

Entorno social en la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva



Anyi Marcela Barrera Amaris

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Terapia Ocupacional

Pamplona

2019

Entorno social en la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva



Anyi Marcela Barrera Amaris

Anteproyecto para optar el título de Terapeuta Ocupacional

Ph.D Magda Milena Contreras Jáuregui

Asesora Científica

Esp. Ricardo Duque

Asesor Metodológico

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Terapia Ocupacional

Pamplona

2019

Dedicatoria

Primeramente, quiero nombrar a un ser que está rodeado de misterio y amor, que a lo largo de la historia ha sido citado en discursos, canciones, versos, en algunos de ellos amándolo y otros odiándolo, así va el mundo; pero YO, en este escrito lo nombro, para dedicarle mi pregrado, a ti Dios, porque sé que tu gracia y favor me acompañaron y lo seguirán haciendo; porque me diste la confianza de sobrepasar cada prueba que se presentaba, con pasión y amor; con misterios que a veces uno no comprende, pero aun así firme con la certeza que todo estaría bien, con la tenacidad que lo que realizaba y hacia era por una bella elección y es el ser un profesional de
Terapia Ocupacional.

A una mujer con ojos dulces, empoderada, luchadora, soñadora, abierta a las oportunidades, amante a la vida, que no desfallece, que sorprende, que su corazón es flameante como su color de piel, sí, tu Dellanira Amaris. Al cómplice, consejero, resiliente, culpable de mis caprichos, que no desfallece, que sus ojos cambian de color como cuando se oculta el sol y sale al amanecer, aveces muy fuerte y otras veces suave, pero aun así no deja de brillar, sí, tu Hugo Barrera. Ustedes mis padres, mi regalo del cielo que con sus diferentes cualidades plasman en mí su amor infinito y con ello todo lo que soy, gracias por nunca detenerse por apoyarme en esta travesía que elegí iniciar, aun con las múltiples dificultades, estuvieron firme con su apoyo incondicional, los AMO con amor de locos; a mi hermano John Deivi Barrera Amaris un ser paciente, sabio, de visión, disciplinado, apasionado, tú que eres y serás mi motivación. A ti, Elkin Guevara, ser que conoce mi falta de cordura a más detalle, que estuvo en mis días de llanto, frustración, alegría, presto a escucharme en cada situación, que vio de cerca mi crecimiento como profesional. A ustedes que han aportado de su vida a mi vida, les dedico con amor completo, este momento llamado para mí FELICIDAD.

Agradecimientos

A mi docente supervisora de cap. Magda Contreras Jauregui porque me direcciono en cada uno de los procesos desde séptimo semestre, por creer en mi idea de investigación , trabajar junto a mí, aportar conocimiento y llegar conmigo a este punto, volviendo una idea en realidad, forjar juntas un escrito con fundamentación teórica, porque gracias a esta investigación tuve experiencias dentro de mi proceso de pregrado que me hicieron reír, llorar y así crecer como persona, aspectos necesarios para el humanismo base de un Terapeuta Ocupacional. A mi docente metodológico Ricardo Duque, por su entrega al proyecto, gracias por sus interrogantes que me permitieron reflexionar sobre las razones del porque investigar, por sus críticas constructivas que afianzaron el proyecto, entendiendo que mis conceptos son importantes porque permiten direccionar, pero siempre debe existir un autor que aporte a ese pensamiento.

A los docentes que, con su entrega durante mi proceso formativo, algunos más cercanos que otros, me enseñaron a amar la Terapia Ocupacional, sembrando en mí la importancia de dejar en alto nuestra profesión, donde la naturaleza de la ocupación es la fórmula número uno de la sociedad.

A mi familia principalmente materna que estuvo pendiente de este proceso, con amor, apoyo en momentos difíciles, nunca permitieron que desistiera, a ti tío, Walfran Amaris, persona íntegra, modelo a seguir. A todos ustedes los amo.

Contenido

	Págs.
SIGLAS.....	1
Resumen.....	2
Abstract	3
Introducción	4
Capítulo I	7
Planteamiento del Problema	7
Descripción del problema.....	7
Formulación de la pregunta investigación.....	16
Justificación.....	17
Objetivos	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos.....	23
Capitulo II.....	24
Marco referencial	24
Antecedentes Investigativos.....	24
Antecedentes Internacionales.....	24
Antecedentes nacionales.....	28
Antecedentes regionales	31
Antecedentes locales.....	35
Marco Teórico.....	39
Entorno.....	39
Entorno físico.....	39
Entorno social.....	39
Entorno con apoyo familiar y profesional.....	41
Sexualidad.....	42

Clasificación de sexualidad.....	44
Características de la sexualidad.	46
Niveles de expresión sexual.....	47
Sexualidad y discapacidad.....	48
Sexualidad y Terapia Ocupacional.	49
Actividad sexual.....	52
Discapacidad.....	52
Clasificación-CIF-Tipos-de-Discapacidad.	54
Discapacidad Física o Motora.....	55
Causas de la discapacidad física:	55
Discapacidad sensorial.....	55
Discapacidad intelectual.....	57
Discapacidad intelectual Según el DSM 5.	58
La discapacidad psíquica.....	59
Probables causas.....	60
Enfermedad, Discapacidad y Problemas Sexuales.	60
Enfoques, marcos y paradigma.....	60
Enfoque sistémico.....	61
Marco de referencia de la discapacidad cognitiva.	63
Modelo de ocupación humana.....	64
Modelo canadiense del desempeño ocupacional y la facilitación.	65
Marco legal.....	65
Marco ético.....	72
Marco contextual.....	73
Misión.....	74
Visión.....	74
Objetivos.....	75
Funciones.....	75
Marco conceptual	78
Sistema de variables	81
Formulación de hipótesis	94

Hipótesis verdadera.	94
Hipótesis de segundo grado.	94
Hipótesis nula.	94
Capítulo III.....	95
Marco metodológico	95
Diseño de investigación	95
Cuantitativo.	95
Tipo de investigación	95
Población.....	96
Muestra.....	97
Tipo de muestra.	97
Criterios de inclusión y exclusión	98
Criterios de inclusión.....	98
Criterios de exclusión.	98
Técnicas.....	99
Técnica primaria.	99
Técnica Secundaria.....	99
Técnica Terciaria.	100
Ficha sociodemográfica.	100
Instrumento.....	100
Validez.....	101
Instrumento a utilizar.....	101
La Encuesta de Impacto Ambiental Residencia (REIS).	101
El Cuestionario original de Actitudes Sexuales de Trueblood (TSAQ).	103
Lista de cotejo.....	104
Capítulo IV.....	105
Análisis De Datos	105
Datos sociodemográficos	106
Discusión de resultados	177

Capítulo V.....	183
Plan de accion	196
 Capítulo VI.....	 221
Producto final.....	221
Conclusiones.....	229
Recomendaciones	231
A la Universidad de Pamplona.....	231
A la disciplina de Terapia Ocupacional	231
Al programa de Terapia Ocupacional	232
Población con discapacidad cognitiva cuidador o familiar.....	232
Programa de rehabilitación basada en comunidad (RBC).	233
Referentes Bibliográficos.....	233
Apéndice	235

Listado de tablas

	Págs.
Tabla 1. Programas y servicios de la secretaria de salud de la alcaldía municipal de Pamplona.	78
Tabla 2. Sistema de variables.....	81
Tabla 3. Población	97
Tabla 4. Muestra	98
Tabla 5. Edad del cuidador	106
Tabla 6. Género del cuidador.....	108
Tabla 7. Nivel escolaridad cuidador	108
Tabla 8. Número de hijos del cuidador.....	110
Tabla 9. Estrato socioeconómico del cuidador	112
Tabla 10. Régimen de salud del cuidador.....	113
Tabla 11. Genero persona con discapacidad.....	114
Tabla 12. Edad de la persona con discapacidad.....	116
Tabla 13. Diagnóstico de la persona con discapacidad.....	118
Tabla 14. Nivel escolaridad de la persona con discapacidad.....	119
Tabla 15. Número de hijos de la persona con discapacidad	121
Tabla 16. Régimen de salud persona con discapacidad.....	122
Tabla 17. Autoerotismo así mismo	123
Tabla 18. Heterosexualidad a si mismo	126
Tabla 19. Homosexualidad así mismo	130
Tabla 20. Variaciones sexuales así mismo	131
Tabla 21. Comercio sexual así mismo	133
Tabla 22. Autoerotismo en otros.....	134
Tabla 23. Heterosexualidad en otros.....	139
Tabla 24. Variaciones sexuales en otros	140
Tabla 25. Comercio sexual en otros.....	142
Tabla 26. Arregla y decora su propio espacio.....	143
Tabla 27. Arregla y decora áreas comunes	145
Tabla 28. Elije que ropa llevarse.....	147
Tabla 29. Elije que escuchar en la radio	148

Tabla 30. Elige que mirar por TV y cuando hacerlo.....	150
Tabla 31. Elige en que gastar el dinero para y cuando	151
Tabla 32. Elige donde poner el dinero, ropa, cepillando productos	154
Tabla 33. A qué hora despertarse e ir a dormir.....	156
Tabla 34. Que hacer después del trabajo	158
Tabla 35. Cómo gasta el tiempo libre	159
Tabla 36. Elige cuando y como las tareas son hechas	160
Tabla 37. Elige cuando tomar duchas/baños.....	162
Tabla 38. Cuando las llamadas telefónicas son hechas y recibidas	164
Tabla 39. Cuando permiten a visitantes.....	165
Tabla 40. Qué hacer con visitantes	167
Tabla 41. Como los compañeros de habitación son reunidos.....	168
Tabla 42. Como son asignados los espacios	169
Tabla 43. Quien continuas excursiones	170
Tabla 44. Donde continuar excursiones.....	171
Tabla 45. Quien puede dejar la casa y cuando.....	173
Tabla 46. En general, como las reglas y decisiones son hechas sobre como las cosas van.....	174
Tabla 47. Correlaciones	176

Listado de figuras

	Págs.
Figura 1. Edad del cuidador	107
Figura 2. Género del cuidador	108
Figura 3. Nivel escolaridad cuidador	109
Figura 4. Número de hijos del cuidador.....	111
Figura 5. Estrato socioeconómico del cuidador	112
Figura 6. Régimen de salud del cuidador.....	113
Figura 7. Género persona con discapacidad	115
Figura 8. Edad de la persona con discapacidad	117
Figura 9. Diagnóstico de la persona con discapacidad	118
Figura 10. Nivel escolaridad de la persona con discapacidad	120
Figura 11. Número de hijos de la persona con discapacidad	121
Figura 12. Régimen de salud persona con discapacidad.....	122
Figura 13. Autoerotismo a si mismo.....	124
Figura 14. Heterosexualidad a si mismo.....	127
Figura 15. Homosexualidad a sí mismo.....	130
Figura 16. Variaciones sexuales así mismo	131
Figura 17. Comercio sexual así mismo.....	133
Figura 18. Autoerotismo en otros	135
Tabla 19. Homosexualidad en otros.....	137
Figura 20. Homosexualidad en otros	138
Figura 21. Heterosexualidad en otros	139
Figura 22. Variaciones sexuales en otros.....	140
Figura 23. Comercio sexual en otros	142
Figura 24. Arregla y decora su propio espacio	144
Figura 25. Arregla y decora áreas comunes.....	146
Figura 26. Elige que ropa llevarse	147
Figura 27. Elige que escuchar en la radio	149
Figura 28. Elige que mirar por TV y cuando hacerlo	150

Figura 29. Elige que comer y cuando	153
Figura 30. Elige donde poner el dinero, ropa, cepillando productos	154
Figura 31. A qué hora despertarse e ir a dormir	156
Figura 32. Que hacer después del trabajo	158
Figura 33. Cómo gasta el tiempo libre	159
Figura 34. Elige cuando y como las tareas son hechas	161
Figura 35. Elige cuando tomar duchas/baños	162
Figura 36. Cuando las llamadas telefónicas son hechas o recibidas	164
Figura 37. Cuando permiten a visitantes	165
Figura 38. Qué hacer con visitantes	167
Figura 39. Como los compañeros de habitación son reunidos	168
Figura 40. Como son asignados los espacios	169
Figura 41. Quien continúa excursiones	171
Figura 42. Donde continuar excursiones	172
Figura 43. Quien puede dejar la casa y cuando	173
Figura 44. En general, como las reglas y decisiones son hechas sobre como las cosas van	174
Figura 45. Red interdisciplinar de sexualidad en discapacidad	222
Figura 46. Grafica de ruta de apoyo	224

Listado de apéndices

	Págs.
Apéndice A Consentimiento informado	236
Apéndice B. Consentimiento informado para investigaciones con menores de edad y/o personas con condiciones especiales.	237
Apéndice C. Ficha sociodemográfica	238
Apéndice D. El estudio de impacto de entorno residencial (REIS)	240
Apéndice E. Carta de solicitud de aprobación lista de cotejo	248
Apéndice F. Artículo	249
Apéndice G. Acuse recibe artículo.	258
Apéndice I. Manual de funciones	259
Apéndice J. Evidencias fotográficas	260
Apéndice K. Evidencia del acta de conformación de la red	262

SIGLAS

(OMS) Organización mundial de la salud

(AOTA) Asociación Americana de Terapia Ocupacional

(ONU) Organización de las Naciones Unidas

(TGS) Teoría General de Sistemas

(CIF) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

(DANE) Departamento Administrativo Nacional de Estadística

(CAN) Comunidad Andina de Naciones

(ECV) Encuesta de Calidad de Vida

(PCD) Personas con discapacidad

(RLCPD) Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

(VIH) virus de inmunodeficiencia humana

(SIDA) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

(REIS) estudio de impacto de entorno residencial

(TSAQ) Cuestionario original de Actitudes Sexuales de Trueblood

(SPSS) Statistical Package for the Social Sciences

(PESCC) Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía

(UDES) Universidad de Santander

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como fin determinar la influencia del entorno social en la actitud hacia la sexualidad de personas con discapacidad cognitiva adscritas a la alcaldía municipal de Pamplona Norte de Santander, a partir de la aplicación de los instrumentos estudio de impacto de entorno residencial (REIS) entorno de grupos/social determinando el entorno social de Gail Fisher y la escala de Hanon. Trueblood, cuestionario de actitud sexual (TSAQ) conociendo la actitud sexual. Para el logro de esta investigación se aplicaron los instrumentos a personas con discapacidad de 16 a 35 años que se les explico sobre la investigación, que tanto ellos como su familiar o cuidador accedieron a firmar el consentimiento informado durante el segundo periodo del año 2019.

Palabras claves: entorno social, sexualidad, discapacidad cognitiva, Terapia Ocupacional.

Abstract

The purpose of this research work is to determine the influence of the social environment on the attitude towards sexuality of people with cognitive disabilities attached to the municipal mayor's office of Pamplona Norte de Santander, based on the application of the impact study tools for residential environment (REIS) group / social environment determining the social environment of Gail Fisher and the Hanon scale. Trueblood, sexual attitude questionnaire (TSAQ) knowing the sexual attitude. For the achievement of this research, the instruments were applied to people with disabilities from 16 to 35 years old who were explained about the research, which both they and their family member or caregiver agreed to sign the informed consent during the second period of the year 2019.

Keywords: social environment, sexuality, cognitive disability, Occupational Therapy.

Introducción

Teniendo presente que somos seres sexuales convirtiéndose en “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida; abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual; se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales; la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre; la sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” Organización mundial de la salud (OMS, 2006). Se retoma la anterior definición debido que la sexualidad es vista desde diferentes aspectos brindando una concepción holística del ser. Donde además es importante resaltar que la OMS refiere que el ser humano tiene una interacción con un factor social, es por ello que además se tiene presente para este proyecto la cuarta estrategia de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud poblacional, donde expresa que es “ importante el desarrollo de habilidades personales y sociales ; recomendando utilizar la educación en salud, refuerzo práctico de las habilidades vitales y la información acerca de la salud para ayudar a las personas a lograr el desarrollo personal y social”; elaborada por la organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública; retomada de la (Crepeau, Cohn y Shell, 2005. Pag. 40-41).

Otro concepto es el del libro Sexualidad humana: una aproximación integral en el capítulo 6, donde refiere que “la sexualidad humana es un proceso continuo que se inicia en el nacimiento y termina en la muerte, es consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales, altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones

culturales” (Castelo, 2005). El anterior enunciado expresa que la sexualidad es un aspecto inmerso en el ser humano, que está en continuo cambio dependiendo en la etapa vital en la que se encuentre, evidenciándose diferencias biológicas, emocionales y sociales a través del paso del tiempo; es por ello que la sexualidad se expresa según estas etapas, siendo así no solo el coito, sino un conjunto de interacciones y expresiones influenciado por las personas y entorno en el que se crece.

Siendo así importante estos conceptos para el presente proyecto, puesto que la población a investigar se encuentra dentro de un espacio social donde habita; es por ello que al proponer esta temática se desea obtener información sobre cómo se percibe la sexualidad en discapacidad, desde la interacción con el entorno social; donde según Asociación Americana de Terapia Ocupacional – (AOTA) 2014 en el marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso, describe este entorno como aquellos “entornos físico y social que rodean al cliente y en las que tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria.”; el ambiente social incluye la “disponibilidad y las expectativas de las personas importantes, como cónyuge, amigos y cuidadores; relaciones con los individuos, grupos o poblaciones; y las relaciones con los sistemas (por ejemplo, legales, institucionales, económicas y políticas) que influyen en las normas, las expectativas de rol y rutinas sociales”. Partiendo del anterior enunciado este entorno social podría influir en la sexualidad de las personas en discapacidad, puesto que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias, las barreras debidas a la actitud, al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, (Convención de la Organización de las Naciones Unidas, 2006). Con base en esta definición es importante tener presente las diferentes barreras con las que las personas con discapacidad pueden estar en constante interacción.

Por lo cual se retoman el modelo de la ocupación humana de Gary Kielhofner 4ta edición , donde refiere “ de qué modo la ocupación se motiva, se organiza en patrones de vida y se desempeña en el contexto del ambiente”; el modelo de persona – ambiente- ocupación retomado de la Willdard Spackman 10 edición expresa que el “desempeño ocupacional nace de la superposición de los tres círculos y representa la adaptación o la congruencia entre los tres elementos” según Bertalanffy quien formuló en 1968 la Teoría General de Sistemas (TGS), la cual se ha ido aplicando al sistema familiar, considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción.; dado que para este autor el entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo, adoptó la terminología de “modelo ecológico” que se concibe como una disposición seriada de estructuras concéntricas inclusivas, en la cual cada una de las estructuras se encuentra inmersa en la siguiente, brindando un concepto de un mundo relacional”. Razones por las cuales desde la disciplina Terapia Ocupacional se desea investigar también como perciben la sexualidad las personas con discapacidad cognitiva desde entorno social, teniendo en cuenta las características de la patología, obteniendo información veraz sobre estos aspectos, permitiendo la relación entre las variables e incrementando la aplicación en intervención desde la disciplina al contar con resultados que direccionen la participación en las actividades de la vida diaria como lo es la sexualidad la cual favorece una ocupación, puesto que estas (ocupaciones) son usadas para significar todas las cosas que las personas desean, necesitan, o deben hacer, incluyendo el sexual.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

Descripción del problema

La Convención de la (ONU, 2006) dice que " La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias, las barreras debidas a la actitud, al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud -OMS, utiliza un enfoque "biopsicosocial", y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona, del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. La CIF Incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (OMS, 2002).

A nivel internacional, según el Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado en el año 2011 (OMS, 2011), más de 1.000 millones de personas en el mundo viven con alguna discapacidad, lo que se traduce en aproximadamente el 15% de la población mundial (según estimaciones de población en 2010).

En Colombia, de acuerdo con el Censo del DANE del año 2005, existen 2.624.898 de PCD, lo que equivale al 6,3% del total de la población (DANE, 2005). Con relación a las cifras censales de los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN, 2009), Colombia ocupa el primer lugar en prevalencia de discapacidad, seguida por Ecuador con el 4,7% (2001), Venezuela

con 3,9% (2001), Chile con el 2,2% (2002), Perú con el 1,3 % (1993), y Bolivia con el 1,1% (2011).

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) (2012) realizada por el DANE entre 18 y 39 años de edad, 24,7% de los encuestados no había alcanzado ningún nivel educativo, mientras que la proporción de personas que alcanzó educación superior fue de 9,7%. Así mismo se encontró que en las PCD el porcentaje de analfabetismo fue de 24,1%, mientras que en la población sin discapacidad esta proporción alcanzó un 6,9%.

Otros datos son los del ministerio de salud y protección social, según Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD, 2013) que afirma que existen 1'062.917 colombianos de los cuales 545.876 son mujeres y 516.030 son hombres en condición de discapacidad, en relación a personas mayores de 60 años hay 500.736 (47%).

Nuevos datos recientes en relación a la discapacidad en Colombia son los dados por la sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD), publicado en Noviembre, 2017 el número de Personas con discapacidad es de 1.342.222, siendo el 2.6% el porcentaje de la población total, según algunos datos del perfil social y demográfico, en edad y sexo existen 109.726 hombres existiendo un 49% (657.507) y mujeres 132.383 con un 51% (672.459) predominando las mujeres esta situación de discapacidad según edad sexo. Tasa de personas con discapacidad por 100.000 habitantes, según municipio de residencia hay 2.723 en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD, 2013) en el que 16 departamentos la tasa es mayor a la del nivel nacional como Huila, sucre, Casanare, Santander, Amazonas, Putumayo, Bogotá, Cesar, Boyacá, Magdalena, Nariño, Quindío, Risaralda, Tolima, Arauca, Caquetá. Siendo este un gran número de departamentos que presentan discapacidad en Colombia, aunque

Norte de Santander no se encuentre entre los 16, también cuenta con un número considerable a nivel nacional referente a discapacidad.

Donde Según el censo del año 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2015) referente a las personas con limitaciones por departamento en una relación de 0 a 500,000 Norte de Santander está en un dentro del rango de 100,000 con un 99,444%; de las cuales existen con limitaciones permanentes en una relación de 0,0% a 10.0% un 7,3% Porcentaje de Personas con Discapacidad (PCD) en el (RLCPD, 2013) que es una herramienta que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia del cual se obtiene la información donde Norte de Santander en una categoría de 0% al 100% obtiene un 29% porcentaje que correlacionado con 8 departamentos que aún no han superado el 30% de las personas con discapacidad en el registro, con respecto a las personas con limitaciones identificadas por el DANE en el año 2005 y el número de Unidades Generadoras de Datos (UGD)en producción por departamento, datos que indican que norte de Santander ya está en un porcentaje considerable con respecto a discapacidad a nivel departamental.

Según estructura o funciones corporales que presentan alteración.

Cúcuta: visual 1112, auditiva 637, sistema nervioso 1769, motora extremidad Superior e inferior 1654 otra discapacidad.

Bochalema: visual 22, auditiva 3, sistema nervioso 14, motora extremidad Superior e inferior 54, otra discapacidad 58.

Chinácota: visual 202, auditiva 43, sistema nervioso 196, motora extremidad Superior e inferior 214, otra discapacidad 287.

Convención: visual 59 auditiva 16, sistema nervioso 39, motora extremidad superior e inferior 86, otra discapacidad 22.

Durania: visual 34, auditiva 19, sistema nervioso 25, motora extremidad superior e inferior 32, otra discapacidad 99.

El Carmen: visual 74, auditiva 41, sistema nervioso 214, motora extremidad superior e inferior 215, otra discapacidad 116.

El Zulia: visual 78 auditiva 31, sistema nervioso 96, motora extremidad superior e inferior 171 otra discapacidad 95.

Herrán: visual 22, auditiva 7, sistema nervioso 51, motora extremidad superior e inferior 62, otra discapacidad 82.

Los Patios: visual 192, auditiva 77, sistema nervioso 260, motora extremidad superior e inferior 429, otra discapacidad 237.

Ocaña: visual 570, auditiva 105, sistema nervioso 768, motora extremidad superior e inferior 761, otra discapacidad 699.

Pamplonita: visual 39, auditiva 16, sistema nervioso 28, motora extremidad Superior e inferior 94 otra discapacidad 49.

Pamplona: dificultad visual, 97 auditiva, 309 sistema nervioso, 526 motora extremidad superior e inferior, otro tipo de discapacidad 318.

Puerto Santander: visual 6, auditiva 3, sistema nervioso 15, motora extremidad superior e inferior 30, otra discapacidad 29.

Ragonvalia: visual 86, auditiva 18, sistema nervioso 100, motora extremidad superior e inferior 68, otra discapacidad 96.

Toledo: visual 145 auditiva 32, sistema nervioso 153, motora extremidad superior e inferior 151 otra discapacidad 277.

Villa del Rosario: visual 22, auditiva 8, sistema nervioso 27, motora extremidad superior e inferior 76, otra discapacidad 15.

Donde el mayor porcentaje de los discapacitados presentaba alteración motora de extremidades superiores e inferiores (27 %). Por otra parte, los municipios con mayor número de discapacitados son: Cúcuta, Los Patios, Ocaña, Pamplona y Tibú; el municipio con menor número de discapacitados fue Puerto Santander.

Según la base de datos de la Población Con Discapacidad de Norte de Santander 2017 existe un total de discapacitados de 33.380 en Norte de Santander , distribuidos Ábrego 1.326, Arboledas 92, Bochalema 329, Bucarasica 120, Cáchira 977, Cécota 302, Chinácota 1.030, Chitagá 571, Convención 280, Cúcuta 8.761, Cucutilla 360, Durania 233, El Carmen 747, El Tarra 83, El Zulia 735, Gramalote 33, Hacarí 261, Herrán 310, La Esperanza 204, La Playa 753, Labateca 596, Los Patios 1.491, Lourdes 143, Mutiscua 179, Ocaña 3.444, Pamplona 1.712, Pamplonita 265, Puerto Santander 92, Ragonvalia 453, Salazar 175, San Calixto 146, San Cayetano 371, Santiago 173, Sardinata 338, Silos 231, Teorama 284, Tibú 2.884, Toledo 1.005, Villa Caro 325, Villa Del Rosario 1,602.

Los anteriores porcentajes relatan existe un alto nivel de discapacidad, es por ello que se retoman datos referentes a discapacidad a nivel internacional, nacional, con problemáticas en la que están envueltos la población a estudio.

Otro aspecto a mencionar es que las personas con discapacidad están en aumento en Colombia como se citó anteriormente por la Comunidad Andina de Naciones (CAN, 2009), Colombia ocupa el primer lugar en prevalencia de discapacidad, seguida por Ecuador con el

4,7% (2001), por ello se retoma la revista ciencia e innovación , teniendo en cuenta el artículo que trata sobre la correlación entre pobreza extrema y discapacidad en los departamentos de Colombia, que permiten deducir que “ la pobreza es un factor contextual influyente en la discapacidad, hallazgo consistente con lo expresado por la OMS, en cuanto a que la discapacidad y la pobreza son dos variables muy relacionadas en la mayoría de los países en vías de desarrollo; Igualmente, los factores de riesgos para enfermedades crónicas, que producen mayores índices de discapacidad, están asociados a niveles socioeconómicos bajos.

Es así como bajos niveles de actividad física, inadecuados hábitos alimenticios y alto consumo de alcohol y tabaco, que son factores de riesgos que llevan a discapacidad, tienen mayor ocurrencia en las poblaciones menos favorecidas; El modelo de pobreza y discapacidad de Lusting y Strauser, explica que los factores que aumentan el riesgo de discapacidad en los individuos pobres, los cuales son : desvalorización del rol social, factores ambientales de riesgo, disminución del sentido de coherencia e influencias negativas del grupo social”.

Situación en la que Pamplona Norte de Santander no es ajena puesto que según la base de datos de la alcaldía municipal los barrios con más número de personas con discapacidad cognitiva o intelectual, se encuentran mayormente en barrios de estratos socioeconómicos bajos como son: Cristo rey, Santa Marta, progreso, Simón Bolívar, que están ubicados en zonas periféricas donde los entornos físicos como sociales en muchas ocasiones no suplen las necesidades básicas, además de no manejar el concepto de discapacidad. En la actualidad no hay estudio acerca de sexualidad y entorno social en discapacidad en el municipio de Pamplona.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Organización de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, es el hecho social, político y legislativo más relevante de los acontecidos en la esfera de las personas con

discapacidad en lo que va de siglo, y sus efectos trascendentes está llamados a desplegarse aún capacidad jurídica se ve restringida debido a la declaratoria de interdicción no pueden contraer matrimonio ni formar una familia sin autorización judicial.

El Comité insta al Estado parte a que derogue toda restricción que limite o impida a personas con discapacidad contraer matrimonio y formar una familia sobre la base del consentimiento previo de las parejas, además, le recomienda que tome medidas para prohibir explícitamente en la ley colocar a los niños fuera de sus familias sobre la base de la discapacidad, y garantizar mecanismos de apoyos disponibles en la comunidad para progenitores con discapacidad; También el comité recomienda en el artículo 25 que el estado parte que:

Asegure que se garantice el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad en la prestación de servicios de salud, incluyendo los de salud sexual, reproductiva, relativos al VIH-SIDA y los servicios e intervenciones psiquiátricas, incluyendo a través de protocolos.

Capacite al personal de salud acerca de los derechos y dignidad de las personas con discapacidad.

Lo antes expuesto es para conocer lo referente a la situación actual de las personas en condición de discapacidad que como se citó antes por la Organización Mundial de la Salud va en aumento cada día, donde la participación en cada área de ocupación es de vital importancia para proveer un mejor estado de salud en cada aspecto mencionado por la OMS.

Según el informe anual de Profamilia 2014 en el apartado derecho a la autonomía sexual y reproductiva de mujeres con discapacidad intelectual y psicosocial en Colombia 2012-2014, se encuentra que "Al menos un billón de personas en el mundo tiene una discapacidad, de las cuales por lo menos un 15% son mujeres. Las niñas y mujeres con discapacidad soportan dos veces más de violencia, abuso y explotación que las mujeres no discapacitadas, durante un período mayor

de tiempo, y sufren lesiones graves como resultado de la violencia", Iniciativa Making it Work - Handicap International.

Según el (DANE, 2008) en el aspecto de dificultades permanente se encuentra el de relacionarse con las demás personas y el entorno donde el 13,0% tiene limitaciones en las relaciones interpersonales.

A partir de lo anterior es importante resaltar que la Terapia Ocupacional es una profesión que plantea una práctica centrada en la persona, a la que concibe de forma holística, por lo cual tiene una visión funcional de las mismas, no siendo ajeno aquellos que cuentan con una discapacidad, donde la red en la que se encuentra inmerso hace parte del sistema que puede contribuir de manera satisfactoria o no dentro de las ocupaciones, es por ello que la profesión se enfatiza en promover habilidades residuales favoreciendo la participación en actividades de la vida diaria, por ende donde la ocupación es el núcleo de todo ser, razones por las cuales el fin último es que el desarrollo de una ocupación como la sexualidad sea significativa para los involucrados.

Es por ello que desde la sexualidad en Terapia Ocupacional es un tema para abordar, pero, se dice que una de las razones para que poco se intervenga en esta área de la ocupación, son “la falta: Intervención en Terapia Ocupacional de entrenamiento en educación y asesoramiento sobre sexualidad durante la educación profesional y el hecho de que la sexualidad sea un área cargada de valores, muy influida por las (Couldrick, 1998). Aunque la mayoría de los Terapeutas Ocupacionales reconoce a la sexualidad como un área legítima de preocupación para ellos como profesionales, pocos abordan la sexualidad con sus pacientes (Agnew, Poulsen y Maas, 1985; Conine, Christie, Hammond y Smich, 1979; Evans, 1985; Novak y Mitchell, 1985).

Al no abordar la sexualidad con las personas, pueden reforzar el mito social de que los portadores de una enfermedad o discapacidad son asexuales (Gender, 1992), por lo que es necesario emprender investigaciones en la actividad de la vida diaria como es la actividad sexual, para ampliar conocimientos referentes a esta ocupación, puesto que es una dimensión inapeable que hace parte del desarrollo, el bienestar físico y social; razones que con llevan a generar la necesidad de investigar sobre esta temática, por lo que es importante citar a (Torices, 2005: 244-245), quien refiere que “ para iniciar cualquier intervención, no basta con que el profesional de Terapia Ocupacional pregunte en forma directa sobre la vida sexual de la persona, sino que antes de cualquier cosa es el profesional el que debe comprender su propia sexualidad, aceptar la presencia de prejuicios, tabús, aversiones y preferencias para poder hacer un análisis de los mismos, aceptar una definición de la sexualidad más amplia y no ligada netamente a la genitalidad , para así poder realizar cualquier acción sin ir en desmedro del sujeto.

Al estar en contacto directo con las personas mayores, un profesional puede ayudar a mantener los mitos en torno al sexo o apoyar al cambio social y cultural de las ideas preconcebidas; hasta el momento las intervenciones del terapeuta ocupacional en esta área han sido escasas, a pesar de que como profesión se alienta a tener una visión del ser humano integral, donde creemos que abarcamos todos los aspectos necesarios para que nuestros usuarios puedan vivir el proceso de la inclusión social y realización personal a partir de ocupaciones significativas, la sexualidad queda oculta entre otras actividades valoradas por el terapeuta con un mayor grado de importancia dentro de la intervención, incluso puede estimarse que considerar esta ocupación dentro de la práctica es algo frívolo, si lo comparamos con las áreas de acción clásicas.

Donde el entorno es visto desde la (AOTA ,2014) como aquellas “condiciones externas físicas y sociales que rodean al cliente y en las cuales ocurren las ocupaciones de la vida cotidiana del cliente; dentro de este entorno se encuentra el social siendo este la “presencia de relaciones con, y expectativas de las personas, grupos y poblaciones con quienes los clientes tienen contacto (por ejemplo, disponibilidad y expectativas importantes de individuos, tales como cónyuge, amigos y cuidadores, por lo que se desea conocer como son percibidas las expectativas y relaciones de las personas con discapacidad en la sexualidad puesto que se acepta actualmente la sexualidad como” parte integral de la existencia humana y es un componente reconocido de la calidad de vida” (Bowling, 1991).

Favoreciendo la integralidad y la visión holística del ser. Por tanto, la sexualidad ocupa un lugar fundamental en el proceso de rehabilitación (Sipski y Alexander, 1997a) y es una preocupación importante de los profesionales de terapia ocupacional principalmente en discapacidad. Aunque debido que la población no se encuentra en un mismo lugar es necesario buscar en los hogares para lograr obtener la información necesaria para aplicar los diferentes instrumentos y emplear el plan de acción como estrategia para convocarlos en un mismo lugar y contribuir a la investigación.

Formulación de la pregunta investigación.

¿Cuál es la relación entre el entorno y la actitud hacia la sexualidad de personas con discapacidad cognitiva basados en la base de datos de la secretaria de salud de Pamplona?

Justificación

Las actividades de la vida diaria están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado por Rogers y Holm 1994) “estas actividades son fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar” (Christianse y Hammecker 2001), y según la AOTA la sexualidad hace parte de estas actividades, convirtiéndose en una actividad significativa y cotidiana en la vida de las personas.

Razones por la que es importante citar el concepto de sexualidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), puesto que es un concepto amplio que abarca muchos aspectos a tener presente para hablar de sexualidad, al decir que es “un aspecto central en la vida de los seres humanos; basada en el sexo, incluye identidades y roles de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción,; se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones”.

Teniendo presente que la sexualidad vista desde la profesión de Terapia Ocupacional es un área de la ocupación muy importante para los seres vivos, donde como anteriormente en la OMS se mencionó, es un conjunto de hechos, sentimientos que dan identidad al ser y en últimas son necesarios para participar de un bienestar integral, además de hacer parte de uno de los roles ocupacionales, como es el rol sexual. Donde el Terapeuta Ocupacional también interviene, debido a que ve al ser desde un abordaje holístico.

Además la sexualidad es una preocupación importante de los profesionales de Terapia Ocupacional, puesto que con el “conocimiento de la anatomía, la fisiología, la discapacidad y la capacidad para evaluar y tratar áreas de función que afectan a los roles ocupacionales, permite tomar una posición ideal para proporcionar una intervención adecuada para los problemas que

plantea la sexualidad, teniendo en cuenta las características de la discapacidad y todo lo que rodea a esa persona, con un actitud razonable y observadora (Coultrick, 1998).

Por lo cual desde Terapia Ocupacional se desea conocer cómo se encuentra ese aspecto denominado sexualidad en la discapacidad cognitiva desde el entorno social, permitiendo emplear intervenciones que promuevan la participación en esta área de la ocupación humana, teniendo en cuenta las características de la población tanto cuidadores y/o familiares, como la persona con discapacidad cognitiva.

