y matemático, y es de esta aproximación que las leyes actuales en psicología tienden a estar basadas. Aunque dicha aproximación señala los componentes que participan dentro de un

sistema cognitivo, sólo explican la organización y función de los componentes, pero no en sí la esencia de estos (Anderson, 1996). Esto es típico de las ciencias duras que pretenden establecer las bases formales del comportamiento de un sistema. La ley de gravedad, por ejemplo, establece una regla matemática por la cual una fuerza ejerce atracción en objetos con masa, sin embargo, no explica en sí qué es esa fuerza.

Esta perspectiva funcional ha encontrado como su máximo exponente dentro de un enfoque de cognición social en la teoría denominada álgebra cognitiva (Anderson, 1982), que explica de una forma matemática y funcional cómo es que la información es combinada en estilos de percepción y emisión de juicios en un humano.

En general, la perspectiva funcionalista propone que el tratamiento de la información, es afectado por las metas del propio individuo, es decir el pensamiento y el comportamiento humano se conceptualizan en términos de conducta dirigida hacia metas. Lo anterior es de relevancia, porque el sentido del propósito en una conducta o en procesos cognitivos permite la asignación de valores en términos de la intensidad o el grado de acercamiento o alejamiento hacia la meta. Esto representa una cualidad básica para llevar a cabo la medición de dichos procesos (Anderson, 1996).

Sin embargo, la medición de los valores ha sido un problema central dentro de la psicología, dado que no existe un método o instrumento que mida de manera

exacta dichos valores. Esto es porque fenómenos como las emociones, la moral, entre otros, son difíciles de manipular y medir dada su naturaleza compleja y multifactorial (Anderson, 1981). Por ejemplo, cuando una persona elige formalizar un compromiso romántico a largo plazo con otra persona, no solamente considera la atracción física como el único factor relevante a evaluar, sino que también toma en cuenta los aspectos como el carácter de la otra persona, las metas en común, etc.

Anderson (1996) ha señalado que esta característica de la múltiple determinación ha hecho difícil el estudio de los fenómenos, porque no es fácil abordarlos de manera conjunta y aun más, la unificación de los hallazgos se vuelve complicada cuando solo se describe una relación o asociación entre las determinantes o factores asociados a un fenómeno, pero no se determina el grado de contribución ni la forma en que dichos determinantes se integran en una respuesta unitaria. Esto es de relevancia si se considera que las teorías funcionalistas dentro de psicología tienen como objetivo determinar leyes y principios por los cuáles un sistema cognitivo tiende a comportarse. A este respecto al TII ha generado una alternativa para solucionar el problema de la medición cuantitativa y de la consideración de la múltiple determinación. La TII propone tomar como eje de partida para la medición el concepto de la intencionalidad de la conducta. Esto es así porque, la intencionalidad permite medir en un eje dimensional de acercamiento o alejamiento de la meta (Anderson, 1996).



Desde la perspectiva funcionalista (Anderson, 1981) los humanos actúan en términos de metas, de hecho la vida diaria es caracterizada por la intencionalidad consciente. Desde la obtención de la comida hasta el diseño de un experimento, las acciones humanas están dirigidas a una meta. Esta intencionalidad revela por sí misma parte de la conciencia, particularmente en la organización del pensamiento y acción.

La intencionalidad es el primer axioma de la psicología. El propósito de la conducta tiene dos principales implicaciones para la teoría de la integración de la información. La primera es una perspectiva funcional: el pensamiento y la acción son conceptualizados en términos de sus funciones en la conducta dirigida hacia una meta (Anderson, 1981).

La segunda implicación de la intencionalidad, deriva de la primera, provee un medio para su análisis (Anderson, 1981). Esta es una representación unidimensional de la cognición. El pensamiento y la acción tienen un carácter básico de aproximación – rechazo; ellos están dirigidos hacia la meta o lejos de las metas.

En la vida diaria, también, en acercamiento – alejamiento es un eje fundamental del pensamiento y la acción. El deporte está típicamente centrado sobre ganar o perder, las reacciones hacia otras personas exhiben una dimensión básica de agrado – desagrado, etc.

Esta representación unidimensional está encapsulada en el concepto de valor. El valor incluye y representa el pensamiento y la acción dirigida hacia una meta. Aunque una representación de valor unidimensional omite mucho de importancia, ésta captura algo de primera mano, denominado, dirección hacia la meta. Aproximarse y alejarse están representados por valores positivos y negativos asociados a metas (Anderson, 1982). Con esta representación unidimensional, el análisis cuantitativo de una conducta compleja llega a ser pensable. Pero los valores deben de ser medidos. La medición es necesaria para cuantificar la dirección de la meta. La medición es necesaria para actualizar la representación del valor. La medición de valores ha sido muy controversial en la psicología aun para las sensaciones simples de dulzura y agudeza.

La intencionalidad conduce a dos problemas fundamentales, la determinación múltiple y el valor personal. El problema de la medición tiene una solución. La clave viene con el descubrimiento del álgebra cognitiva. Anderson (1996) afirma que el álgebra cognitiva puede operar a nivel de la conciencia fenomenológica, aún cuando se analicen conceptos no conscientes. El álgebra cognitiva entonces provee una llave para abrir la promesa de la intencionalidad consciente, este enfoque es abordado a continuación.

## 2.7. Álgebra cognitiva

El álgebra cognitiva, brinda la oportunidad de inferir las reglas cognitivas para emitir un juicio, a partir de la combinación de valores otorgados a dos o más estímulos (piezas de información) (Guedj et al., 2005); por medio de estas reglas cognitivas las determinantes son integradas para dar una respuesta unitaria. Esta conceptualización unidimensional tiene un cierto valor ecológico dado que en la vida diaria el acercamiento o alejamiento hacia una meta es un eje central para la realización de acciones, toma de decisiones, pensamiento, etc.

Estas reglas algebraicas (Anderson, 1981, 1982, 1996) implican la existencia de un valor unidimensional del estímulo, así como un carácter unidimensional de la respuesta dirigida hacia una meta. Dado que el acercamiento y el alejamiento pueden ser representados con valores positivos y negativos, se abre la oportunidad de medir esta representación unidimensional a través del análisis cuantitativo.

En general el álgebra cognitiva, asume que las personas colocan los valores subjetivos sobre diferentes piezas de información y que ellos cambian dichos valores por medio de una operación algebraica (Anderson, 1981, 1982, 1996). A este respecto, los estudios sobre la toma de decisiones y el juicio ofrecen una diversidad de ejemplos de las reglas utilizadas por los individuos para integrar

la información en los procesos del juicio. Las reglas más comunes son la aditiva, la multiplicativa (o disyuntiva) y el radio (Anderson 1996).

Y aún cuando los valores para cada determinante varíen, dado que éstos son personales y pueden diferir entre grupos, culturas, entre los individuos de un mismo grupo, e incluso para el mismo individuo en diferentes tiempos, las reglas de integración pueden ser aplicadas a una variedad de conjuntos de determinantes (ver Anderson, 1982; Guillet et al., 2002). Esta aproximación funcional al comportamiento cognitivo de las personas parece tipificar matemáticamente una gran cantidad de conducta humana. Por ejemplo, en el área de estudio de la formación de impresión de personas se ha encontrado que las personas integran atributos de otros individuos de una forma sumativa (ver Figura 2.1).

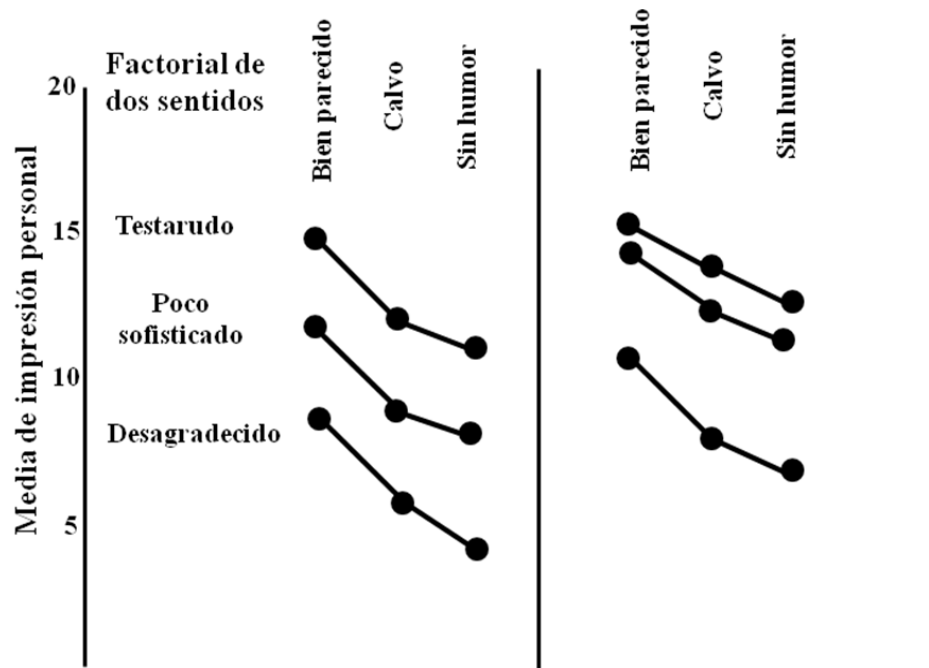


Figura 2.1. Los atributos personales de otras personas parecen combinarse de una forma lineal para formar un grado de impresión en uno mismo.