Con base a lo anterior es oportuno mencionar que la Terapia Ocupacional se fundamenta el modelo de la ocupación humana, de (Gary Kielhofner) donde expone que la “ocupación siempre involucra la interacción continua entre la volición, la habituación , la capacidad de desempeño y el contexto ambiental” , donde la heterarquía que hace referencia al “principio que enfatiza que los aspectos de una persona y del ambiente de esa persona se encuentran ligados en un todo dinámico” (Capraa, 1997 y Ulrich, 1991). A partir de estos conceptos cabe aludir que la dinámica entre el ambiente que tiene un impacto sobre las personas es importante puesto que puede brindar una oportunidad, un apoyo, a la demanda y a la restricción que el entorno tiene en una persona, limitando el accionar en una ocupación, en este caso la actividad sexual; es por ello que la dinámica que existe entre la persona, el ambiente y la ocupación son importantes, por ende se retoma el del modelo persona ambiente ocupación que describe el desempeño ocupacional “ como el resultado de una relación interactiva ” (Saegert y Wmkel, 1990) entre las personas sus ocupaciones y los ambientes en los que viven, trabajan y juegan (Law y col., 1996). Además, el modelo es congruente con los modelos globales actuales de salud, como la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) revisada (Organización Mundial de la Salud, 2001) que también reconoce las interacciones de persona y ambiente en el proceso

de salud y bienestar; Todo lo anterior permite conocer la importancia de estos factores extrínsecos, intrínsecos que favorecen la participación en ocupaciones humanas. Por último otro enfoque de importancia es el sistémico quien menciona que “todo el modelo familiar sistémico se concentra en la influencia de la familia y entornos sobre la conducta individual, sostiene que todos los miembros de una familia están fusionados en una red de papeles, posiciones, valores y normas interdependientes, lo que hace que un individuo afecte de manera directa al sistema familiar entero y de manera correspondiente, las personas se comportan típicamente de manera que reflejan las influencias familiares” (Santa cruz ,2002) reflejando la importancia de trabajar en sinergia, la familia la persona en condición de discapacidad y ese entorno en el que habita, a través de una red de apoyo a favor de los involucrados, brindando espacios de crecimiento funcional e independencia entre los actores de la intervención y la terapia narrativa de Heinz Von Foester quien postula la idea de que “los síntomas, problemas y disfuncionalidades de una familia son producto de las narrativas construidas en las relaciones, la familia y el contexto social y cultural”.

Al igual que la sexualidad donde la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2014) menciona que la sexualidad forma parte de la condición humana, por lo que tanto clientes con discapacidad física, mental, intelectual u otros se les ha de proporcionar una intervención global, en la que se incluya esta área, la considera como un componente más de las actividades de la vida diaria y de la participación social, por lo que se trata como un área de ocupación; que puede abordar desde cualquier entorno, donde el rol del terapeuta es intervenir en hogares, hogares grupales, hogares de ancianos, centros de rehabilitación, centros comunitarios de salud mental, centros para el dolor, centros para personas mayores, hospitales, comunidades de jubilados y otros lugares desde la temática de sexualidad, incluida como parte de las actividades

de la vida diaria, como es citado en el libro de conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional donde incluye la expresión sexual como una actividad que busca la satisfacción dentro de las áreas de ocupación. Es necesario mencionar la importancia de dar conocer la sexualidad como una actividad de la vida diaria donde se es necesario comprender el concepto desde la interacción, la satisfacción de placer y la reproducción; además , se permite abordar al ser humano dentro de un conjunto de aspectos que se deben tener presente para que participe de una ocupación significativa, teniendo visión integral donde todos los participantes se benefician del proceso de intervención, otro apoyo es la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2014), en definir el entorno social permitiendo una reflexión amplia de todo lo que rodea al ser

Dentro de una interacción dinámica entre lo que se “construye a través de relaciones, de expectativas entre personas y lo natural” convirtiéndose directamente competente para un profesional de Terapia Ocupacional con el fin que exista un balance en lo mencionado anteriormente

Mirado desde un aspecto metodológico y en cuanto a lo cuantitativo se puede decir que se centra en entender y dar respuesta a las variables como lo son el entorno social, sexualidad y discapacidad, que generan el fenómeno de conocer de qué forma ese entorno influye en la actividad sexual de la población en condición de discapacidad cognitiva, siendo la muestra de cincuenta personas del municipio de Pamplona, permitiendo la identificación del entorno y la manera en que interactúa e interviene en las personas con discapacidad cognitiva leve, donde existe una condición de por medio, que en ocasiones no son aceptadas por la sociedad, trayendo consecuencias de exclusión, por un lado y por otro sobreprotección por parte de ese mismo entorno; donde la Terapia Ocupacional tiene una visión inclusiva e integral de las personas con el compromiso de sensibilizar, educar, prevenir y promover una sexualidad para todos lo cual

implica responsabilidad con, participación , que hagan valer sus derechos a tener una sexualidad llena de placer, compromiso y armonía, fomentando los medios de información, acercamiento y educación en distintas áreas sociales, para así derribar mitos, prejuicios, estereotipos en cuanto a la discapacidad y la sexualidad, donde el conocer como es la influencia en esta área de ocupación visto desde el entorno social.

Según el (Better Health Channel, 2004) en el artículo “Sex education for children with intellectual disabilities” la Educación Sexual para niños con discapacidad intelectual, refiere que las personas con discapacidad tienen los mismos pensamientos, deseos, actitudes, fantasías y actividades como las personas que no presentan discapacidad, por ello es importante que estas personas que presentan una discapacidad cognitiva, puedan expresar, experimentar sentimientos de relación con las demás personas que sean significativas.”

Además este mismo autor, agrega que es importante que los niños y niñas tengan la oportunidad de ser educados en sexualidad, así como darles la oportunidad de explorarse, disfrutar y expresar su sexualidad de manera positiva y saludable , debido a estas razones la investigación desea aportar a una de las incógnitas, cómo es la actitud hacia la sexualidad, teniendo en cuenta las características con las que cuenta la población a estudio y su entorno social; por lo cual se partirá primeramente de una ficha sociodemográfica y una lista de cotejo que permitirá para tener un acercamiento con los involucrados e indagar sobre que conocimiento que tienen sobre la temática de sexualidad, seguidamente a través de instrumentos como el estudio de impacto de entorno residencial (REIS) , para el entorno social y el cuestionario original de Actitudes Sexuales de Trueblood (TSAQ), para conocer la actitud sexual hacia la sexualidad de la persona en discapacidad, conociendo si existen tabúes o no; de este modo implementar estrategias se concienciación, promoción , prevención y manejo de la sexualidad, en

los actores principales de la investigación, contribuyendo a la profesión de Terapia Ocupacional, en el desarrollo de su campo de acción profesional, al mostrar los resultados en ponencias a nivel nacional, regional y local, además de la publicación del artículo en una revista indexada, brindando un nuevo horizonte a la profesión en cuanto al papel o rol del Terapeuta Ocupacional en la temática de sexualidad de personas con características diferentes, que cuentan con derechos y necesidades básicas que favorecen el bienestar integral desde una área de la ocupación humana como la participación en la sexualidad deseada, brindando una aproximación a la vivencia, puesto que se contara con más información de cómo es el abordaje desde esta óptica en población cognitiva.

Resaltando que somos seres sociales y sexuales según es referido anteriormente es conveniente conocer estos aspectos como se encuentran en las personas con discapacidad cognitiva en este caso de leve a moderado, promoviendo la participación en ocupaciones, favoreciendo a las personas que rodean al discapacitado, permitiendo conocer más sobre estos aspectos extrínsecos e intrínsecos y de qué modo abordarlos desde su rol de cuidador , puesto que las estrategias van en pro de promover la dinámica familiar en una actividad sexual responsable desde los aspectos nombrados en la AOTA, como son la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva.

Beneficiando no solamente una área ocupacional, sino la participación de un derecho, fomentando conciencia colectiva dirigida a familiares y cuidadores que estén alrededor de las personas con discapacidad, acerca de las restricciones y potencialidades que esta ocupación tiene, donde a partir de los resultados se apoyara en el primer nivel de salud donde la Terapia Ocupacional interviene a través de la promoción y prevención en la educación sexual , involucrando aspectos como el de justicia ocupacional, género, autonomía, desarrollo personal.

Objetivos

Objetivo General.

Determinar la influencia del entorno social en la actitud hacia la sexualidad de personas con discapacidad cognitiva.

Objetivos Específicos.

Indagar en aspectos sociodemográficos de la población en estudio a través de una ficha sociodemográfica.

Evaluar el entorno social y la actitud hacia la sexualidad por medio del estudio de impacto de entorno residencial (REIS) entorno de grupos/social y la escala de Hanon. Trueblood, cuestionario de actitud sexual (TSAQ).

Analizar estadísticamente los datos recolectados mediante el software (SPSS).

Establecer la relación entre las variables entorno social y la actitud hacia la sexualidad.

Capítulo II

Marco referencial

Antecedentes Investigativos

Antecedentes Internacionales.

Dña. Irene M^a Díaz Rodríguez. (2017). “*Construcción de la salud sexual y análisis de su influencia en la calidad de vida y prevención de abusos sexuales en personas adultas con discapacidad intelectual*”. Valencia, España.

El primer aspecto a destacar en esta caracterización es el elevado número de personas que afirma sentir atracción sexual por otras personas llegando a ser casi el 85% de las personas entrevistadas. Esta proporción no dista de los porcentajes identificados en población sin discapacidad en otros estudios como el realizado por Insta en 2005 por lo cual coincidimos con este autor cuando constata que el desarrollo sexual y las necesidades de la población sin discapacidad son los mismos que los de la población con discapacidad.

El 35% de los participantes de nuestra investigación no podían tener pareja puesto que sus padres no les dejaban y para el 31.4% era algo impensable ya que habían interiorizado que esto estaba mal pues ellos/as tenían discapacidad intelectual. La orientación sexual en las personas con discapacidad intelectual es un tema que genera mucha controversia en la sociedad ya que sigue ligada a mitos y falsas creencias. Se tiende a adjudicar una determinada orientación sexual en base a una serie de comportamientos, desconociendo que éstos no siempre son reflejo de su orientación (Gil y Díaz, 2014). Es habitual observar que se tiende a atribuir estereotipos homosexuales o bisexuales como una devaluación de su comportamiento.

Los tres grupos de edad de nuestra muestra presentan diferencias en cuanto a los conocimientos sobre los cambios corporales, siendo los jóvenes menores de 30 años quienes tienen un mayor nivel de conocimientos que los demás grupos la causa de esta diferencia a favor de los más jóvenes podría estar en que éstos ya han asistido al instituto psicopedagógico donde la normativa vigente les exige que den programas específicos sobre la materia, y hace relativamente poco, alrededor de unos 9 años que dejaron la etapa escolar sin embargo en cuanto a la actitud, son las personas mayores de 45 años las que presentan actitudes más abiertas hacia la sexualidad que los menores.

Esto podría deberse a que la mayor parte de nuestra muestra mayor de 45 años lleva varios años institucionalizada bien en residencias o en viviendas tuteladas, han surgido parejas y prácticas afectivas y sexuales en cuanto a la tolerancia ante las prácticas homosexuales son los jóvenes menores de 30 años los que obtienen mayores puntuaciones que los demás grupos. Esto puede ser debido a un factor educacional, en la sociedad actual la tolerancia ante las diferentes orientaciones sexuales es un tema en el que la sociedad ha ido evolucionando hacia una mayor aceptación y apertura, siendo los jóvenes los principales propulsores.

Este trabajo apoya la idea que las personas en condición de discapacidad aparte de tener el derecho a desarrollar una sexualidad libre, con apoyo de personas cercanas, pero en últimas donde ellos se sientan desarrollados, sin necesidad de ser atentados y violentados por su sexualidad.

En relación con el desarrollo sexual expone que la población sin discapacidad y con discapacidad presenta el mismo desarrollo e inclusive atracción hacia otra persona.

Aspectos que los cuidadores omiten no permitiendo que este desarrollo se de forma natural interiorizando que está mal, conceptos que se han transmitidos de generación en generación,

viéndose afectada la ocupación por estos aspectos. Donde influye la edad, la educación y el entorno en el que se ha visto envuelto, para así poder responder a las demandas dadas referente al tema como se evidencio en que los menores a 30 años tenían mayor conocimiento en la temática y se debía al hecho de asistir a un instituto psicopedagógico, reflejando la importancia de la intervención desde la educación, empleando escenarios más abiertos hacia esta temática en la población con discapacidad cognitiva. Teniendo en cuenta los rangos de edad y a partir de ahí los comportamientos en el entorno.

María Laura Serra. (2016). “*Mujeres con discapacidad y situaciones de opresión de construcción feminista: desestabilizando las jerarquías de los dominios de poder*”. Getafe, España.

Pese a los estándares internacionales respecto a la salud sexual y reproductiva y respecto a los derechos sexuales y reproductivos y pese a las obligaciones de los Estados, las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad son más frecuentes de lo que aparentan.

El dominio de poder hegemónico ha logrado arraigar tanto los prejuicios como los estereotipos sobre las mujeres con discapacidad y los roles sociales a cumplir dentro de la sociedad, que logran amparar, incluso de manera jurídica, estas violaciones.

No es necesario un feminismo de la discapacidad. El feminismo está en una constante evolución y el aporte de las experiencias de las mujeres con discapacidad (entre otras mujeres con otras identidades) es complementario al mismo.

Cada manifestación del feminismo es constitutiva una de otra, pero no van o, no deberían de ir, por caminos paralelos sensibiliza que, pese a que las personas en condición de

discapacidad también tienen unos derechos sexuales y reproductivos, al igual que el resto de la población, son situaciones que se ven vulneradas y aún más en el género femenino, puesto que las mujeres son las más perjudicadas en estas situaciones, provocando que en creen movimientos donde se luche por la igualdad de derecho, aportando organización y empoderamiento hacia el entorno que se quiere tener, referenciando las normas que amparan a este tipo de población. Siendo una alternativa que se puede generar dentro de cualquier comunidad, brindando una visión a lo que se puede enfrentar la presente investigación dando un aporte no solo desde el feminismo, sino también desde el machismo que por cultura colombiana aun es más arraigado, y que puede influir en la discapacidad de forma negativa.

Sandra Hernández González y Laura Torrecilla Guillen. (2013). *“Una Aproximación para la Creación de Talleres de Educación Sexual para Personas con Discapacidad Intelectual”*. Zaragoza, España”.

La educación sexual cobra una gran importancia a la hora de una educación integral, en todas las personas y también, cómo no, en las personas con discapacidad intelectual.

Pensamos que este tipo de proyectos deberían incluirse en la educación integral que se ofrece en nuestros días y que debería tener tanto peso como en su día tubo la alfabetización de la población o una educación para la higiene, puesto que la educación sexual debería ser considerada tan importante como que una persona sepa leer y escribir o mantener una higiene personal y en el hogar.

A partir de lo anterior se concibe a la educación como herramienta importante para los seres humanos y es por ello que se debe tener en cuenta para integrar e incluir a todos desde esta herramienta como la enseñanza, sin que prime la discapacidad donde las practicas sean

relacionadas a los diferentes aspectos sexuales como el aseo personas, la participación social, la regulación emocional; donde se tenga presente en entorno y la influencia en estos temas, aportando de este modo a la investigación que la educación para personas en condición de discapacidad no es solo una alternativa, sino un deber puesto que es una necesidad natural donde instruir, enseñar es el medio para evolucionar en la percepción que se tiene frente a la temática con relación a la población, brindando por medio del conocimiento bienestar tanto a la familia, al entender y conocer el comportamiento sexual de la persona a cargo, como la del directamente involucran al reconocer que hace parte de un sistema donde se respetan los derechos siendo en ultimas la educación la vía para ayudar a la independencia en el rol sexual, en lo posible y bienestar de la población.

Antecedentes nacionales.

Katerine Aristizábal y Juliana Ramírez. (2014). *“Discursos sobre sexualidad en directivos de instituciones educativas para jóvenes en condición de discapacidad cognitiva”*. Bogotá Colombia.

Puede contrastar lo que los participantes mencionan sobre sexualidad humana: en primer lugar mencionan el termino sexualidad responsable, los lleva a mencionar que para que allá dicha responsabilidad debe haber una educación frente a la temática de la sexualidad, en contraste con la definición de sexualidad humana esa educación genera una conducta que queda condicionada por el aprendizaje que se imparte a los jóvenes, es decir lo que se aprende en la educación sobre sexualidad condiciona la conducta y las acciones, lo que quiere decir que la cultura si condiciona la conducta sexual y esta se da de manera consciente tal cual lo menciona la definición sobre sexualidad humana.

La definición menciona lo placentero y lo reproductor, en contraste con lo que exponen los participantes no hay una mención del término placentero puesto que este lo pueden asociar a un acto de tipo emocional, irracional e irresponsable, pero por otro lado si hacen mención de lo reproductivo, visto como algo funcional de la sexualidad humana y de este mismo modo lo menciona la definición de sexualidad humana, lo que indica que hay un punto en común se abstrae la educación sexual como necesidad primordial para llevar el proceso de sexualidad en la población con discapacidad, un aporte importante es el mostrar que esa misma educación tiene sus ventajas y desventajas, puesto que al enseñar también se imparte condicionamiento en cómo debe ser ese comportamiento humano, donde referente a esa educación la respuesta por parte de los que la reciben puede ser favorable o no, siendo un ente de suma importancia para trabajar con personas en condición de discapacidad cognitiva donde según la educación y la orientación que se dé la misma, se podrán tener resultados deseados.

Otro aspecto importante es la forma en que la población participa de la sexualidad siendo la parte emotiva algo confusa, en ocasiones difícil de organizar y construir mentalmente y la parte en que la sexualidad es un medio para la reproducción es mejor codificada dentro de su contexto. siendo un interrogante que aporta al presente estudio interés, puesto que la influencia del entorno en lo que se desea determinar.

Sarah. Moreno Castañeda. (2013) “*Cómo viven las relaciones de pareja las personas en condición de discapacidad*”. Bogotá, Colombia.

La sexualidad de personas en condición de discapacidad no es una sexualidad diferente a la de los demás no es un tema que sea algo especial, es sencillamente sexualidad humana, ya que la sexualidad es inherente al ser humano, pero ellos están en completas condiciones de desarrollar

su sexualidad como cualquier otra persona, tienen capacidades para amar de la misma manera, y la mayoría tienen en buen estado sus órganos sexuales, así que también pueden desarrollar una vida sexual plena.

Las relaciones afectivas de las personas con discapacidad sí se ven afectadas por el mismo rechazo de la sociedad, y todo debido a la falta de conciencia de las personas para llevar a cabo buenos métodos de inclusión.

La realización de Con Luz Conocí la Noche fue un acercamiento a los sentimientos de Sergio Benavides, que a su vez es el acercamiento a toda una población que necesita eliminar cierto tipo de imaginario colectivo que gira en torno a la vida en pareja de las personas con discapacidad.

Al presente estudio, reitera que la sexualidad en población en condición de discapacidad no es diferente a la de los demás, que es la falta de conciencia que es un área que se desea explorar, brindando una sensibilización en relación al tema, donde el entorno sea el medio a intervenir, puesto que en ocasiones puede que cierre puertas a generar inclusión.

Desde una sexualidad responsable y educable, como se expone en este trabajo, dejando de lado los imaginarios colectivos donde en muchos de los casos, están guiados por tabús, retrasan el avance, la participación de este grupo en la sexualidad, siendo una alternativa a implementar dentro de la investigación.

Yulieth Lorena García Bustamante. (2015). *“Influencia del proyecto de educación para la sexualidad construcción de ciudadanía, en la toma de decisiones de protección a los riesgos asociados a la salud sexual, en los adolescentes”*. Ibagué, Colombia.

Se debe fomentar la participación activa de los estudiantes en el proyecto educativo de educación sexual.

El proyecto educativo de educación sexual se limita a promover la prevención del embarazo a temprana edad y está enfocado al sexo y reproducción, dejando de lado toda la temática que esta abarca este proyecto puede mostrarse como la mediocridad del sistema de salud y su nula articulación con el sistema educativo, los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deberían de ser parte fundamental en la ejecución o desarrollo del PESCC lo que hace pensar que solo se trata las consecuencias y no la causa de la problemática que se viene presentando con los adolescentes en cuanto a los riesgos asociados a la salud sexual.

A la investigación se pueden aportar dos ítems importantes: la primera es que en definitiva la educación es importante para la población en general y principalmente para los que presentan una condición de discapacidad, involucrándolos como seres importantes con una participación activa. Otro ítem es no caer en el cliché que solo tratar el tema de métodos anticonceptivos es lo relevante de la educación sexual, al contrario, ampliar esas temáticas brindando, un abanico de oportunidades donde el ser un ser sexual, sea una ocasión para explotar otras habilidades dentro de la población, favoreciendo inmersamente la salud.

Antecedentes regionales

María Catalina Castro Medina. (2017). “*Funcionamiento ocupacional en actividades de la vida diaria en la población en situación de discapacidad del municipio de Chitagá Norte de Santander*”. Chitagá, Colombia.

Se logró concluir que el género que más prevalece en las personas en situación de discapacidad es el masculino con un 62,9% de las zonas urbanas y rurales, siendo el hombre más

susceptible de sufrir diversas enfermedades, así mismo las edades están comprendidas entre los 10 a 15 años con un 37,1 %, las patologías que inciden es el déficit cognitivo y el síndrome de Down con un (11.4% respectivamente), alterando el funcionamiento ocupacional, además de sobresalir el nivel socioeconómico 1 con un 80%, siendo la población de bajo recurso, lo cual implica necesidades básicas y dificultades de accesibilidad a los servicios de salud que afectan su calidad de vida.

Mediante el proceso de valoración de la medida de independencia funcional (WeeFIM), se comprobó que el cuidado propio es fundamental evidenciando que el 37.1% de la población es dependiente necesitando de ayuda de sus cuidadores y/o familiares para desempeñar adecuadamente las actividades de la vida diaria , así mismo en las destrezas de comunicación en la comprensión con el 57.1% presentan dificultad para entablar una conversación fluida o mantener un intercambio verbal y físico en el contexto en que se desempeñan, de la misma manera se observa alteración en las habilidades de interacción social debido a la patología se limitan para mantener o establecer relaciones sociales con el grupo de pares, por lo cual se ve alterado el funcionamiento ocupacional en la ejecución de estas actividades.

Contar con datos sociodemográficos en relación a la población en un área de Norte de Santander, área donde se llevara a cabo la investigación, brinda la oportunidad de sondear que tanta necesidad existe en este aspecto y cómo enfrentar el mismo ,es por ello que al conocer que el sexo masculino es el que tiene mayor discapacidad y el síndrome Down desde la discapacidad cognitiva, teniendo presente que el funcionamiento ocupacional es la variable a investigación, generando una visión en relación a que dificultades tienen para entablar una conversación fluida o mantener un intercambio verbal y físico en el contexto en que se desempeñan, de la misma manera se observa la alteración en las habilidades de interacción social debido a la patología y se

limitan para mantener o establecer relaciones sociales con el grupo de pares, por lo cual se ve alterado el funcionamiento ocupacional en la ejecución de estas actividades necesarios para trabajar la sexualidad en la población.

Sandra Milena Quiroz Jaimes. (2017). “*Capacidades y habilidades de la población con discapacidad en su desempeño profesional*”. Cúcuta, Colombia.

La experiencia de realización del presente documental permitió identificar las percepciones que tienen las personas sobre la discapacidad y su superación, puesto que al aproximarse a la historia de vida de Marcos Leal fue posible conocer diferentes voces y perspectivas sobre el tema de las necesidades especiales, un aspecto de la realidad que resulta desconocido para la mayoría y que solo puede ser narrado en primera persona por quienes lo han vivido de forma directa e indirecta.

El objetivo de documentar las experiencias laborales, profesionales y cotidianas de las personas con necesidades especiales se cumplió a cabalidad considerando que la narración establecida acompaña a Marcos en lo que es su vida real y por ende refleja no solo los aspectos positivos sino también los momentos incómodos que debe sortear debido a su condición de salud.

Dentro de ese propósito también se destaca que el hecho de no fragmentar la experiencia vital del protagonista de la historia ayudó a que el espectador se pueda sentir cercano a sus vivencias y desee conocer o apoyar más la causa de quienes viven en situaciones de extrema dificultad y frente al interés de proponer una estructura narrativa que visibilice las capacidades de formación y transformación de las personas con necesidades especiales se considera que aunque fue todo un reto, este se logró, puesto que al elegir una perspectiva de narración donde los 59

protagonistas cuentan por si mismos todo lo que han tenido que pasar para ver a Marcos como se encuentra hoy, se consigue evidenciar lo que han sido los obstáculos, pero también como lo han formado y fortalecido para construir el proyecto de vida que él siempre ha soñado tener.

La alternativa de la narrativa es un aporte importante dentro del estudio de la sexualidad en la población en condición e discapacidad cognitiva, donde participe las personas con la discapacidad, los cuidadores, personas cercanas y otras que no tengan un cercamiento directo con la población, permitiendo conocer varias visiones e identificar hasta qué punto el entorno y la concepción de cada quien interviene en la población a estudio.

Zaily Yurieth Camacho Cárcamo. (2016) “*Entorno Social: Familia y la Identidad Ocupacional*”. Cúcuta, Colombia.

Una de las conclusiones es que la familia como primer entorno social en el que se interactúa y se da la formación de conceptos y bases para la convivencia social estrechamente relacionada con la formación de la de identidad ocupacional, la cual es importante para la formación de valores, guiar hacia intereses y brindar oportunidades para la proyección de objetivos y metas hacia el futuro.

Teniendo en cuenta las cifras obtenidas por la aplicación de instrumentos como el OPHI II y el Mapeo de Red Social podemos concluir que el entorno social: familia y la identidad ocupacional de menores en situación de trabajo infantil se encuentran relacionadas, esto debido a que la identidad se conforma de valores, intereses, causalidad personal, auto concepto, proyección hacia un futuro y demás aspectos del nivel volitivo que se van formando a medida que la persona avanza en su desarrollo en el ciclo vital, por lo que se toma a la familia como

primer entorno social con el que se tiene contacto y donde se da la formación, fortaleciendo y guía en los proceso volitivos y de desarrollo ocupacional.

Aporta la importancia de la familia dentro de la identidad de las personas, puesto que influyen en la formación de valores e intereses, que son expuestos ante los demás, permitiendo reconocer al familiar o cuidador como aspecto relevante dentro de la investigación, contando con las características de la de población a estudio, donde este entorno social aporta a la integralidad del ser, debido a la esfera social en la que el ser está inmerso el ser humano, además de las relaciones socio afectivas que promueven el desarrollo sexual, aspecto donde la familia también aporta a través de la formación de autoconcepto en la persona a cargo, es por ello que la familia puede ser de apoyo o barrera para el desarrollo de una ocupación humana.

Antecedentes locales.

Faryd Kaleb Montañez Albarracín y Nathalie Andrea Vera Suesca. (2016) “*Asexualidad en el adulto joven, una mirada exploratoria*”. Pamplona, Colombia.

El proceso de descubrimiento de la asexualidad implica una crisis de identidad que se caracteriza por dificultades de autopercepción, autoconcepto, autoestima a interacción social, formulación de dudas acerca de la identidad personal y sexual. La resolución positiva de esta crisis de identidad genera un empoderamiento respecto de la propia orientación sexual, asumiéndola como una parte normal de la identidad personal.

Asumir la asexualidad a nivel público conlleva implicaciones sociales como la estigmatización, la patologización, la invisibilización y el rechazo encubierto, lo cual altera los procesos de interacción social y de pertenencia e identificación con un grupo o referente social a pesar de que generalmente no se observen formas de rechazo directo, violencia o recriminaciones

hacia estas personas, la falta de conocimiento y sensibilización de la asexualidad favorece que ésta permanezca en el anonimato social.

Se establece que los hábitos, intereses y proyecto de vida de las personas asexuales obedecen a sus propias características y antecedentes personales y psicosociales; no se encuentra correlación entre la a sexualidad y estas áreas.

Reconociendo que la sexualidad es algo innato es importante también para la investigación reconocer la asexualidad que hace parte también de los tipos de sexualidad a los que la población en condición de discapacidad no está excepta, puesto que según el nivel de discapacidad y las características intrapersonales propias de su auto concepto sientan comodidad y placer el estar solos y limitarse e compartir una sexualidad desde la parte de relaciones interpersonales no llegando a instancias como un coito eventos a los que se enfrenta el presente estudio.

Jeymy Tatiana Hernández Gómez y Audry Stefany Rincón Pacheco. (2016). “***Capacidad de desempeño y el deporte como ocupación en personas en situación de discapacidad en el municipio de Pamplona Norte de Santander***”. Pamplona, Colombia.

Se realizó a través del perfil sociodemográfico, donde se logró concluir que las edades entre 7 y 12 años son las que más prevalecen con un 54% teniendo en cuenta que fue tomada de los Colegios Normal Superior de Pamplona y San Francisco de Asís, predominando la discapacidad cognitiva con un 48%; de acuerdo a patologías presentes como déficit cognitivo y Síndrome de Down, alterando su capacidad de desempeño, Capacidad de Desempeño y el Deporte como Ocupación Terapia Ocupacional 138 además de sobresalir el nivel socioeconómico 1 con un 82%, encontrándose en condiciones de vulnerabilidad, con pocas o nulas oportunidades del uso de recursos, que afectan su calidad de vida.

Se pudo concluir que, mediante el proceso de valoración de la capacidad de desempeño de la población, donde se utilizaron los instrumentos estandarizados de Terapia Ocupacional, para la población infantil el Perfil inicial del niño SCOPE, y para la población adulta el Perfil ocupacional del Modelo de la Ocupación Humana MOHOST, las habilidades de procesamiento se encuentran con mayor alteración en niños con un 70% que en los adultos con un 53,4% debido al déficit cognitivo, en cuanto a las habilidades de comunicación e interacción se observaron más disfuncionales los adultos con un 53,07% que los niños con un 26,97%, puesto que a los mayores se les dificulta la comunicación e interacción en grupos sociales de acuerdo a la identificación de gustos e intereses, se logró concluir que las personas en situación de discapacidad presentan disfuncionalidad en el subsistema de volición, en niños con un 47,05% y en adultos con un 41,65%, encontrando restricción en la exploración y elección ocupacional, no muestran placer por actividades significativas, no participan en ocupaciones, requiriendo del apoyo constante de familiares, conllevando a la dependencia, la falta de autonomía e independencia para la elección de ocupaciones que los motive, les genere placer y satisfacción en su ejecución.

Mostrar placer en actividades significativas, donde la interacción con las demás personas sea la causante de ellos, desde ahí inicia la sexualidad, cada espacio de compartir emociones, sentimientos, brinda el crecimiento en la sexualidad. Es por ello que el participar de un deporte abre las posibilidades de mejorar en relación a la patología, favoreciendo el desempeño ocupacional, donde la sexualidad también hace parte de este desempeño permitiendo no solo la participación en el deporte, si no también interviniendo en este medio en el rol sexual.

María Teresa Mercado Ríos y Lizeth Paola Niño Tarazona. (2017). *“Comunicación y sexualidad en parejas a distancia”*. Pamplona, Colombia.

Una de las conclusiones fue que existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres ya que ellas utilizan con mayor predominancia el estilo de comunicación social afiliativo, percibiéndose como amistosas, amables y atentas; mientras que ellos utilizan sobre todo el estilo social auto modificador, considerándose más tranquilos, tolerantes y prudentes.

Se analizaron aspectos de la comunicación y sexualidad en parejas a distancia, en pro de la formulación de estrategias que contribuyan al fortalecimiento de la relación de pareja; se evidenciaron algunos cambios en la sexualidad en cuanto a la disminución de la frecuencia de la actividad sexual en pareja, aumento en la calidad de los encuentros sexuales y eróticos tanto a nivel físico en los espacios de tiempo de reencuentro entre los integrantes de la pareja como por medio de estrategias alternativas que se apoyan en el uso de medios virtuales para tener experiencias eróticas a larga distancia.

Se identificó la dinámica que existe en la sexualidad de las parejas a distancia hallando que en el periodo posterior a la distanciación geográfica entre los miembros de la pareja se produce cambios en el área de la sexualidad que obedecen a los impedimentos para mantener contacto físico, sin embargo las parejas elaboran estrategias alternativas para mantener experiencias eróticas a distancia y expresan un aumento en la calidad de los encuentros sexuales en aquellos momentos en que se reencuentran.

La sexualidad a distancia es una alternativa que cada día se vuelve más común en el diario vivir, donde las personas buscan la manera de generar placer erótico aun sin un contacto físico, dentro de esta investigación sirve como una estrategia que se implementaría para involucrar a la población en un mundo nuevo como son las TIC, direccionado hacia las relaciones de

interacción y comunicación, con un compartir afectivo, más que formar una experiencia de exhibición corporal, puesto que estos son medios de comunicación que brindan la oportunidad de exponerse a nuevos espacios con una población como la que se desea trabajar en esta investigación, donde lo virtual hace parte de un entorno poco explorado desde la sexualidad en discapacidad.

Marco Teórico

En este apartado se intenta realizar una aproximación teórica del entorno social, sexualidad y discapacidad cognitiva, relacionados entre sí; que van a servir de referencia para la profesión de Terapia Ocupacional y otras carreras de interés al tema.

Entorno.

“El término entorno se refiere a los entornos físico y social que rodean al cliente y en los que tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria”. Asociación americana de Terapia Ocupacional (2014). Divide este concepto en:

Entorno físico.

Ambiente natural y construido no humano y los objetos dentro de ellos: El entorno natural incluye el terreno geográfico, características sensoriales del entorno, plantas y animales el entorno construido y sus objetos incluyen los edificios, los muebles, herramientas o dispositivos

Entorno social.

Se construye a través de la presencia, relaciones y expectativas de las personas, organizaciones y poblaciones. Disponibilidad y expectativas de individuos significativos, tales como el esposo/a, amigos y cuidadores, relaciones con individuos, grupos u organizaciones.

Relaciones con los sistemas (por ejemplo, político, legal, económico, institucional) que influyen en el establecimiento de normas, expectativas del rol y rutinas sociales

Partiendo de estas definiciones es importante tener presente que si se va a observar desde este foco a las personas en condición de discapacidad cognitiva es necesario tener en cuenta las destrezas del desempeño, patrones del desempeño, demandas de las actividades que realiza y factores del cliente tomando en cuenta su participación en las ocupaciones diarias. En este caso, se consideran las demandas de las actividades que realizaba antes de sufrir la condición y las características de su entorno físico. De esta manera se podría contemplar recomendar modificaciones o adaptaciones al entorno físico para promover su participación en la sexualidad.

En cuanto al entorno social, cada uno lo va creando a través de personas que le rodean, las relaciones que mantiene con los demás, a partir de ello van se van integrando un sistema de perspectivas según los gustos e intereses de cada quien, abriendo el espacio que puedan establecer relaciones de tipos sexuales entre personas con discapacidad y según la educación dada, pueda participar de esta ocupación.

Referente al tema de la investigación se dice que, ciertas actitudes hacia la sexualidad han ido cambiando en la sociedad y han evolucionado hacia una mejor comprensión de las necesidades sexuales haciendo inclusión en cada aspecto de la vida, porque aún son frecuentes las falsas ideas y los mitos, por aspectos que pueden ser “desconocimiento, actitudes negativas hacia las personas en situación de discapacidad, por valores culturales o por creencias erróneas” (Cobo, 2000) manifiesta alguna elemento como:

La persona discapacitada no tiene necesidad de expresión sexual.

El cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer.

La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja.

Temor a la transmisión genética de la lesión.

Temor a que la actividad sexual acelere la enfermedad.

Determinadas personas discapacitadas (según el tipo de discapacidad), se le atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida.

La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito.

El uso de medios accesorios para el placer es pecado o degradante.

Como se puede observar en el citado anterior, dado por (Cobo, 2.000); estos estereotipos y falsos mitos, frecuentemente ha sido la propia sociedad la que ha creado artificialmente estas diferencias entre la sexualidad de las personas con discapacidad y la de las personas sin discapacidad, como personas que son, sus bienes más preciados son la libertad y la autodeterminación y como ciudadanos y ciudadanas cuentan con los mismos derechos que el resto de la población.

Por lo que el propósito de esta investigación es conocer hasta qué punto este entorno que está en contacto inmediato y directo o que impidan las interacciones directas, es ahí donde hace necesario realizar un examen cuidadoso de una ocupación aislada, donde las personas y sus representantes pueden ser capaces de ejercer una influencia relativamente directa para hacer cambios de este entorno.

Entorno con apoyo familiar y profesional.

En relación al apoyo familiar y profesional vamos a destacar como hoy en día aún se prestan pocos apoyos en educar a las personas con discapacidad, es probable que tenga que ver con esa sobreprotección que tenemos hacia las personas con discapacidad intelectual presentan dificultad es en sus relaciones afectivas (enamorarse, sentir atracción, deseo, protegerse, tener un proyecto

de vida junto a otra persona, etc.) debido al trato infantil recibido, el exceso de celo y la sobreprotección de los familiares y educadores. Estas actitudes limitadoras del desarrollo afectivo sexual de las personas con discapacidad intelectual basadas en falsos mitos, fantasmas y prejuicios hacen que estas personas no vivan las situaciones necesarias para llegar a ser un adulto: tolerar frustraciones, elegir, aprender de los errores y de las experiencias, y amar como un adulto.

Por otro lado, se dice que “manifiestan que las personas con discapacidad son personas sexuales con un amplio rango de necesidades emocionales, con los mismos problemas que pasan el resto de las personas. Tienen los mismos derechos sexuales y la posibilidad de involucrarse totalmente en interrelaciones emocionales y sexuales” (Asbah y Spod, 1983).

Por ello “La sobreprotección familiar es el gran freno del proceso de desarrollo del niño con deficiencia que perpetua sus limitaciones hasta la edad adulta. El niño, a quien se le da todo hecho, no adquiere competencia; cuando todo se le da resuelto, se anula su iniciativa; si no se le permite correr riesgos o equivocarse, jamás adquirirá experiencia” (Fernández Santamaría, R.:1982- 1985, pág. 90), por lo que se resaltó que la persona con discapacidad tiene derecho como cualquier otra a disfrutar de su sexualidad y para ello es necesario que se dé la suficiente información acerca de la educación sexual.

Sexualidad.

“Dentro de las actividades de la vida diaria se encuentra la actividad sexual- que es participar en actividades que busquen la satisfacción sexual,”. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014). Concepto por el que se desea conocer y entrar en como los entornos influyen en esta actividad, permitiendo ampliar la visión holística del ser, teniendo presente cada

habilidad, capacidad, fomentando la participación en ocupaciones que pueden llegar a ser de beneficio a la salud y bienestar de todos los involucrados, apoyados de la educación.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud) conceptualiza la sexualidad como un “aspecto central del ser humano, a lo largo de su vida, que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual, la sexualidad se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006) (Sánchez, 2013, pág. 32).

Gracias a estas definiciones que sustenta la importancia de apoyar la sexualidad como algo innato, que da identidad, que permite la interacción entre pares de forma biológica, comprendiendo cada aspecto que conforma al ser humano, físico, mental y social, siendo esta una puerta hacia la integración de la discapacidad en la sociedad.

Según (Crepeau, Cohn y Boyt, 2010) refieren que la “sexualidad se desarrolla durante toda la vida como respuesta al desarrollo físico, psicológico y social de una persona (Sipskt y Alexander, 1997^a. pág. 527)” la sexualidad al desarrollarse en la misma medida que otros aspectos que integran al ser como individuo completo e integro, realza la importancia de tenerla presente como aspecto indispensable dentro de la vida diaria de las personas, puesto que innato que necesita atención y dedicación tanto profesional teniendo presente la parte intrínseca y extrínseca favoreciendo la participación desde sus habilidades residuales.

“La sexualidad es fundamental para la vida humana y “todos los individuos son sexuales en virtud de ser humanos” (Linton y Rousso, 1988, pág. 115) el presente enunciado reconoce la importancia que tiene la sexualidad dentro de las áreas de ocupación puesto que por el hecho de

ser humanos y tener una parte sexual como factor innato, se crea la necesidad de trabajar la actividad sexual y ser funcionales en esta área desde la necesidad individual.

La sexualidad ocupa un lugar fundamental en el proceso de rehabilitación (Sipski y Alexander, 1997) Por ello es una preocupación importante de los profesionales de terapia ocupacional con el conocimiento de la anatomía y la fisiología y la discapacidad y la capacidad para evaluar y tratar áreas de función que afectan a los roles ocupacionales, los terapeutas ocupacionales se encuentran en una posición ideal para proporcionar a las personas una intervención adecuada para los problemas que plantea la sexualidad.

Por último, otro autor que apoya y da solides a esta posición en relación a la sexualidad y a su expresa que “la sexualidad es una parte importante de la vida y que en torno a ella se definen muchos de los sueños, proyectos y búsquedas de las personas” (Seoane 2012) Ayuda a que dentro de sus capacidad cognitiva y nivel pueda crear interiores hacia otras posiciones, motivando a seguir trabajando en pos de lo que disfruta hacer en compañía de personas que comparten el mismo sentimiento, en entornos que sean acordes para desempeñar este rol.

Clasificación de sexualidad.

Clasificación de diez formas de expresar la sexualidad, según las más conocidas e importantes dentro de esta temática (Torres 2001).

Heterosexualidad: Es la orientación sexual definida por la atracción hacia personas del sexo contrario, exclusivamente se trata posiblemente la clase de orientación sexual más común.

Homosexualidad: Caracterizada por la atracción sexual dirigida exclusivamente hacia personas del mismo sexo. Popularmente se conoce a los hombres homosexuales como gays, mientras que las mujeres son lesbianas.

Bisexualidad: Atracción sexual hacia personas del mismo sexo y del sexo contrario, aunque no necesariamente con la misma frecuencia o intensidad en uno u otro caso.

Pansexualidad: Atracción sexual hacia algunas personas, independientemente de su sexo biológico o identidad de género. La diferencia entre la pansexualidad y la bisexualidad es que en el segundo caso la atracción sexual se sigue experimentando a través de las categorías de género, mientras que en la pansexualidad no ocurre esto.

Demisexualidad: La demisexualidad se describe como la aparición de atracción sexual solo en algunos casos en los que previamente se ha establecido un fuerte vínculo emocional o íntimo

Lithsexualidad: Las personas con este tipo de orientación sexual experimentan atracción hacia otras personas, pero no sienten la necesidad de ser correspondidas.

Auto sexualidad: En la auto sexualidad, la atracción se experimenta hacia uno mismo, sin que esto tenga que ser sinónimo de narcisismo. Puede entenderse como una forma de alimentar afecto o amor propio.

Antro sexualidad: Este concepto sirve para que puedan identificarse con él las personas que experimentan su sexualidad sin saber en qué categoría identificarse y/o sin sentir la necesidad de clasificarse en ninguna de ellas.

Poli sexualidad: En este tipo de orientación sexual se siente atracción hacia varios grupos de personas con identidades de género concretas. Según el criterio utilizado para clasificar, puede entenderse que la polisexualidad se solapa con otras orientaciones sexuales como por ejemplo la pansexualidad.

Asexualidad: La asexualidad sirve para poner nombre a la falta de atracción sexual. Muchas veces se considera que no forma parte de la diversidad de orientaciones sexuales, al ser su negación.

Dentro de estas posibilidades, se puede encontrar cualquier persona que desea expresar la sexualidad, donde las personas con discapacidad cognitiva no son ajenas, abriendo un banco de posibilidades que puedan verse identificadas con algún tipo, siendo otro factor en el que el entorno interfiera y que tan reprimido o abierto pueda encontrarse los involucrados en el mismo.

Desde la terapia Ocupacional se tiene por convicción ver al ser humano como holístico, permitiendo la interacción con todos los sistemas, conociendo la capacidad de desenvolverse en estos, para dar participación y significado. Sin importar prejuicios solo con permitir el desarrollo de la ocupación, sin que esta afecte el bienestar integral del ser.

Características de la sexualidad.

“Todos los seres humanos nacemos sexuados, por lo tanto, esta diferenciación genética condiciona nuestra existencia y provoca la búsqueda de pareja emocional y sexual” (Federación Española de Sociedades de Sexología, 2014).

El sexo es el instinto que nos lleva la búsqueda de pareja. La sexualidad viene definida por la expresión del sexo: forma y manera en la que expresamos el hecho de ser sexuados, la sexualidad tiene tres funciones: comunicación, placer y procreación.

La comunicación es la dimensión relacional: interacción y expresión de emociones, sentimientos y afectos, esta puede ser expresada verbal, gestual o por contacto dérmico.

El placer es la función más cercana a la esencia del individuo y la más oscurecida culturalmente, suele ser conocida también como la dimensión recreativa según (Cobo 2012), es la más creativa y lúdica y la que permite al ser humano expresarse como individuo o con su pareja de forma libre y creativa.

La interacción sexual es un hecho biopsicosocial, según (Cobo, 2012) debemos tener en cuenta tres realidades: a nivel biológico: sexuación; a nivel psicológico: sexualidad y a nivel social: erótica, asimismo, la sexuación, la sexualidad y la erótica partiendo de la revisión consiste en:

Sexuación: se refiere a construirse como hombre o como mujer, es decir, determinados modos de ser machos o determinados modos de ser hembras, la sexuación es fundamentalmente soporte biológico que sirve al propósito diferenciador, y a través de ella nos hacemos sexuados.

Sexualidad: las vivencias personales, cómo nos vemos, sentimos y vivimos el ser sexuados. Es una categoría subjetiva, por lo que su principal característica es su pluralidad, ya que hay tantas sexualidades como personas. La sexualidad es fundamentalmente conciencia, significación y vivencia subjetiva de la condición sexuada.

Erótica: es la forma de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples formas de expresión y que es personal y particular. Está influida por los valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia de la relación de pareja. Con todo ello, surge una erótica propia e individual con la que la persona debe sentirse bien: los deseos, las fantasías, los gestos, las conductas, las caricias, el abrazarse, el coger de la mano, el coito... La erótica es fundamentalmente acción y es interacción con “otros” -reales o simbólicos- que son “distintos y diferentes” a mí. (Cobo 2012; Martínez, 2003 y Sainz 2011).

Niveles de expresión sexual.

Esta clasificación parte con el propósito de abarcar todas las áreas donde el ser humano se ve envuelto por lo consiguiente están visto desde estos puntos, según (Montecinos 2009)

Sexo genético: Es el más simple, el hombre tiene 22 pares de cromosomas morfológicamente iguales y un par morfológicamente diferente que es precisamente el par que determina el sexo físico o biológico mientras que la mujer tiene 23 pares de cromosomas morfológicamente iguales.

Sexo físico o biológico: Son los atributos físicos y funcionales primarios y secundarios que caracterizan a un sexo, lo que se llama sexo normalmente, los primarios están presentes ya desde el nacimiento, los secundarios se presentan durante la pubertad por la maduración de los primarios, o sea, por acción de hormonas segregadas por los primarios

Sexo mental: La autoidentidad es el fenómeno que permite que una persona se identifique con un determinado colectiva, una persona puede sentirse hombre o puede sentirse mujer a pesar de su sexo genético y/o su sexo biológico.

Sexo cultural: Es el que determina las características de cada sexo en una determinada sociedad a lo que se le denomina masculino y femenino. Se compone no solo de una serie de pautas de comportamientos tabúes sino también de objetos y aperos propios de las tareas para las que se piensa que están capacitados.

Todo lo anterior son aportes significativos para comprender todo lo que influye en la expresión de la actividad sexual, de todas las personas envueltas en este aspecto propio del ser humano.

Sexualidad y discapacidad.

En relación a la discapacidad y la sexualidad es necesario retomar el artículo de la universidad Andrés Bello de Santiago de Chile, 2016 con el nombre “comprensión y abordaje de terapia ocupacional sobre las Relaciones afectivas de personas con discapacidad Intelectual”, el

cual refiere que “A pesar de los estudios sobre sexualidad, son pocos los que abarcan las relaciones amorosas/afectivas de las Personas con Discapacidad Intelectual.

Durante años se han centrado en el abuso, el control de la reproducción y natalidad, los comportamientos inadecuados, considerando siempre una visión centrada en la sexualidad. También es necesario mencionar que ha quedado en evidencia la pérdida de autonomía en las Personas con Discapacidad Intelectual, debido a que las decisiones que conciernen a sus vidas quedan en manos de terceros, limitando la elección de una pareja, o el matrimonio, guiándose principalmente por prejuicios y estigmas. (Morentin, Arias, Rodríguez, & Verdugo, 2008) otro aporte que da este artículo es que los “profesionales que no cachan nada de afectividad y sexualidad por ejemplo y creen que nosotros estamos locos, así como... o como los valores cristianos que de repente están más presentes que otra cosa, entonces, que los derechos, por ejemplo, entonces la parte religiosa es más importante que los derechos”, (E3P11R33); Además de que las personas con discapacidad intelectual se ven sumergidas en factores externos que a lo largo de la historia han influenciado y restringido en la participación y la construcción de este tipo de relaciones, “las tendencias sociales repercuten en la forma de entender y vivir la relación de pareja y, por tanto, en el ajuste y la satisfacción con la misma” (Melero, 2008, p. 98) es por ello que aún existen muchos mitos ligados a las relaciones afectivas que se conforman entre personas con discapacidad, y lo que esto conlleva.

Sexualidad y Terapia Ocupacional.

La sexualidad es una característica central y un factor formativo para los seres humanos. Es un estado mental que representa nuestros sentimientos sobre nosotros mismos, cómo es ser hombre o mujer, cómo nos relacionamos con las personas de nuestro propio género y las del

sexo opuesto, cómo establecemos relaciones y cómo nos expresamos, es básico para nuestro sentido del yo.

Como tal, es una parte importante del desarrollo y crecimiento es la capacidad de tener intimidad con otro de maneras mutuamente satisfactorias, los sentimientos y acciones sexuales pueden abarcar una gama de expresiones tomarse de las manos, flirtear, tocarse, besarse, masturbarse y tener relaciones sexuales son solo algunas de las formas en que se puede expresar la sexualidad (MacRae, 2010). La religión, la cultura, la etnicidad y la educación también pueden afectar la forma en que se desarrolla y se expresa la sexualidad.

Las personas, pueden preocuparse acerca de cómo sus problemas de salud afectarán su sentido de sí mismos, su capacidad para funcionar físicamente y sus oportunidades para participar en actividades sexuales. Las preocupaciones también pueden estar relacionadas con conceptos erróneos o las expectativas de los demás, incluidos los socios, los cuidadores y los proveedores de atención médica.

Promoción de la salud: este enfoque consiste en grupos de apoyo, programas educativos y actividades para aliviar el estrés, por ejemplo, un profesional de terapia ocupacional podría ofrecer un programa educativo sobre sexo seguro para adolescentes con retrasos en el desarrollo. Los profesionales de terapia ocupacional también pueden proporcionar capacitación en el servicio para ayudar a los cuidadores en instituciones tales como centros de enfermería especializada a comprender las necesidades sexuales de los adultos mayores y las personas con orientaciones sexuales diversas, tales servicios internos pueden incluir la introducción de formas de asegurar la privacidad cuando los socios están de visita.

Remediación: este enfoque consiste en restaurar las habilidades, como el rango de movimiento, la fuerza, la resistencia, la comunicación efectiva y el compromiso social, como parte del cumplimiento de las necesidades sexuales.

Un ejemplo es la rehabilitación para clientes que siguen un reemplazo de cadera y que abordan sus preocupaciones sobre la posibilidad física de tener relaciones sexuales durante el proceso de recuperación. Otro ejemplo es desarrollar intereses de ocio para ayudar a conocer socios románticos potenciales cuando se trabaja con clientes que denuncian aislamiento social.

Modificación: Este enfoque consiste en cambiar el entorno o la rutina para permitir la actividad sexual. Los ejemplos incluyen descansar antes de la actividad sexual para aquellos con poca resistencia; colocando almohadas bajo articulaciones rígidas o dolorosas o antes de la actividad sexual con un baño tibio; aprender nuevas posiciones para compensar las extremidades amputadas; y el uso de posiciones que incorporan soporte de peso para compensar los temblores.

Mejorar la capacidad de un individuo para participar en actividades sexuales puede tener un profundo efecto en la vida de esa persona al reconocer la importancia de la sexualidad en todas nuestras vidas y mostrar sensibilidad a la naturaleza personal de esta AVD, los profesionales de la terapia ocupacional ayudan a garantizar que todos los aspectos de la vida de sus clientes se aborden en la terapia.

Proporcionar empatía e información apropiada, idear adaptaciones y fomentar la experimentación para encontrar soluciones pueden ser servicios invaluable para los clientes cuando los profesionales analizan rutinariamente la sexualidad como una AVD, los clientes pueden hablar y abordar cualquier problema en esta área, la resolución colaborativa de problemas puede ayudar a los clientes a obtener el control de las áreas más íntimas puede ser

autovalidante, permitir la expresión personal de la sexualidad de maneras que sean significativas (MacRae, 2010).

Actividad sexual.

Esta actividad hace referencia a la capacidad para involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual. La sexualidad humana es un fenómeno multidimensional, que se inicia con la vida de la persona, que se desarrolla a lo largo de la infancia y adolescencia y alcanza su madurez durante la vida adulta y edades avanzadas. Es un factor importante que contribuye a la calidad de vida y a la sensación de bienestar.

Como profesionales de Terapia Ocupacional puede ayudarse a la persona mayor para la disposición del espacio y el logro de privacidad, así como la adopción de posturas cómodas en relación a las limitaciones de su enfermedad para obtener satisfacción sexual.

Discapacidad.

La clasificación que propuso la Organización Mundial de la Salud existe dos pretensiones básicas:

Que los términos muestren al individuo antes como persona que como sujeto en una situación limitante. Es por ello, que se comienza a utilizar la fórmula “persona con...”

Que se dé una denominación común que evite las interpretaciones que cada persona da a las consecuencias de la enfermedad (OMS 2001).

La primera permite ver al ser como persona dejando aparte la limitación y comprendiendo que habilidades residuales cuenta, con el fin último de favorecer el bienestar a partir de ello.

El segundo apartado refiere que se maneje el mismo lenguaje para esta población, en lo posible que no sea demeritorio sino al contrario que permita la sincronización de esta población, insistiendo aun en no mal interpretar el concepto de discapacidad, debido que sin personas que, al pasar de los años, han demostrado que poseen virtudes y más capacidades que su diagnóstico de base pueda afectar más.

Para conceptualizar un poco más se resalta el término de discapacidad se según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) como sucesora de la Clasificación

Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), ya que esta última poseía una concepción lineal sobre la discapacidad, basada en componentes negativos de la salud de la persona, le faltaba una estructura clara y contaba con algunos problemas en la definición y organización de los conceptos de discapacidades y deficiencias (Grupo Cantabria, 2003).

Se podría definir como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona a causa de esta relación, los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud, un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo.

“La sociedad puede dificultar el desempeño/realización creando barreras (edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (disponibilidad de dispositivos de ayuda) “(CIF, 2001).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) de la discapacidad y de la salud es considerada referencial al igual que la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y ambas son importantes para la FCI (Familia de Clasificaciones Internacionales). El 22 de mayo

del 2001, la clasificación de la discapacidad CIF fue aprobada por los 191 países que integran la OMS, fue una gran iniciativa para poder manejar las políticas públicas a nivel individual y grupal y así poder tener los datos más certeros en lo que se refiere a discapacidad.

Clasificación-CIF-Tipos-de-Discapacidad.

Principales Objetivos.

Proporcionar información científica a los países comprometidos con temas de salud.

Mejorar la comunicación entre todas las personas involucradas en el tema, desde investigadores y profesionales hasta las personas con discapacidad.

Permitir que se comparen datos y resultados entre países a través del tiempo.

Proporcionar un esquema de códigos para la utilización de la información.

Para poder evaluar la salud de la población hay que saber que la clasificación se determina por estructura corporal, actividad y participación.

Cada persona con alguna discapacidad es diferente a la otra según el grado de gravedad de su caso, ya sea que tengan el mismo tipo de discapacidad o que tengan una discapacidad distinta son diferentes las necesidades que puedan tener y diferente el nivel de cuidado y atención que se le brinde.

Los tipos de discapacidad y sus grados son variados y complejos, son como la personalidad de un individuo, con rasgos conocidos y otros ocultos o por descubrir, algunos de estos requieren una atención personalizada.

Discapacidad Física o Motora.

La discapacidad física es aquella que ocurre al faltar o quedar muy poco de una parte del cuerpo, lo cual impide a la persona desenvolverse de la manera convencional.

Causas de la discapacidad física: La discapacidad física puede ser causada mientras la madre está embarazada, por problemas genéticos o al momento del parto. También puede ser debido a un fuerte accidente.

Tipos de discapacidad física: Anomalías orgánicas, estas se encuentran en Cabeza, columna vertebral, piernas o brazos. Deficiencias del Sistema nervioso son las parálisis de las extremidades inferiores y superiores, paraplejia, tetraplejia y a los trastornos que afectan la coordinación de los movimientos. Alteraciones viscerales, son los que afectan los aparatos respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario, Sistema metabólico y Sistema inmunológico. Discapacidad Sensorial, Corresponde al tipo de personas que han perdido su capacidad visual o auditiva y quienes presentan problemas al momento de comunicarse o utilizar el lenguaje.

Discapacidad sensorial.

Discapacidad Auditiva: Es el déficit total o parcial de la percepción que se evalúa de la pérdida del audio en cada oído, la discapacidad auditiva no presenta características físicas evidentes, puedes notar cuándo una persona tiene discapacidad auditiva si usa audífonos o tiene dificultad al hablar por haberlo padecido antes de los 3 años de edad. Se suele aprender el

lenguaje de señas, se presenta en 4 grados Audición normal, para percibir sonidos mínimos de las cosas de 10 –15. Audición limítrofe, 16 – 25, Pérdida superficial: 26-40, pérdida Moderada: 41 -55, pérdida de moderada a severa: 56 – 70 pérdida severa: 71 -90, 90 o más pérdida auditiva

Tipos de Discapacidad Auditiva

La discapacidad auditiva se clasifica por la causa: Genética es decir cuando se hereda Adquirida, cuando algo lo ocasiona Congénita puede ser prenatal por enfermedad de la madre en el embarazo como sarampión o rubeola o perinatal por complicaciones en el parto.

Discapacidad Visual: la discapacidad visual es la disminución parcial o total de la vista. Se debe tomar en cuenta el campo visual que es el espacio visible con la mirada fija en un punto y la agudeza visual que es la capacidad del ojo para percibir objetos sus principales causas pueden ser, de Nacimiento, aquí se encuentran las personas que nacieron sin información visual, sin distinguir colores y detalles que solo pueden ser notados con el sentido de la vista. De forma adquirida, aquí se encuentran las personas que ya tuvieron en algún momento información visual, pero la pudieron haber perdido por alguna enfermedad, accidente o negligencia.

Tipos de discapacidad visual. Ceguera, es la pérdida total de la información visual, en algunos casos puede ser reversible, pero en la mayoría de casos no lo es, la baja visión, es el estado en el que la persona aún tiene un campo de luz denominado resto visual.

Discapacidad intelectual.

La discapacidad intelectual es aquella que presenta una serie de limitaciones en las habilidades diarias que una persona aprende y le sirven para responder a distintas situaciones en la vida. Se hace más fácil de llevar si su entorno ayuda a hacerles más sencillas las cosas.

A las personas con discapacidad intelectual se les hace más complicado aprender, comprender y comunicarse es irreversible, es decir, dura para toda la vida y no solo es un impacto que sufre el individuo, sino también es un reto muy fuerte para toda su familia. La discapacidad intelectual no quiere decir que las personas sean enfermas, son personas como nosotros con muchos sueños en la vida y ganas de alcanzarlos, si se reúnen las condiciones adecuadas pueden progresar y lograr objetivos.

Causas de la discapacidad intelectual. La discapacidad intelectual ocurre antes de ser adultos o cumplir la mayoría de edad, a veces puede ser por enfermedad de la madre en el embarazo, complicaciones en el parto y enfermedades en la niñez los tipos de discapacidad intelectual son, discapacidad Intelectual Leve discapacidad intelectual leve o ligera son aquellas personas cuyo coeficiente intelectual es entre 50 y 70, correspondiente a 2 niveles por debajo de la media, la mayoría de personas con discapacidad intelectual, aproximadamente un 85% están en este grupo.

Discapacidad intelectual Según el DSM 5.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 en su edición (2015) define “la discapacidad intelectual” (trastorno del desarrollo intelectual) dentro de los trastornos del neurodesarrollo, y un grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Clasificación:

Leve 317 (f70)

Moderado 318.0 (f71)

Grave 318.1 (f72)

Profundo 318.2 (F73)

Discapacidad intelectual leve: Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI, sin llegar a 55 – 50, se sitúa por debajo de 75 – 70 (unas 2 desviaciones típicas por debajo de la media, con un error de medida de aproximadamente 5 puntos). Acerca de ese tramo límite por arriba, en el DSM-5 se indica que se podría diagnosticar discapacidad leve con un cociente intelectual entre 70 y 75 si existe déficit significativo en conducta adaptativa, pero no cuando no exista.

Discapacidad intelectual moderada: Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI se sitúa en el intervalo de CI entre 55 – 50 y 40 – 35. La conducta adaptativa de este alumnado suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Suponen alrededor del 10% de toda la población con discapacidad intelectual.

El alumnado con este tipo de discapacidad suele desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y, durante la escolarización, puede llegar a adquirir

parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

Discapacidad intelectual grave: se incluye en la misma al alumnado cuya medida en CI se sitúa en el intervalo entre 35 – 40 y 20 – 25 y supone el 3-4% del total de la discapacidad intelectual. Las adquisiciones de lenguaje en los primeros años suelen ser escasas y a lo largo de la escolarización pueden aprender a hablar o a emplear algún signo de comunicación alternativo.

La conducta adaptativa está muy afectada en todas las áreas del desarrollo, pero es posible el aprendizaje de habilidades elementales de cuidado personal.

Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad: la mayoría de este alumnado presenta una alteración neurológica identificada que explica esta discapacidad, la confluencia con otras (de ahí el término pluridiscapacidad que aquí se le asocia) y la gran diversidad que se da dentro del grupo. Por este motivo, uno de los ámbitos de atención prioritaria es el de la salud física. La medida del CI de este alumnado queda por debajo de 20–25 y supone el 1–2 % del total de la discapacidad intelectual. Suelen presentar limitado nivel de conciencia y desarrollo emocional, nula o escasa intencionalidad comunicativa, ausencia de habla y graves dificultades motrices. El nivel de autonomía, si existe, es muy reducido.

La discapacidad psíquica.

Es aquella que está directamente relacionada con el comportamiento del individuo. Se dice que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo. Este tipo de discapacidad se podría incluir en categoría otros ya que tienen que ver con enfermedades mentales.

Probables causas.

Sus causas son la depresión mayor, la esquizofrenia, la bipolaridad, trastornos de pánico, trastorno esquizomorfo, síndrome orgánico, autismo y síndrome de Asperger.

Tipos de discapacidad psíquica o mental.

Retraso mental, discapacidad psíquica profunda, severa, severa límite y media desde Terapia Ocupacional los modelos, enfoques, marcos de referencia y paradigmas que dan base son los siguientes.

Enfermedad, Discapacidad y Problemas Sexuales.

Complicaciones secundarias como rigidez, espasticidad, úlceras por decúbito y contracturas pueden interferir con la expresión sexual (Sipski y Alexander, 1997b).

Aspectos para tener presentes para poder hablar de expresión sexual, puesto que a partir de la discapacidad se enfrentará a aspectos propios de la patología sumado a ello todos los efectos secundarios que limitan aún más esa expresión, situaciones que desde una mirada desde Terapia Ocupacional pueden mitigar con apoyo del principal afectado en conjunto con ese entorno social brindar herramientas en pro de favorecer la expresión de la sexualidad en el estado que se pueda.

Enfoques, marcos y paradigma.

Enfoque sistémico.

“Se concentra en la influencia de la familia sobre la conducta individual, sostiene que todos los miembros de una familia están fusionados en una red de papeles, posiciones, valores y normas interdependientes, lo que hace que un individuo afecte de manera directa al sistema familiar entero y de manera correspondiente, las personas se comportan típicamente de manera que reflejan las influencias familiares.”

Según (Bertalanffy, 1968) formuló desde la Teoría General de Sistemas (TGS)), este enfoque cuenta con unas características como el desarrollo de la personalidad está regido en gran parte por los atributos de la familia, sobre todo la manera en que los padres se comportan hacia los demás y entorno a ellos, siendo importante conocer cómo se relacionan entre si los cuidadores o familiares con las personas con discapacidad, teniendo presente que este enfoque refiere que existe un influencia directamente de las personas que le rodean, por lo que desde esta investigación e desea conocer la actitud sexual y como en este sistema familia, cuidadores y demás miembros se pueden ver involucrados en esta temática, desde la experiencia de la persona con discapacidad cognitiva.

La conducta anormal en el individuo por lo general es un reflejo o síntoma de una dinámica familiar enferma y de manera específica, de una comunicación deficiente entre los miembros de la familia.

El terapeuta debe enfocarse en el sistema familiar, no sólo en el individuo enfermo, y luchar para involucrar a toda la familia en la terapia, permitiendo una terapia de grupo que busca modificar, educar a todos los participantes a vincularse en las relaciones interpersonales para formar una red de apoyo para la persona en discapacidad cognitiva , promoviendo la sexualidad como una actividad de la vida diaria, logrando la participación en otras ocupaciones menos

“exploradas”, puesto que cuando aparecen temas relacionados con la sexualidad puede hacerse el silencio como medio de protección parece haber miedo a que si se habla del tema se despierte su sexualidad.

Pensar en que, si no se habla, no existe, y si no existe no hay problema esta actitud sobreprotectora impide el íntegro desarrollo afectivo- sexual de la persona, generando inseguridad y consecuentemente dificultad para establecer relaciones interpersonales, además de aumentar el riesgo de vulnerabilidad y de poder sufrir abusos sexuales, por otro lado, el desconocimiento puede dar lugar a situaciones como la masturbación en lugar inadecuados, la imposibilidad de formar parejas o matrimonio y mantener relaciones sexuales, limitación de los roles de identidad y, en algunos casos, esterilización.

Por ello es importante estudiar como el entorno social, influye en la sexualidad de la persona en condición de discapacidad cognitiva, puesto que la educación en estos temas puede llegar a hacer tabú para ciertos grupos familiares, amigos y demás personas que rodean a la persona en discapacidad. (AOTA, 2008). Enumera la actividad sexual como una actividad de la vida diaria como tal los terapeutas ocupacionales incluyen la sexualidad como parte de una evaluación de rutina de los clientes, y los terapeutas ocupacionales y los asistentes de terapia ocupacional abordan esta área en las intervenciones de terapia ocupacional el modelo del desempeño ocupacional de Terapia Ocupacional en uno de sus principios básicos dice “que el desempeño está sometido a la realización satisfactoria de los roles ocupacionales.

Lo que permite que al mirar las personas en condición de discapacidad que desempeñan este rol puedan permitir la realización de una ocupación innata como lo es la expresión de la sexualidad que hace parte según este modelo de las áreas de ejecución e inmersamente de las actividades de la vida diaria, además, el fallo del desempeño ocupacional o una pérdida de roles

ocupacionales pueden ser consecuencia de factores intra - extra personales que pueden interferir en la ejecución del rol.

Este modelo permite comprender y analizar la importancia de la participación y ejecución de roles ocupacionales reconociendo que existen factores propios de la persona como lo es la (discapacidad) del espacio donde se desenvuelve en su (entorno), los cuales, según el aporte de la profesión, pueden convertirse en lugares donde la ocupación significativa sea primordial, sin que sobre salga los factores que limitan esta misma.

Marco de referencia de la discapacidad cognitiva.

“Es la restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas diarias; en este sentido el M.R.D.C. fue desarrollado en terapia ocupacional para conceptualizar estrategias de intervención en personas que, como resultados de una patología cerebral, no son capaces de llevar a cabo sus actividades vitales normales”.

Según (Allen, 1985) afirma que en cuanto lo que permite crear estrategias para que las personas en condición de discapacidad cognitiva logren realizar actividades que sean vitales para ellas, según lo investigado durante este proceso la sexualidad se convierte en un aspecto de suma importancia sentido por el cual se ha de conocer las estrategias y el manejo de las mismas abriendo espacios en entornos que lo permitan, conociendo las causas y efectos que íntimamente trae esta temática en la sociedad.

Además, es importante recalcar y poder proponer estrategias de intervención en sexualidad para las personas con discapacidad cognitiva teniendo en cuenta las habilidades residuales y

favoreciendo la autonomía en una actividad de la vida diaria, como es la actividad sexual.

favoreciendo tanto a la participación como a la sociedad.

Modelo de ocupación humana.

Willard Spackman 10 edición, capítulo 18, p 212-213, el MOHO en uno de sus puntos principales es que el comportamiento es dinámico y dependiente del contexto.

4ta edición de Gary Kielhofner, tiene en cuenta el entorno social y la discapacidad refiriendo que “la mayoría de los grupos sociales presentan una ambivalencia hacia las personas con discapacidad.

Aun en sociedades cuyas leyes y sistemas de bienestar social está organizado de tal forma que apoyan a las personas con discapacidad, las actitudes de los individuos y las prácticas de los grupos a menudo revelan incomodidad con las personas con discapacidad (Gill, 1997; Hahn, 1993; Longmore, 1995).

Las discapacidades emocionales o intelectuales igualmente pueden aislar a las personas del resto de la sociedad en la cultura occidental se le otorga un alto nivel a la inteligencia, de tal manera que un déficit implícito en esta área significa el tipo de defecto personal más serio, algo que golpea la dignidad misma del individuo (Dexler, 1956, 1960; Edgerton, 1967).

Este modelo conceptualiza el “ambiente como el proveedor de oportunidades, recursos, demandas y limitaciones; plantea que las tanto el ambiente físico como social tienen impacto sobre la ocupación, refiriendo que el ambiente social está constituido por los grupos de personas y las formas ocupacionales que desempeña los individuos de ese grupo” (Kielhofner, 2002).

Modelo canadiense del desempeño ocupacional y la facilitación.

Este modelo tiene como objetivo analizar la relación dinámica e interdependiente que existe entre la persona, la ocupación y su medio ambiente; Terapia Ocupacional en comunitaria de (inmaculada Zango Martín p 64-65).

Cuenta con conceptos claves como:

Persona:

Desempeño y facilitación: Cognitiva, afectiva y física

Esencia de la persona: Espiritualidad

Ocupación:

Áreas de la ocupación: autocuidado, productividad y ocio

Medio ambiente:

Componentes del medio ambiente: cultura, institucional, físico y social

Es importante debido a que dentro de sus conceptos claves maneja el ambiente social en este modelo se permite ver y comprender a la persona no solo como un ser individual, sino también como un ser que está acompañado de un ambiente y ocupación donde se da lugar al crecimiento y ser visto como un ser ocupacional, por lo que es necesario tener en cuenta que las personas están creadas como seres ocupacionales, donde la sexualidad hace parte de ellas.

Es por ello que desde Terapia Ocupacional se promueven ocupaciones significativas que es al fin de la investigación.

Marco legal

En toda investigación se deben establecer las leyes que avalen y protejan los derechos y deberes establecidos del ciudadano de acuerdo a la normatividad vigente, resaltando el bienestar

de los individuos que hacen parte de la misma, partiendo desde la Constitución política de Colombia de 1991 la máxima ley en Colombia; constituyente establece artículos y decretos que protegen los derechos de las personas con el propósito de garantizar una vida digna, con igualdad de oportunidades; y así mismo establece los deberes y responsabilidades que deben cumplir, sin importar las condiciones de cada ser humano.

Teniendo en cuenta los siguientes artículos: Artículo 1. Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran, siendo así un país donde todos participan en igualdad de condiciones, libre donde el respeto mutuo es un pilar de convivencia y desarrollo, brindando la oportunidad de trabajar en pos de los más vulnerables, buscando la participación activa en cada uno de los aspectos de la vida diaria; apoyado en el artículo 47 dice que las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, y especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Al hablar de estos conceptos es brindar la seguridad a personas que sin tener como primera instancia su condición física, mental o económica, no se les permita desenvolverse de manera autónoma e integral como una persona que tiene los mismos derechos por el hecho de ser un ser humano, aportando a la integralidad desde una mirada sin discriminación en donde se inicia por medio de la educación como lo refiere el artículo 67. Donde con ella se busca el acceso al

conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura; valores que permita tener el conocimiento frente a los derechos y deberes que todos los colombianos tienen respecto, de esta forma evolucionar y lograr avances en todos los aspectos como lo es en esta investigación en el área de las personas en condición de discapacidad, donde la base para un mejor resultado es educar a la población contribuyendo al mejoramiento cultural.

Es por ello que la siguiente ley, trata un aspecto importante para contribuir al mejoramiento cultural desde una herramienta apropiada para el avance en poblaciones consideradas vulnerables como aporta la Ley 115 de febrero 8 de 1994, Por la cual se expide la ley general de educación; ley que aporta a la sexualidad.

Esta ley cuenta con artículos que hacen referencia a la sexualidad, partiendo del artículo 13 con objetivos comunes de todos los niveles donde uno de ellos es desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable, estos aspectos son necesarios en cualquier edad y tipo de población, donde no se excluya por su condición económica, física, mental, así mismo el artículo 14 hace referencia a la enseñanza obligatoria, en todos los establecimientos oficiales o privados que ofrezcan educación formal es obligatorio en los niveles de la educación preescolar, básica y media en donde intrínsecamente se debe cumplir con la educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad.