Esta aproximación funcional a la integración de la información se ha dado a conocer como álgebra cognitiva y en el caso de la formación de impresión de personas constituye toda una línea de investigación que postula una aproximación “Elementalista” o determinista sobre como percibimos a otras personas (Anderson, 1981, 1982, 1996).

Evidencia en contra de esta posición es presentada por el enfoque teórico denominado “Percepción Holista” que asume que la impresión que el individuo se forma de otras personas se basa en algo global y no en las partes específicas de las personas. En la actualidad, ambas posturas parecen complementarse para así

presentar evidencia de que el cerebro puede comportarse de las dos formas dependiendo del contexto cognitivo en el que se encuentre (Fiske & Taylor, 1991).

El modelo de álgebra cognitiva presentado por la TII ha mostrado de forma empírica que los humanos tendemos a combinar algebraicamente información en varios dominios del conocimiento a veces en forma de promedios Anderson (1991), de forma multiplicativa (Neto & Mullet, 1998), reglas de promedio (Farkas, 1991) y modelos particulares expresados por coeficientes de pesos balanceados (Guillet et al., 2002; Karpowicz Lazreg & Mullet, 2001). A este respecto, un tema que ha sido poco explorado desde esta perspectiva es el de la sexualidad en la discapacidad, a continuación se describe la situación actual de este campo desde la perspectiva funcionalista.

## **2.8. Modelo de integración de la TII aplicado a la sexualidad de personas con DI**

La teoría de la integración propone que el organismo se desenvuelve en un ambiente lleno de variables que son determinantes de las respuestas de dicho organismo (Anderson 1981). Y el procesamiento de dichas determinantes involucra desde la recepción de los estímulos observables y la asignación de valores a dichos estímulos hasta la integración de estos valores en una respuesta psicológica que después se traducirá en una respuesta explícita (Ver Figura 2.2). En este modelo se pueden observar varios factores que se refieren a procesos y variables involucrados en la elaboración de juicios. Tres procesos conocidos como

los inobservables: valuación, integración y respuesta psicológica. Y variables o factores observables como los estímulos físicos y las respuestas observables.

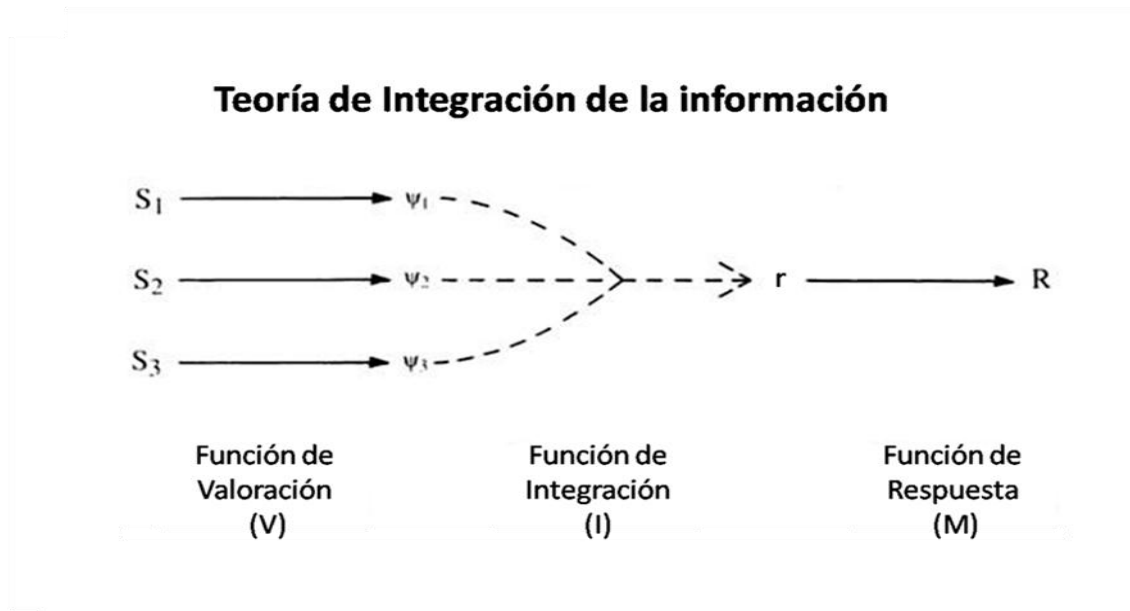


Figura 2.2. Teoría de Integración de información (TII).

En la figura anterior note que el operador de valuación se refiere a la extracción de información del estímulo. Y está relacionado a la transformación del estímulo observable,  $S_i$ , en representaciones subjetivas  $\Psi_i$ . Posteriormente, se encuentra el proceso de la integración, éste comprende las cadenas de procesamiento que intervienen en la integración de estos valores psicológicos en una respuesta unitaria denominada respuesta implícita,  $\rho$ . Finalmente, se observa el operador de la acción transforma la respuesta implícita,  $\rho$ , en una respuesta observable,  $R$  (Anderson, 1981).

Estos conceptos pueden ser aplicados a diversos temas, por ejemplo en la toma de decisiones, en la percepción de las relaciones amorosas, etc. En las siguientes secciones se describe la forma en que este modelo ha sido aplicado al estudio de la percepción de la sexualidad en personas con DI en base al álgebra cognitiva.

## **2.9. Álgebra cognitiva y sexualidad en la discapacidad intelectual**

Actualmente el estudio de la sexualidad en la discapacidad, es un tema que ha generado controversias no sólo por el contenido de estudio sino también por los métodos que han sido utilizados para explorar las diferentes áreas del fenómeno. En relación a esto, el estudio de las actitudes hacia el ejercicio de la sexualidad ha sido explorado generalmente a través de instrumentos que han permitido determinar o señalar factores que influyen la postura de las personas ante este tema.

La mayoría de las investigaciones en este campo coinciden en que algunas variables asociadas a las características de las personas con DI (e.g. edad, sexo, condición social, tipo de discapacidad, etc.) afectan la percepción de los individuos con respecto a lo que consideran “apropiado” dentro del desarrollo y la expresión de la sexualidad en la población con DI. Por ejemplo, una de las variables que los maestros y administradores consideran de manera relevante para hacer diferencias con respecto a las prácticas sexuales, a los tipos de relaciones y a los derechos en la sexualidad de los niños con DI es el grado de severidad con que



ellos presentan dicha condición (Wolfe, 1997). Por otra parte, otro factor que se ha observado afecta los juicios sobre la sexualidad en la DI está relacionado al momento en el que se presenta la DI. Por ejemplo, se ha encontrado que existen mayores barreras ambientales y sociales para el desarrollo de las relaciones íntimas en los adultos que presentan discapacidad desde su nacimiento o desde su temprana infancia en comparación con aquellos que la presentan en edades posteriores (Rintala et al., 1997).

Además de las variables antes mencionadas, algunos estudios señalan que el factor de género también influye la forma en que se percibe la sexualidad en la población con DI. Varias investigaciones han encontrado que en el caso de las mujeres con discapacidad son percibidas menos atractivas físicamente lo cual reduce sus posibilidades de establecer una relación o encontrar una pareja estable (Rintala et al., 1997).

Estudios como los anteriores han sido de utilidad en la identificación de las variables o factores de mayor peso relacionados a la formación de actitudes y juicios con respecto a la sexualidad en la DI, sin embargo, dada la naturaleza de los instrumentos utilizados en investigaciones de este corte (escalas, encuestas, etc.) solo hasta recientemente se ha comenzado a determinar el peso específico que una persona le da a cada factor (e.g., ver Esterle et al., 2008; Morales et al., 2010). Por ejemplo, aunque en México se ha explorado los juicios de aceptabilidad sobre la sexualidad en la DI en muestras de la población típica, en poblaciones directamente involucradas en el ambiente de las personas con DI

(padres y profesionales) no ha sido claramente descifrado el mecanismo a través del cual las personas combinan estos factores y sus valores para formar sus juicios. Este es precisamente el tema de interés de la presente investigación, el cual es descrito en mayor detalle en la siguiente sección.

## **CAPITULO III**

### **METODO**

En esta sección se describe el diseño del estudio, los materiales e instrumentos así como el procedimiento que se llevó a cabo en el presente trabajo de investigación. Para ampliar la descripción de la técnica empleada, en primera instancia se hará una breve revisión acerca del álgebra cognitiva, aunque en el apartado de marco teórico ya fue abordada con mayor detalle.

#### **3.1. Sobre la Técnica de Álgebra Cognitiva**

El álgebra cognitiva es un enfoque que proviene de la Teoría de la Integración de la Información (TII) y propone que cuando las personas realizan juicios de valor sobre un objeto, una persona o una situación, ellas en términos cognitivos están utilizando reglas de tipo algebraico para combinar los valores que le asignan a los factores involucrados en dichos juicios (Anderson, 1981,1982, 1996). En si el álgebra cognitiva permite determinar no sólo los valores específicos que las personas le dan a cada pieza de información evaluada, sino que también permite determinar la forma en cómo dichos valores son combinados.

Desde esta perspectiva se ha encontrado evidencia acerca de la existencia de las reglas algebraicas cognitivas en diferentes dominios de la vida humana. Por ejemplo, se sabe, que en situaciones en donde se tiene que evaluar un escenario

sobre la relación de pareja, sobre conceder el perdón, o sobre elegir algún producto, las personas utilizan reglas de tipo algebraico para tomar una decisión.

### **3.2. Diseño del estudio**

Específicamente, se llevó a cabo un estudio experimental, basado en el diseño factorial propuesto por Esterle et al. (2008), en donde se trató de observar el efecto que tenía la manipulación de seis factores (sexo, edad, condición social, tipo de discapacidad, uso de anticonceptivos y condición mental entre la pareja) cada uno con dos niveles (ver Figuras 3.1 y 3.2).

La combinación de los diferentes factores y de sus niveles, da como resultado un total de 64 combinaciones a las cuales se les denominó escenarios.

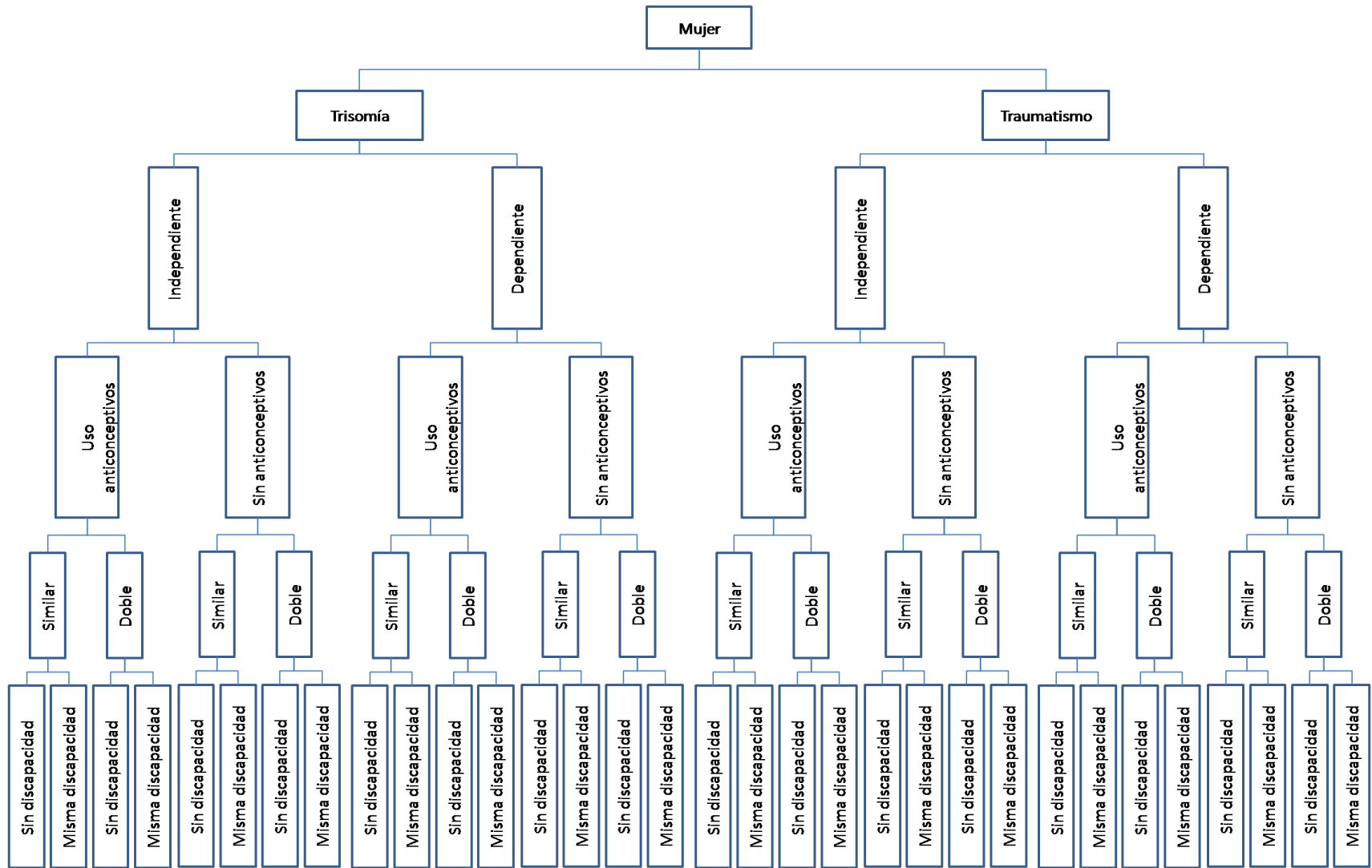


Figura 3.1. Se muestra la combinación de los factores para el primer nivel del factor sexo "mujer".

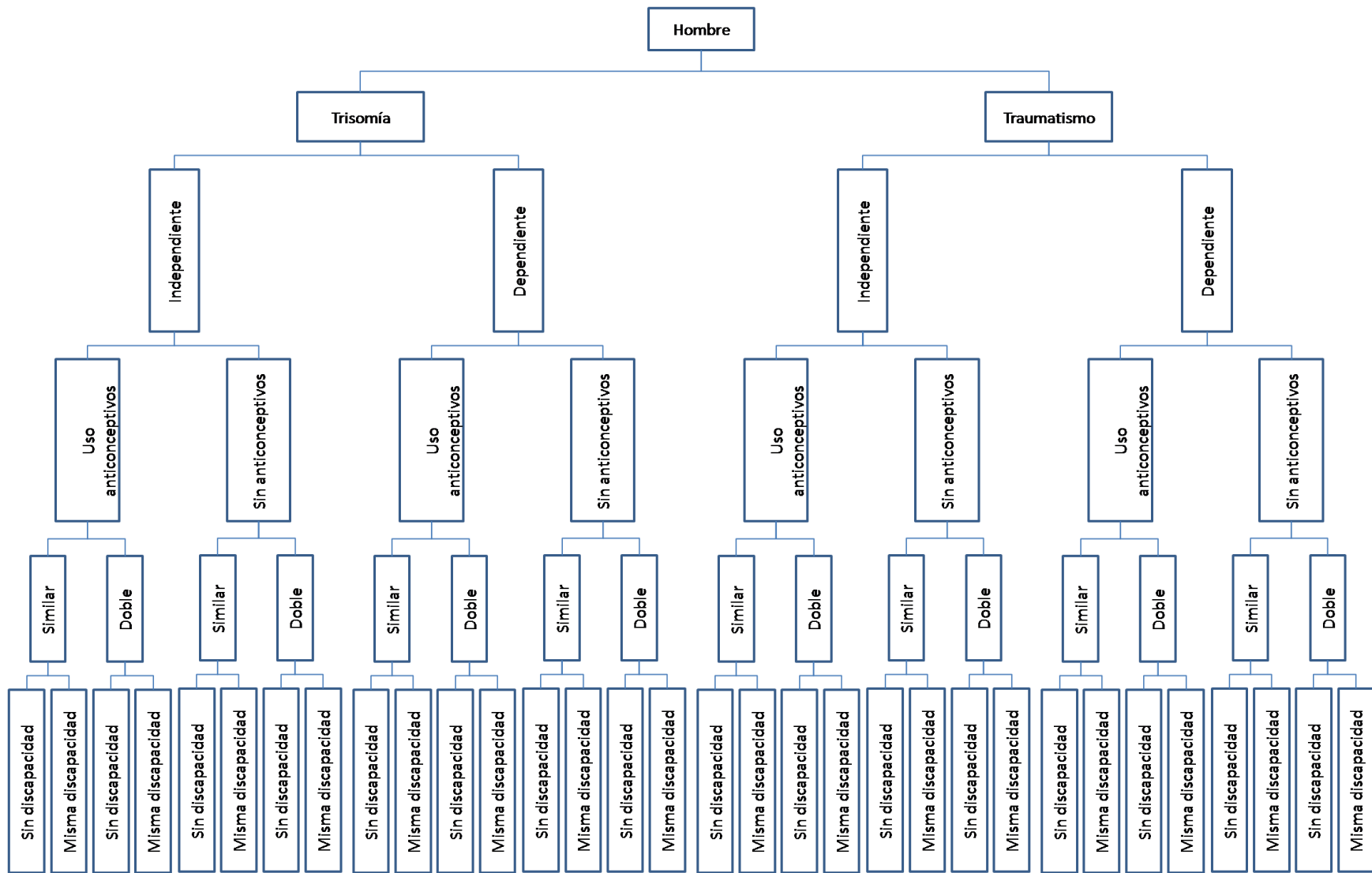


Figura 3.2. Se muestra la combinación de los factores para el primer nivel del factor sexo “hombre”.



relación con alguna persona con DI. Finalmente, la variable dependiente considerada en este estudio, fue el valor del juicio que los participantes otorgan con respecto al grado de aceptabilidad percibido acerca de la sexualidad en la discapacidad dado un escenario específico.