De esta forma se contribuye a una sociedad más estable, llena de conocimiento y no solo de áreas de ciencias y artes; si no también en aspectos de crecimiento personal como es la educación en sexualidad y de este modo contrarrestar el acoso sexual.

Por ello también se apoya en la ley 1146 10 de julio de 2007 "por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente". Teniendo por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, donde el artículo 8 se tiene en cuenta la importancia de la divulgación por parte del gobierno nacional de manera conjunta con el Instituto Nacional de Radio y Televisión, promoverá la adopción de sistemas de autorregulación eficaces tendientes a motivar a los proveedores y usuarios de los servicios de comunicación en cuanto a la visibilidad de la violencia sexual.

La promoción de derechos y relaciones equitativas entre los sujetos y la prevención del abuso sexual de niños, niñas y adolescentes mediante el diseño de estrategias tendientes a sensibilizar, orientar y concienciar acerca de la existencia del abuso sexual a niños, niñas y adolescentes y sus consecuencias así como también aportar herramientas a los niños, niñas y adolescentes que les faciliten su protección, defensa, detecciones tendientes a evitar el abuso sexual, dar a conocer de manera eficaz y pedagógica los niños, niñas, adolescentes y adultos, las autoridades e instituciones a las cuales dirigirse en caso de requerir ayuda.

Enseñar a los niños, niñas y adolescentes y a la ciudadanía en general su derecho a la atención gratuita en salud en los casos de ser objetos de abuso sexual, favoreciendo la sexualidad responsable basada en el conocimiento genera confianza y responsabilidad.

Es por ello que se recomienda a las escuelas que cuentan con la ley 1620 del 15 marzo de 2013 por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de violencia escolar, donde el objetivo principal es la promoción, a través de orientación y coordinación de estrategias, programas y actividades, en el marco de la corresponsabilidad de los

individuos, las instituciones educativas, la familia, la sociedad y el Estado teniendo la Corresponsabilidad, como uno de los principios más importantes, donde La familia, los establecimientos educativos, la sociedad y el Estado son corresponsables de la formación ciudadana, la promoción de la convivencia escolar.

La educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes desde sus respectivos ámbitos de acción.

La ley estatutaria 1618 de 2013- (Ley de derechos de las personas con discapacidad) Cuenta con el objetivo de garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la Ley 1346 de 2009 donde dentro de sus definiciones está el de personas con y/o en situación de discapacidad del cual refiere que son aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, situaciones a las que la condición de discapacidad es impuesta más por la sociedad y por la falta de conocimiento en cuento al trato, los aspectos a tener en cuenta para que esta condición disminuya a favor de todos, pues se puede enfocar en las habilidades con que esta población cuenta. Situación que puede iniciar desde la familia como lo describe el artículo 8.

Con un acompañamiento a las familias, las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, donde el Ministerio de Salud y Protección Social, sea

quien haga sus veces, deberá valer estos derechos, asegurando programas de salud sexual y reproductiva y que a su vez sean accesibles a las personas con discapacidad como lo describe el artículo 10 de la presente ley.

Ley 1753 junio 9 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”; en el artículo 81 refiere que la “atención Intersectorial para la discapacidad. El Gobierno Nacional conforme a los lineamientos de la política pública de discapacidad y las estrategias de implementación para ella contempladas en las bases del Plan Nacional de Desarrollo, diseñará e implementará una Ruta de Atención Intersectorial para personas con discapacidad. Para poder asegurar el acceso efectivo a la oferta programática en el nivel territorial se tomarán medidas de ajuste institucional, fortalecimiento de la capacidad instalada territorial, asistencia técnica a los gobiernos territoriales y mejoramiento de las condiciones de la gestión institucional, para lo cual el Departamento Administrativo de la Presidencia asumirá la coordinación y articulación de toda la oferta programática para discapacidad en los territorios a través de la Ruta de Atención Intersectorial para personas con discapacidad”.

Decreto 1421 29 de agosto de 2017 en el artículo 2.3.3.5.1.4 donde están las definiciones, se encuentra el concepto de ajustes razonables que debe garantizar que los estudiantes puedan desenvolverse con la máxima autonomía en los entornos en los que se encuentran, y así poder garantizar su desarrollo, aprendizaje y participación, para la equiparación de oportunidades y la garantía efectiva de los derechos.

Decreto 2177 del 22 de diciembre de 2017, por el cual se crea el Consejo para la Inclusión de la Discapacidad y se dictan disposiciones relacionadas con su funcionamiento” y cuyo objeto es coordinar las acciones que el sector privado adelante para coadyuvar al ejercicio de los

derechos y la inclusión social, laboral y productiva de las personas con discapacidad, orientadas al desarrollo de las capacidades a través de la formación para el trabajo, la producción y el empleo de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.

Decreto 392 del 26 de febrero de 2018, por el cual se establecen incentivos en los procesos de contratación a las empresas que tengan vinculadas personas con discapacidad. En los procesos de licitación pública y concurso de méritos, para incentivar el sistema de preferencias a favor de las personas con discapacidad, las entidades estatales deberán otorgar el (1 %) del total de los puntos establecidos en el pliego de condiciones, a los proponentes que acrediten la vinculación de trabajadores con discapacidad en su planta de personal.

Decreto 1350 de 2018 (31 de julio) por el cual se adiciona el Título 3, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1066 de 2015, Único Reglamentario del Sector Administrativo del Interior, denominado de las personas con discapacidad y se adiciona un capítulo sobre medidas para la creación y funcionamiento de las organizaciones de personas con discapacidad que las represente, refiere en el Artículo 2.3.3.1.10. Representación de personas con discapacidad a través de sus familiares y/o cuidadores. En ausencia de organizaciones de personas con discapacidad intelectual o múltiple, podrán asumir su representación las organizaciones legalmente constituidas por padres, madres o un familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil de las personas con estos tipos de discapacidad, que dentro de sus estatutos contemplen en sus objetivos la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual o múltiple entre sus funciones se encuentra representar a niños, niñas y jóvenes con discapacidad intelectual y múltiple, personas adultas con discapacidad intelectual y múltiple.

Marco ético

Desde de las diferentes leyes que rigen el estado colombiano, la profesión de Terapia Ocupacional se acogen a un régimen jurídico, que permite la labor de los Terapeutas ocupacionales en diferentes campos de acción desenvolverse en diferentes contextos sociales enmarcando artículos que respaldan el desempeño de estos profesionales, como la **Ley 949 de 2005 de Marzo 17**, por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el régimen disciplinario correspondiente del cual se parte para conocer áreas en las que interviene la presente investigación, partiendo de la actividad investigativa está orientada hacia la búsqueda, renovación y desarrollo del conocimiento científico aplicable dentro del campo de sus actividades, para el estudio de problemáticas y planteamiento de soluciones que beneficien a la profesión, al individuo y a la comunidad en general.

Por medio de un acercamiento al artículo 3 donde refiere que el sector de la salud está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensoriomotoras, cognoscitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación cuando el desempeño ocupacional está sometido a riesgo o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida permitiendo la intervención en una sexualidad responsable desde la promoción en salud, desde el sentido de actividad sexual favoreciendo esta ocupación, la cual puede estar restringida por las habilidades cognoscitivas con la que cuenta la población a estudio.

Donde para el desarrollo de la interrelación entre el Terapeuta Ocupacional y cualquier otro profesional, la lealtad y el respeto se imponen como elementos de primordial importancia para un armonioso ejercicio de la práctica profesional, como lo refiere el artículo 17.

Además de guardar el secreto profesional con respecto a todo cuanto haya visto, oído, entendido o realizado en función de los servicios profesionales que presta a un usuario.

Artículo 44 de la ley 949 de 2005 refiere que los derechos de propiedad intelectual sobre los trabajos y las investigaciones que realice por último esta ley cubre las investigaciones que, con fundamento en sus conocimientos intelectuales, así como sobre cualquier otro documento que refleje su criterio personal o pensamiento científico y técnico, sin que por ello se desvirtúe el derecho de uso que para fines asistenciales tienen los usuarios de los servicios. Por esta razón el consentimiento informado que es un documento necesario para poder iniciar un proceso de investigación, donde las personas que participan, den certeza de estar de acuerdo con los parámetros establecidos, es por ello que la presente investigación retoma el consentimiento informado de la (Universidad de Pamplona vicerrectoría de investigaciones comité de ética e impacto ambiental de la universidad de Pamplona) (Ver apéndice).

También es necesario tener en cuenta la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki debido a que tiene en cuenta los principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables permitiendo poder abordar a la población con discapacidad cognitiva y sus cuidadores y familiares, donde estas políticas son importantes para apoyar la investigación.

Marco contextual

El presente proyecto de investigación se llevará a cabo en la alcaldía ubicada en la Calle 5ta, Carrera Sexta Esquina. Palacio Municipal Pamplona - Norte de Santander.

Figura 1. Alcaldía de Pamplona - Norte de Santander



Fuente: Ospino, 2015

Misión.

Buscar el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los pamploneses, prestando los servicios públicos determinados por la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo territorial, promover la participación comunitaria, el mejoramiento cultural y social de sus habitantes, articulando los sectores productivos, económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales.

Visión.

En el año 2049 Pamplona será un municipio competitivo, planificado a partir de sus potencialidades, territorialmente arraigado en la cultura, socialmente amigable, equitativo e incluyente, ambientalmente sostenible, seguro y en paz.

Objetivos.

Planear, programar, proyectar, coordinar y ejecutar acciones tendientes al desarrollo municipal y subregional, que permitan canalizar el apoyo interinstitucional y la eficiente y eficaz ejecución de los recursos.

Funciones.

Son competencias del Despacho del Alcalde Municipal, además de las dispuestas por la Constitución y las Leyes; entre otras, las siguientes:

Atender los servicios que demande el ejercicio de las funciones y atribuciones constitucionales legales. Las ordenanzas y los acuerdos municipales que corresponda cumplir de conformidad con el Artículo N° 315 de la Constitución Política de Colombia.

Conservar el orden público en el Municipio, de conformidad con la Ley, las instrucciones y las órdenes impartidas por el presidente de la República y el Gobernador del Departamento Norte de Santander, dictando las medidas y reglamentos pertinentes, rendir los respectivos informes ante las instancias competentes.

Fijar políticas, dirigir, orientar, proponer los Acuerdos ante el Concejo en cuanto a la formulación de los planes, programas, presupuestos y demás iniciativas ejecutivas necesarias para la buena marcha del municipio, asegurando que éstos contengan las reales demandas y ofertas de la población a través de la efectiva participación ciudadana, comunal y comunitaria; sancionar, promulgar y reglamentar los actos administrativos que de éstos se deriven y sean considerados convenientes y con sujeción a las normas, reglamentos y actos de delegación que le sean atribuidos expresamente.

Dirigir, presidir, coordinar, articular y controlar la acción y gestión administrativa del municipio, apoyando y velando por el cumplimiento de la misión, objetivos, planes, programas y proyectos de cada una de las dependencias que conforman la administración central, asegurando el cumplimiento de las funciones y la presentación de los servicios municipales.

Fortalecer la organización administrativa, adecuándola oportunamente a las necesidades del servicio y a sus realidades socioeconómicas y tecnológicas.

Reglamentar grupos de trabajo para la atención de asuntos propios de las dependencias, conformar y asignar las funciones a los órganos de asesoría y coordinación, crear, suprimir o fusionar entidades o dependencias municipales con sujeción a las normas, reglamentos y actos de delegación que le sean atribuidos expresamente por las instancias y autoridades competentes

Figura 2. Organigrama



Fuente: Página oficial de la alcaldía municipal de Pamplona, 2018.

Tabla 1. Programas y servicios de la secretaria de salud de la alcaldía municipal de Pamplona.

Programa	Personal
Rehabilitación basada en comunidad (RBC)	Psicólogo, interprete de lengua de señas, trabajo social y auxiliar de enfermería
Adulto mayor	Enfermero, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social
Aseguramiento	Abogado, trabajador social, psicólogo
Vigilancia	Trabajador social, psicólogo
Epidemiología y demografía	Trabajador social, contador publico
Participación social	Psicólogo,
Promoción social	Trabajador social, psicólogo, auxiliar de enfermería
Programa ampliado de inmunización (PAI)	Médico, enfermera, psicólogo, trabajador social
Salud publica	Trabajador social, psicólogo, auxiliar de enfermería

Fuente: secretaria de salud de la alcaldía municipal de Pamplona, Norte de Santander, 2019

Marco conceptual

Entorno: Conjunto compuesto por personas que interactúan entre sí como son la familia o cuidadores, amigos, vecinos, compañeros de clase y todo ser con el que se comparte día a día. sumado a aspectos materiales donde se desenvuelve, como espacios locativos y lo que ahí habita; influyendo en el desarrollo de las ocupaciones de la vida diaria, favoreciendo la participación y desenvolvimientos en los diferentes aspectos que conforman al ser, tanto físico, social y mental.

Contribuyendo al crecimiento integral dentro de un ámbito ocupacional a través de la sinergia que el medio brinda.

Sexualidad: Noción multiforme, dinámica, plural que se encuentra presente en todas las fases del desarrollo humano. Donde intervienen aspectos anatómofisiológicos, como estructuras reproductivas; psicológicos dentro de los se encuentran aspectos emocionales, afectivos, conductuales; abarcando el erotismo, la intimidad el placer, inmersas en condiciones culturales y sociales brindando una forma de comunicación donde cada persona la desarrolla de forma diferente y e noveles de intimidad, en ciertos momentos del desarrollo prima la interacción con amigos, otras veces el participar en momentos sexuales donde se lleve a cabo el coito ya sea con fin de placer momentáneo, de reproducción, de costumbre, donde el contexto influye directamente de forma positiva o negativa en la ejecución de este acto.

Educación sexual: Medio fundamental para conocer los aspectos que integran la sexualidad según la etapa del desarrollo y de esta forma evolucionar frente a la temática, puesto que, al pasar la historia, según la cultura, ideología en el que se desenvuelve, puede verse limitada u afectada esta área importante de los seres humanos, razones por las que en ocasiones se genera miedo y vergüenza alrededor de ella, producida por la desinformación.

Persona con discapacidad: Idea ambigua a la que se frente día a día las personas, puesto que es un concepto amplio que ha evolucionado en relación con las personas que limitan las habilidades y destrezas con las que cuentan, puesto que la limitación puede ser impuesta por el contexto en el que se desenvuelve, afectando la integración como ser dentro de un ambiente ocupacional. La discapacidad puede ser esa falta o limitación de alguna facultad física, mental, intelectual o sensorial que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de la persona, afectando la forma de interacción y participación plena en la sociedad. Situación en la

que cualquier persona sin una visión sistémica e integral, puede ser diagnosticada o integrada a un concepto mal llamado actualmente, discapacitado.

Desempeño ocupacional: se refiere a la capacidad de las personas para llevar a cabo, actividades que promueven la participación activa en roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria a partir de las habilidades y destrezas con las que cuenta, apropiándose del lugar, espacio y tiempo en el que se desenvuelve

Ocupación: Toda actividad en la que se ve inmerso el ser humano, dirigida hacia un fin, con significado propio, basado en la motivación permitiendo la interacción con el entorno, encontrando satisfacción a las diferentes necesidades que el medio le proporciona, promoviendo la supervivencia y adaptaciones, contribuyendo al equilibrio en las áreas ocupacionales.

Prevención: Adopción de medidas encaminada a impedir que se genere malestar a un ente específico, con el deseo de brindar ayuda oportuna. Advirtiéndole sobre el peligro que se puede enfrentar si no se toma las medidas correspondientes, brindando ambientes más sanos y comprometidos con el bienestar integral.

Participación social: Capacidad para actuar, participar y ser un agente activo dentro de los diferentes entornos y contextos.

Sistema de variables

Tabla 2. Sistema de variables

Variable	Denominación	Categoría	Sub-variable	Ítems	Subíndice	Indicador	Instrumento
Independiente	Entorno	Nominal	Social	Preferencias Personales.	-Arregla y decora su propio espacio Arregla y decora áreas comunes -Elije que ropa llevarse -Elije que escuchar en la radio -Elije que mirar por TV y cuando hacerlo -Elije en que gastar el dinero y cuando	Cuantitativo 1= Si la decisión de otro, indique quién es 2= Personal o la decisión de otra persona 3= El personal y el residente deciden juntos	El estudio de impacto de entorno residencial (REIS). Gail Fisher, Patty Arriaga, Cindy Less, Joanne Lee, Emily Ashpole,. (2008).

-Elije que comer y cuando 4= Decisión de grupo por los residentes

-Elije donde poner el dinero, ropa, y sus útiles personales 5= Decisión Individual del Residente

Lista/Rutina

-A qué hora despertarse e ir a dormir

-Que hacer después del trabajo

-Cómo gasta el tiempo libre

-Elije cuando y como las tareas son hechas

-Elije cuando tomar duchas/baños

-Cuando las
llamadas telefónicas
son hechas y
recibidas

-Cuando recibir
visitas

Qué hacer con los
visitantes

Política social

-Como se reúnen los
compañeros de
habitación

-Como se asignan las
habitaciones

-Quien decide las
salidas

-Quien decide a
donde ir

					-Quien puede dejar la casa y cuando			
					-En general como se toman las decisiones y las reglas a cerca de cómo van las cosas			
Dependent e	Actitud hacia la Sexualidad	Nomina 1	sexualid ad	Autoerotismo	-La masturbación como práctica sexual aceptable si no tiene pareja	Cuantitativo 1= desacuerdo 9= Total acuerdo	total	El Cuestionario original de Actitudes Sexuales. (TSAQ). Trueblood, Hannon, & Hall, 1(998)
					-Grabar la actividad sexual con la pareja es aceptable si te excita	1-3 = Baja 4=7 Moderada 8-9= Alta		
					-Es aceptable pensar o soñar despierto con la actividad sexual			

- Fantasear con alguien más cuando se tiene sexo con la pareja es aceptable
- En el matrimonio la masturbación es aceptable como escape sexual
- Usar la pornografía como un medio para estimular la propia excitación
- La masturbación libera la energía sexual cuando se es soltero
- En una relación sexual las personas

pueden fantasear con
alguien mas

Heterosexualida
d

- Tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio
- Usar la actividad sexual para el propio placer
- Tener sexo con una persona del sexo opuesto el día que se conocen
- Practicar sexo oral con alguien del sexo opuesto

-Participar en relaciones sexuales anales con una pareja del sexo opuesto

-La participación en relaciones sexuales es para reproducirse, no por placer

-Las relaciones sexuales solo se practican con el compañero afectivo

-Solo se tiene relaciones sexuales con la pareja que se ama

Homosexualidad

- Tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio
- Usar la actividad sexual para el propio placer
- Tener sexo con una persona del sexo opuesto el día que se conocen
- Practicar sexo oral con alguien del sexo opuesto
- Participar en relaciones sexuales anales con una pareja del sexo opuesto

-La participación en relaciones sexuales es para reproducirse, no por placer

-Las relaciones sexuales solo se practican con el compañero afectivo

-Solo se tiene relaciones sexuales con la pareja que se ama

Variaciones sexuales

-Podría estar involucrado en más de una relación sexual al mismo tiempo

-Es aceptable vestir
ropas del sexo
opuesto si se
encuentra excitante

-Es aceptable infligir
dolor a otra persona
con su
consentimiento

-Es aceptable
observar a otras
personas durante su
actividad sexual

-Es aceptable
disfrutar siendo el
dominado en una
relación sexual

-Es aceptable
disfrutar siendo el

dominador en una
relación sexual

-Es aceptable recibir
una llamada obscena
si es excitante

-Es aceptable
participar el sexo
grupal

-Podría estar
involucrado en más

Comercio sexual de una relación
sexual al mismo
tiempo

-Es aceptable vestir
ropas del sexo
opuesto si se
encuentra excitante

-Es aceptable infligir

dolor a otra persona

con su

consentimiento

-Es aceptable

observar a otras

personas durante su

actividad sexual

-Es aceptable

disfrutar siendo el

dominado en una

relación sexual

-Es aceptable

disfrutar siendo el

dominador en una

relación sexual

-Es aceptable recibir una llamada obscena si es excitante

-Es aceptable participar el sexo grupal

Ajena	Ficha sociodemográfica	Nomina 1	Datos generales	Datos generales	-Nombres y apellidos -Fecha de nacimiento -Diagnóstico médico -Genero -Ocupación -Nivel de escolaridad -Dirección -Número de hijos	Cuantitativo y cualitativo	Ficha sociodemográfica Anyi Barrera (2019)
--------------	------------------------	----------	-----------------	-----------------	---	----------------------------	--

-Pertenece a una
etnia
-Estrato socio
económico
-Régimen de salud

Fuente: Barrera, A., 2019

Formulación de hipótesis

Hipótesis verdadera.

El entorno social y la actitud hacia la sexualidad se relacionan de forma negativa con la discapacidad cognitiva

Hipótesis de segundo grado.

El entorno social y la sexualidad se relacionan de forma positiva con las personas con discapacidad cognitiva.

Hipótesis nula.

No existe la relación entre el entorno social y la actitud hacia la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva

Capítulo III

Marco metodológico

Diseño de investigación

Cuantitativo.

“El enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos, secuenciales y que pueden llegar a hacer probatorios. Es importante seguir cada etapa sin preceder a la siguiente, sin brincar o eludir pasos. El orden riguroso, aunque desde luego, se puede redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y de una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación (Sampieri 2014). Dentro del proyecto de investigación la toma de datos se realizará a través de una ficha sociodemográfica e instrumentos validados y confiables, que permitan medir las variables, cada uno llevando una secuencia lógica, contribuyendo a un proceso continuo que favorece la toma de resultados a través de numeraciones.

Tipo de investigación

Descriptivo: Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Sampieri 2014, p. 92).

El diseño descriptivo como su mismo nombre lo refiere permite describir un fenómeno, es decir, únicamente no pretende medir o recoger información de manera independiente sobre entorno social y la sexualidad, si no también buscar estas características de la población a estudio

y mostrar de forma descriptiva un perfil, de modo que se obtenga información y se dé respuesta a la investigación, de ese entorno en la sexualidad de la persona con discapacidad cognitiva.

Exploratoria: “Los estudios exploratorios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener la información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto en particular en la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que se consideren cruciales identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones verificables” (Dankhe, 1986). Aplicado al proyecto de investigación fue de tipo exploratorio dado que la variable de sexualidad en personas con discapacidad cognitiva no había sido estudiada dentro del área de Terapia Ocupacional por lo tanto desde nuestra profesión se hacía necesario implementar estrategias que favorecieran la ocupación significativa para la persona con discapacidad cognitiva logrando una participación activa en una ocupación significativa como lo es la sexualidad.

Correlacional: Tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003). Debido a que permite evaluar el grado de asociación entre las variables de entorno social y sexualidad, permitiendo cuantificar y analizar su relación. las cuales están ligadas a hipótesis sometidas a prueba.

Población

Son todos aquellos elementos o personas de las que se desea conocer algo, es la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinadas características susceptibles de ser investigada. Botero, C (2011).

Tabla 3. Población

Numero	Población	Características
1.032	Personas con discapacidad	Personas con discapacidad que se encuentran adscrito a la base de datos, de Pamplona Norte de Santander

Fuente: Barrera, A., 2019.

“Base De Datos de la Población Con Discapacidad de la alcaldía de Pamplona 2017”.

Muestra

Se involucran a muchos casos en investigación porque se pretende generalizar los resultados del estudio (Sampieri, p. 45). Teniendo en cuenta que los casos implicados se convierten en un subconjunto de la población, que cuenta con las características que darán respuesta a la pregunta de investigación.

Tipo de muestra.

No probalístico: La elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Johnson, 2014, Hernández, et al., 2013 y Battaglia, 2008b).

Debido a que se tendrá en cuenta particularidades de la población como es la edad, el nivel cognitivo y si cuenta con un familiar o cuidador a cargo. Para poder pertenecer al grupo seleccionado o muestra.

Tabla 4. Muestra

Muestra	Características de la muestra
30 personas en condición de discapacidad cognitiva leve – moderada	Que las personas con discapacidad cognitiva leve- moderada, se encuentren dentro de la base de datos de Pamplona, Norte de Santander, que cuenten con un cuidador y/o familiar

Fuente: Barrera, A., 2019

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión.

Persona con discapacidad cognitiva leve – moderado. Estar dentro de la base de datos de la alcaldía de Pamplona, Norte de Santander. Encontrarse en el rango de edad entre los 15 hasta los 36 años de edad.

Criterios de exclusión.

No encontrarse dentro de la base de datos de personas con discapacidad en la alcaldía de Pamplona, Norte de Santander.

Tener una discapacidad cognitiva severa que se encuentre en cualquier rango de edad.

Contar con otro tipo de discapacidad como física, sensorial, psíquica, múltiple.

Técnicas

Son medios empleados para recolectar información, entre las que se destacan la observación, cuestionario, entrevista, encuesta (Peñuelas, 2018).

Técnica primaria.

Las técnicas primarias son definidas por Hernández et al (2014) como aquellas fuentes o referencias que proporcionan datos de primera mano tratándose de resultados de estudios correspondientes utilizando material de bibliotecas, hemerotecas, repositorios, bancos de información.

De aquí que para el presente estudio se realizó una revisión de literatura a través de libros específicos de Terapia Ocupacional, investigaciones, que permitieron fundamentar teóricamente el proyecto, a partir de la base de datos que reposa en la alcaldía de la ciudad de Pamplona, Norte de Santander, referente a la población con discapacidad cognitiva, para conocer el número total, actualizado existe y cuantos cumplen con los criterios de inclusión.

Técnica Secundaria.

La técnica secundaria de investigación se basa en la recopilación o Investigación Documental: “Son compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en un área de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir, reprocessan información de primera mano (Sampieri, 2013, p.12).

Esta técnica se llevará a cabo por medio de la revisión de artículos relacionados al proceso de investigación, tesis realizadas, enfocadas al ámbito laboral, documentación bibliográfica tomada Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), de la Willard And Spackman

10 edición, Modelo de la ocupación humana 4 edición; las cuales proporcionan información sobre las variables tenidas en cuenta como el entorno social y la sexualidad.

Técnica Terciaria.

Las técnicas terciarias van enfocadas a “la recopilación de información a través de un instrumento estandarizado o no estandarizado que permita una mayor cobertura de los datos relevantes para la investigación, nutriendo la recopilación de información a través de los datos arrojados de las variables que se evalúan según cada instrumento; para la aplicación la anterior técnica se cuenta con la elección de los instrumentos de valoración, los cuales van direccionados al entorno social y a la actitud hacia la sexualidad”, Según (Sampieri, 2013. Pg. 13)

Ficha sociodemográfica.

Conjunto de datos que permiten definir el tamaño y las principales características sociales de la población a estudio (Cadena, 2013) (Ver apéndice B).

Debido a que permite obtener información sobre el diagnóstico, el nivel de escolaridad tanto del cuidador y/o familiar como de la persona con discapacidad, el nivel de estrato socioeconómico, religión, cultura y demás factores que permiten hacer un perfil de la población a estudio, conociendo sobre el entorno, la cultura y de este modo utilizar un lenguaje apropiado, que entiendan y no sesgar el proceso de investigación.

Instrumento

Medio para recopilar información como la de campo, lo siguiente: Que el volumen y el tipo de información cuantitativa que se recaben en el trabajo de campo deben estar plenamente

justificados por los objetivos e hipótesis de la investigación, o de lo contrario se corre el riesgo de recopilar datos de poca o ninguna utilidad para efectuar un análisis adecuado del problema. (Rojas, 1996-1997). Escala de Hanon. Trueblood, cuestionario de actitud sexual (TSAQ) y La Encuesta de Impacto Ambiental Residencia (REIS).

Validez.

Grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir (Sampieri, Pag 200).

Instrumento a utilizar.

La Encuesta de Impacto Ambiental Residencia (REIS).

Es una evaluación no estandarizada, semiestructurada y el instrumento consultor diseñado para examinar el impacto medioambiental de comunidad instalaciones residenciales sobre los residentes. Por vario medio de colección de datos, REIS evalúa como bien la casa encuentra las necesidades de los residentes en total. Las posiciones en 24 áreas proporcionan un resumen de los datos y una estructura para generar recomendaciones para realzar las calidades de la casa. La intención de este instrumento de evaluación es para no sólo evaluar el entorno residencial, pero también determinar el impacto del entorno sobre los residentes y hacer recomendaciones para mejorar la calidad de vida para los residentes y la vida de trabajo del personal.

El REIS se diseñó inicialmente para hogares grupales que atienden a adultos con intelectual de leve a moderada discapacidad / retraso mental, pero la intención era crear una herramienta que pudiera usarse en otros entornos también, después fue diseñado para acomodar varios tipos de

ajustes y permite para la variabilidad inevitable respecto a las coacciones de tiempo de aquellos individuos complicados en el proceso de evaluación.

Está conformado por A. Paseo - por Guía de Observación (Sección I), cuenta con 12 categorías observación de Actividades/Tareas (la Sección II), es observar como ellos participan en tres actividades diferentes o tareas. Observando a residentes durante la hora de reposo, un tiempo de transición como la mañana o la rutina de hora de acostarse, y una actividad de grupo es las opciones sugeridas que proporcionarán una gama de datos; entrevista de Grupo de Residentes (la Sección III), se tiene en cuenta los espacios, objetos, tareas- actividades; Grupos sociales / Entorno social (preferencias Personales, Lista/rutina, política Social), aspecto que se retomara y se enfatizara.

Aplicación: requiere una inversión de 8-12 horas para la administración, la notación, la formulación de recomendaciones, y compartiendo de recomendaciones con partes interesadas, aunque se puede usar sólo la parte de REIS interferiría con su capacidad de proporcionar recomendaciones globales, esto todavía le permitiría para usar la información que usted juntó para dirigir la preocupación específica que le incitó a querer usar la evaluación.

Es por ello que se retomara el componente III que tiene en cuenta el entorno de grupos/ social, donde la calificación será adaptada de 5 hasta 1 donde a mayor número es excelente y menor deficiente, contando con las siguientes calificaciones: deficiente 22-44, malo 44-66, regular de 66-88, bueno de 88-107 y excelente de 1.7 a 110. (ver anexo)

Confiabilidad: REIS al principio fue desarrollado por Gail Fisher, el Profesor Clínico Asociado en el Departamento de Terapia ocupacional en la Universidad de Illinois en Chicago, en la colaboración con el antiguo Amo de Ciencia en estudiantes de Terapia ocupacional Patty

Arriaga, Cindy Less, Joanne Lee, y Emily Ashpole. Sra. Arriaga y Sra. Menos ayudado con la creación de REIS como su Amo de proyecto de final de Ciencia, y Sra. El sotavento y el Doctor Ashpole siguieron desarrollando y refinar el instrumento y materiales en la preparación para la diseminación. La terminación de REIS no habría sido posible sin el apoyo generoso y la regeneración proporcionada por el Doctor Gary Kielhofner, la Universidad de Illinois en Chicago, la Corporación de Valor el-, antiguos estudiantes Judith Abelenda y Lisa Jacobsen, y numerosa otros clínicos e investigadores que usan el Modelo de Ocupación Humana o trabajo con adultos con hándicaps intelectuales. (Ver anexo)

Validación: El Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2008) fue escogido como el marco teórico para REIS porque esto afirma que la volición y factores exógenos son dos de los componentes que influyen en el funcionamiento humano y la inhabilidad.

El Cuestionario original de Actitudes Sexuales de Trueblood (TSAQ).

Fue desarrollado para medir de manera confiable el cambio de actitud con respecto a los temas más comunes relacionados con el comportamiento sexual cubiertos en los cursos de sexualidad humana. Los autores también estaban interesados en comparar actitudes por género, etnia, experiencia sexual, etc. Basado en el enfoque de Story (1979)” (Ver apéndice C.).

Aplicación: contiene 80 elementos que reflejan Self (40 elementos) frente a Otros (40 elementos) en las cinco subescalas. Cada artículo está clasificado en una escala de 9 puntos tipo Likert, que van desde 1, estoy completamente en desacuerdo con 9, estoy completamente de acuerdo. Algunas preguntas se anotan por inviertas. Para las puntuaciones totales y subescalas,

los números más altos indican una actitud más liberal. Las preguntas de las cinco subescalas se ordenan aleatoriamente dentro de la escala Self.

Las mismas 40 preguntas fueron reformuladas para reflejar actitudes hacia los demás y luego ordenadas aleatoriamente dentro de la escala Otros (ver anexos)

Confiabilidad y validación: Este instrumento fue validado en Colombia dentro de la investigación “Conocimiento sobre sexualidad juvenil y educación sexual” y obtuvo una confiabilidad general, evaluada con el Alfa de Cronbach con 0,96 - 0,94 para actitudes propias y 0,95 para actitudes de otros—. La magnitud de la actitud hacia la sexualidad para la escala y subescalas se asumió teniendo en cuenta los puntajes promedio de las éstas así: 1-3 = baja; 4-7 = moderada y 8-9 = alta.

Lista de cotejo.

“Es una herramienta que se puede utilizar para observar sistemáticamente un proceso a través de una lista de preguntas cerradas”, Balestrini (1998 p, 138).

Permitiendo conocer que tanto conocimiento básico sobre sexualidad tiene la población a estudio, por lo que se realizaron unas preguntas clasificadas en tres aspectos diferentes que componen la sexualidad que son, las relaciones y/o comunicación, la satisfacción sexual/placer y la reproducción o procreación, con el fin último de englobar la conceptualización. Esta lista fue aprobada por la Terapeuta Ocupacional María Fernanda Camaro Suarez en su validez de contenido (ver apéndice F).

Capítulo IV

Análisis de datos

En este capítulo del proyecto de investigación denominado “entorno social en la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva”, se presentan los resultados con su respectivo análisis e interpretación estadístico, apoyado en la teoría y paradigmas del área disciplinar y otras disciplinas a fones; con el propósito de desarrollar los objetivos específicos y dar respuesta a la pregunta de investigación, a través de los siguientes instrumentos: ficha sociodemográfica, escala de sexual attitudes questionnaire (TSAQ), de Hanon Trueblood, estudio de impacto de entorno residencial (REIS), de Gail Fisher, Patty Arriaga, en colaboración de Gary Kielhofner, los cuales se muestran a través de tablas y gráficos, empleando la estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes a través del software para las ciencias sociales (SPSS), de igual forma se evidencia los datos más relevantes en el proyecto, se especifica el orden a tener en cuenta, es decir las tablas, gráficos e interpretación desde los resultados y la relación entre las variables y Terapia Ocupacional.

Datos sociodemográficos

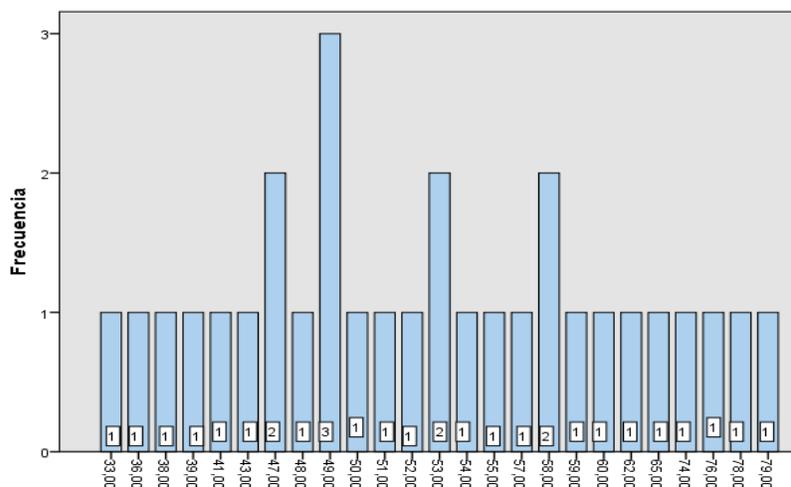
Tabla 5. Edad del cuidador

Edad	Frecuencia	Porcentaje
33,00	1	3,3
36,00	1	3,3
38,00	1	3,3
39,00	1	3,3
41,00	1	3,3
43,00	1	3,3
47,00	2	6,7
48,00	1	3,3
49,00	3	10,0
50,00	1	3,3
51,00	1	3,3
52,00	1	3,3
53,00	2	6,7
54,00	1	3,3
55,00	1	3,3
57,00	1	3,3
58,00	2	6,7
59,00	1	3,3
60,00	1	3,3
62,00	1	3,3
65,00	1	3,3
74,00	1	3,3

76,00	1	3,3
78,00	1	3,3
79,00	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A 2019

Figura 1. Edad del cuidador



Fuente: Barrera, A 2019

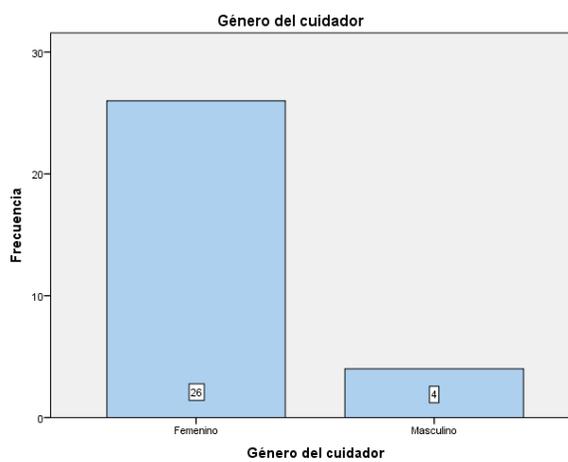
Teniendo en cuenta el dato de la edad de los cuidadores o familiares, se encontró que la edad con más predominio es la de 49 años. (Erikson, 1950) en el estadio VII – adulto, que va desde los 30 a 50 años denominada cuidado - celo: Caridad "Yo soy lo que cuido y celo". siendo así padres más conservadores, con perspectiva de sabiduría, sobreprotectores de las personas con discapacidad que tienen a cargo, aspectos que intervienen en el comportamiento ocupacional de la población cognitiva, puesto que las expectativas de los padres o cuidadores son significativas, debido a que tienen contacto diario y directo con la población, influyendo en la participación de una ocupación y aún más en la actividad sexual.