### **3.3. Instrumento**

Se utilizó la versión en español (Morales et al., 2010) del instrumento construido por Esterle et al. (2008), para medir el grado de aceptabilidad de las personas sobre la sexualidad en la discapacidad intelectual. Dicho instrumento consta de 64 escenarios cada uno de los cuales describe una situación de intimidad sexual entre una persona con discapacidad intelectual y otra persona que puede o no tener discapacidad intelectual.

Para la construcción de cada escenario, se consideran seis factores y sus respectivos niveles, que comprenden: género del protagonista (mujer vs. hombre), la etiología de la discapacidad intelectual (genética o trisomía 21 vs. congénita o traumatismo craneal en el nacimiento), el grado de autonomía del protagonista (dependiente vs. relativamente independiente), el uso de anticonceptivos (no utiliza vs. si utiliza), edad de la pareja (mayor que la pareja vs. similar al de la pareja) y la condición mental de la pareja (sin discapacidad vs. con la misma discapacidad). Un ejemplo de lo anterior ha sido dado previamente. Cada escenario fue presentado de manera individual en un segmento de papel blanco cuyas dimensiones fueron 10 cm. X 22 cm.



### 3.4. Participantes

En este estudio se requirió la participación de 50 padres de personas con parálisis cerebral infantil (PCI) 25 padres de personas con DI y 75 profesionales en DI, la descripción detallada de los grupos se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3.1 Datos sociodemográficos de los participantes.

Grupo	Mujeres	Hombres	Media Edad	DE
Padres de personas con PC	49	1	35	9.05
Padres de personas con DI	21	4	44	10.7
Profesionales en DI	70	5	29	9.34

Para la selección de los participantes el único criterio es que estuvieran directamente relacionados a ambientes de educación especial (escuela o institución). Para el caso de los padres, se seleccionaron padres de personas con DI (véase definición en el apartado de marco teórico) o bien de personas con PCI, que es un es un trastorno neuromotor no progresivo adquirido antes, durante o después del nacimiento (Robaina Castellanos, Riesgo Rodríguez & Robaina Castellanos, 2007). Existen diferentes clasificaciones de los trastornos neuromotores específicamente de la parálisis cerebral, que van desde aquellos que contemplan las zonas afectadas (hemiplejía, tetraplejía, etcétera) hasta las que involucran sus síntomas físicos (atetosis, espasticidad, etc.).

Aunque el diagnóstico diferencial entre la DI y PC no es relevante al diseño del estudio, pudiera ser de utilidad la delimitación de ambos cuadros para

comprender el contexto y las experiencias de las poblaciones participantes. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Criterios para el diagnóstico del retraso mental:

a. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños, un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio).

b. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptiva actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales – interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

c. El inicio es anterior a los 18 años.

Código basado en la gravedad correspondiente al nivel de afectación intelectual:

F 70.9 Retraso mental leve (317]: CI entre 50-55 y aproximadamente 70.

F 71.9 Retraso mental moderado 318.8]: CI entre 35-40 y 50-55.

F 72.9 Retraso mental grave [318.1]: CI entre 20-25 y 35-40.

F 73.9 Retraso mental profundo [318.2]: Ci inferior a 20 o 25.

F 79.9 Retraso mental de gravedad no especificada [319]: cuando existe clara presunción de retraso mental, pero la inteligencia del sujeto no puede ser evaluada mediante los test usuales.

Aunque se sabe que no todas las personas con PCI presentan una discapacidad intelectual, se seleccionó esta muestra de padres ya que están familiarizados con el tema de DI. Con respecto a la muestra de profesionales en DI, el único criterio que se utilizó para su selección es que dichos participantes hayan trabajado por lo menos con una persona con DI.

Todos los participantes tomaron parte del estudio de manera voluntaria y se les informó que los datos del estudio serían manejados de manera confidencial.

### **3.5. Procedimiento**

Los participantes de la investigación fueron citados de manera grupal. La sesión de aplicación fue dividida tres fases:

*Fase 1: Consentimiento.* Durante esta etapa se obtuvo el consentimiento verbal de todos los participantes y se les especificó que la participación sería completamente voluntaria y confidencial. Para ello se le proporcionó a cada participante el instrumento y se les informó del objetivo del estudio, las características del instrumento.

*Fase 2: Calibración o práctica.* Se proporcionaron a los participantes las instrucciones del estudio de manera verbal y escrita en una pieza de papel de 10 x 20 centímetros, tal como se ilustra a continuación:

“El objetivo de este estudio es obtener información acerca de la percepción que se tiene sobre la sexualidad de las personas con alguna discapacidad intelectual. Para ello se le presentarán 64 situaciones escritas llamadas escenarios acerca de una relación de pareja. En estos escenarios podrá obtener información acerca de las características de los personajes (ej. Condición intelectual, edad, condición social, etc.). La tarea es leer detenidamente cada escenario. Después decidir qué tan aceptable o no aceptable es la relación que mantiene la pareja descrita. Para ello, considere cuidadosamente las características y la situación de los personajes. Es importante que responda tal y como lo haría si la situación leída fuera real”.

Una vez que las instrucciones fueron leídas, los participantes contestaron las prácticas para familiarizarse con el tipo de escenarios que resolverían durante el estudio. En general, la tarea era leer el escenario de manera cuidadosa y marcar en una escala de 10 puntos, donde el primer punto correspondía a nada aceptable y el último a completamente aceptable. Una vez aclaradas las dudas con respecto al instrumento y /o a la tarea se procedió a la fase de estudio.

*Fase 3 Estudio.* Durante esta última parte se les requirió a los participantes contestar los 64 escenarios correspondientes al estudio. La tarea era leer el escenario de manera cuidadosa y marcar en una escala de 10 puntos, donde el primer punto correspondía a nada aceptable y el último a completamente aceptable. El tiempo requerido para la aplicación del instrumento, de manera individual o grupal, osciló entre 35 y 50 minutos dependiendo del participante.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

En esta sección se presenta el análisis estadístico realizado sobre los datos crudos obtenidos en la presente investigación. Para ello se llevó a cabo un ANOVA mixto de  $3 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2$ . Esto considerando los seis factores manipulados con sus respectivos niveles y los grupos participantes: muestras (padres de personas con DI, padres de personas con PC vs profesionales en DI), género del protagonista (mujer vs hombre), etiología de la discapacidad (genética o congénita), autonomía (dependiente vs relativamente autónomo), anticonceptivos (no utiliza vs si utiliza), edad de la pareja (mayor vs similar) y discapacidad de la pareja (no vs la misma discapacidad). La significancia para el análisis de los datos se estableció al nivel de  $p < .001$ .

Antes de realizar el análisis se comparó el desempeño de cada grupo considerando la edad del participante, los resultados señalan que no hubo un efecto principal ni para el factor de edad ni para el factor sexo en las muestras evaluadas. Dado lo anterior en el análisis particular de cada muestra se incluyeron los puntajes obtenidos de los participantes en conjunto. Esto significa, que tanto los efectos principales como el análisis de interacción de los factores se realizaron considerando que la misma percepción sobre las relaciones sexuales de los personajes en los escenarios se mantienen a través del factor edad y el factor de sexo.

En general, el análisis señala que no existieron diferencias significativas en el índice de aceptabilidad por tipo de grupo (padres de personas con DI, padres de personas con PC vs profesionales en DI),  $F(2,147) = 4.41, p = .01$ . Sin embargo, el nivel de aceptabilidad varió ligeramente a través de las tres muestras analizadas. En relación a esto se observa que el índice de aceptabilidad fue mayor para el grupo de padres de personas con DI ( $M= 5.51$ ) en comparación al grupo con hijos de PC ( $M= 4.26$ ) y profesionales con DI ( $M= 5.06$ ) (véase Figura 4.1).

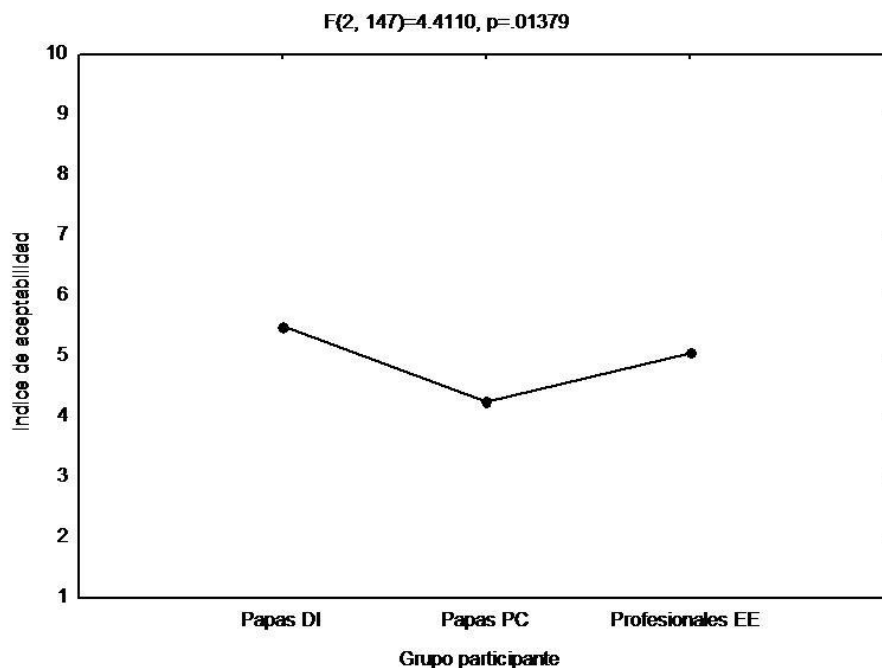


Figura 4.1 Valor de aceptabilidad por tipo de grupo.

En general, para los tres grupos el factor de mayor relevancia fue el del uso de anticonceptivos  $F(1, 147) = 164.18, p= .00001$ . Cuando la pareja utilizaba anticonceptivos, el nivel de aceptabilidad ( $M= 6.2$ ) era más alto que cuando no utilizaban anticonceptivos ( $M= 3.7$ ). El segundo factor en orden de importancia

para los tres grupos fue autonomía  $F(1, 147) = 63.2, p = .000001$ . A este respecto, el índice de aceptabilidad fue mayor cuando el protagonista era relativamente autónomo ( $M = 5.3$ ) que cuando era dependiente ( $M = 4.6$ ). El tercer factor en nivel de relevancia fue edad de la pareja  $F(1, 147) = 61.1, p = .000001$ , esto significa que el nivel de aceptabilidad ( $M = 5.3$ ) era mayor cuando la edad de la pareja era similar que cuando la pareja doblaba la edad ( $M = 4.5$ ). El último factor en orden de importancia para los tres grupos fue género con una  $F(1, 147) = 29.76, p = .0000002$ , esto quiere decir que el nivel de aceptabilidad era mayor cuando la persona era del sexo masculino ( $M = 5.1$ ) que cuando el protagonista era de sexo femenino ( $M = 4.7$ ).

Para ninguno de los grupos el factor de etiología fue de relevancia en términos estadísticos. Es decir, los participantes mostraron el mismo nivel de aceptabilidad a través de las diferentes condiciones de la etiología de la discapacidad.

### **ANOVA complementario para cada agrupación**

Para cada grupo evaluado se llevó a cabo un ANOVA de  $2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2$ , esto es Género x Etiología x Autonomía x Anticoncepción x Edad de la pareja x Discapacidad de la pareja. La significancia para el análisis de los datos se estableció al nivel de  $p < .001$ . En el primer grupo, *padres de personas con PC*, se obtuvo un efecto significativo para el factor de Anticoncepción,  $F(1, 49) = 66.27, p = .0000000001$ . Cuando la pareja utilizaba anticonceptivos, el nivel de



aceptabilidad ( $M= 5.36$ ) era más alto que cuando no utilizaban anticonceptivos ( $M= 3.16$ ). El segundo factor en orden de importancia fue autonomía  $F (1,49)= 26.79$ ,  $p=.000004$ . A este respecto, el índice de aceptabilidad fue mayor cuando el protagonista era relativamente autónomo ( $M= 4.59$ ) que cuando era dependiente ( $M= 3.93$ ). El tercer factor en nivel de relevancia fue edad de la pareja  $F (1,49)= 19.08$ ,  $p=.00006$ , esto significa que el nivel de aceptabilidad ( $M= 4.65$ ) era mayor cuando la edad de la pareja era similar que cuando la pareja doblaba la edad ( $M= 3.87$ ).

Para el segundo grupo, *padres de personas con DI*, se obtuvo un efecto significativo para el factor de Anticoncepción,  $F (1,24)= 24.19$ ,  $p=.00005$ . Cuando la pareja utilizaba anticonceptivos, el nivel de aceptabilidad ( $M= 6.77$ ) era más alto que cuando no utilizaban anticonceptivos ( $M= 4.25$ ). El segundo factor en orden de importancia fue Género  $F (1, 24)= 14.30$ ,  $p=.0009$ , esto quiere decir que el nivel de aceptabilidad era mayor cuando la persona era del sexo masculino ( $M= 5.78$ ) que cuando el protagonista era de sexo femenino ( $M= 5.23$ ). El tercer factor en nivel de relevancia fue Autonomía  $F (1,24)= 13.49$ ,  $p=.001$ . A este respecto, el índice de aceptabilidad fue mayor cuando el protagonista era relativamente autónomo ( $M= 5.81$ ) que cuando era dependiente ( $M= 5.21$ ).

Para el tercer grupo, *profesionales en DI*, se obtuvo un efecto significativo para el factor de Anticoncepción  $F (1, 74) =116.40$ ,  $p=.0000001$ . Cuando la pareja utilizaba anticonceptivos, el nivel de aceptabilidad ( $M= 6.32$ ) era más alto que cuando no utilizaban anticonceptivos ( $M= 3.79$ ). El segundo factor en nivel de

relevancia fue Autonomía  $F(1,74) = 48.41$ ,  $p = .000000001$ . A este respecto, el índice de aceptabilidad fue mayor cuando el protagonista era relativamente autónomo ( $M = 5.50$ ) que cuando era dependiente ( $M = 4.61$ ). El tercer factor en nivel de relevancia fue Edad de la pareja  $F(1,74) = 41.84$ ,  $p = .000000009$ , esto significa que el nivel de aceptabilidad ( $M = 5.39$ ) era mayor cuando la edad de la pareja era similar que cuando la pareja doblaba la edad ( $M = 4.72$ ).

Además, un análisis de interacción fue llevado a cabo para mostrar la relación entre los factores de mayor peso en cada uno de las muestras evaluadas. La significancia para el análisis de los datos se estableció al nivel de  $p < .001$ . En el caso de los padres de personas con PC, el análisis señala que entre los factores de mayor peso (Autonomía, Anticonceptivos, Edad de la pareja), no existe interacción significativa  $F(1,49) = .60$ ,  $p = .43$ . Para el grupo de padres de personas con DI el análisis mostró que no existe interacción significativa entre los factores de mayor relevancia (Anticoncepción, Género, Autonomía) para este grupo  $F(1,24) = .07$ ,  $p = .78$ . Con respecto al grupo de profesionales de la educación especial, el análisis mostró que entre los factores de mayor relevancia para este grupo (Autonomía, Anticonceptivos, Edad de la pareja), no existe interacción significativa  $F(1,74) = 1.3$ ,  $p = .25$ .

Los resultados anteriores sugieren que la relación entre los factores analizados en cada una de las muestras tiende a presentarse de manera lineal. Para ilustrar lo anterior observe el patrón de datos obtenidos para cada grupo en la Figura 4.2.