Tabla 6. Género del cuidador

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	26	86,7
Masculino	4	13,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A 2019

Figura 2. Género del cuidador



Fuente: Barrera, A 2019

Teniendo en cuenta el género de los cuidadores o familiares, Según (Seymuor, 1988) Destaca que “el género femenino suele participar en tareas del hogar más que el género masculino”, es por ello que a la hora de hacer la visita a los domicilios las personas que se encontraban al cuidado de la persona con discapacidad, predominaba el género femenino, el cual según este autor están más relacionadas con ocupaciones referentes al hogar y cuidado de las personas que hay habitan, siendo el principal influyente en las concepciones del entorno social.

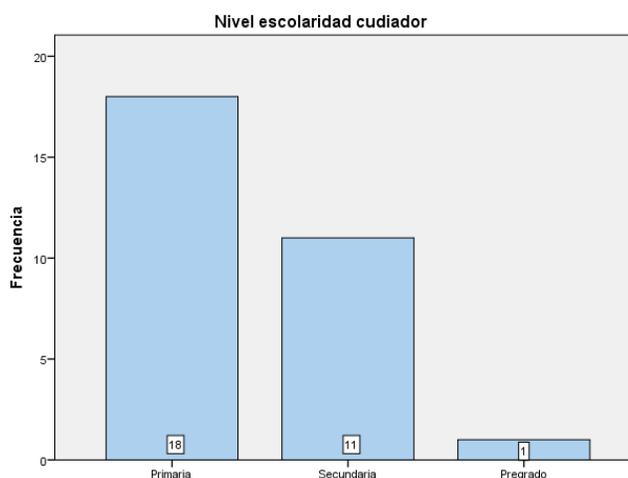
Tabla 7. Nivel escolaridad cuidador

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
-------------	------------	------------

Primaria	18	60,0
Secundaria	11	36,7
Pregrado	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A 2019

Figura 3. Nivel escolaridad cuidador



Fuente: Barrera, A 2019

Partiendo que el nivel de escolaridad que predomina en los cuidadores y familiares es el nivel de primaria, seguidamente el de secundaria, cabe referir que según (Hoff, 2003)

Los padres con una mayor educación crean ambientes intelectualmente más estimulantes para sus hijos, partiendo de este enunciado cabe mencionar que el nivel de escolaridad de los padre y cuidadores que predomina el nivel de primaria con 18 personas, seguidamente del nivel de secundaria con 11; este aspecto puede interferir dentro del ambiente intelectual en el que la persona con discapacidad crece, puesto que los padres son los primeros en compartir el primero encuentro educacional con sus hijos teniendo en cuenta la patología, puesto que tienen bajo

conocimiento por causas socioeconómicas, familiares no pudieron continuar estudiando, esto puede repercutir al no entender las instrucciones referente al cuidado de la persona con discapacidad a cargo; lo cual se es necesario educación familiar en la actitud sexual, promoviendo el bienestar de la misma.

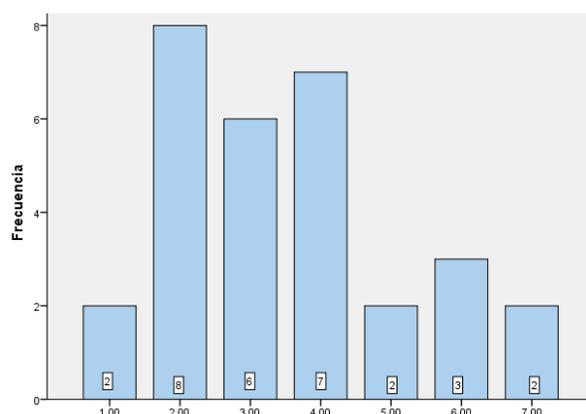
A diferencia que contaran con estudios de pregrado y más avanzados, puesto que tendría una manera diferente de percibir y tratar la persona con discapacidad, al contar con medios para favorecer el estado de salud.

Tabla 8. Número de hijos del cuidador.

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
1,00	2	6,7
2,00	8	26,7
3,00	6	20,0
4,00	7	23,3
5,00	2	6,7
6,00	3	10,0
7,00	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 4. Número de hijos del cuidador



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según el Mapa Mundial de la Familia (2013) , realizado en 47 países por el Child Trends Instituto y la Universidad de Piura en Perú; refiere que “la fecundidad ha disminuido en todo el mundo pero significativamente en América Latina, donde en Colombia es de 2 a 4 hijos por mujer, una cifra muy cercana al nivel de reemplazo poblacional que es de 2,1”; el anterior enunciado confirma que las nuevas familias se mantienen en el número de hijos de 2 a 4 , generando un cambio en relación a años pasados donde predominaba las familias numerosas, evidenciándose que la relación con el primer entorno social en el que crece la persona con discapacidad cognitiva que es el núcleo familiar, si no es relacionado con pares u otras personas que promuevan el ejercicio social necesario para los seres humanos, puesto que según

Erik Erikson dice que “la existencia de un ser humano depende, en todos los momentos, de tres procesos de organización complementarios donde el tercero es el proceso ético-social: que envuelve la organización cultural, ética y espiritual de las personas y de la sociedad, expresadas en principios y valores de orden social”. Puesto que el número de hijos influye en el tiempo dedicado a la persona con discapacidad, aparte de las otras ocupaciones que tenga el cuidador, aun mas si en defecto no cuenta con otra persona donde pueda dejar a cargo o que colabore con

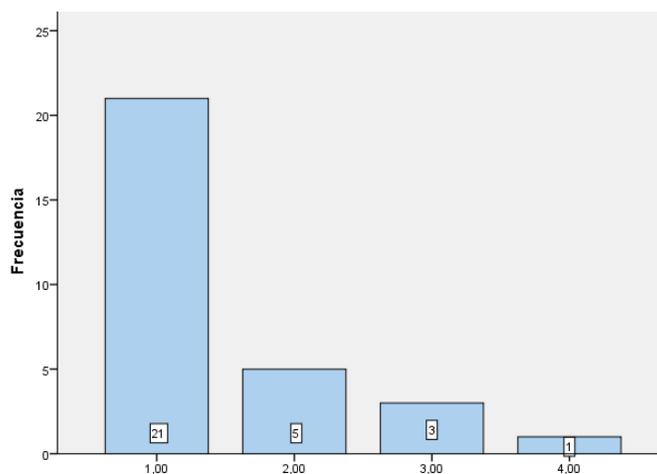
el cuidado de la persona con discapacidad, factor que puede ser un detonante para que el cuidador tenga predisposición a sufrir de estrés.

Tabla 9. Estrato socioeconómico del cuidador

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1,00	21	70,0
2,00	5	16,7
3,00	3	10,0
4,00	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 5. Estrato socioeconómico del cuidador



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según el “Ministerio de Salud y Protección Social: SISPRO, RLCPD, noviembre 2017), el 80% (1.075.354), personas con discapacidad refirieron pertenecer a los estratos socioeconómicos

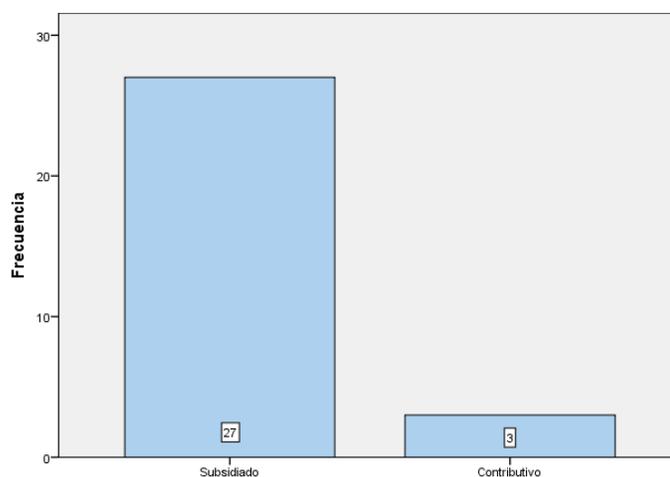
uno y dos”. Teniendo en cuenta que el estrato uno, es el que predomina en las familias a las que pertenece las personas con discapacidad, exponiéndose a entornos con poca accesibilidad, carente de condiciones para satisfacer necesidades básicas a las que se enfrentan día a día los cuidadores familiares y persona con discapacidad intelectual.

Tabla 10. Régimen de salud del cuidador

Régimen	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	27	90,0
Contributivo	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 6. Régimen de salud del cuidador



Fuente: Barrera, A. 2019

Teniendo en cuenta el concepto dado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin

capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.”

Partiendo de lo anterior es oportuno mencionar que las personas que rodean a la persona con discapacidad cuentan con el régimen subsidiado, puesto carecen de recursos económicos por los cuales no cuentan con otro régimen de salud como el contributivo es “régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador”.

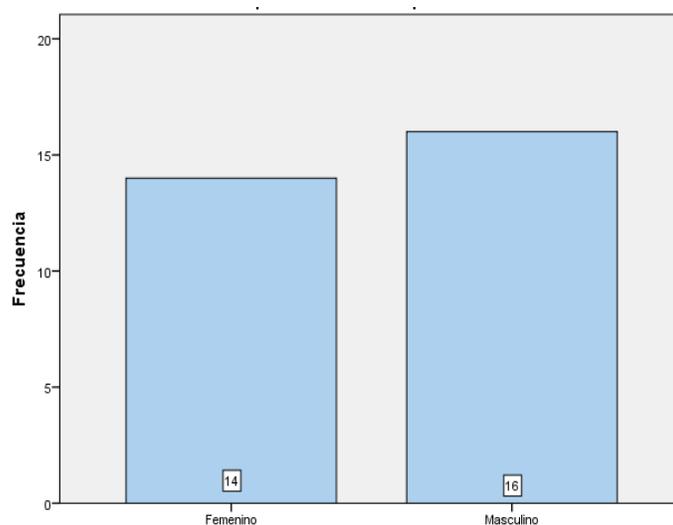
Lo contrario al subsidio donde se dependen del estado, incluyendo el servicio de rehabilitación limitando el número de Terapias y otros servicios de salud requeridos para la persona con discapacidad, por lo que, en relación con esta temática, además en la mayoría de las ocasiones uno de los padres o cuidadores no ejerce el rol laboral, puesto que prefiere quedar al cuidado de la persona en condición de discapacidad, disminuyendo los ingresos al hogar.

Tabla 11. Genero persona con discapacidad

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	14	46,7
Masculino	16	53,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 7. Genero persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según la Organización Mundial de la Salud “El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres”, además del dato publicado por dato-macro en el 2018, donde refiere que “la población femenina fue mayoritaria, con 25.229.644 mujeres, lo que supone el 50,82% del total, frente a los 24.419.041 hombres que son el 49,18%”.

La presente investigación muestra lo contrario a esta cifra, puesto que, aunque la diferencia entre los dos géneros es mínima, los hombres son los que predominan dentro de la discapacidad cognitiva, alejándose un poco de las cifras nacionales de la sistematización entre hombres y mujeres. Puede deberse a la capacidad de desempeño para realizar algunas de las actividades, teniendo menos prevalencia en el sexo femenino, según estudio con el nombre retraso mental de causa genética publicado en la revista Scielo, este artículo, muestra en uno de sus resultados que,

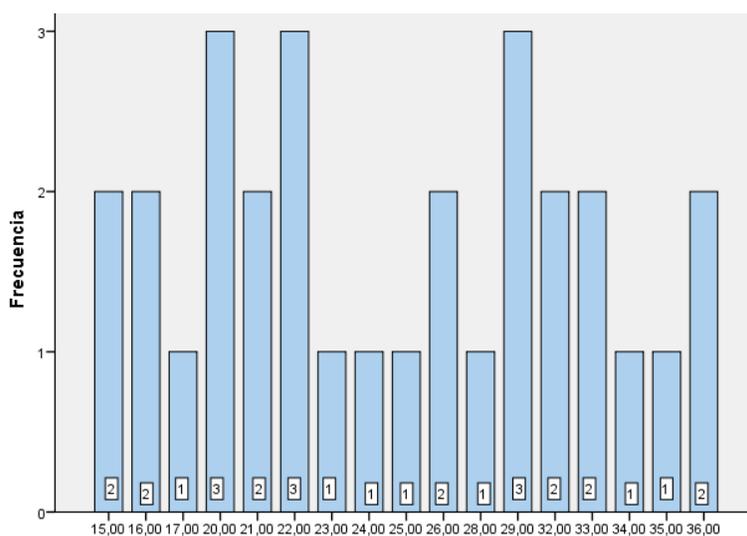
22 son niñas y 54 niños (28,95% y 71,05% respectivamente); refiriéndose así que por genética el sexo masculino es más propenso a nacer con una enfermedad que afecte la capacidad intelectual.

Tabla 12. Edad de la persona con discapacidad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15,00	2	6,7
16,00	2	6,7
17,00	1	3,3
20,00	3	10,0
21,00	2	6,7
22,00	3	10,0
23,00	1	3,3
24,00	1	3,3
25,00	1	3,3
26,00	2	6,7
28,00	1	3,3
29,00	3	10,0
32,00	2	6,7
33,00	2	6,7
34,00	1	3,3
35,00	1	3,3
36,00	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 8. Edad de la persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019

Teniendo en cuenta las etapas psicosociales de Erik Erikson, en la edad de 12- 20 años es considerada como la adolescencia pasando por una crisis de identidad vs. Confusión, además de postergar valores, moratoria psicosocial de Identidad; iniciando por una búsqueda de identidad también en la sexualidad activa, en desear gustarle a otra persona y viceversa, sentir deseos de interactuar con los demás desde la exploración, inicia la masturbación, querer sentir placer desde estas prácticas donde los valores y entorno social, intervienen en la expresión y toma de decisiones en la sexual. Otra etapa importante es la de adulto Joven que va desde 20 a 30 años, intimidad vs. Aislamiento.

En estas dos etapas que son en las que se encuentran las personas con discapacidad cognitiva, donde predomina la edad de 20, 22 y 29 años, siendo una crisis en de identidad, puesto que en relación con la sexualidad según el autor se está en un aislamiento hacia solo una persona, considerada pareja, es decir, mantener y lograr relaciones estrechas de forma mutua, situación que para las personas con discapacidad les cuesta vivir, puesto que debido a la condición en la

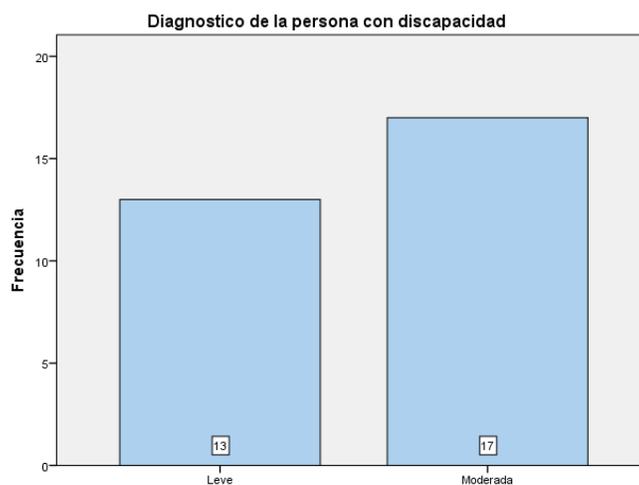
que se encuentran, no han teniendo experiencias sexuales, hacia una sola persona, aparte de la que tienen con los cuidares, creando en la mayoría una dependencia hacia el cuidador, cerrando la oportunidad de entender y manejar situaciones sobre vida y responsabilidad de pareja, por lo que la educación en salud desde estos aspectos es importante para las personas con discapacidad, permitiendo abrirse de forma responsable ante experiencias que vayan acorde a la etapa en la que se encuentran, favoreciendo la mayor independencia desde las habilidades residuales e intervención individual y grupal, promoviendo la actividad sexual.

Tabla 13. Diagnóstico de la persona con discapacidad

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Leve	13	43,3
Moderada	17	56,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 9. Diagnóstico de la persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019

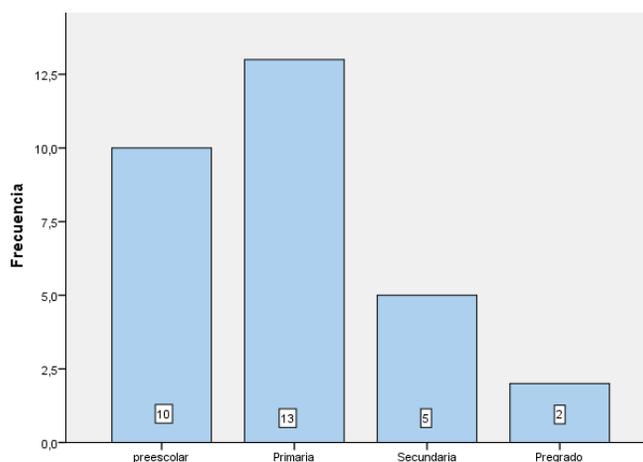
Según el (DSM V 2013), la discapacidad intelectual hace parte de los trastornos del neurodesarrollo considerando leve a las personas que tienen dificultad para el aprendizaje y habilidades académicas el control del tiempo y del dinero, moderado presentan déficit para lo esperado a su edad. Según el (DSM IV 1952) respecto a Coeficiente intelectual leve entre 50-55 y aproximadamente 70; el coeficiente intelectual moderado entre 35, 40 - 50 y 55". Según datos arrojados la discapacidad moderada es la población con más predominio con 17 personas, lo cual se traduce que para emplear recolectar la información de la investigación se es necesario aplicar estrategias para la comprensión de este y permitir obtener resultados acordes a la información requerida.

Tabla 14. Nivel escolaridad de la persona con discapacidad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
preescolar	10	33,3
Primaria	13	43,3
Secundaria	7	16,7
Pregrado	0	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 10. Nivel escolaridad de la persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019.

Situación de la Educación en Colombia” (Sarmiento, 2010), hizo evidente que los niños y niñas de entre 3 a 5 años sin discapacidad, asisten un 11% más que los niños y niñas con discapacidad en el nivel de preescolar. En primaria, se estima que el 1,2% de población estudiantil tiene discapacidad. Para la educación secundaria y media la proporción de adolescentes y jóvenes con discapacidad es del 12%, mientras que los de igual edad sin discapacidad presentan un índice de asistencia de 72,9%.

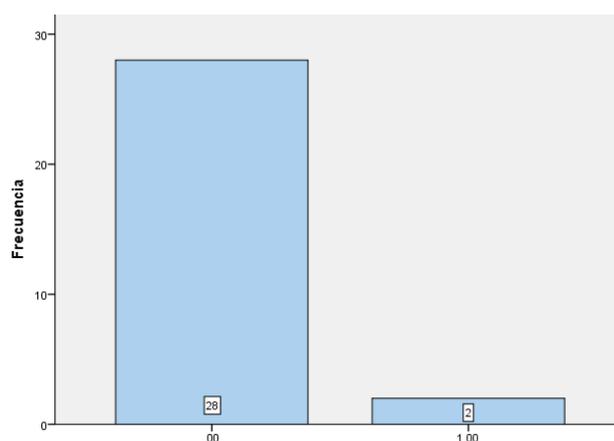
Esta decreciente participación en el sistema educativo se ve reflejada finalmente en el acceso a la educación superior, que se estima es sólo del 5,4% de la población con discapacidad”. Los datos anteriores confirman la actualidad de las personas con discapacidad entrevistadas, puesto que la mayoría no saben leer, escribir, sumar y restar compartiendo entornos pocos escolarizados, puesto que el nivel de escolaridad que predomina es el primario, aun sin finalizar en la mayoría de los casos.

Tabla 15. Número de hijos de la persona con discapacidad

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
00	28	93,3
1,00	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 11. Número de hijos de la persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019.

La convención sobre los derechos de las personas, ley 1346 de 2009 (Julio 31) en el artículo 23, respeto del hogar y de la familia el cual refiere que “se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos Derechos “. El cual se evidencia que predomina en las personas con discapacidad del presente estudio no tienen hijos, compartiendo entornos con

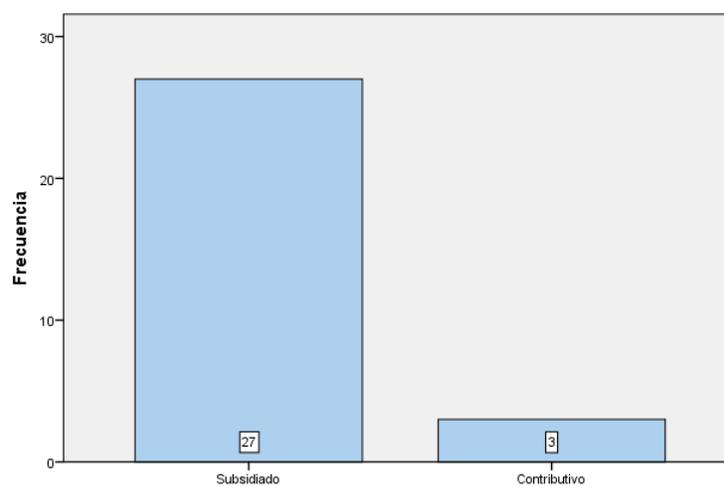
poca información, frente al tema de educación sexual, mostrándose predispuestos ante este interrogante.

Tabla 16. Régimen de salud persona con discapacidad

Régimen	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	27	90,0
Contributivo	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 12. Régimen de salud persona con discapacidad



Fuente: Barrera, A. 2019

Según el Ministerio de Salud y Protección Social “El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado”, siendo 27 personas de las 30 con régimen subsidiado con más predominio en la población con discapacidad del presente estudio, dando a entender que la mayoría de las personas cuenta con un régimen catalogado para los más

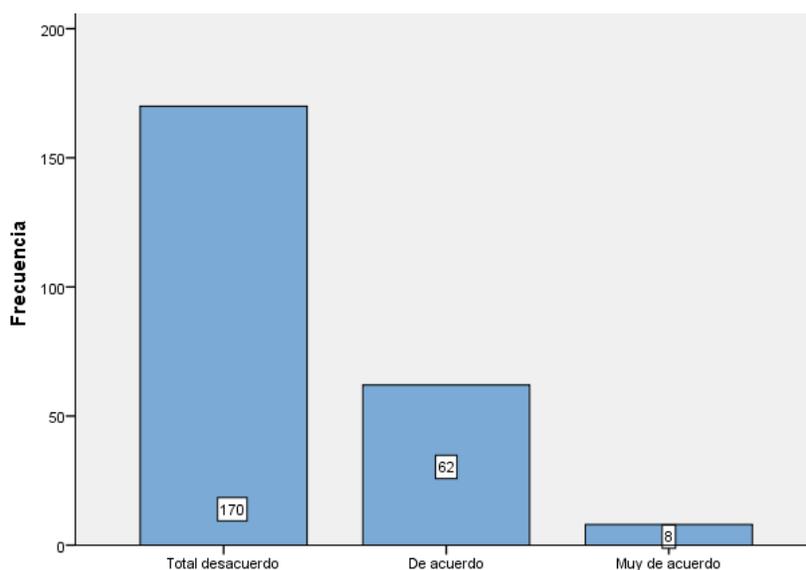
pobres del país, factor limitante para el acceso a procesos de más avance tecnológico en la salud, si no a otros ámbitos como lo social, escolar, al hacer parte de las personas menos favorecidas en recursos socioeconómicos, donde por motivos de la edad o por la patología y orientación en ocupaciones no permiten algo de independencia, limitando la posibilidad de contar con otro régimen de salud; en cuanto a la sexualidad en muchas ocasiones no hacen parte de los programas de promoción y prevención para la salud sexual, convirtiéndose en una barrera para el ejercicio de la sexualidad responsable, tanto en cuidadores, familiares como la persona en condición de discapacidad.

Tabla 17. Autoerotismo así mismo

Autoerotismo	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	170	68,9
De acuerdo	62	28,0
Muy de acuerdo	8	3,1
Total	240	100

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 13. Autoerotismo a si mismo



Fuente: Barrera, A. 2019.

En el aspecto de autoerotismo referente a conceptos como uso de la masturbación, ver pornografía para la excitación, fantasear con alguien más o grabar el acto sexual, de estos la mayor frecuencia la obtuvo la respuesta total desacuerdo, siendo esta la elección de preferencia de la población con 170 veces la escogida; aunque cabe resaltar que dentro de este aspecto hubo una pregunta con frecuencia diferente, esta fue la más, la masturbación libera energía cuando se está soltero, donde de las 30 personas con discapacidad cognitiva, 14 contestaron estar en total desacuerdo y 15 están de acuerdo.

Teniendo en cuenta los anteriores datos es preciso decir que la educación sobre el cuidado del cuerpo mismo, para promover la participación en estas actividades por lo que desde el autoerotismo; según (Freud, 1915/2012) refiere que “una manifestación autoerótica de la pulsión, el placer es pregenital, es una etapa en la que cada sujeto necesita la presencia afectiva de su cuidador primario, sentir la cercanía del cuerpo y el contacto con el otro, convivir con demás

personas, fruto de esta necesidad el sujeto precisa ser abrazado y cargado en brazos, sentirse protegido, tal y como mencionaba” lo que desde Terapia Ocupacional se desea promover una aceptación así mismo a través de la cercanía al cuerpo, partiendo desde el concepto corporal, también apoyarse en el cuidador o familiar, quien hace parte de ese entorno social, teniendo en cuenta que este consiste en la presencia de relaciones y las expectativas de las personas, con las que las personas con discapacidad cognitiva, tienen contacto. Además, es importante desde la respuesta de masturbarse para liberar energía, tener en cuenta que, según (López, 2001) en el artículo la sexualidad en la etapa de la adolescencia “encuentra en la masturbación (autosatisfacción) una salida placentera y de reafirmación. Permitida y mistificada para los muchachos; prohibida y sancionada para las muchachas”.

Situación que predomina también con poca diferencia en la población con discapacidad cognitiva, es por ello que es importante antes de iniciar con una exploración corporal como la masturbación, se tenga claridad de la imagen y concepto corporal, según (Guimón, 1998) esta es “la vivencia que tiene de su propio cuerpo” la cual puede ser apoyada por los cuidadores o familiares, de esta forma brindar claridad frente a esta práctica, puesto que para este mismo autor en otro apartado expresa que la masturbación es producto de la “La producción hormonal que se desencadena en la pubertad, es el factor estimulador del desarrollo del sistema reproductor y los caracteres sexuales secundarios en ambos sexos, con ello, se liberan la aparición de impulsos sexuales (la libido)”. lo cual visto desde un punto de vista fisiológico apoya las respuestas encontradas en la presente investigación; otras investigaciones encontraron que “al igual que los orgasmos dentro de una relación normal con una pareja, los que se obtienen a través de la masturbación se asocian con la percepción de una mejor calidad del sueño y una mayor duración. Además, los orgasmos liberan endorfinas, hormonas amigables que al actuar sobre el sistema

nervioso central mejoran la percepción de bienestar, proporcionan placer de manera directa y disminuyen significativamente el dolor, tal como lo explica un estudio publicado en (Europe's Journal of Psychology).

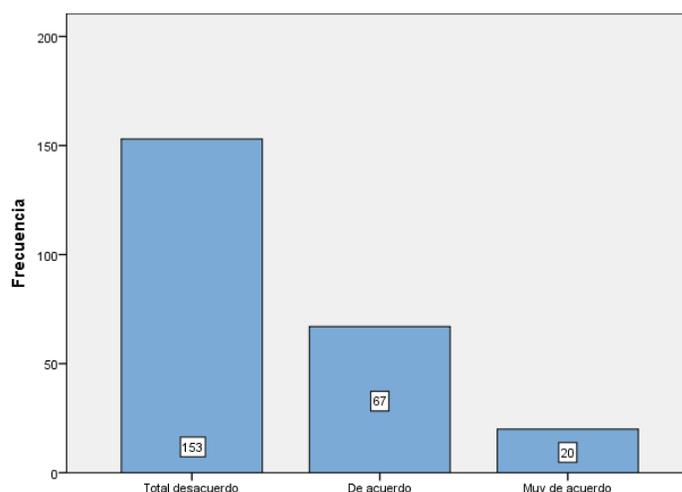
Aportando así a la actividad descanso y sueño, teniendo presente que las horas de sueño en las personas y sin excluir a las que presentan un tipo de discapacidad favorece la necesidad de relajarse; reduce la participación en actividades físicas, mentales y sociales que llegan a ser agotadoras; contribuye a restablecer la energía, la calma y un renovado interés en participar en otras actividades; además de apoyar a los efectos secundarios de los medicamentos.

Tabla 18. Heterosexualidad a si mismo

Heterosexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Total desacuerdo	153	60,8
De acuerdo	67	29,5
Muy de acuerdo	20	9,7
Total	240	100

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 14. Heterosexualidad a si mismo



Fuente: Barrera, A. 2019.

En el aspecto de heterosexualidad a sí mismo, referente a concepto como tener experiencias o relaciones con personas del sexo opuesto, como estar solo con la misma pareja y no con otras, en términos generales obtuvo mayor frecuencia la respuesta total desacuerdo con 153, siendo la elección de preferencia de la población, donde dentro de estos ítems hubo variaciones en las siguientes respuestas : tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio, donde de las 30 personas entrevistadas, 13 están en total desacuerdo, pero 10 están de acuerdo y 7 muy de acuerdo, siendo frecuencias muy cercanas una de la otra, por lo que es importante tener presente; otra respuesta es la de usar la actividad sexual para el propio placer donde de los 30, 15 están en total desacuerdo y 13 de acuerdo con esta práctica; tener relaciones sexuales solo se practica con el compañero afectivo , respuesta que da un horizonte hacia la monogamia , al contar con 14 personas que están en total desacuerdo y 12 están de acuerdo.

Por último, la pregunta si solo se tiene relaciones sexuales con la persona que se ama, donde existe un paralelo entre total desacuerdo y de acuerdo con 13 personas eligiendo estas dos

respuestas. Por lo cual cabe decir que las personas con discapacidad cognitiva tienen preferencia sexual hacia la heterosexualidad donde según la (revista chilena de terapia Ocupacional 8, diciembre 2008) “refiere que los matrimonios eran un rito sin amor ni consenso. Solo garantizaba la descendencia y la herencia a los hijos legítimos, continuando con el sistema patriarca”, además la Asociación americana de Terapia Ocupacional 2014) ubica los rituales dentro de patrones de ejecución; donde para las personas con discapacidad cognitiva se les halla implantado la importancia del matrimonio concebido como un ritual, antes de tener una relación sexo genital con otra persona, puesto que estas acciones simbólicas son significativas tanto para lo cultural como lo social; es ahí donde controversia entre la semejanza del estar de acuerdo y el no estar de acuerdo que fue el que predominó con poca diferencia una de la otra, teniendo presente que son las personas con discapacidad cognitiva, que expresa una aceptación ante esta práctica antes del matrimonio, razones por las cuales es importante educar tanto a cuidadores, familiares sobre la educación en sexualidad. Otro aspecto importante es que Según la (asociación americana de Terapia Ocupacional 2014) refiere que la “actividad sexual es participar en actividades que busquen la satisfacción sexual”.

Donde existe una pequeña diferencia entre el sí está de acuerdo y no de usar la actividad sexual con la finalidad placentera, teniendo así una aceptación hacia esta actitud en las personas con discapacidad cognitiva, a partir de la población presente que son los clasificados entre leve a moderado y según (Centro Educativo Asistencial Ciudad San Juan de Dios). “La capacidad sexual y afectiva del deficiente psíquico no es esencialmente diferente a la de las demás personas, la dificultad radica en que puedan (o se les permita) vivenciarla en sus propias circunstancias y en expresarla adecuadamente en función del grado de deficiencia. Por lo cual se desea conocer si el placer lo refieren por experiencias previas que generan la respuesta o por la

percepción de lo que puede suceder si utilizan la actividad sexual para el propio placer o no, puesto que según la patología la libido puede estar aumentado o disminuido factores que influyen directamente en el interés hacia esta práctica, lo cual genera una actitud favorable o desfavorable ante la misma.

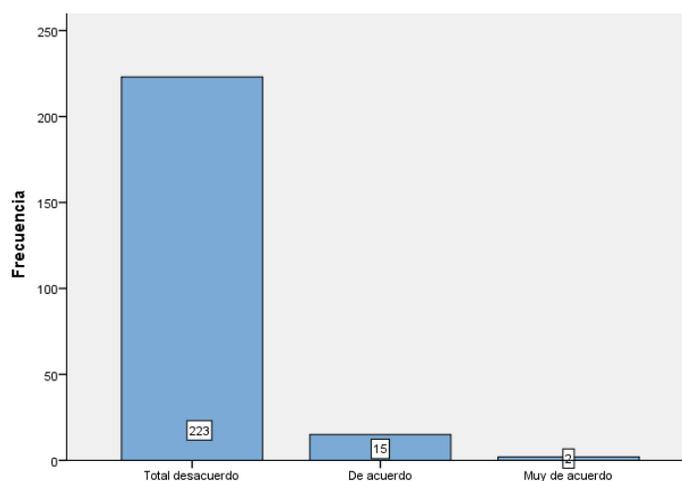
Otro aspecto importante a resaltar es el entorno en el que crece la población con discapacidad para tener esta percepción más hacia la heterosexualidad, puesto que Pamplona Norte de Santander es un municipio con creencias inclinadas hacia el cristianismo, por lo que es necesario referir a (Vera, 1998) refiere que “la gran influencia de las ideas judeocristianas clásicas sobre la esfera sexual en la cultura occidental pone de manifiesto el peso de la monogamia, la heterosexualidad y los roles de género asociados sobre la vida cotidiana de los sujetos”. Para las personas con discapacidad cognitiva el participar solamente una relación con la pareja, es una situación que para ellos no es de mayor importancia puesto que, aunque predomina el no de acuerdo, el de acuerdo se acerca mostrando una actitud hacia la expresión sexual con otras personas y no exclusivamente con el compañero afectivo. Por lo que es necesario desde Terapia Ocupacional promover la actividad sexual desde las habilidades de comunicación e interacción entre cuidadores, persona con discapacidad, para que esas preferencias hacia la heterosexualidad sean llevadas a cabo con responsabilidad, hasta el manejo de un interés , el respeto a una pareja, llegar a ritual del matrimonio, todos estos aspectos que aunque poco se habla de ello, están presente en el pensamiento de la población y de una u otra manera hacen parte de un derecho, como lo es el de la sexualidad, donde el Terapeuta Ocupacional con el conocimiento sobre apoyar los valores e intereses de las personas, acude por medio de intervenciones tanto individualizadas como grupales, donde todos aportan a la funcionalidad de los roles, desde las habilidades residuales y la educación en como participar en ocupaciones.

Tabla 19. Homosexualidad así mismo

Homosexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	223	89,6
De acuerdo	15	7,8
Muy de acuerdo	2	2,6
Total	240	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 15. Homosexualidad a sí mismo



Fuente: Barrera, A. 2019

En el aspecto de homosexualidad a sí mismo, referente a concepto relacionados a tener experiencias o relaciones con personas del mismo sexo, donde alguno de ellos es practicar sexo oral, en caricias mutuas; donde en términos generales obtuvo la frecuencia más alta, la respuesta total desacuerdo de este aspecto es el mayor número de toda la escala de actitud sexual, con 223 personas que eligieron en los diferentes ítems, esta respuesta como la elección de preferencia. Por lo que es importante citar que según la (Organización Panamericana de la Salud, 2002) “La

orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos”. Según el autor la orientación sexual es la combinación de la fantasía, el pensamiento y el deseo que se tiene, del cual las personas con discapacidad cognitiva, no logra asimilar dentro de sus actitudes hacia la sexualidad.