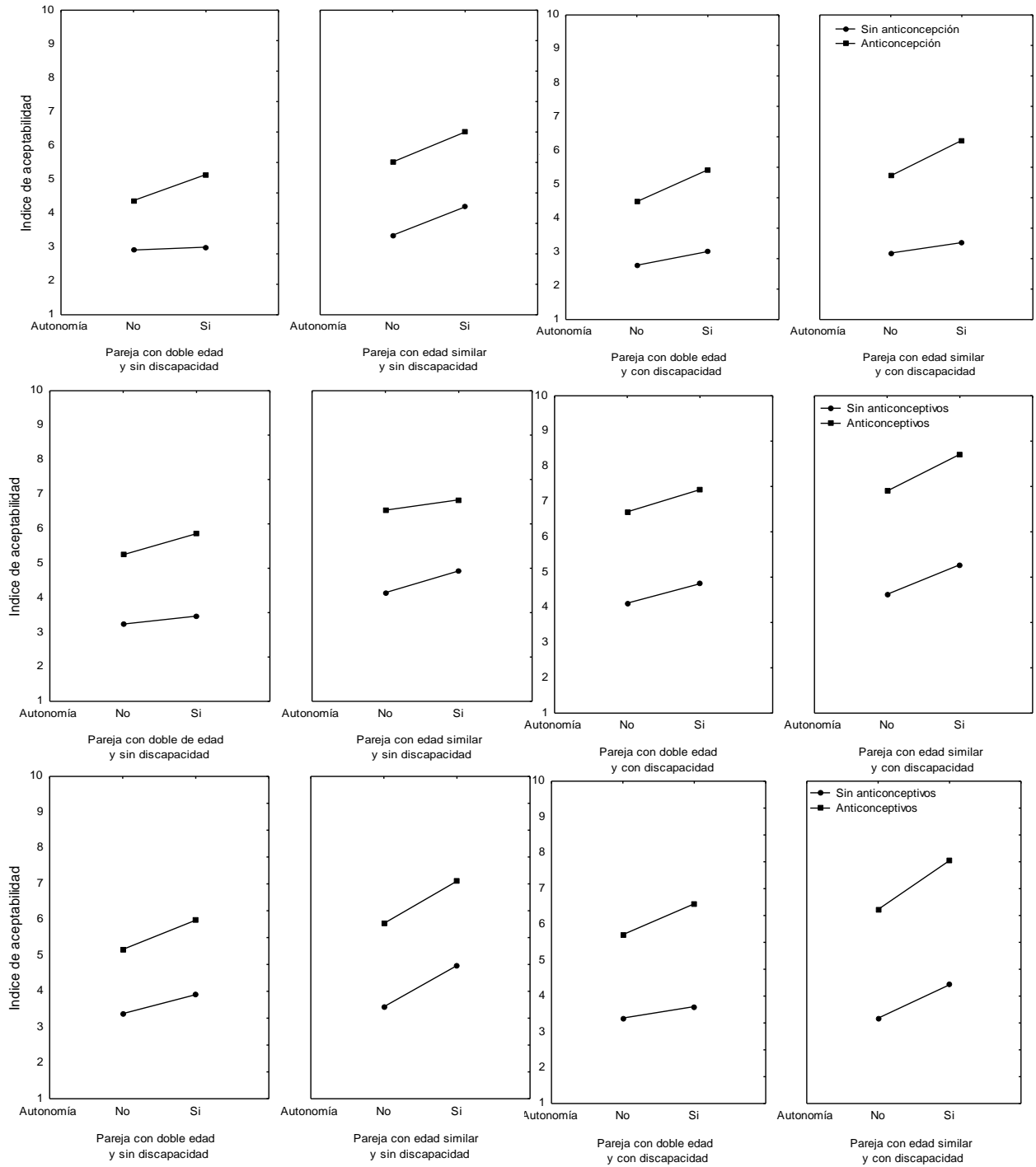


Figura 4.2. Patrón de datos obtenidos en los juicios de los participantes.

En general de los hallazgos, señalan dos aspectos interesantes, primero que para los tres grupos participantes el factor de mayor relevancia fue la anticoncepción. Este hallazgo, puede estar asociado a una evaluación en términos del costo que tiene para la persona con DI y sus familias, que el protagonista mantenga una relación sexual sin protección. Un segundo aspecto de relevancia, es que para los padres de personas con PC y profesionales en DI el factor de género no fue relevante, mientras que para los padres de personas con DI este factor si fue considerado dentro de sus juicios como algo importante. Esto significa que para el caso de las personas con hijos con DI el índice de aceptabilidad fue mayor cuando el protagonista del escenario era de sexo masculino que cuando era de tipo femenino.

En suma, los datos obtenidos aportan evidencia acerca de que al igual que en un estudio previo, en donde participaron padres mexicanos de la población típica (Morales et al., 2010), los profesionales en DI, los padres de personas con DI y de personas con PC, utilizaron una regla de tipo sumativo con respecto a la integración de los factores medidos (anticonceptivos, autonomía, edad de la pareja, discapacidad de la pareja). Esto es de relevancia al estudio de la sexualidad en la discapacidad intelectual, porque existen pocas investigaciones en donde se obtenga información de las personas directamente involucradas en la educación sexual de las personas con DI.

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION Y CONCLUSIONES**

#### **5.1. Discusión**

Uno de los propósitos de la presente investigación fue determinar la manera en cómo ciertos factores (género, la etiología de la discapacidad, nivel de autonomía, edad de la pareja, etc.) son integrados para formar un juicio de valor sobre la sexualidad en la DI. Para ello varias hipótesis fueron exploradas. Con respecto a la primera hipótesis, los resultados aportan evidencia que apoya de manera parcial la idea de que entre los factores de mayor relevancia para la elaboración de los juicios de aceptabilidad se encuentran la anticoncepción, la autonomía y el tipo de discapacidad de la pareja. Esto es así porque dicha predicción se cumplió en el caso de los padres de personas con PC y profesionales en DI, aunque esto no sucedió así para el grupo con hijos con DI. Para este último grupo los factores de mayor relevancia fueron la anticoncepción, el género y la autonomía. Resultados similares fueron observados en estudios de la misma naturaleza (Esterle et al. 2008; Morales et al., 2010)

Con respecto a la forma en que dichos factores son integrados, el análisis reveló que para las tres muestras evaluadas la combinación de los factores es de naturaleza sumativa. Esto puede ser observado en la Figura 4.2 en donde de manera clara se muestra que no hay una interacción entre los factores de mayor relevancia. Lo que indica una relación lineal entre dichos factores (véase

Anderson, 1981, 1982, 1996). Entonces, los resultados señalan que por lo menos en dos de los grupos los resultados son similares a los obtenidos en el estudio de Morales et al. (2010).

Por otra parte, los resultados apoyan la segunda hipótesis acerca de las diferencias entre los grupos. La evidencia señala que existen diferencias en el peso y en el orden de los factores dada su relevancia considerando la naturaleza del grupo. Estos hallazgos son congruentes con lo observado en estudios independientes llevados a cabo a través de diferentes países y con diferentes instrumentos (e.g., Swango-Wilson, 2008; Christian, et al., 2001; Yoot et al., 2003; Cuskelly & Gilmore, 2007).

Así, los hallazgos antes discutidos también responden a la pregunta sobre qué factores son de relevancia, cómo estos son integrados y qué diferencias existen en la elaboración de juicios en las diferentes muestras. En general, con respecto a la primera se pueden realizar dos observaciones de relevancia. La primera es que el factor de mayor peso para los tres grupos evaluados fue la anticoncepción, esto es interesante porque apoya la idea de que los participantes de la población mexicana elaboran sus juicios considerando el costo que tiene para las personas con DI y sus familias el tener relaciones sexuales sin protección, tal como fue sugerido en el artículo de Morales et al. (2010). Es importante señalar con respecto a lo anterior, que los participantes mencionaron que un embarazo no planeado en las personas con DI genera un alto costo en términos económicos, emocionales y de reestructuración familiar, además de que en México aún no

existen los mecanismos necesarios para dar soporte financiero a las familias para afrontar esta situación.

En adición a la primera pregunta también se puede señalar que los factores de relevancia variaron entre los grupos que son cercanos al ambiente de las personas con DI en contraste con aquellos que están más cercanamente vinculados en términos de afecto a esta población -padres de personas con DI. Por ejemplo, en este último grupo los participantes no consideraron el factor de edad de la pareja como algo relevante para realizar su juicio de aceptabilidad, en contraste el género si fue involucrado de forma importante en la elaboración de sus juicios. Es decir, que los padres de personas con DI expresaron un mayor índice de aceptabilidad cuando el protagonista era hombre que cuando éste era mujer. Lo anterior puede estar relacionado al hecho de que los padres de esta población, al considerar la naturaleza de la discapacidad de sus hijos, tienden buscar un contexto de protección para sus hijos. En México aún existe un estereotipo latente acerca del rol que juega el hombre dentro de una relación de pareja y este ha sido asociado al papel de protección y proveedor de la pareja. Y aunque este estereotipo en años recientes ha comenzado a cambiar, sus remanentes permanecen latentes en la cultura mexicana.

Por otra parte, en relación a la pregunta acerca de la regla algebraica que utilizan los padres y profesionales de educación especial, se observó que independientemente de los factores que fueron relevantes la regla cognitiva de integración fue la misma para cada una de las muestras evaluadas, esto es una

regla de tipo sumativo. Estos hallazgos son congruentes con el estudio anterior realizado en una muestra de padres de la población típica en México (Morales et al., 2010).

Con respecto a la pregunta relacionada a las diferencias en los juicios de aceptabilidad entre las tres muestras evaluadas, se puede señalar que aunque la regla utilizada para integrar los valores no varía dependiendo de la naturaleza del grupo, el peso de estos factores si es afectado por el tipo de grupo. Aquí es interesante señalar que los grupos que están familiarizados con el ambiente de las personas con DI pero no tienen una relación consanguínea consideraron los mismos factores y el mismo orden de relevancia para dichos factores, en contraste el grupo de mayor relación con esta población, padres de personas con DI, consideró como relevantes solamente dos de los factores contemplados en los grupos anteriores (anticoncepción y autonomía), las implicaciones de esto fueron discutidas en el párrafo anterior.

## **5.2. Conclusiones**

En suma, considerando los hallazgos encontrados en el análisis y la discusión antes expuesta, se puede señalar que aunque no hubo diferencias significativas en el índice de aceptabilidad por tipo de grupo (Figura 4.1), si se puede observar que existen diferencias en la valuación de los factores considerados como relevantes a través de las tres muestras evaluadas. Aquí sería importante considerar otros diseños semejantes al presente estudio que exploren



el impacto de la naturaleza de grupo sobre las actitudes en la sexualidad y discapacidad intelectual. Esto es así porque con la implementación del presente estudio, se presenta una forma alternativa de aproximar la exploración de la percepción sobre la sexualidad en la DI, a través de la inclusión de estudios experimentales basados en el enfoque del álgebra cognitiva, con lo que se logró el segundo propósito y el último de los objetivos en relación a introducir el campo de la teoría de la integración en la investigación realizada en el país con respecto a la sexualidad en la DI.

Finalmente, cabe mencionar que los resultados de la presente investigación son de relevancia porque nos permiten tener una idea más clara no sólo del grado de aceptación que existe entre los participantes de la población en general y la directamente relacionada con personas con DI, sino que proporciona evidencia de cuáles son los factores de mayor impacto en la percepción de la sexualidad en la DI. Esto permite obtener información que es clave en la detección de los sesgos en la evaluación de situaciones sexuales en la población con DI y con ello también se abre la posibilidad de una forma sólida para evaluar el impacto de los programas de educación sexual, porque a través del álgebra cognitiva se puede observar el impacto que tiene un programa dado en el proceso de integración de los factores manejados, así como la determinación exacta de la relevancia que se le da a cada factor en un programa dado.

## Lista de referencias

- Álvarez-Gayou. (1986). *Sexoterapia Integral*. México: Manual Moderno.
- Anderson, N. H. (1981). *Foundations of information integration theory*. New York: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1982). *Methods of information integration theory*. New York: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1996). *A functional theory of cognition*. New Jersey: Erlbaum.
- Atwood, J. D. & Klucinec. E. (2007). Current state of sexuality theory and therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 6 (1/2), 57- 70.
- Balázs, T. (2006). Review of effective interventions for socially inappropriate masturbation in persons with cognitive disabilities. *Sexuality & Disability*, 24 (3), 151-168.
- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S. & Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers toward the sexuality of individuals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20 (2), 110-115.

- Beltrán, F. J., Torres, F. I. A., Gamboa, S. T. & Galindo, M. A. (1995). Conocimientos sobre sexualidad en los profesores de educación especial: un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, 6, 75-88.
- Bertomeu, O. (2002). *Guía práctica de la sexualidad femenina* (3a. ed.). Barcelona: Temas de hoy.
- Block, P. (2000). Sexuality, fertility, and danger: Twentieth-century images of women with cognitive disabilities. *Sexuality & Disability*, 18 (4), 239-254.
- Cheausuwantavee, T. (2002). Sexual problems and attitudes toward the sexuality of persons with and without disabilities in Thailand. *Sexuality & Disability*, 20 (2), 125-134.
- Chivers, J. & Mathieson, S. (2000). Training in sexuality and relationships an Australian model. *Sexuality & Disability*, 18 (1), 73-81.
- Christian, L., Stinson, L. & Dotson, L. A. (2001). Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. *Sexuality & Disability*, 19 (4), 283- 291.
- Corrêa, S. (2006, octubre). Sexualities and development: A story in picture. *IDS Bulletin*, 37 (5), 12-20.

- Crozier, I. (2000). William Acton and the history of sexuality the medical and professional context. *Journal of Victorian Culture*, 15 (1), 1-27.
- Cuskelly, M. & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal Intellectual & Developmental Disability*, 29 (3), 255–264.
- Cuskelly, M. & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32 (3), 214–221.
- Drummond, E. (2006). Attitudes toward a pilot study in Ireland. *Learning Disability Practice*, 9 (4), 28-34.
- Duggan, L. (1990). Review essay: From instincts to politics: Writing the history of sexuality in the U.S. *Journal of Sex Research*, 27 (1), 95-110.
- Esacove, A. (2008). Making sense of sex: Rethinking intentionality. *Culture, Health & Sexuality*, 10 (4), 377-390.
- Esmail, S., Esmail, Y. & Munro, B. (2001). Sexuality and disability the role of health care professionals in providing options and alternatives for couples. *Sexuality & Disability*, 19 (4), 267-283.

Esterle, M., Muñoz Sastre, M. T. & Mullet, E. (2008). Judging the acceptability of sexual intercourse among persons with learning disabilities: French lay people's viewpoint. *Sexuality & Disability*, 26 (4), 219-227.

Farkas, A. J. (1991). Cognitive algebra of interpersonal relationship. In N. H. Anderson, *Contributions to information integration theory* (Vol. II, pp. 43-99). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Fedoroff, J. P., Fedoroff, B. I. & Ilic, K. (2001, marzo/ abril). Sexual disorders, developmental disorders, developmental delay, and co-morbid conditions. *NADD Bulletin*, 4, 23-28.

First, M. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2da. ed.). New York: McGraw Hill.

Foster, T. A. (2008). Sex and the Eighteenth-Century Man: Massachusetts and the History of Sexuality in America. *American Historical Review*, 113 (2), 493-494.

- García, G. G. E. (1999). Actitudes de los padres ante la sexualidad del y la joven con discapacidad intelectual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 5 (2), 141-163.
- Gay, P. (1980). Victorian sexuality. Old texts and new insights. *American Scholar*, 49 (3), 372-378.
- Gescheider, G. A. (1997). *Psychophysics: The Fundamentals*. Mahwah, New Jersey: LEA.
- Gilbert, A. N. (1981). Introduction: History and sexuality. *Journal of Sex Research*, 17 (3), 197-204.
- Guedj, M., Gibert, M., Maudet, A., Muñoz Sastre, M. T., Mullet, E., & Sorum, P. C. (2005). The acceptability of ending a patient's life. *Journal of Medical Ethics*, 31 (6), 311-317.
- Guillet, L., Hermand, D. & Mullet, E. (2002). Cognitive processes involved in the appraisal of stress. *Stress and Health*, 18 (2), 91-102.
- Halperin, D. M. (1989). Is there a history of sexuality? *History & Theory*, 28 (3), 257-275.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2004). Las personas con discapacidad en México: una visión censal. Documento recuperado el día 14 de octubre de 2009 de [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=702825497842&seccionB=bd](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=2&upc=702825497842&seccionB=bd).

Isler, A., Tas, F., Beytut, D. & Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability, 27* (1), 27-34.

Johnson, P. J. (2001). The histories of sexuality the future of debate. *Social Epistemology, 15* (2), 127-137.

Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes toward the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality & Disability, 21* (1), 65–84.

Karellou, J. (2007). Parents' attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Journal on Developmental Disability, 13* (3), 74-88.

Karettou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality & Disability, 21* (1), 65-85.

Karpowicz Lazreg, C. & Mullet, E. (2001). Judging the pleasantness of from-color combinations. *The American Journal of Psychology, 114* (4), 511-533.

Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality & Disability*, 18 (2), 125-135.

Leutar, Z. & Mihoković, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sexuality & Disability*, 25 (3), 93-109.

Löfgren-Martensen, L. (2004). "May I?" About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability*, 22 (3), 197-207.

López-Sosa, C. & Tévar, R. (2005). The human sexual system in the context of the health sciences. *Sexuality & Disability*, 23 (3), 145-154.

Martin, L. (2007). Assessments of sexual consent capacity. *Sexuality & Disability*, 25 (1), 3-20.

McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality & Disability*, 17 (2), 157-171.

McCary, J. (1996). *Sexualidad humana de McCary*. (5a. ed.). México: Manual Moderno.

Meyer, M. D. E. (2005). Drawing the sexuality card: teaching, researching, and living bisexuality. *Sexuality & Culture*, 9 (1), 3-13.



- Milligan, M. S. & Neufeldt, A. H. (2001). The myth of asexuality: a survey of social and empirical evidence. *Sexuality & Disability*, 19 (2), 91-109.
- Mills, M., E. (2001). The case against sex differences. *Sexuality & Culture*, 5 (4), 97.
- Morales, M. G. E., López, R. E. O., Esterle, M. Muñoz Sastre, M. T. & Mullet, E. (2010). Judging the acceptability of sexual intercourse among people with learning disabilities: A Mexico-France comparison. *Sexuality & Disability*, 28 (2), 81 -91.
- Murray, J. L. & Mines, P. M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. Australia and New Zealand. *Journal of Developmental Disability*, 19 (1), 45-52.
- Neto, F., & Mullet, E. (1998). Decision making as regards migration: Wage differential, job opportunities and the network effect. *Acta Psychologica*, 98 (1), 57-66.
- Oliver, M. N., Anthony, A., Leimkuhl, T. T. & Skillman, G. D. (2002). Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: Implications for normalization and community integration. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37 (2), 193–201.

Organización de las naciones unidas (s/f). Algunos datos sobre las personas con discapacidad: panorama general. Documento recuperado el día 14 de octubre de 2009 de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=34&pid=639>

Organización mundial de la salud. (2006). Defining sexual health report of a technical consultation on sexual health. Documento recuperado el día 14 de octubre de 2010 de [www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/)

Philaretou, A. (2005). The sociocultural dimensions of sexual interactions. *Sexuality & Culture*, 9 (3), 88-90.

Potts, M. M. & Short, R. (2001). *Historia de la Sexualidad Desde Adán y Eva* (C. Martínez Gimeno Trads.). Madrid, España. (Trabajo original publicado en 1999).

Peters, J. E. (2007). *An Exploration of the Attitudes and Perspectives of Special Education Teachers Toward the Teaching of Human Sexuality Education*. Disertación doctoral no publicada, Temple University, Philadelphia, U.S.A.

Prittetsky, O. (2003). A ramp to motherhood: The experiences of mothers with physical disabilities. *Sexuality & Disability*, 21 (1), 21-27.