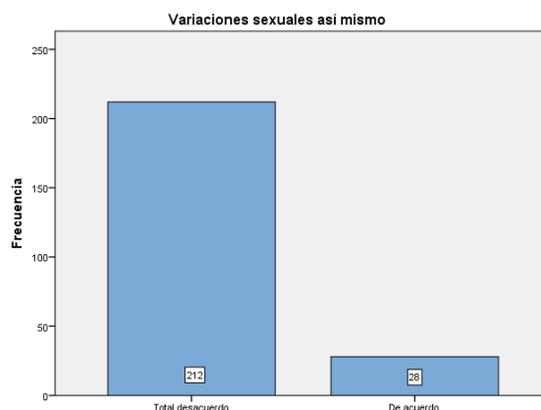
Todo lo anterior es aporte del ámbito socioemocional en el que se desarrollan, dando importancia a la heterosexualidad como orientación sexual. Donde desde Terapia Ocupacional, la identidad de las personas representa sus ocupaciones o gustos en las mismas, que en ellas tengan cierto sentido de propósito; sin embargo, estas varían en su grado de significado; donde en este caso la homosexualidad tiene un significado bajo como practica en la sexualidad, siendo así no prioridad para ahondar, sino dar a conocer las diferencias entre géneros y las orientaciones que existen en las mismas sin profundizar.

Tabla 20. Variaciones sexuales así mismo

Variaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	212	85,2
De acuerdo	28	14,8
Total	240	100

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 16. Variaciones sexuales así mismo



Fuente: Barrera, A. 2019

En el aspecto de variaciones sexuales a sí mismo, referente a conceptos relacionados con, estar involucrado en más de una relación sexual al tiempo, vestir ropas del sexo opuesto, recibir llamadas ocenas o participar en relaciones sexuales de forma grupal, las personas con discapacidad cognitiva dan como respuesta 212 veces, estar en total desacuerdo en estos ítems.

Por lo que es importante citar a una de las variaciones sexuales más controversiales como es estar con más de una persona a la ves o las orgias, por ello se cita a la (institución de seguridad social en Francia (CNAV)) que “revela que en el mundo hay 47 países en los que la poligamia es permitida por la ley”. situación que en Colombia no lo es, aspecto que puede estar involucrado en la respuesta de la mayoría de las personas con discapacidad cognitiva, no comparten esta actitud permisiva hacia las variaciones, siendo este un factor poco observado en la cultura colombiana y por ende en el entorno social en el que se ven envueltos en la cotidianidad.

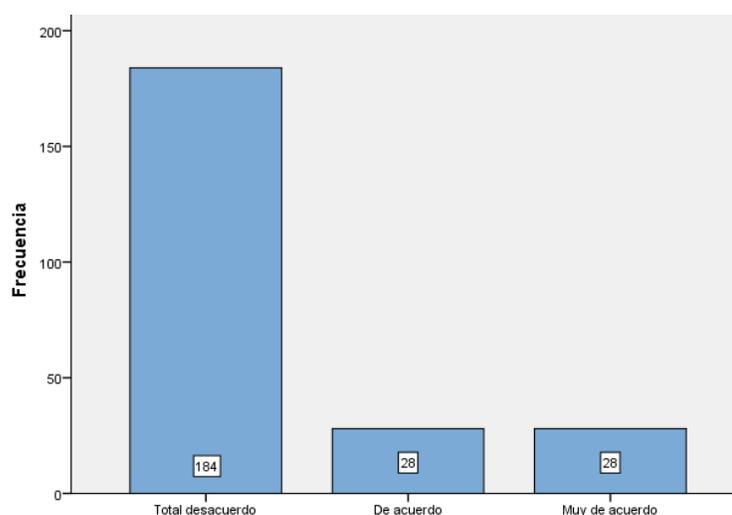
Aspectos que desde Terapia Ocupacional están orientados a proporcionar ideas útiles sobre la tendencia en participar en comportamientos peligrosos antes de la discapacidad, donde se compartirá tanto con las personas cognitivas, como con cuidadores las restricciones que la sexualidad tiene, donde no solamente se apoya la monogamia como relación de pareja en Colombia, sino que además se promueve salud pública desde el cuidado del mismo cuerpo, para soportar este aspecto se retoma lo referido en la Willard Spackman 10 ed, en la pág. 496 en el apartado de seguridad donde dice que “ Muchas personas necesitan servicios de Terapia Ocupacional por comportamientos peligrosos, en estos casos puede ser apropiado establecer metas de la intervención dirigidas a identificar los riesgos potenciales intrínsecos a comportamientos específicos y las consecuencias del comportamiento peligroso”.

Tabla 21. Comercio sexual así mismo

Comercio sexual	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	184	72,3
De acuerdo	28	11,8
Muy de acuerdo	28	15,9
Total	240	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 17. Comercio sexual así mismo



Fuente: Barrera, A. 2019

En el aspecto de comercio sexual las respuestas en su mayoría fueron total desacuerdo, están iban direccionadas a aceptar dinero por espectáculos sexuales, practicar en la prostitución, mirar pornografía para prender nuevas técnicas, de las cuales la mayor frecuencia fue de 184 la elección, aunque es importante resaltar que en el último ítems estaba la pregunta si ver pornografía es malo donde de las 30 personas 22 contestaron estar de acuerdo, evidenciándose que la mayoría de la población con discapacidad cognitiva no comparte esta actitud a si mismo

referente al comercio en la sexualidad. por lo que es importante resaltar lo referido por el código penal en el artículo 218, refiere que “la pornografía con personas menores de 18 años, el que fotografíe, filme, grabe, produzca, divulgue, ofrezca, venda, compre, posea, porte, almacene, transmita o exhiba, por cualquier medio, para uso personal o intercambio, representaciones reales de actividad sexual que involucre persona menor de 18 años, incurrirá en prisión de 10 a 20 años y multa de 150 a 1.500 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Además de contar con este artículo en el código penal, dentro de las personas con discapacidad cognitiva está marcada según las respuestas dadas por la muestra, que el cuerpo se respeta y se evidencia el temor a ser abusados sexualmente, ideas implantadas por el entorno, especialmente por las personas más cercanas como los cuidadores, concepciones que no se puede denotar como erradas, solo que es importante que las personas con discapacidad comprendan desde sus habilidades residuales que existen límites en la sexualidad, para no ser parte de los diferentes abusos que existen, pero que además es importante no tener temor al conocimiento del cuerpo mismo, por lo que desde Terapeuta Ocupacional es significativo el asistir a la persona desde el cómo vestirse y a asearse de una forma que exprese su sexualidad, en que lugares y con qué precauciones se puede realizar estas actividades, con el propósito de promover la sexualidad como una preocupación legítima, favoreciendo la autonomía, donde la habilidad de comunicación y confianza entre los involucrados juegan un papel importante

Al reconocer que la función es asistir mas no limitar actividades que ellos pueden realizar de forma independiente que contribuyen a la autonomía y apoyan la sexualidad.

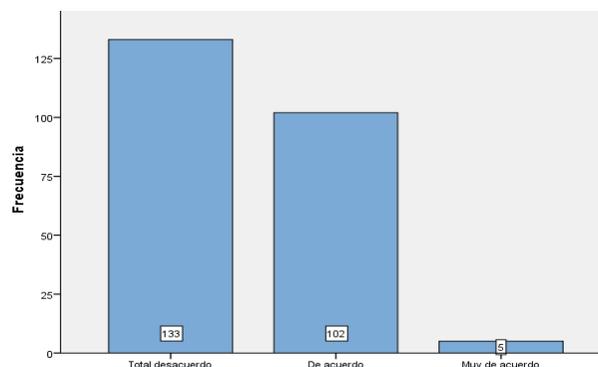
Tabla 22. Autoerotismo en otros

Autoerotismo	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	133	55,6

De acuerdo	102	42,5
Muy de acuerdo	5	1,9
Total	240	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 18. Autoerotismo en otros



Fuente: Barrera, A. 2019

En este aspecto de autoerotismo, las personas con discapacidad cognitiva aceptan más esta práctica en otros, siendo las frecuencias con poca a diferencia una de otra en relación a la actitud a sí mismo, en términos generales, al contar con 133 el total desacuerdo y 102 están de acuerdo, en relación a los ítems se evidencia una respuesta parecida en la actitud a sí mismo como es , la masturbación libera energía donde de las 30 personas 17 están en total desacuerdo y 12 de acuerdo, otros más sobresalientes fueron: la masturbación como práctica sexual aceptable si no tiene pareja; Grabar la actividad sexual con la pareja es aceptable si te excita 14 total desacuerdo y 16 de acuerdo; fantasear con alguien más cuando se tiene sexo con la pareja es aceptable 18 total desacuerdo, 12 de acuerdo; en el matrimonio la masturbación es aceptable como escape sexual, 17 total desacuerdo 12 de acuerdo.

Respecto a la primera pregunta con variación pequeña pero significativa, en relación con la respuesta a sí mismo, por lo que es conveniente citar a (López, J, en el artículo la sexualidad en

la etapa de la adolescencia “encuentra en la masturbación (autosatisfacción) una salida placentera y de reafirmación). Permitida y mistificada para los muchachos; prohibida y sancionada para las muchachas”. Por lo que desde Terapia Ocupacional se interviene es desarrollar esta práctica en lugares apropiados, si es necesario crear el hábito en ambientes correctos como dormitorio y baño, para que el desempeño no sea discrepante con las normas sociales y para los cuidadores tener cuidado al momento de ejecutar esta acción de modo que no sea a la vista de la persona a cargo; donde todos comparten un entorno social el cual se debe cuidar a través de hábitos de higiene y manejo de espacios.

Amor, (2004) sugiere pautas para la educación de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual una de ellas es “Encausar las conductas masturbatorias hacia momentos y lugares adecuados, resaltando la necesidad de unos correctos hábitos de higiene e intimidad”. están de acuerdo con que otras personas se masturben si no tiene pareja, existiendo una aceptación más en relación hacia otros en esta práctica, que así mismos, aunque esta repuesta se asemeja también a los que no están de acuerdo; existiendo la importancia de educar a toda la población tanto a cuidadores, familiares para que tengan el cuidado necesario para practicar la masturbación, como a las personas con discapacidad cognitiva, puesto que todos comparten un entorno social el cual se debe cuidar a través de hábitos de higiene y manejo de espacios, en llegado caso que se desee realizar esta práctica.

En grabar la actividad sexual, la autora (Renaul, 1990) refiere que, “filmarse teniendo sexo tiene que ver con dos cosas: con una fantasía voyerista que excita al exhibirse por un lado y con el terreno de la perversión por el otro”. Desde la profesión es brindar educación en las causas que estas prácticas pueden conllevar si no se tiene el respectivo cuidado, debido que, en los cuidadores, dentro de su rol esta brindar seguridad a quien está en su cuidado y al desconocer la

norma y exhibirse contenido sexual inadecuado en grabaciones, puede generar inseguridad al que este tipo de material sea expuesto ante otras personas, es ahí donde se habla de algunas restricciones que se tiene en la población con discapacidad. en cuanto a fantasear con otros mientras se tiene sexo la autora, Carolina Schwengel, explica que la “alorgasmia (fantasear con otro mientras se tiene coito), puede ser usada libremente y que ayuda mucho a “ponerse a tono” al inicio de la relación sexual”. Aspecto que no tiene relevancia dentro de las personas con discapacidad debido a que refieren que en los demás si es percibido como aceptable, esto puede ser concebido por la capacidad intelectual con la que cuentan.

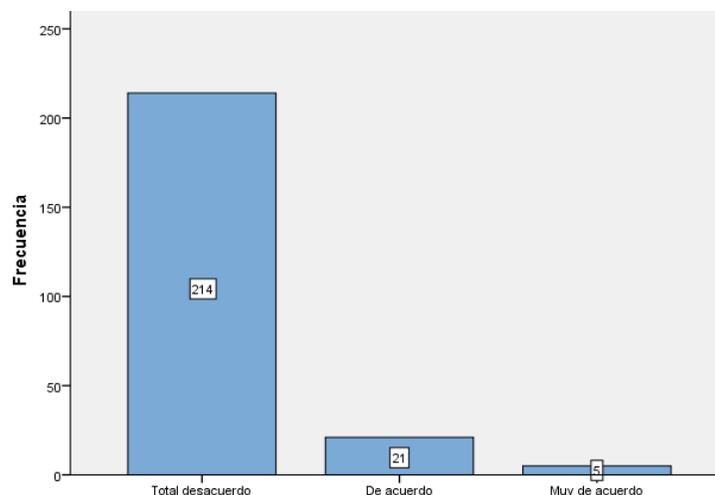
de los dispositivos de atención personal que se utilizan para esta actividad; además estos hábitos e higiene pueden estar influenciados por la cultura, valores de crianza, mitos, rituales, que dependen de la religión, de tipo de familia y contexto familiar que rodean a la persona y pueden intervenir en la respuesta que la persona con discapacidad da en la presente investigación. Teniendo en cuenta que los valores “son los principios, normas o cualidades consideradas valiosas por el cliente que dispongan ellos.

Tabla 19.Homosexualidad en otros

	Homosexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Total, desacuerdo	214	88,9
	De acuerdo	21	9,2
	Muy de acuerdo	5	1,9
	Total	240	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 20. Homosexualidad en otros



Fuente: Barrera, A. 2019

En este aspecto de homosexualidad, las personas con discapacidad cognitiva, la mayoría están en total desacuerdo con 214, en cuanto a preguntas como: es aceptable compartir la sexualidad con miembros del mismo sexo y participaría en las relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo donde en las dos preguntas hubo un total desacuerdo donde 28 personas escogieron esta respuesta; donde según el libro (Huesca, 2009) refiere que “La homosexualidad es una manera de vivir la sexualidad. Entre las personas con discapacidad probablemente no se da una proporción mayor de homosexuales”. Según este enunciado refiere que en personas con discapacidad incluyendo la cognitiva, esta orientación sexual es aceptada, aunque en la presente muestra no es una preferencia, debido al alto número de personas que están en desacuerdo, tanto a sí mismo como en los amigos, familiares o cuidadores. A partir de lo anterior es preciso decir que la población a estudio tiene poca preferencia hacia las prácticas homosexuales, existiendo una prevalencia mayor en la inclinación hacia la heterosexualidad, teniendo en cuenta que el

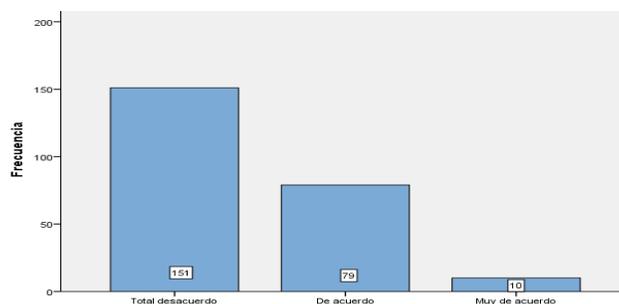
entorno familiar con que más se relaciona es heterosexual. Donde el enfoque sistémico de la dinámica familiar refiere que el comportamiento de las personas está influenciado en gran medida por el entorno familiar en el que crece.

Tabla 23. Heterosexualidad en otros

	Heterosexualidad	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Total, desacuerdo	151	59,8
	De acuerdo	79	35,6
	Muy de acuerdo	10	4,6
	Total	240	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 21. Heterosexualidad en otros



Fuente: Barrera, A. 2019.

En el aspecto de heterosexualidad referente a interrogantes como tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio, Total desacuerdo, 15 De acuerdo 14; usar la actividad sexual para el propio placer Según la (revista chilena de terapia Ocupacional 8, diciembre 2008) “refiere que los matrimonios eran un rito sin amor ni consenso. Solo garantizaba la descendencia y la herencia a los hijos legítimos, continuando con el sistema patriarca”, además la Asociación americana de Terapia Ocupacional 2014) ubica los rituales dentro de patrones de ejecución.

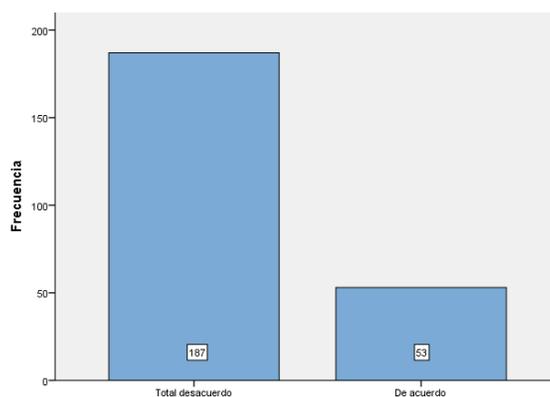
Donde para las personas con discapacidad cognitiva se les halla implantado la importancia del matrimonio concebido como un ritual, antes de tener una relación sexo genital con otra persona, puesto que estas acciones simbólicas son significativas tanto para lo cultural como lo social; la controversia es que predomino con 14 personas que están de acuerdo con que las personas tengan relaciones sexuales antes del matrimonio, expresando aceptación ante esta práctica. Situación que puede conllevar a que la población no está acostumbrada a acompañar ceremonias de matrimonio o no le es relevante esta práctica, para tener una relación sexo-genital.

Tabla 24. Variaciones sexuales en otros

Variaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	187	72,5
De acuerdo	53	20,5
Total	240	93,0
Sistema	18	7,0
	258	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 22. Variaciones sexuales en otros



Fuente: Barrera, A. 2019

Dentro del aspecto de variaciones sexuales, donde las preguntas eran relacionadas con poder estar involucrado en más de una relación sexual al mismo, si es aceptable infligir dolor a otra persona con su consentimiento, si es aceptable observar a otras personas durante su actividad sexual, recibir una llamada obscena es excitante o participar en sexo grupal; de las cuales las respuestas en su mayoría fue estar en total desacuerdo, estos interrogante fueron: Es aceptable participar el sexo grupal donde 27 estuvieron en total desacuerdo y solo 3 de acuerdo ; otra fue si es aceptable disfrutar siendo el dominador en una relación sexual donde 26 estuvieron en total desacuerdo y 4 acuerdo; interrogantes en lo que autores como (Freud, 1915a), para la primera pregunta en el sexo grupal, refiere que “la orgía, el más de los obscenos y desenfrenados acontecimientos, no es otra cosa que una oportunidad que tiene la pulsión sexual para escapar de los destinos que cotidianamente tiene que sufrir.”

Esta pulsión del cual habla el autor es un aspecto que puede este reprimido, ya sean por factores culturales, sociales o propios de la patología y en los que el Terapeuta Ocupacional desde el ámbito de seguridad ocupacional interviene al contar con el conocimiento sobre estas prácticas, para que la población tenga no solo una percepción de las enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados que limiten la participación ocupacional, si no que el no estar de acuerdo tenga un fundamento teórico desde la responsabilidad y educación sexual favoreciendo la salud.

En relación a la respuesta de disfrutar dominando el autor Freud se deslinda de esta idea de los opuestos al “concebir la pulsión más bien como un par indisoluble: el sadomasoquismo el cual “consiste en una acción violenta, en una afirmación de poder dirigida a otra persona como objeto”. Estas actitudes no son aceptadas por las personas con discapacidad cognitiva en relación a otros, puesto que refieren que ser violento es irrespetar a la persona contraria y esos

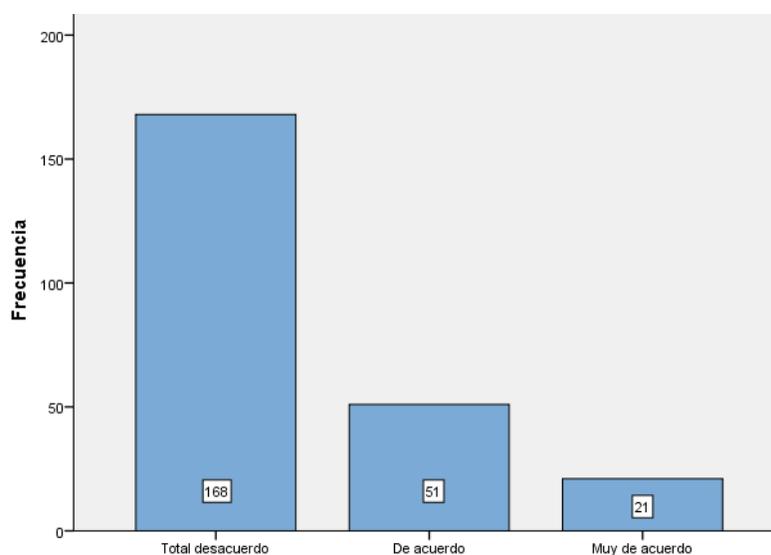
comportamientos van en contra de sus principios morales, razones por las que tampoco aceptan esta actitud sexual en otros, por lo que desde Terapia Ocupacional se trabaja las habilidades interpersonales para favorecer la comunicación entre la personas que están alrededor de la persona con discapacidad, donde estos temas sean tratados de manera que todos, tengan conocimiento de los gusto e intereses en la sexualidad y que ventajas y desventajas traen las prácticas sexuales dentro de las ocupaciones.

Tabla 25. Comercio sexual en otros

Comercio sexual	Frecuencia	Porcentaje
Total, desacuerdo	16	65,1
De acuerdo	51	19,8
Muy de acuerdo	21	8,1
Total	240	93,0
Sistema	18	7,0
	258	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 23. Comercio sexual en otros



Fuente: Barrera, A. 2019.

En los aspectos del comercio sexual, gano el estar en total desacuerdo, donde las preguntas eran relacionadas a mirar pornografía con la pareja para aprender nuevas técnicas sexuales, que no debe haber censura a la pornografía para poder disfrutarla, en que se practicaría el sexo más frecuentemente si observara pornografía, vender servicios sexuales por dinero , la única pregunta que la respuesta fue diferente fue en si ver pornografía es malo, donde 16 personas de las 30 que estar muy de acuerdo; donde Según (Boies, 2002 ; Strager, 2003), refiere que “la pornografía se utiliza generalmente para provocar o aumentar la excitación sexual y a menudo como ayuda a la masturbación”, teniendo en cuenta estas razones dadas por el autor es preciso tener presente que la educación en salud sexual es necesaria para que entiendan la razón del porque puede llegar a hacer malo y no, puesto que en la actitud a sí mismo, las personas con discapacidad refieren tener aceptación hacia la masturbación, donde si se llega a educar en esta área puede verse beneficiando otras áreas de ocupación como el descanso, sueño, disminución de ansiedad, favoreciendo procesos mentales superiores, en los que por la características de la patología están involucrados, favoreciendo las habilidades residuales y la participación en otras actividades de la vida diaria, en la que mayormente se desenvuelve la población a estudio.

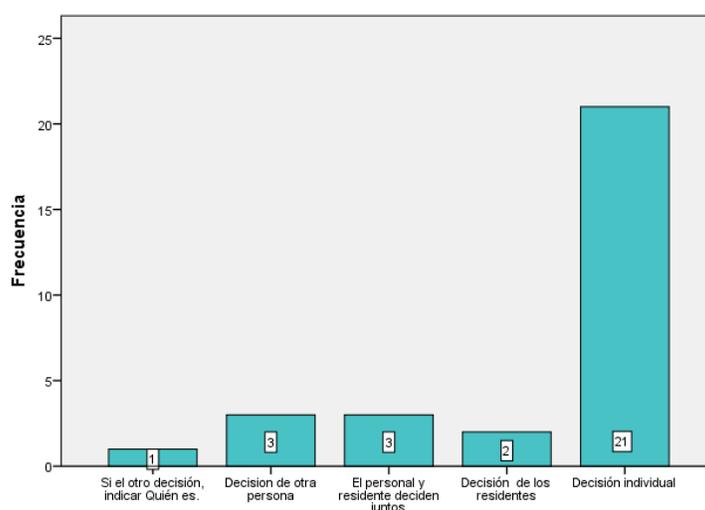
Tabla 26. Arregla y decora su propio espacio

Arregla y decora su espacio	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	1	3,3
Decisión de otra persona	3	10,0

El personal y residente deciden juntos	3	10,0
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	21	70,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 24. Arregla y decora su propio espacio



Fuente: Barrera, A. 2019

Según (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2014; Fisher; 204) refiere que “la calidad de vida para los residentes es considerada una reflexión de su oportunidad de ejercer la opción, el control, la independencia, y la autoexpresión; contrate en intereses, ocupaciones significativas, y papeles; desarrolle la identidad y la competencia profesionales y participe en la comunidad”. Donde es importante tener en cuenta que, el entorno social está en constante interacción con las personas con discapacidad cognitiva desde, partir de las relaciones y las expectativas de los más cercanos a la población, como son los cuidadores y familiares, con los

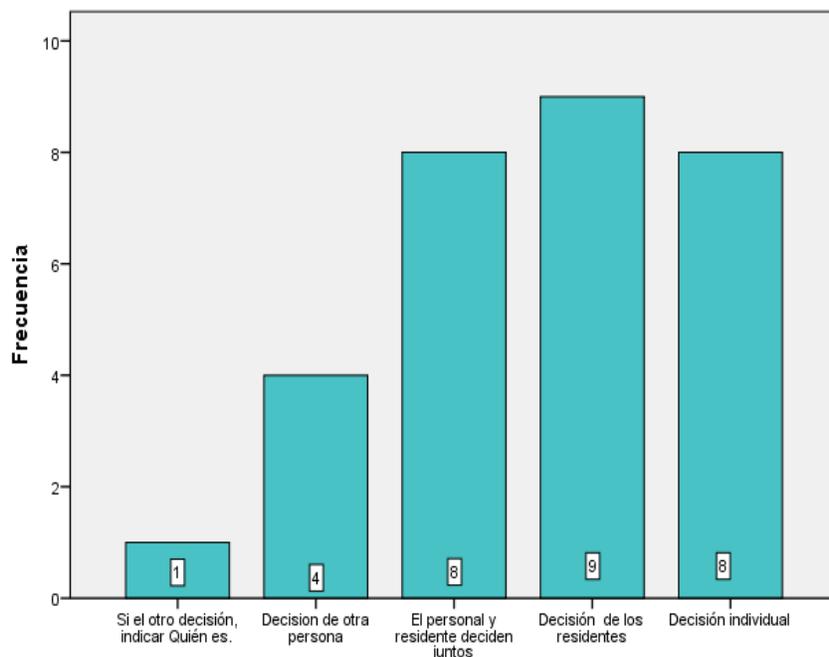
que día a día tienen contacto e influyen en establecer las rutinas, como es el arreglar el espacio u habitación.

Tabla 27. Arregla y decora áreas comunes

Arregla y decora	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	1	3,3
Decisión de otra persona	4	13,3
El personal y residente deciden juntos	8	26,7
Decisión de los residentes	9	30,0
Decisión individual	8	26,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 25. Arregla y decora áreas comunes



Fuente: Barrera, A. 2019

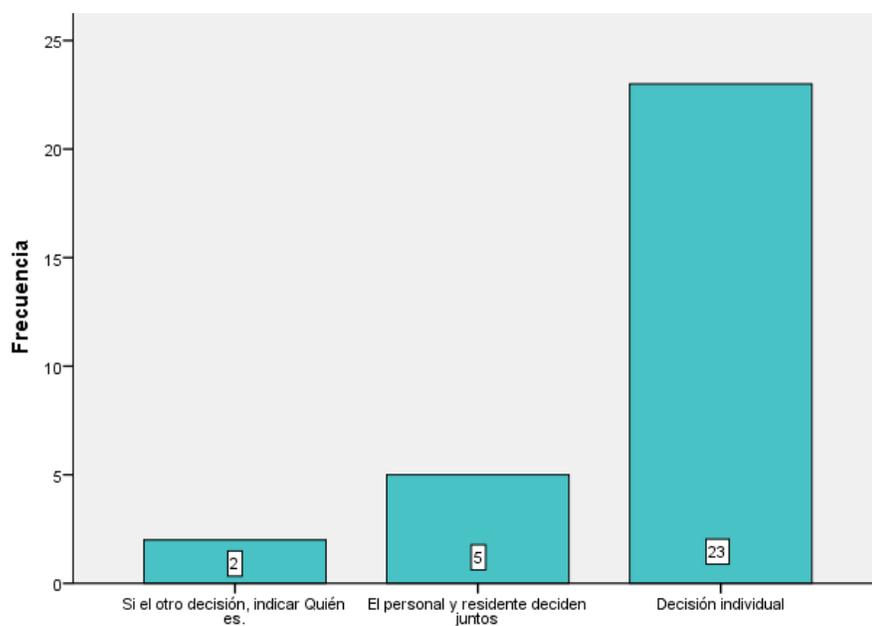
Asociación americana de Terapia Ocupacional (2014), en el que se encuentran las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVDs), las cuales son “actividades que apoyan la vida diaria en el hogar, la comunidad y que a menudo requiere de interacciones más complejas que las utilizadas en las AVD”. A partir de este enunciado es preciso mencionar que la población con discapacidad cognitiva referente al interrogante de arreglar áreas comunes existe poca diferencia entre si la decisión es individual o realizada por los residentes o al contrario tanto la persona con discapacidad y los residentes lo hacen juntos; Aspectos que permiten mejorar las relaciones interpersonales, al brindar la oportunidad de interactuar con pares y el grupo familiar, al permitir dar a conocer sus pensamientos referente al arreglo del hogar, eliminando barreras de estigmatización, e inequidad , al ser teniendo en cuenta para este tipo de actividades interactuando con ambientes diferentes dentro y fuera del hogar.

Tabla 28. Elige que ropa llevarse

Elige que ropa llevarse	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	5	16,7
Decisión individual	23	76,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 26. Elige que ropa llevarse



Fuente: Barrera, A. 2019.

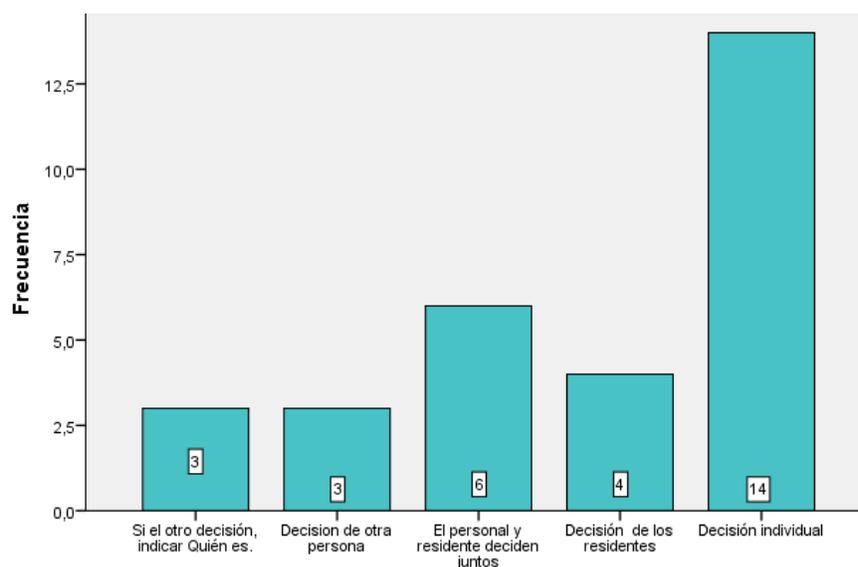
Según la (Asociación Americana de Terapia Ocupacional 2014) ubica el vestirse dentro de las actividades de la vida diaria la cual consiste en “seleccionar las prendas de vestir y los accesorios adecuados a lo hora del día, el tiempo, y la ocasión; obtener prendas de vestir del área de almacenamiento, vestirse y desvestirse en secuencia; amarrarse y ajustarse la ropa y los zapatos.” Actividad que según los resultados las personas con discapacidad cognitiva las realizan de forma individual, evidenciándose independencia en una de las actividades diarias, en seleccionar y ejecutar una esta actividad, como la elección de una prenda de vestir, colocarla en la parte del cuerpo a la que pertenece, mostrando conocimiento de imagen y concepto corporal debido a que permite y facilita la sexualidad, aspectos que se desean fortalecer, para promover la actividad sexual, favoreciendo la participación en un entorno que brinde la mayor independencia a la población con discapacidad cognitiva, partiendo de las habilidades residuales, donde una de ellas es la independencia en la actividad de vestido.

Tabla 29. Elige que escuchar en la radio

Elige que escuchar	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	3	10,0
Decisión de otra persona	3	10,0
El personal y residente deciden juntos	6	20,0
Decisión de los residentes	4	13,3
Decisión individual	14	46,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 27. Elige que escuchar en la radio



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según (Hinojosa, Kramer, Royeen, & Luebben, 2003) refieren que “Cuando una persona se involucra en determinada actividad de elección personal. Ellas son valoradas a través del propósito de la forma ocupacional”. Dentro de la elección sobre la pregunta quien elige que se puede escuchar en la radio, de las 30 personas con discapacidad cognitiva, la mayoría hacen esta actividad de forma individual, siendo una elección a partir de las preferencias, que permiten elegir gustos e intereses personales, que pueden convertirse en hábitos y rutinas dependiendo de la motivación intrínseca, mostrándose en las veces que escoge la música o programas escuchar; mostrando que las personas con discapacidad cognitiva tienen la capacidad para enfocar intereses, a partir de los gustos, aspecto que no es contrario al permitir sentir atracción o gusto por otra persona, visto desde la sexualidad e interacción personal. Intereses que, si son llevados

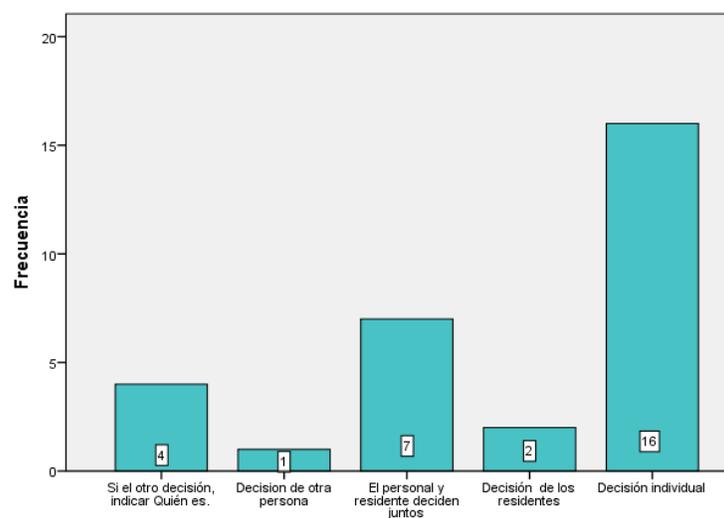
bajo conocimiento básicos sobre sexualidad, pueden convertirse en rituales que promuevan la participación en un área de la ocupación.

Tabla 30. Elige que mirar por TV y cuando hacerlo

Elige que mirar en la TV	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	4	13,3
Decisión de otra persona	1	3,3
El personal y residente deciden juntos	7	23,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	16	53,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 28. Elige que mirar por TV y cuando hacerlo



Fuente: Barrera, A. 2019

Según la (Crepeau, Cohn y Schell, 2005. p.25) refieren que “algunas pueden ser ocupaciones "por defecto" que tienen un significado bajo (como mirar un programa “de realidad” en la televisión porque no podemos pensar en ninguna otra cosa para hacer), mientras que otras reflejan nuestras pasiones (como atender las necesidades de los pobres o pintar como expresión artística). Teniendo presente que para las personas con discapacidad cognitiva existen ocupaciones que por el coeficiente intelectual que tienen, algunas ocupaciones tienen un significado alto como elegir que mirar en el televisor, es por ello que según las 30 personas a quienes se les hizo esta pregunta la mayoría, refieren que toman la decisión de forma individual, además de escoger en qué momento del día realizar esta ocupación. Teniendo presente este resultado es preciso decir que las personas que rodea a esta población, también es importante que estén pendiente sobre el contenido que escogen, puesto que este medio de comunicación puede promover conductas sexuales adecuadas o no dependiendo el entorno en el que esté

tabla 31. Elige en que gastar el dinero para y cuando.

Tabla 31. Elige en que gastar el dinero

Elige en que gastar el dinero	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	4	13,3
Decisión de otra persona	1	3,3
El personal y residente deciden juntos	9	30,0
Decisión de los residentes	3	10,0
Decisión individual	13	43,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

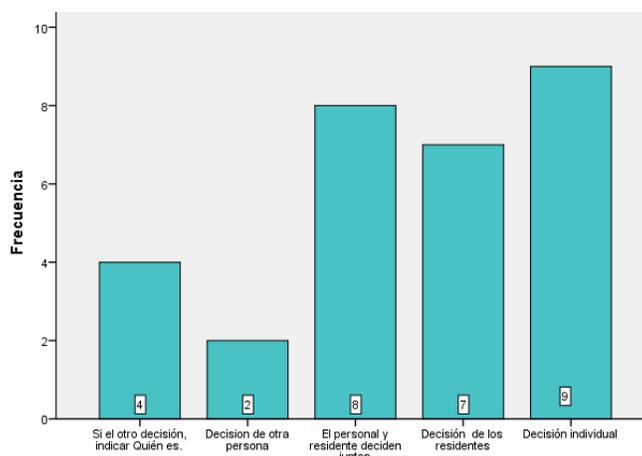
Según la (Asociación americana de Terapia Ocupacional 2014), dentro de las actividades instrumentales la cual hace referencia como a aquellas “actividades que apoyan la vida diaria en el hogar y la comunidad y que a menudo requiere de interacciones más complejas que las utilizadas en las AVD”, , es por ello que para participar de estas, es importante la capacidad intelectual debido a la complejidad que estas conllevan; por lo cual el uso de la gestión financiera que es “Manejar los recursos fiscales, incluyendo métodos alternativos de transacción financiera y planificar y usar las finanzas con objetivos a corto y largo plazo”. Las personas con discapacidad cognitiva de la presente investigación logran referir que eligen en que gastarlo y en qué momento de forma individual, aspecto que para ser ejecutado de la forma adecuada que depende del nivel intelectual, donde las personas con discapacidad pueden manejar cantidades, tener la cognición para saber en que es invertido y distribuido , por lo anterior es importante resaltar que esta población debido a su limitación para esta AIVD , el contexto social interviene directamente en apoyar esta actividad, aun mas que las mayoría de los cuidadores se encuentra dentro del nivel socioeconómico uno y no logran cumplir con todo el concepto de gestión de dinero dado por el autor, con respecto a las personas que contestaron que el dinero entregado lo gastan en lo que desean, es importante resaltar que lo hacen no cumpliendo con el concepto desde la actividad instrumental, segundo cabe aclarar que es importante que los cuidadores estén atentos en que es invertido el dinero, puesto que esta acción puede atentar contra el cuidado del propio cuerpo.

Tabla 33. Elije que comer y cuando

Elije que comer y cuando	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	4	13,3
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	8	26,7
Decisión de los residentes	7	23,3
Decisión individual	9	30,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 29. Elije que comer y cuando



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según la (Asociación americana de Terapia Ocupacional 2014), dentro de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), está la preparación de la comida y limpieza, la cual hace referencia a “Planificar, preparar, servir comidas bien equilibradas y nutritivas; y la limpieza de

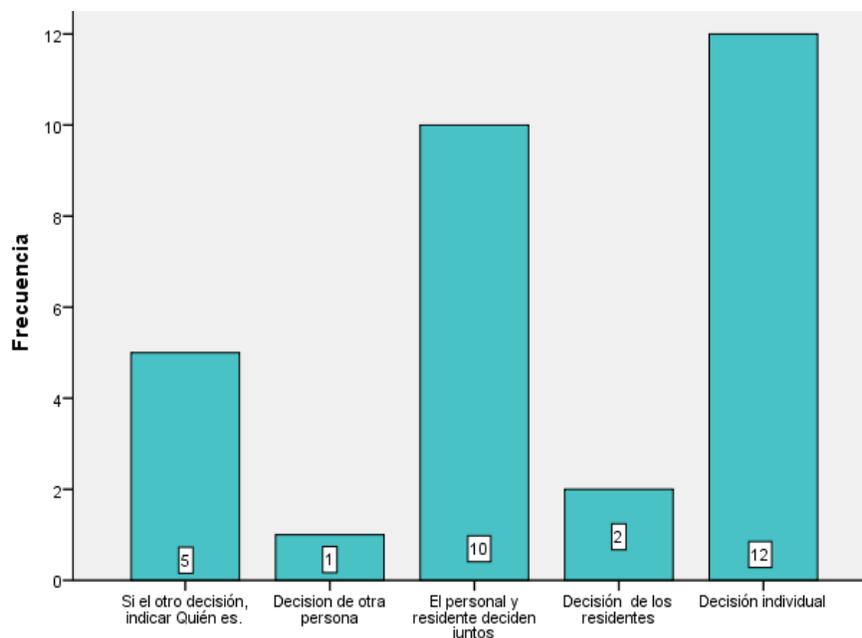
los alimentos y utensilios después de las comidas”. Teniendo en cuenta que la población con discapacidad cognitiva predomina la respuesta que ellos mismo toman la decisión de elegir que comer y en qué momento hacerlo, aunque muy seguidamente están las respuesta que tanto la persona con discapacidad como los residentes toman la decisión, la otra es que todos toman, datos que dan a entender que la participación en la comida es una actividad donde todos participan e inclusive algunas de las personas con discapacidad cognitiva expresan también aporta a la preparación y limpieza de la actividad.

Tabla 32. Elige donde poner el dinero, ropa, cepillando productos

Elige donde poner el dinero	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	5	16,7
Decisión de otra persona	1	3,3
El personal y residente deciden juntos	10	33,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	12	40,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 30. Elige donde poner el dinero, ropa, cepillando productos



Fuente: Barrera, A. 2019.

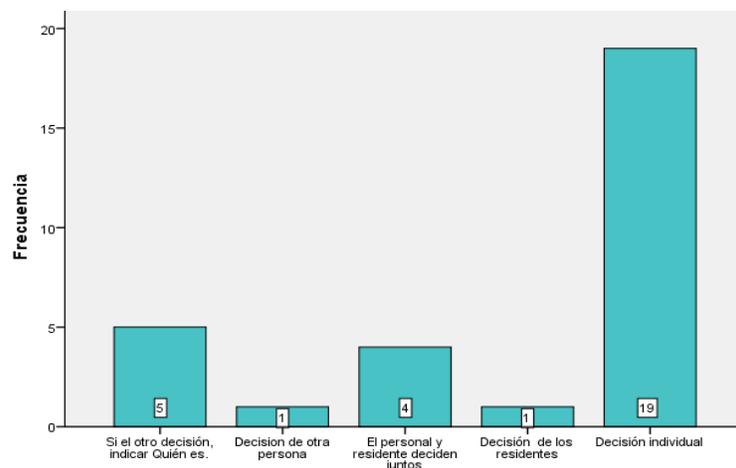
Según, (Christiansen & Hameces, 2001, p.156). Actividades personales de la vida diaria (APVDs). Estas actividades son "fundamentales para vivir en un mundo social; permiten la supervivencia básica y el bienestar". Según las 30 personas con discapacidad cognitiva, 12 refieren que la decisión de dónde colocar útiles personales lo hacen de forma individual, la otra respuesta que predomina es que esta actividad lo hacen junto con el residente, respuestas favorables para el entorno familiar en el que todos están involucrados, puesto que el orden dentro del hogar promueve la tolerancia en el mismo, promoviendo las relaciones socioafectivas.

Tabla 33. A qué hora despertarse e ir a dormir

A qué hora despertarse e ir a dormir		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	5	16,7
	Decisión de otra persona	1	3,3
	El personal y residente deciden juntos	4	13,3
	Decisión de los residentes	1	3,3
	Decisión individual	19	63,3
	Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 31. A qué hora despertarse e ir a dormir



Fuente: Barrera, A. 2019

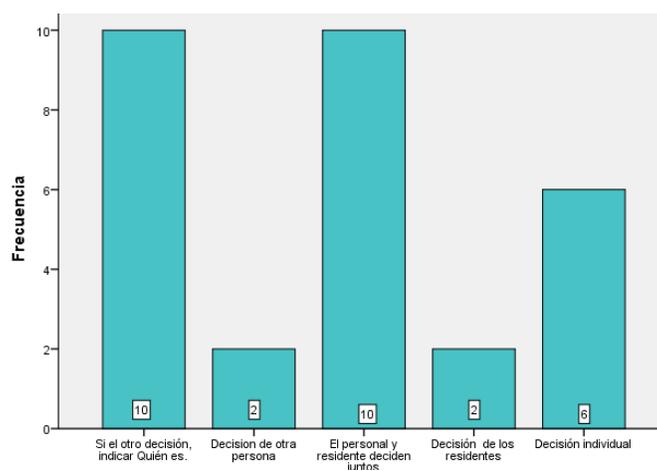
Asociación americana de Terapia Ocupacional (2014), dentro de las áreas ocupacionales se encuentra la de descanso y sueño que es referido como “actividades relacionadas con obtener el sueño y un descanso restaurador que apoye la participación en otras áreas de la ocupación”. De las 30 personas con discapacidad cognitiva, la mayoría refieren tomar la decisión de manera individual, en qué momento ir a dormir o despertarse, actividad que es una rutina establecida a lo largo de la vida por cuidadores y familiares, que han tenido cambios al paso de las diferentes etapas del desarrollo, donde la hora de despertar interviene las otras ocupaciones en las que la persona con discapacidad está inmersa como lo es, ayudar en el cuidado del hogar, en practicar un deporte o asistir a la escuela, aspectos directamente afectados por las demandas del ambiente; también es importante resaltar que las horas de sueño son de 7 a 8 en la mayoría de las personas con discapacidad cognitiva, contribuyendo a la ocupación de descanso, favoreciendo los procesos mentales superiores desde las capacidades individuales y acorde a la patología, contribuyendo a estar activo en otras ocupaciones de la vida diaria.

Tabla 34. Que hacer después del trabajo

Que hacer después del trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	10	33,3
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	10	33,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	6	20,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 32. Que hacer después del trabajo



Fuente: Barrera, A. 2019

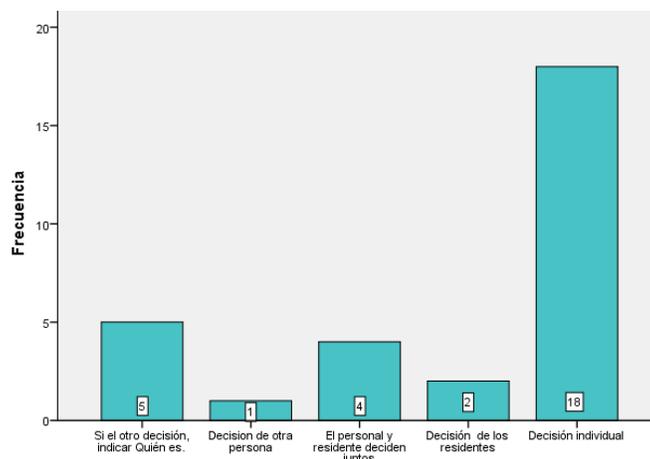
Los autores (Parham y Fazio, 1997, p.250) afirman que una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se anticipa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, auto cuidado o dormir”. De las 30 personas con discapacidad cognitiva,, frente al interrogante quien decide que hacer después del trabajo, existe un paralelo entre las siguientes respuestas, la primera es que el personal y el residente deciden juntos y la segunda es que la decisión es tomado por otra persona; indicando que es un aspecto estrechamente relacionado con la participación de otros, promoviendo involucrarse en otras ocupaciones a parte de los talleres en los que asisten la mayoría de la semana, otros refieren participar en actividades deportivas, solo cuando salen de esas rutinas, los cuidadores y familiares, colocan a estas personas a colaborar en actividades del hogar.

Tabla 35. Cómo gasta el tiempo libre

Como gasta el tiempo libre	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	5	16,7
Decisión de otra persona	1	3,3
El personal y residente deciden juntos	4	13,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	18	60,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 33.Cómo gasta el tiempo libre



Fuente: Barrera, A.2019

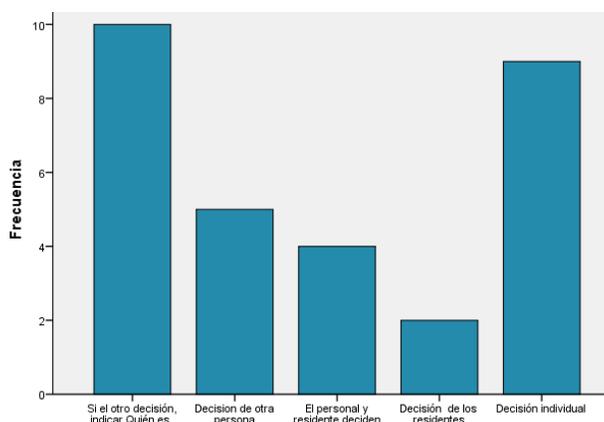
Teniendo en cuenta a (Parham y Fazio, 1997, p.250) refieren que una ocupación de ocio o Tiempo libre es “Una actividad no obligatoria que está intrínsecamente motivada y en la cual se anticipa durante un tiempo discrecional o libre, es decir, un tiempo no comprometido con ocupaciones obligatorias tales como trabajo, auto cuidado o dormir”. Referente al tiempo libre las personas con discapacidad cognitiva responden al presente interrogante, que ellos deciden de forma individual en que gastar el tiempo libre, siendo un espacio que puede estar involucrado con la sexualidad, al relacionarse con pares u otras personas a parte del cuidador o familiar.

Tabla 36. Elige cuando y como las tareas son hechas

Elige cuando y como son hechas las tareas	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	10	33,3
Decisión de otra persona	5	16,7
El personal y residente deciden juntos	4	13,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	9	30,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A.2019

Figura 34. Elige cuando y como las tareas son hechas



Fuente: Barrera, A.2019

Asociación americana de Terapia Ocupacional (2014), dentro de los tipos de intervenciones, se encuentra la preparación de métodos y tareas, que consiste en “Métodos y tareas que preparan al cliente para el desempeño ocupacional utilizados como parte de una sesión de tratamiento en preparación para o concurrentemente con ocupaciones y actividades o proporcionados a un cliente como un compromiso para apoyar el desempeño ocupacional diario en el hogar”. Teniendo en cuenta las características de las personas con discapacidad cognitiva, se tiene como respuesta que a 10 personas le dicen en qué momento realizar las tareas, otra parte con 9 personas que dan como respuesta, que las tareas la refiere eligen de forma individual; a partir de estas respuestas es importante resaltar que cuando la persona elige la tarea está mostrando sus intereses, aspectos que se tienen en cuenta para una intervención, lo contrario al momento de mirar cómo realizarla, puesto que en ese momento se tienen en cuenta los niveles de funcionalidad, apoyado en los niveles de independencia de la persona con discapacidad, a partir de sus capacidades.

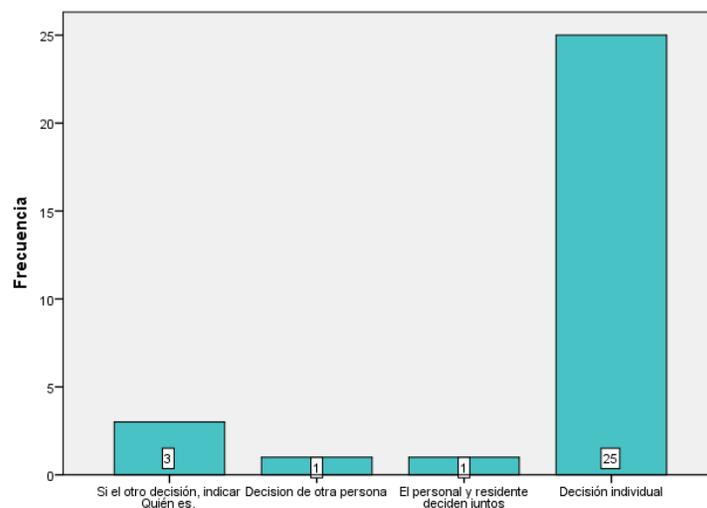
Lo anterior está relacionado a uno de los criterios de inclusión, puesto que son personas cognitivas de leve a moderado, donde es necesario emplear estrategias para que las tareas que se desean realizar se ejecuten sin alterar los objetivos propuestos.

Tabla 37. Elige cuando tomar duchas/baños

Elige cuando tomar las duchas	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	3	10,0
Decisión de otra persona	1	3,3
El personal y residente deciden juntos	1	3,3
Decisión individual	25	83,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 35. Elige cuando tomar duchas/baños



Fuente: Barrera, A. 2019

Dentro de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, se encuentra la actividad de la vida diaria que es Bañarse, ducharse la cual se refiere a” Obtener y utilizar suministros; enjabonarse enjuagarse y secarse partes del cuerpo, mantener la posición en el baño, y transferirse desde y hacia la bañera.” Donde según 25 de las personas con discapacidad cognitiva, responden que realizan esta actividad de forma individual, y rutina, refiriendo que los cuidadores y familiares no intervienen en ella, puesto que reconocen que todos los días deben asear l cuerpo, permitiendo que, a la hora del baño, compartan un momento íntimo y de autorreconocimiento en cuanto a imagen y concepto corporal.

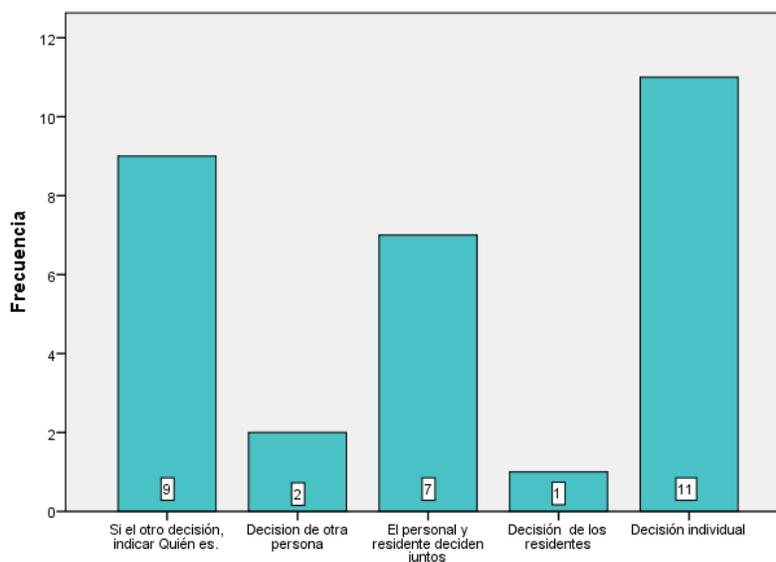
A demás de ser una rutina empleada a lo largo de la vida, la cual favorece la salud y bienestar a no aumentar el nivel de exposición ante infecciones o bacterias que atenten contra su vida.

Tabla 38. Cuando las llamadas telefónicas son hechas y recibidas

Cuando las llamadas son hechas o recibidas	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	9	30,0
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	7	23,3
Decisión de los residentes	1	3,3
Decisión individual	11	36,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 36. Cuando las llamadas telefónicas son hechas o recibidas



Fuente: Barrera, A. 2019

Dentro de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, se encuentra la actividad instrumental, gestión de la comunicación la cual consiste en “enviar, recibir e interpretar la información utilizando una variedad de sistemas y equipos, incluyendo herramientas de escritura,

teléfonos (teléfono celular o smartphones). Teniendo en cuenta el anterior enunciado es conveniente decir que de las 30 personas con discapacidad cognitiva que se les hizo la pregunta, 11 refieren que hacen de forma individual la actividad instrumental de recibir y hacer llamadas, actividad que requiere de interacciones más complejas que las utilizadas en las actividades de la vida diaria, en la cual está inmerso la actividad sexual, la cual puede ser expresada de diferentes formas, donde los medios de comunicación puede favorecer a o no, esta actividad.

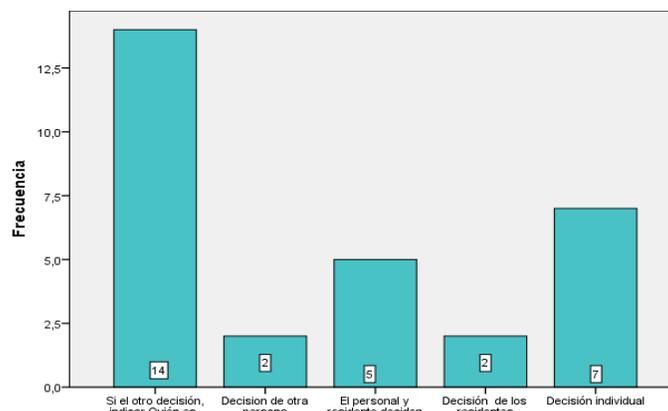
Por ende, es importante educar a la población en el uso correcto de las nuevas tecnologías, para prevenir abusos sexuales de cualquier índole.

Tabla 39. Cuando permiten a visitantes.

Cuando permiten visitantes	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	14	46,7
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	5	16,7
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	7	23,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 37. Cuando permiten a visitantes



Fuente: Barrera, A. 2019

Según el (Modelo de la Ocupación humana 4ta edición p.92), refiere que “los grupos sociales son el conjunto de personas que se reúnen por varios propósitos, formales o informales, sobre lo que esas personas hacen dentro de ellos, los grupos incluyen de hecho, una persona en interacción con un amigo, un familiar, un vecino, un compañero de trabajo, un compañero de clases o un club u organización a la que pertenece”.

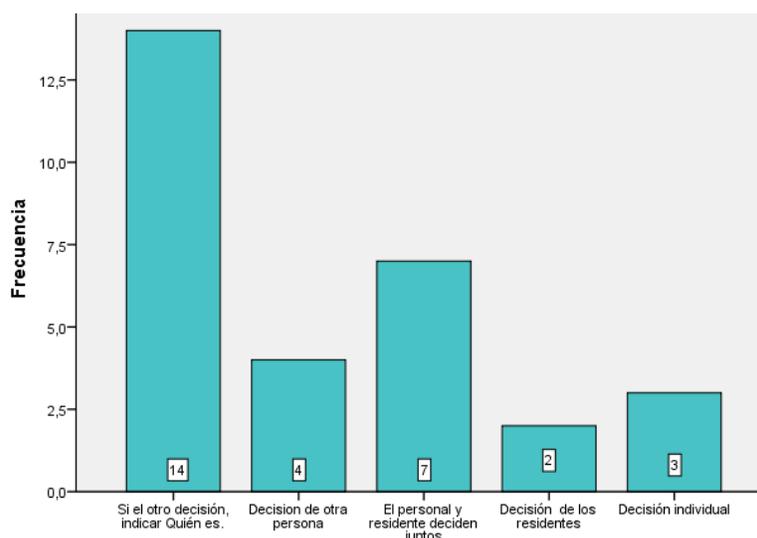
A partir de este enunciado los grupos sociales en las personas con discapacidad cognitiva están restringidas, debido a que por su condición, existen momentos donde las habilidades de comunicación e interacción están disminuidas por la propia patología, además en la mayoría de los casos, los grupos sociales están direccionados por los cuidadores o familiares, puesto que según de las 30 personas con discapacidad cognitiva a quienes se les hace la pregunta, 14 refieren que quien toma la decisión de quien visita son otras personas; aspectos que dan a conocer que el entorno social de la población está apoyado en los cuidadores y familiares, por ende las interacciones con amigos o pares donde se crean vínculos afectivos deben ser supervisados por personas que cuenten con educación para que la actividad sexual desde sus tres dimensiones (interacción, placer y reproducción) sea ejecutada de la mejor manera.

Tabla 40. Qué hacer con visitantes

Qué hacer con las visitas	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	14	46,7
Decisión de otra persona	4	13,3
El personal y residente deciden juntos	7	23,3
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 38. Qué hacer con visitantes



Fuente: Barrera, A. 2019

El autor (Rowles, 1983) “usa diarios de tiempo espacio en los que los que responden registraron salidas fuera del hogar y todas las visitas y las llamadas telefónicas realizadas y recibidas para identificar los tipos de apoyo prestado a los ancianos, dentro de estas zonas. La vivienda fue una fuente importante de asistencia en las actividades diarias para las personas que residían con un compañero, aunque muchos ancianos y personas con discapacidades normalmente vivían solos”.

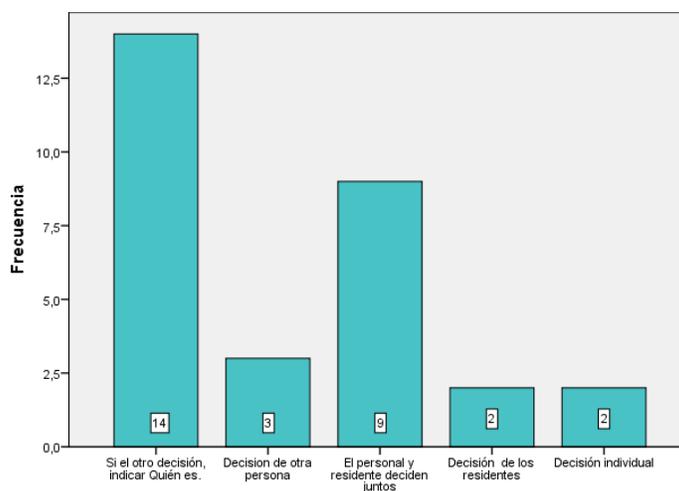
Apoyado en este enunciado se reconoce la importancia de usar los diarios de tiempo y espacio, entrada y salidas de las visitas para identificar qué tipo de ayuda puede ser la visita, en relación a la participación en las actividades de la vida diaria, entre esta la sexual, para la persona con discapacidad; estrategia que pueden emplear los cuidadores o familiares, puesto que según el presente resultado de las 30 a quien se les hizo la pregunta, 14 refieren que la decisión de que se hace con las visitas es indicada por otros. Esto indica que la población a estudio está apoyada en una red, donde uno de estos ejerce el rol de cuidador.

Tabla 41. Como los compañeros de habitación son reunidos

Como los compañeros de habitación son reunidos	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	14	46,7
Decisión de otra persona	3	10,0
El personal y residente deciden juntos	9	30,0
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 39. Como los compañeros de habitación son reunidos



Fuente: Barrera, A. 2019

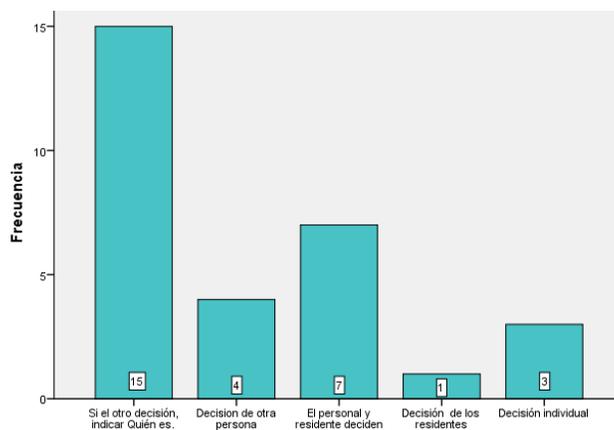
En cuanto (Dunn, Brown y McGuigan 1994) sostienen que “El entorno provee un rango de oportunidades y recursos que nos permiten elegir y hacer cosas. A partir de este enunciado y teniendo en cuenta la respuesta a este interrogante de las 30 personas con discapacidad cognitiva”. Donde 14 refieren que otra persona es quien elige como son repartidas las habitaciones, por ende, influyen en la elección del entorno físico, el cual puede proveer oportunidades como limitaciones, además de la interacción social con las personas que conviven, por ello es oportuno decir que los entornos influyen en el comportamiento ocupacional de las personas con discapacidad cognitiva.

Tabla 42. Como son asignados los espacios

Como son asignados los espacios	Frecuencia	Porcentaje
Si la otra decisión, indicar Quién es.	15	50,0
Decisión de otra persona	4	13,3
El personal y residente deciden juntos	7	23,3
Decisión de los residentes	1	3,3
Decisión individual	3	10,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 40. Como son asignados los espacios



Fuente: Barrera, A. 2019

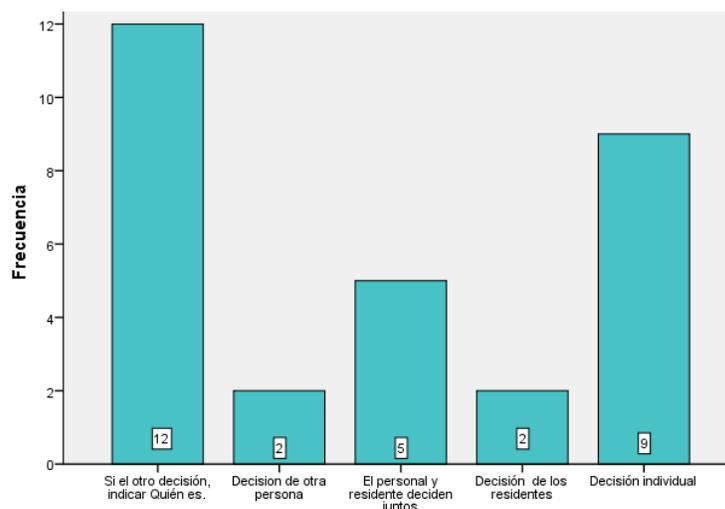
Según lo referido por (Rubinstein, 1989), refiere que los espacios físicos consecuentemente ofrecen oportunidades y restricciones específicas para el hacer. En el presente interrogante de las 30 personas con discapacidad cognitiva, 15 refieren que los espacios físicos como el dormitorio es asignado por otras personas, lo cual es necesario reconocer que este espacio es recomendable que cuente con los requerimientos para proveer intimidad y descanso, de este modo favorecer las actividades de la vida diaria a través del aprovechamiento de un espacio comfortable.

Tabla 43. Quien continuas excursiones

Quien continuas excursiones	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	12	40,0
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	5	16,7
Decisión de los residentes	2	6,7
Decisión individual	9	30,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019

Figura 41. Quien continúa excursiones



Fuente: Barrera, A. 2019

Según (Führer y Keith, 1998), existen distintos métodos para la educación de pacientes y de quienes están a cargo de su cuidado.

La educación es importante tanto para las personas con discapacidad cognitiva, como para sus cuidadores, puesto que, según la respuesta de la muestra de 30 personas, 12 refieren que quien continua con las excursiones son los cuidadores y familiares, existiendo una leve dependencia en la interacción con los demás, situación que puede limitar la expresión sexual, al contar siempre con un acompañante, cohibiendo la exploración con pares por motivo de sobreprotección.

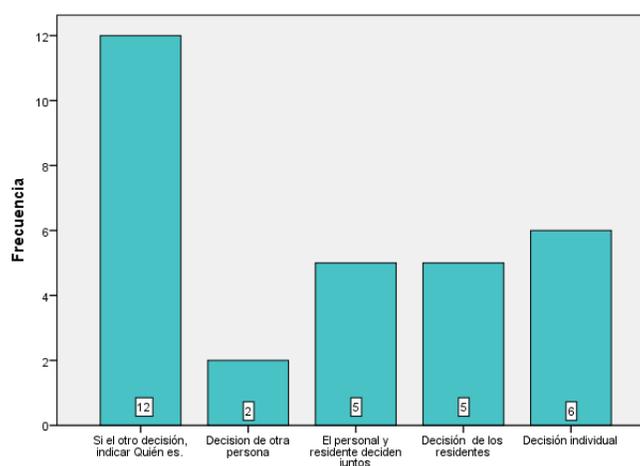
Tabla 44. Donde continuar excursiones

Donde continuar excursiones	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	12	40,0

Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	5	16,7
Decisión de los residentes	5	16,7
Decisión individual	6	20,0
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 42. Donde continuar excursiones



Fuente: Barrera, A. 2019.

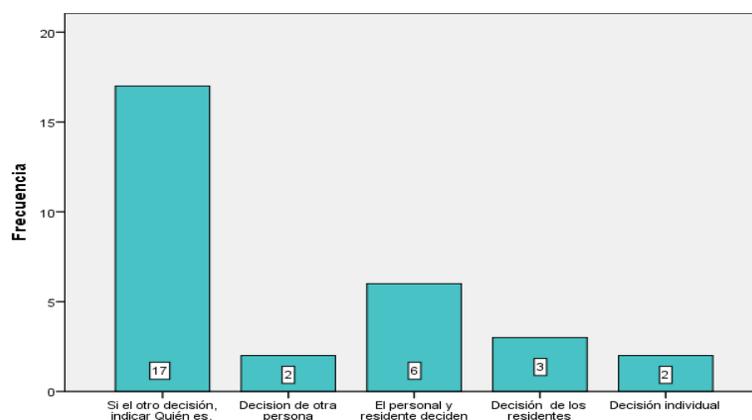
Asociación americana de Terapia Ocupacional (2014), se encuentran las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y dentro de esta, el cuidado de otros, que es “Organizar, supervisar, o proveer el cuidado a otros”. En esta actividad las personas con discapacidad cognitiva presentan restricciones, como se evidencia en este interrogante, donde de las 30 personas, 12 refieren que quien continua con las excursiones o las salidas son los cuidadores o familiares, requiriendo del cuidado de otros para la movilidad en la comunidad como utilizar el transporte público.

Tabla 45. Quien puede dejar la casa y cuando

Quien puede dejar la casa	Frecuencia	Porcentaje
Si la otra decisión, indicar Quién es.	17	56,7
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	6	20,0
Decisión de los residentes	3	10,0
Decisión individual	2	6,7
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 43. Quien puede dejar la casa y cuando



Fuente: Barrera, A. 2019.

Autores como (Heller, Factor, Sterns, y Sutton, 1996). “La autodeterminación es demostrada, tomando decisiones de importancia que afecta la vida de alguien, que participa en la creación de reglas de casa y política, y el escogimiento que actividades hacer y cuando hacerlos.

Muchos estudios han revelado que las oportunidades para adultos con hándicaps intelectuales que viven en casas de grupo para tomar decisiones de consecuencia sumamente son limitadas”.

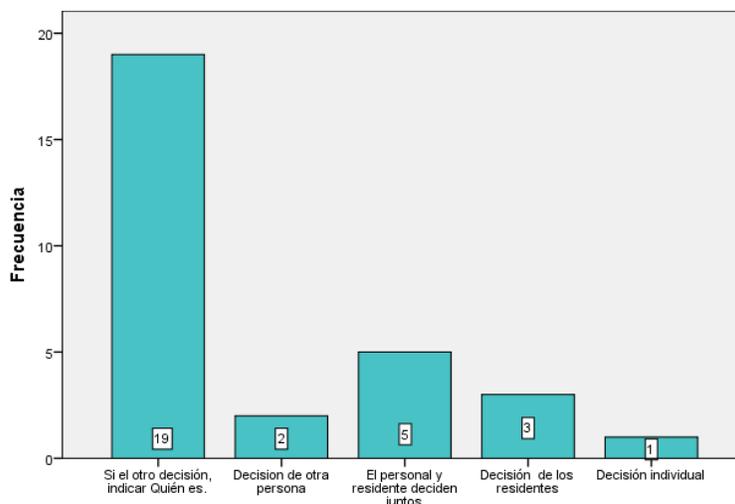
A partir de este enunciado es preciso mencionar que de las 30 personas con discapacidad cognitiva, 17 refieren que quien tiene la autodeterminación en el hogar son otras personas, principalmente los padres de familia o cuidadores, escogiendo quien puede dejar o no el hogar, situación que expone los valores de crianza que se hallan implantado a lo largo de la vida, pone en evidencia los tabús frente a quien manda dentro del hogar, si existen culturas de dominancia de género; además del nivel de independencia que haya desarrollado la persona con discapacidad el cual depende del nivel de coeficiente intelectual, la clasificación en la que se encuentre y la estimulación y aprendizaje que haya recibido del medio, que en ultimas influyen en si tiene participación en este tipo de decisiones.

Tabla 46. En general, como las reglas y decisiones son hechas sobre como las cosas van.

En general quien tomas y da las reglas	Frecuencia	Porcentaje
Si el otro toma la decisión, indicar Quién es.	19	63,3
Decisión de otra persona	2	6,7
El personal y residente deciden juntos	5	16,7
Decisión de los residentes	3	10,0
Decisión individual	1	3,3
Total	30	100,0

Fuente: Barrera, A. 2019.

Figura 44. En general, como las reglas y decisiones son hechas sobre como las cosas van



Fuente: Barrera, A. 2019.

Según (Lawton 1980), “Los entornos pueden poner límites o dirigir fuertemente la acción” a partir de este enunciado es importante tener en cuenta que según las 30 personas con discapacidad cognitiva refieren que las reglas y las decisiones las toma otra persona, como el cuidador y familiar, con un puntaje de 19, siendo el entorno quien influya en los comportamientos ocupacionales de la población, por ello es preciso mencionar que según el Modelo de la Ocupación Humana 4ta edición menciona el ambiente social como “ disponibilidad y expectativas de los individuos importantes, como cónyuge, amigos y cuidadores; abarca los grupos sociales más grandes que tienen influencia para establecer normas, expectativas de roles y rutinas sociales, así como organizaciones, instituciones y sistemas políticos y económicos. Es ese ambiente importante quien inculque las normas y los roles, en este sentido como promover el rol sexual desde todos sus aspectos.

Tabla 47. Correlaciones

		Sexualidad a si mismo	Sexualidad otros	Entorno
Sexualidad a si mismo	Correlación de Pearson	1	,985	,712
	Sig. (bilateral)		,112	,495
	N	3	3	3
Sexualidad hacia otros	Correlación de Pearson	,985	1	,579
	Sig. (bilateral)	,112		,607
	N	3	3	3
Entorno	Correlación de Pearson	,712	,579	1
	Sig. (bilateral)	,495	,607	
	N	3	3	5

Fuente: Barrera, A. 2019.