Rintala, D. H., Howland, C. A., Nosek, M. A., Bennett, J. L., Young, M. E., Foley, C. C., Rossi, C. D. & Chanpong, G. (1997). Dating issues for women with physical disabilities. *Sexuality & Disability*, 15 (4), 219-242.

Robaina Castellanos, G. R., Riesgo Rodríguez, S. & Robaina Castellanos, M. S. (2007). Definición y clasificación de la parálisis cerebral: ¿problema ya resuelto? *Revista de Neurología*, 45 (2), 110-117.

Schlesinger, M. (2004). The science of romance: Haunted by our evolutionary past? *Sexuality & Culture*, 8 (1), 132-142.

Schultz, J. A. (2008). Courtly love, the love of courtliness, and the history of sexuality. *Historian*, 70 (2), 393-394.

Scotti, J. R., Slack, B. S., Bowman, R. A. & Morris, T. L. (1996). College student attitudes concerning the sexuality of persons with mental retardation: Development of the perceptions of sexuality scale. *Sexuality & Disability*, 14 (4), 249–263.

Sexuality Information and Education Council of the United States (s/f). Comprehensive Sexuality Education. Documento recuperado el día 17 de

febrero de 2009 de

<http://www.siecus.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageId=514&parentID=477>.

Shakespeare, T. (1999). The sexual politics of disabled masculinity. *Sexuality & Disability*, 17 (1), 53-65.

Smith, M. R. (2006). *Providing relationship building blocks for adults with intellectual disability*. Disertación doctoral no publicada, Widener, University, Pennsylvania, EE. UU.

Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.

Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver perception of sexual behaviors of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality & Disability*, 26 (2), 75-81.

Tepper, M. S. (2000). Sexuality and disability: The missing discourse of pleasure. *Sexuality & Disability*, 18 (4), 283-290.

Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33 (4), 529-554.

- Thurstone, L. L. (1931). The measurement of change in social attitudes. *Journal of Social Psychology, 2* (2), 230-235.
- Torices, R. I. & Bonilla, M. P. M. (2004). Inventory of sexual experiences and response in disability (IEReSDi). Construction and validation of the scale of the sexual response in people with disabilities. *Sexuality & Disability, 22* (3), 181-195.
- Tymchuk, A.J. (1992). Predicting adequacy of parenting by people with mental retardation. *Child Abuse & Neglect, 16* (2), 165-178.
- Verdugo, A. M. (2003). Análisis de la definición de Discapacidad Intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental 2002. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, 34* (205), 5-19.
- Walsh, A. (2000). Improve and care responding to inappropriate masturbation in people with severe intellectual disabilities. *Sexuality & Disability, 18* (1), 27-40.
- Welner, S. (1997). Gynecologic care and sexuality issues for women with disabilities. *Sexuality & Disability, 15* (1), 33-40.
- Whitney, C. (2006). Intersections in identity-identity development among queer women with disabilities. *Sexuality & Disability, 24* (1), 39-52.

Wolfe, P. S. (1997). The influence of personal values on issues of sexuality and disability. *Sexuality & Disability, 15* (2), 69-90.

Yoot, L., Langdon, P., Clin, P. P. & Garner, K. (2003). The attitudes of medium-secure unit staff toward the sexuality of adults with learning disabilities. *Sexuality & Disability, 21* (2), 137- 151.

## APENDICE

En este apéndice se describe la forma en cómo cada uno de los seis factores (género, edad de la pareja, etiología de la discapacidad, autonomía, discapacidad de la pareja, anticoncepción) fueron manipulados con sus respectivos dos niveles (hombre vs mujer, trisomía 21 vs traumatismo, independiente vs dependiente, con la misma discapacidad vs sin discapacidad, sin uso de anticonceptivos vs uso de anticonceptivos) a través de los diferentes escenarios. A continuación se ejemplifican algunos de ellos.

En el siguiente escenario se muestra el factor género con su nivel mujer; el segundo factor edad de la pareja en su nivel: misma edad que el protagonista; seguido del factor etiología de la discapacidad con el nivel de trisomía 21. El cuarto factor es el grado de autonomía del protagonista y nivel independiente; el quinto factor es la condición social de la pareja y uno de sus niveles es que no tiene ninguna discapacidad; y por último, el sexto factor es el uso de anticonceptivos con el nivel donde la pareja si utiliza.

“Rosa Cantú de 19 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Aarón Trujillo de 22 años de edad. Rosa tiene una discapacidad mental. Ella tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, ella lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. Aarón no tiene ninguna discapacidad. La pareja utiliza anticonceptivos”

Note que en el siguiente escenario el factor que ha sido manipulado la discapacidad de la pareja, en este caso a diferencia del anterior, se tiene que la pareja tiene la misma discapacidad que el protagonista, mientras que los factores de género (mujer), edad pareja (edad similar), etiología (trisomía 21), autonomía (el protagonista continua siendo independiente), anticoncepción (si utilizan) permanecen de la misma forma que en el escenario anteriormente descrito.

“Pamela García de 22 años de edad, mantiene relaciones sexuales con David Méndez, de 24 años de edad. Pamela tiene una discapacidad mental. Ella tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, ella lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. David tiene la misma discapacidad que Pamela. La pareja utiliza anticonceptivos”.

A continuación se presenta la manipulación del factor edad pareja, observe que en este escenario, a diferencia del anterior, la pareja tiene el doble de edad que el protagonista. Sin embargo los factores como género (mujer), etiología (trisomía 21), autonomía (el protagonista (continúa siendo independiente), discapacidad pareja (misma discapacidad que el protagonista) anticoncepción (si utilizan) permanecen de la misma forma que en el escenario anteriormente descrito.

“Miriam Martínez de 22 años de edad, mantiene relaciones sexuales con José González de 44 años de edad. Miriam tiene una



discapacidad mental. Ella tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, ella lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. José tiene la misma discapacidad que Miriam. La pareja utiliza anticonceptivos”.

En el siguiente escenario el factor que ha sido manipulado es el factor edad de la pareja en su segundo nivel, donde la pareja tiene el doble de edad que el protagonista. Mientras que los factores como género, etiología de la discapacidad, autonomía, discapacidad de la pareja, anticoncepción permanecen de la misma forma que en escenario anterior.

“Daniela Garza de 23 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Alfonso Rangel de 42 años de edad. Daniela tiene una discapacidad mental. Ella tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, ella lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. Alfonso no tiene ninguna discapacidad. La pareja utiliza anticonceptivos”.

En el siguiente escenario el factor que ha sido manipulado es el género del protagonista (género masculino). Mientras que el factor edad pareja (misma edad del protagonista), etiología de la discapacidad (trisomía 21), autonomía (independiente), discapacidad pareja (sin discapacidad), anticoncepción (la pareja

utiliza anticonceptivos) observe que son descritos de la misma forma que en el primer escenario dado.

“Aarón Pelaéz de 24 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Rosa Acuña de 23 años de edad. Aarón tiene una discapacidad mental. El tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, el lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. Rosa tiene la misma discapacidad que Aarón. La pareja utiliza anticonceptivos”.

A diferencia del escenario anterior, observe que en el siguiente escenario el factor que ha cambiado es la discapacidad de la pareja, en este caso la pareja no tiene discapacidad como el protagonista. Mientras que factores como género hombre, edad de la pareja (edad similar), etiología de la discapacidad (trisomía 21), autonomía (independiente), anticoncepción (la pareja si utiliza anticonceptivos) permanecen descritos de la misma forma que en el escenario anteriormente dado.

“Enrique Santos de 20 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Miriam Villalobos de 22 años de edad. Enrique tiene una discapacidad mental. El tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, el lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. Miriam no tiene ninguna discapacidad. La pareja utiliza anticonceptivos”.

En el siguiente escenario el factor edad pareja ha sido manipulado, ya que si observa en este caso la pareja del protagonista le dobla la edad. Mientras que el protagonista sigue siendo hombre, con trisomía 21, independiente, su pareja no tiene discapacidad y continúan utilizando anticonceptivos.

“David Ayala de 23 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Pamela Quintero, de 42 años de edad. David tiene una discapacidad mental. El tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, el lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a un entorno social favorable. Pamela no tiene ninguna discapacidad. La pareja utiliza anticonceptivos”.

Para ejemplificar un escenario más note que en el siguiente el protagonista sigue siendo hombre (género), con trisomía 21 (etiología), independiente (autonomía), donde su pareja le dobla edad (edad pareja), y utilizan anticonceptivos (anticoncepción). A diferencia del anterior el factor discapacidad pareja es el que se ha manipulado, ya que en el siguiente escenario la pareja tiene la misma discapacidad que el protagonista.

“Alfonso Alemán de 22 años de edad, mantiene relaciones sexuales con Daniela Cruz de 44 años de edad. Alfonso tiene una discapacidad mental. El tiene trisomía 21 (síndrome de Down). Sin embargo, el lleva una vida social relativamente autónoma, gracias a

un entorno social favorable. Daniela tiene la misma discapacidad que Alfonso. La pareja utiliza anticonceptivos”.