Para el análisis general de los instrumentos, y establecer su correlación se aplicó el índice de correlación de Pearson que establece la relación entre variables cuantitativas, que para el efecto la puntuación de los instrumentos es numérica donde en el cuestionario de actitud sexual (TSAQ), 1 corresponde al valor más desfavorable y 9 corresponde al valor más favorable; en el instrumento de estudio de impacto de entorno residencial (REIS) donde 1 corresponde al valor más desfavorable y 5 corresponde al valor más favorable, encontrando que la percepción de la sexualidad hacia si mismo guarda una relación directamente proporcional (positiva alta) con el entorno, es decir que a medida que aumenta el valor de las respuestas en el (TSAQ) también aumentara el valor de la respuesta en el (REIS) siendo una correlación fuerte, si aumenta mucho en un instrumento, también aumentara mucho en el otro; en cambio la percepción de sexualidad

hacia otros tiene una correlación directamente proporcional (positiva moderada), es decir que si aumenta en uno, aumenta en otro, pero como es moderada, no subirá la puntuación en los dos instrumentos con la misma magnitud; esto debido a las variaciones en algunas respuestas como: Autoerotismo con similitud en las respuestas total desacuerdo con 133 y de acuerdo con 102 en otros, evidenciándose una mayor aceptación en relación al autoerotismo que se percibe a sí mismo, debido a que 170 total desacuerdo y 62 de acuerdo. En otro aspecto que se ve mayor aceptación es en las variaciones sexuales en otros con 187 en total desacuerdo y 53 de acuerdo, esta frecuencia es mayor a la que se tiene en la actitud hacia sí mismo, encontrándose 212 en total desacuerdo y 28 de acuerdo.

Por lo anterior existe una correlación moderada en la aceptación en actitudes en otras personas más que a sí mismo.

Discusión de resultados

Esta investigación tuvo como propósito analizar en entorno social en la sexualidad en personas con discapacidad cognitiva, la muestra fueron 30, se obtuvo de la población adscrita a la alcaldía de Pamplona.

A continuación, se describieron los principales hallazgos de este estudio el cual nos indica en los aspectos sociodemográficos, referente a cuidadores y familiares tienen edades mayores a 50 años, con un 60% , existiendo una probabilidad de tener hijos con algún tipo de patología ya sean por dificultades durante el embarazo, en el momento del parto o después del mismo, eventos que pueden generar una discapacidad, además de ofrecer entornos con sobreprotección, puesto que a medida que tiene mayor edad, crece el celo hacia las personas que se aman,

implantando valores de crianza en la población donde la sexualidad debidos a los tabús pueden restringir la participación en esta.

En relación al género el 86.7% es femenino, mostrándose que las mujeres aún son las encargadas del cuidado del hogar , realizando la mayoría de las actividades instrumentales de la vida diaria, entre ellas el cuidar a una persona con discapacidad cognitiva que en ocasiones limita y restringe participar en otras ocupaciones que sean significativas y generen bienestar, además de aportar desde el rol laboral a la economía familiar, situaciones que pueden generar estrés, afectando también el trato y manejo del entorno de los que le rodean.

El nivel de escolaridad también tiene un alto índice con el 96,7%, donde la mayoría solo han cursado nivel primaria y secundaria, aspectos que afectan directamente el manejo de la persona con discapacidad, puesto que en ocasiones no tienen claridad del diagnóstico, limitando el poder apoyarse de una red que direcciona, que procedimientos u profesionales aportan a la discapacidad de esta forma mitigarla y favorecer la independencia en actividades en la cual la sexualidad hace parte. Estrato socioeconómico prevalecieron el 1 y 2 con el 86,7%; régimen de salud subsidiado con el 90%; aspectos que están relacionados a los entornos tanto físico al existir barreras de accesibilidad puesto que la mayoría de las personas viven en barrios periféricos donde la movilidad es restringida por factores como pocas rutas de servicio público, la entrada hasta el hogar no es posible porque las vías cuentan con espacios reducidos y escaleras; en el entorno social debido a que se ve restringido por el nivel de régimen de salud, puesto que el gobierno es quien está a cargo de este aspecto, lo cual conlleva a que tanto el cuidador como la persona con discapacidad tenga límites en el uso del servicio de rehabilitación y otros, tanto en número de terapias, como medicamentos, situaciones que promueven la discapacidad , al no contar con los recursos económicos las necesidades básicas de todo ser humano.

En relación con datos sociodemográficos de la persona con discapacidad es importante a resaltar son el nivel de escolaridad con 76.6% fue primaria, puesto a la estigmatización que existe desde el entorno tanto por parte de la familia por continuar los estudios y obtener un título, organizaciones y poblaciones, que expresan que las personas con discapacidad y especialmente cognitivas, no pueden tomar parte en el derecho a la educación por la condición, donde es preciso decir que estas personas pueden ser escolarizadas teniendo en cuenta las habilidades residuales y las estrategias que se empleen para permitir que alcancen los logros del conocimiento básico, donde la terapia ocupacional aporta a la adquisición de nuevas habilidades favoreciendo en desempeño, por tal razón es preciso decir que el reto está en educar en la actividad sexual a esta población y personas más cercanas que hacen parte de la red de apoyo. Por último, el porcentaje de las personas con discapacidad que no han procreado, con un 93.3%, donde solo 2 personas han tenido hijos.

Número que puede ser mayor si no se enseña los cuidados a tener si se desea estar con otra persona del sexo opuesto de manera íntima como el coito. En la actitud hacia la sexualidad en sí mismos, los datos más relevantes en el aspecto de autoerotismo con 65,9% en su totalidad, del cual los ítems más sobresalientes fueron los siguientes interrogantes : “la masturbación libera la energía sexual cuando se es soltero” obtuvo un 50% , aspecto que llama la atención desde la sexualidad, puesto que la mayoría refieren que al realizar esta práctica o pensar en hacerlo, puede intervenir en el estado de tranquilidad de los mismos, respuesta que puede estar relacionada con la fisiológica y las neurociencias, puesto que según (Europe’s Journal of Psychology) “los orgasmos liberan endorfinas, hormonas amigables que al actuar sobre el sistema nervioso central mejoran la percepción de bienestar, proporcionan placer de manera directa y disminuyen significativamente el dolor”, teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que la masturbación si

es manejada de forma responsable y educativa puede favorecer el descanso y sueño, el cuidado del cuerpo, cuidado de las cosas personales, en caso de las personas con el libido aumentado la descarga de energía, aspecto que se puede apoyar a través del establecimiento de una rutina para esta práctica.

En otros tiene se tiene un 46,7%, notándose una diferencia pequeña. Puesto que si ellos la aceptan primero a sí mismo, en otros es más fácil que la vean con mas naturalidad, otra practica que en la que están de acuerdo en otros es grabar la actividad sexual con la pareja es aceptable si te excita con 53,3%; aspectos del autoerotismo que van relacionados con el encuentro de placer que hace parte de unos de los factores que integran la sexualidad, por lo que es importante retomarlos y enfatizar en las ventajas que se tiene si la sexualidad es llevada de forma responsable, como una actividad de la vida diaria o instrumental que amerita de educación en salud. Con respecto a los que no están de acuerdo en ciertas actitudes en otros son es, fantasear con alguien más cuando se tiene sexo con la pareja es aceptable con 60%.

En el aspecto de heterosexualidad hacia sí mismo, hay prevalencia en la respuesta “ total desacuerdo”, con el 59,3% , con los siguientes interrogantes: tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio , solo se tiene relaciones sexuales con la pareja que se ama están en total desacuerdo con un 43,3% ; usar la actividad sexual para el propio placer 50,0%; las relaciones sexuales solo se practican con el compañero afectivo 46,7%; mostrando una actitud conservadora, esta puede estar influenciada por el medio en que crece la persona con discapacidad cognitiva a lo largo de la vida, por los valores implantados, las expectativas de los demás; razones que pueden intervenir en las respuestas. Evidenciándose que las personas con discapacidad cognitiva, necesitan saber más sobre la diferencia entre hombres y mujeres, desde la imagen y concepto corporal , conocer sobre los tipos de relaciones afectivas que pueden existir

entre ellos, a partir de las diferencias, todo ello en pro de significar una ocupación, en este momento la sexualidad desde la practica heterosexual, puesto que este aspecto es tiene mayor fuerza visto desde las personas con discapacidad en los demás, viéndose así, como persona que no puede ser partícipe de esta práctica .

En los aspectos de homosexualidad y variaciones sexuales se encuentra un común denominador referente a la actitud a sí mismo y otros, siendo este total desacuerdo en llegar a participar en estas prácticas, siendo un punto del cual la población no tiene interés, puede ser debido a la capacidad intelectual que tiene, limitando la imaginación. En comercio sexual están en total acuerdo que esta práctica, como la prostitución o vender videos e imágenes por dinero es mala con un 73,3% a sí mismo y 53,3% en otros. Observando el cuidado que ellos tienen en relación con exhibir el cuerpo, para no ser víctima de abusos sexuales.

En cuanto a el estudio del entorno las personas con discapacidad cognitiva son más independientes en actividades relacionadas con las preferencias personales, tenido mayor prevalencia en este aspecto la decisión individual, como arreglar y decora su propio espacio con 70,0% este aspecto puede estar influenciado por las relaciones y las expectativas de los más cercanos a la población, como son los cuidadores y familiares, con los que día a día tienen contacto e influyen en establecer las rutinas, como es el arreglar el espacio u habitación, permitiendo mostrare participativo promoviendo independencia ; elegir que ropa llevarse con 76,7% aspecto que permite la participación de una actividad diaria, donde para ejecutarla debe tener la capacidad de seleccionar una prenda de vestir, colocarla en la parte del cuerpo a la que pertenece, mostrando conocimiento de imagen y concepto corporal debido a que permite y facilita la sexualidad.

En relación con las rutinas y tareas tiene mayor prevalencia el interrogante quien elige cuando y como las tareas son hechas , donde la decisión es individual con un 30% a partir de estas respuestas es importante resaltar que cuando la persona elije la tarea está mostrando sus intereses, aspectos que se tienen en cuenta para una intervención, lo contrario al momento de mirar cómo realizarla, puesto que en ese momento se tienen en cuenta los niveles de funcionalidad, apoyado en los niveles de independencia de la persona con discapacidad, a partir de sus capacidades. Por último, en participación social se evidencia mayor de dependencia dentro del entorno, puesto que la mayoría de las respuestas son que, otra persona toma las decisiones, en ítems como, quien continúa excursiones 40%; quien elige los compañeros de habitación son reunidos 46,7%; quien puede dejar la casa y cuando 56,7%; en general, como las reglas y decisiones son hechas sobre como las cosas van 63,3%. Porcentajes que dan a conocer que debido a la condición de la persona con discapacidad cognitiva le es más restringido la toma de decisiones dentro del hogar, dependiendo que las normas establecidas por los cuidadores, familiares, contando con una autonomía restringida, donde en momentos se pueden ver inmiscuidos la violación de derechos, aunque cabe decir que existen decisiones que no pueden ser tomadas por la persona, es necesario educar a las personas que le rodean para que en lo posible, la persona con discapacidad pueda ser participe en derechos, como es el de la sexualidad, donde depende del entorno como lo muestran los resultados de la correlación, siento esta que la percepción de la sexualidad hacia si mismo es directamente proporcional con el entorno, a diferencia de la percepción de sexualidad hacia otros es moderada en relación al entorno; por lo cual entre más el entorno comprenda la importancia de la sexualidad en la discapacidad más aumenta la participación en la misma.

Capítulo V

Plan de acción

Título: “Educate, conoce la sexualidad integral apoyado en tu entorno”



Fuente: Barrera, A. 2019

Lema: “La sexualidad es de todos”

Introducción

La actividad sexual es “participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva” (Asociación americana de Terapia Ocupacional, 2014), teniendo en cuenta que es una ocupación que significa a las personas, además de hacer parte de las actividades de la vida diaria, convirtiéndose en un aspecto importante de la condición humana, Lincon y Rousso (1988) afirmaron que “los pacientes con discapacidades tienen necesidades y preocupaciones sexuales muy similares a las que presentan las personas sin discapacidad”; siendo importante la intervención desde Terapia Ocupacional, debido a que

dentro de su profesión ve al ser como holístico; además que la sexualidad hace parte de un derecho de los seres humanos, por el mismo hecho de que la “sexualidad se desarrolla durante toda la vida como respuesta al desarrollo físico, psicológico y social de una persona” (Sipskt y Alexander, 1997a). a partir de lo anterior es preciso decir que la sexualidad está presente a lo largo de la vida, donde el entorno es un aspecto importante puesto que según la (AOTA 2014), lo define y divide en “entorno físico y social que rodean al cliente y en las que tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria”. Por lo tanto, el entorno que se va a intervenir es el social como los cuidadores, familiares y pares con los que interactúa las personad con discapacidad cognitiva, puesto que se tiene en cuenta el entorno social, como aporte al desarrollo sexual, teniendo en cuenta que este entorno “incluye la disponibilidad y las expectativas de las personas importantes, como cónyuge, amigos y cuidadores; relaciones con los individuos, grupos o poblaciones; y las relaciones con los sistemas (por ejemplo, legales, institucionales, económicas y políticas)” (AOTA 2014) que influyen las normas y las expectativas de rol y determinadas rutinas sociales.

Mediante los datos obtenidos en la recolección de información por medio de la aplicación de los instrumentos para entorno social se utilizó, estudio de impacto de entorno residencial (REIS) cuyos autores son Gail Fisher, Patty Arriaga, , Cindy Less, Joanne Lee, Emily Ashpole, en colaboración con Doctor Gary Kielhofner, el cual arrojó que las personas con discapacidad cognitiva, en el aspecto de preferencias personales se encuentran excelente al encontrarse dentro del rango de 107 – 110; en el aspecto de lista/ rutinas está dentro de la puntuación bueno al ubicarse dentro del rango de 88-107, en cuanto a la participación social se encuentran influida por otros, puesto que el de mayor prevalencia es la opción de 1 como más desfavorable, Otro instrumento que se utilizado fue, Sexual Attitudes Questionnaire (TSAQ) cuyo autor es Hanon

Trueblood, para medir la sexualidad el cual arrojó en relación a la actitud sexual así mismo, con mayor prevalencia de “total desacuerdo” es el ítems de homosexualidad, al igual que en la actitud hacia otros, en la opción “de acuerdo” en la parte de la actitud así mismo la de mayor prevalencia es la heterosexualidad y hacia otros es el autoerotismo, por último en la opción “muy de acuerdo” esta tanto en actitud hacia sí mismo como en otros, tiene mayor prevalencia el aspecto de comercio sexual el cual hace referencia a que no apoyan este aspecto.

El plan de acción “la sexualidad es de todos”, se dirige a la población con discapacidad cognitiva, adscrita a la alcaldía de Pamplona, de Pamplona, Norte de Santander, con el objetivo de favorecer la educación sexual a través de estrategias pedagógicas contribuyendo al conocimiento en esta área de ocupación, por medio de actividades lúdico-recreativas, psico-educativas, sociales y lúdico-expresivas, con el fin de promover la participación en un entorno social seguro y una área de ocupación de la vida diaria como la sexualidad. para esto se implementaran tres fases, donde la primera consta de cuatro actividades lúdico-expresivas, lúdico- recreativas dirigidas principalmente a la persona con discapacidad cognitiva con el fin de promover imagen corporal, concepto corporal por medio de las actividades ejecutadas; la segunda fase cuenta de cuatro actividades, encaminadas a promover habilidades de comunicación e interacción por medio de actividades psico-educativas, encaminadas al cuidador o familiar y persona con discapacidad, permitiendo tener conocimientos básicos sobre el abordaje de la sexualidad en discapacidad desde sus restricciones y potencialidades; en la tercera fase, se realizarán actividades con los tres actores (persona con discapacidad, familiares cuidadores y secretaria de salud de la alcaldía de Pamplona, con el programa rehabilitación basada en comunidad (RBC)), por medio del establecimiento de la red de apoyo a través de cuatro actividades de sensibilización y psicoeducación, favoreciendo la actividad sexual en la

población con discapacidad desde el entorno social, a través las fases descritas anteriormente, se pretende favorecer una ocupación de la vida diaria, promover el conocimiento desde las ventajas y desventajas de la sexualidad por medio de las actividades lúdico-expresivas, psicoeducativas, permitiendo la interacción y participación ocupacional.

Las fases de este plan de acción se establecen en III. En la I fase cuyo título es “me conozco como persona y soy feliz”, se realizarán actividades psicoeducativas, lúdico- expresivas, tales como como donde se pretende promover la imagen, concepto corporal a través de las habilidades residuales. En la II fase siendo el título “la comunicación es pensar en tu y yo”, se pretende el establecimiento de actividades de comunicación e interacción con sentido lúdico recreativo, la III fase, titulada “crezco junto a mi entorno y comunidad” se fortalecerá la red de apoyo.

Con la implementación de este plan de acción se pretende abordar la población con discapacidad cognitiva con su clasificación de leve a moderada con una muestra de 30, en edades entre 15 a 36 años.

Justificación

Los profesionales deben examinar tanto las actitudes sociales hacia las personas con discapacidades como sus propias creencias, valores y *actitudes respecto de la sexualidad*. Los sesgos culturales y religiosos deben dejarse a un lado y ha de existir el reconocimiento de que no existe ningún acuerdo universal; ni comportamiento sexual que 'sea aceptable o inaceptable, correcto o incorrecto (Couldrick, 1999). Por ello la importancia de la actitud sexual de las personas con discapacidad en sí mismo y en otros, para conocer como perciben esta área de la ocupación humana, además de la interacción con el *entorno social*; teniendo en cuenta que este,

está compuesto por la “Presencia de relaciones con, y las expectativas de las personas, grupos y poblaciones con las que los clientes tienen contacto”. (AOTA 2014).

A partir de estos intereses; el proceso investigativo posibilitó el conocimiento de las necesidades existentes en la población objeto de estudio, mediante la evaluación de las personas con discapacidad cognitiva, el cual determino en personas con discapacidad cognitiva leve a moderada, pertenecientes a la alcaldía de Pamplona, Norte de Santander.

Teniendo en cuenta el instrumento, propuesto por Hanon et al. Trueblood. Con la aplicación del cuestionario de actitud sexual (TSAQ), se identificó especialmente que las personas con discapacidad cognitiva tienen una actitud favorable hacia sí mismos, en cuanto al aspecto de autoerotismo y la heterosexualidad se evidencia resultados con poca diferencia en porcentajes uno del otro, en el primer aspecto, ante el interrogante, la masturbación libera la energía sexual cuando se es soltero se obtuvo, total, desacuerdo con 46,7%, de acuerdo 50%, en la segundo aspecto que evaluó, referente a heterosexualidad se obtuvo que tener relaciones sexuales antes del matrimonio total, desacuerdo 43,3%, de acuerdo 33,3%; usar la actividad sexual para el propio placer total, desacuerdo 50,% , de acuerdo 43,3 %; solo se tiene relaciones sexuales con el compañero afectiva , total, desacuerdo 46,7%, de acuerdo 40,%; en este interrogante solo se está con la pareja se ama, se halla un paralelo entre Total, desacuerdo 43,3% y de acuerdo 43,3%, en otros aspectos como homosexualidad, variaciones sexuales están en total desacuerdo. Referente la actitud sexual en otros se obtiene más aceptación aspecto de autoerotismo, heterosexualidad y desacuerdo en la homosexualidad, variaciones y comercio sexuales; de acuerdo con lo anterior se plantea la primera fase “*a me conozco como persona y soy feliz*”” segunda fase “*la comunicación es pensar en tu y yo*””. En relación con el entorno social propuesto por Gail Fisher, Patty Arriaga, Cindy Less, en colaboración de Gary Kielhofner. Con la aplicación del

estudio de impacto de entorno residencial (REIS), escogiendo la parte de entorno de grupos/social, en los aspectos interrogados se evidencia que en preferencia personal la decisión individual obtuvo un 45,0%; lista y rutinas 38,0% seguidamente de la respuesta la otra toma decisión, indicar quién es con 27,1%; en participación social, tiene mayor porcentaje que la otra toma decisión, indicar quién es con 34,5%. De acuerdo con lo anterior se plantea la tercera fase” *crezco junto a mi entorno y comunidad*” que promuevan la salud sexual como actividad de la vida.

Entre tanto, la terapeuta ocupacional en formación centra la intervención en conocimientos científicos, abarcando a la población de discapacidad cognitiva de la alcaldía de Pamplona siendo beneficiarios directos del plan de intervención “*Edúcate, conoce la sexualidad integral apoyado en tu entorno*” como apoyo al proceso de intervención en la investigación, puesto que “para los profesionales de Terapia Ocupacional con el conocimiento de la anatomía, la fisiología, la discapacidad y la capacidad para evaluar y tratar áreas de función que afectan a los roles ocupacionales, permite tomar una posición ideal para proporcionar una intervención adecuada para los problemas que plantea la sexualidad, teniendo en cuenta las características de la discapacidad y todo lo que lo rodea como persona, con una actitud razonable y observadora” (Couldrick, 1998). Todo lo anterior permite intervenir en el entorno social, para promover la ocupación a través de la evaluación que se realizó a por medio de los instrumentos y la planificación de las actividades que permiten promover la educación sexual a través de las características propias de la población.

Marco teórico

Teniendo en cuenta los factores de correlación es necesario tomar en cuenta terminología relacionada con entorno social y la sexualidad de las personas con discapacidad cognitiva.

Entorno.

En 1934 Meyer, psiquiatra que ayudó a fundar la Terapia Ocupacional, destacó la necesidad de una ciencia más humana que natural. "Nuestro principal objetivo en el estudio del hombre es la determinación del rango operativo del hombre, que afecta a su propio curso vital, la de otros y a nuestro entorno común, la determinación y el control de los factores especiales que contribuyen al éxito y al fracaso, a la salud, a la felicidad y a la creatividad" (Meyer, 1948, pág. 591);

Retomada de la (Willard Spackman 10ma ed.). "Entorno se refiere a los entornos físico y social que rodean al cliente y en las que tienen lugar las ocupaciones de la vida diaria (AOTA 2014).

Los entornos pueden poner límites o dirigir fuertemente la acción (Dunn y Cols 1994). El entorno provee un gran rango de oportunidades y de recursos que nos permiten elegir y hacer cosas" (Dunn, Brown y McGuigan 1994). Por ello el entorno es importante para la intervención del plan de acción, teniendo en cuenta que aporta los espacios físicos donde se ejecutaran las actividades e interacciones con las demás personas, donde la población vivirá y compartir experiencias, dando lugar a que la ocupación de la actividad sexual sea más significativa.

Entorno social.

El entorno tiene "las características particulares físicas sociales, culturales, económicas y políticas de los contextos personales, que impactan en la motivación, la organización y el desempeño de la ocupación Modelo de la Ocupación humana 4ta ed. El entorno social es

La presencia de relaciones con, y las expectativas de las personas, grupos y poblaciones con las que los clientes tienen contacto.

El ambiente social incluye la disponibilidad y las expectativas de las personas importantes, como cónyuge, amigos y cuidadores; relaciones con los individuos, grupos o poblaciones; y las relaciones con los sistemas (por ejemplo, legales, institucionales, económicas y políticas) que influyen en normas, las expectativas de rol y rutinas sociales” (Asociación Americana de Terapia Ocupacional; 2014), El entorno social permite trabajar con las personas que hacen parte de él , además que según el acercamiento que este tiene con la población de estudio como lo es, familia y cuidadores, se puede apoyar para lograr los objetivos del presente plan de acción, brindando posibilidades de interacción y educación desde el horizonte de la necesidad de participar de una sexualidad con restricciones y potencialidades.

Sexualidad.

“La sexualidad se desarrolla durante toda la vida como respuesta al desarrollo físico, psicológico y social de una persona” (Sipskt y Alexander, 1997a); Según Willard Spackman 10. la actividad sexual es “participar en actividades que busquen la satisfacción sexual y/o encuentro relacional o necesidad reproductiva”. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional 2014). Lincon y Rousso (1988) afirmaron que “los pacientes con discapacidades tienen necesidades y preocupaciones sexuales muy similares a las que presentan las personas sin discapacidades. El problema más importante al que se enfrentan los pacientes con discapacidades reside en las actitudes estereotipadas y discriminatorias (Couldrick, 1998a). Debido que la sociedad tradicionalmente ha dado tanto énfasis en la perfección física, las personas con discapacidades se consideraban en otro tiempo poco atractivas, carentes de plenitud y sin necesidad de proximidad

y de expresión sexual (Lincon y Rousso, 1988). Todo lo anterior apoya a la sexualidad como parte central de las personas, además de la importancia desde la profesión para intervenir, puesto que la sexualidad es similar a las personas típicas, con ventajas y desventajas dentro de la misma, por lo cual trabajar en este aspecto es de importancia para todos los involucrados en el plan de acción.

Educación sexual

La educación sobre sexualidad debe incluir información sobre anticoncepción y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. No todos los métodos anticonceptivos son apropiados para los pacientes con enfermedades o discapacidades. Algunos requieren la aptitud de planificar y emitir juicios, otros necesitan destreza manual y la píldora anticonceptiva puede estar contraindicada en ciertas enfermedades (Kevvman, Warschnusky); Willard Spackman 10 ed. “Como es imposible que los individuos realicen buenas elecciones sin una información suficiente, la educación sexual es especialmente importante (Lumley y Miltenberger, 1997; Tharinger y col, 1990). Los profesionales de terapia ocupacional que tienen una preparación profesional adecuada pueden realizar en este sentido importantes contribuciones, ya sea en forma independiente o en colaboración con otros profesionales del equipo de intervención (Willard Spackman 10 ed.) Por lo que desde Terapia Ocupacional se realizó una red de apoyo con el fin de promover la educación sexual desde las diferentes disciplinas, contribuyendo a que la sexualidad sea vista como una ocupación significativa en la población.

Discapacidad

La discapacidad es “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias, las barreras debidas a la actitud, al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” Organización de las Naciones Unidas (2006). Desde el plan de acción de sede a contribuir a la inclusión e igualdad de condiciones, promoviendo la sexualidad no solo como derecho si no como ocupación significativa en la población con discapacidad, dando a conocer la importancia de participar de esta ocupación, teniendo en cuenta las restricciones y potencialidades que tiene.

Discapacidad Cognitiva.

Discapacidad intelectual Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 en su edición (2015) define LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL (trastorno del desarrollo intelectual) dentro de los TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO, grupo de afecciones cuyo inicio se sitúa en el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Clasificación.

Discapacidad intelectual leve: Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI, sin llegar a 55 – 50, se sitúa por debajo de 75 – 70 (unas 2 desviaciones típicas por debajo de la media, con un error de medida de aproximadamente 5 puntos). Acerca de ese tramo límite por arriba, en el DSM-5 se indica que se podría diagnosticar discapacidad leve con un cociente

intelectual entre 70 y 75 si existe déficit significativo en conducta adaptativa, pero no cuando no exista

Discapacidad intelectual moderada: Se incluye en la misma al alumnado cuya puntuación en CI se sitúa en el intervalo de CI entre 55 – 50 y 40 – 35.

La conducta adaptativa de este alumnado suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Suponen alrededor del 10% de toda la población con discapacidad intelectual. El alumnado con este tipo de discapacidad suele desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y, durante la escolarización, puede llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

Teniendo en cuenta el tipo y la clasificación de nivel cognitivo de la población, se es necesario implementar estrategias que permitan la participación en las diferentes actividades del plan de acción, pues desde Terapia Ocupacional se interviene desde las habilidades residuales, promoviendo la autonomía en esta actividad, donde los cuidadores tienen un papel importante dentro de este aspecto, por lo que la psicoeducación es necesaria para todos los involucrados, aportando a la discapacidad desde la diversidad funcional.

Imagen corporal.

La imagen corporal alterada, el temor al rechazo o a una repetición del episodio, y el rechazo y la protección de la pareja pueden tener un impacto negativo sobre la expresión sexual (Thurer, 1992). En La adolescencia, los pacientes con enfermedades crónicas con frecuencia experimentan un retraso de la maduración fisiológica y también corren un mayor riesgo de

trastornos psicológicos, sobre todo ansiedad, depresión, escasa autoestima imagen corporal, y malas interacciones sociales (Ashwell y Agnew- Coughlin, 2000; Holland, 1994).

Teniendo en cuenta que para hablar de sexualidad es importante reconocerse como persona individual que tiene partes corporales las cuales desarrollan funciones diferentes, este concepto es la base para la promoción de la salud sexual y prevención de la vulneración del derecho sexual, aspectos que son tratados dentro de las actividades del plan de acción.

Habilidades de comunicación e interacción.

Las habilidades de comunicación e interacción son actos observables o procesos que transmiten tanto intenciones como necesidades y coordinan el comportamiento social durante las interacciones con los demás (Kielhofner, 2002). “Los profesionales de terapia ocupacional pueden contribuir a que las familias identifiquen los factores ambientales que facilitan una función máxima y apoyan la paz mental. Se evaluarán las capacidades del paciente, como las habilidades de comunicación funcional, para determinar las fueron las limitaciones actuales. Ya sea que el paciente esté viviendo con la familia o en una residencia, necesita estimulación sensitiva y social apropiada en un ambiente que propicie la función y reduzca las discapacidades” (Leavy198/a). contribuyo a la población a establecer relaciones interpersonales más confiables donde se abordó la temática de la sexualidad, favoreciendo esta actividad de la vida diaria, puesto que se abrieron espacios donde la población realizo preguntas a los cuidadores y familiares.

Red de apoyo.

Las ocupaciones no son actividades aisladas, sino que están conectadas por una red de actividades diarias que ayudan a las personas a cumplir sus necesidades básicas y contribuir a las necesidades de su familia, de sus amigos y de la comunidad.

La práctica centrada en la ocupación se interesa por las ocupaciones significativas seleccionadas por las personas y realizadas en sus ambientes típicos (Fischer, 1998; Pierce, 1998). Los terapeutas ocupacionales pueden tomar parte en este proceso de fortalecimiento de la acción comunitaria. Una acción comunitaria eficaz, se logra a través de la participación de los miembros de la comunidad en todas las fases de la planificación, desde el establecimiento de prioridades hasta la implementación y la evaluación. Esta participación directa en la comunidad faculta a los participantes y fortalece más las redes comunitarias.

Objetivos**Objetivo general.**

Promover la educación sexual, a través habilidades de comunicación e interacción con el entorno social, facilitando el desarrollo de potencialidades de la ocupación humana.

Objetivos Específicos.

Fomentar el autoconocimiento por medio de actividades lúdico-expresivas favoreciendo imagen y concepto corporal en personas con discapacidad cognitiva.

Fortalecer la comunicación e interacción por medio de actividades psicoeducativas, favoreciendo relaciones entre persona con discapacidad y cuidadores/ familiares.

Establecer una red de apoyo de sexualidad a través de actividades de sensibilización, conformando el mismo con entes gubernamentales y no gubernamentales

Sustentación Por Modelos y Enfoques.

Modelo de la ocupación humana:

El Modelo de la Ocupación Humana, en uno de sus puntos principales es que el comportamiento es dinámico y dependiente del contexto (Willard Spackman 10 edición, capítulo 18, p 212-213); lo cual permite reconocer la importancia del contexto para la participación de las personas en las ocupaciones, puesto que influye en el comportamiento de este, a partir de la interacción este mismo que ofrece.

En la 4ta edición del MOHO, Gary Kielhofner, tiene en cuenta el entorno social y la discapacidad refiriendo que “la mayoría de los grupos sociales presentan una ambivalencia hacia las personas con discapacidad. Aun en sociedades cuyas leyes, sistemas de bienestar social está organizado de tal forma que apoyan a las personas con discapacidad, las actitudes de los individuos y las prácticas de los grupos a menudo revelan incomodidad con las personas con discapacidad (Gill, 1997; Hahn, 1993; Longmore, 1995).

Las discapacidades emocionales o intelectuales igualmente pueden aislar a las personas del resto de la sociedad la cultura occidental le otorga un alto nivel a la inteligencia, de tal manera

que un déficit implícito en esta área significa el tipo de defecto personal más serio, algo que golpea la dignidad misma del individuo (Dexler, 1956, 1960; Edgerton, 1967).

Este modelo conceptualiza el ambiente como el proveedor de oportunidades, recursos, demandas y limitaciones; planteando que estos ambientes divididos en físico y social son los que influyen e interactúan con las personas dentro de las diferentes ocupaciones tanto el ambiente físico como social, tienen impacto sobre las personas y las formas ocupacionales.

Modelo canadiense del desempeño ocupacional y la facilitación.

Este modelo tiene como objetivo analizar la relación dinámica e interdependiente que existe entre la persona, la ocupación y su medio ambiente; Terapia Ocupacional en comunitaria de (inmaculada Zango Martín p64-65).

Cuenta con conceptos claves como:

Persona: Desempeño y facilitación: Cognitiva, afectiva y física, esencia de la persona: y espiritualidad

Ocupación: Áreas de la ocupación: autocuidado, productividad y ocio

Medio ambiente: Componentes del medio ambiente: cultura, institucional, físico y social

Este modelo permite tener aspectos propios a tratar en la intervención, puesto que la triada muestra la importancia del equilibrio de estos momentos para que el desempeño ocupacional sea lo menos restringido posible.

Permitiendo observar a la población como seres dinámicos, donde la triada de este modelo permite abordar desde una visión integral, favoreciendo de este modo la sexualidad, incluyendo a la participación más activa en la actividad sexual.

Enfoque sistémico, dinámica familiar.

Se concentra en la influencia de la familia sobre la conducta individual, sostiene que todos los miembros de una familia están fusionados en una red de papeles, posiciones, valores y normas interdependientes, lo que hace que un individuo afecte de manera directa al sistema familiar entero y de manera correspondiente, las personas se comportan típicamente de manera que reflejan las influencias familiares” (Gimeno 1999; Elsner 2001).

Este enfoque permite que las personas con discapacidad cognitiva se apoyen en la familia donde todos hacen parte de la intervención, puesto que todos crean un constructo que interactúa con el entorno, el cual puede proveer facilitación o restricción a las personas con discapacidad cognitiva.

Marco de referencia de la discapacidad cognitiva.

“Es la restricción fisiológica o biomecánica de la capacidad de procesamiento de la información en el cerebro, que produce limitaciones observables y medibles en las conductas de las tareas rutinarias”, en este sentido, el M.R.D.C. Fue desarrollado en Terapia Ocupacional para conceptualizar estrategias de intervención en personas que, como resultados de una patología cerebral no son capaces de llevar a cabo sus actividades vitales normales”.

Según (Allen, 1985) afirma que en cuanto lo que permite crear estrategias para que las personas en condición de discapacidad cognitiva logren realizar actividades que sean vitales para ellas, según lo investigado durante este proceso la sexualidad se convierte en un aspecto de suma importancia, sentido por el que se ha de conocer las estrategias y el manejo abriendo espacios en entornos que lo permitan, conociendo las causa y efecto que íntimamente trae esta temática en la sociedad. Este marco de referencia permite crear estrategias de intervención para personas con

un coeficiente intelectual por debajo del “normal”, favoreciendo la participación a partir de las habilidades residuales, abriendo la posibilidad al entendimiento y conocimientos sobre conceptos básicos que se desean promover dentro de las actividades terapéuticas.

Metodología

La metodología de este plan de acción se establece en III fases. En la I fase cuyo título es ““me conozco como persona y soy feliz”, se realizarán actividades psicoeducativas, lúdico-expresivas, donde se pretende promover la imagen, concepto corporal a través de las habilidades residuales. En la II fase siendo el título “la comunicación es pensar en tu y yo”, se pretende el establecimiento de actividades de comunicación e interacción con sentido lúdico recreativo, la III fase, titulada “crezco junto a mi entorno y comunidad” se fortalecerá la red de apoyo.

Con la implementación de este plan de acción se pretende abordar la población con discapacidad cognitiva con su clasificación de leve a moderada con una muestra de 30, en edades entre 15 a 36 años.

Dentro del proceso de intervención, se proyecta la ejecución de actividades de tipo lúdico-expresivas, psicoeducativas, lúdico recreativas y de comunicación e interacción; las cuales serán de tipo grupal, donde se contará con recursos audiovisuales para la proyección de videos con características educativas ; dentro de las técnicas a utilizar se tendrán en cuenta: Dinámicas grupales de conocimiento, interacción, integración, autoconocimiento, comunicación, tetro imagen, expresión corporal, trabajo grupal, recreativas; direccionadas a la educación en sexualidad y fortalecimiento de habilidades de comunicación e interacción que faciliten y permitan a la persona con discapacidad cognitiva y las personas más cercanas al entorno social ,

promoviendo la participación en una ocupación humana significativa dentro de un entorno social.

Este plan de acción se desarrollará con las personas con discapacidad cognitiva que se encuentran dentro de las edades comprendidas entre 15 y 36 años que asistan al programa de rehabilitación basada en la comunidad, de la alcaldía de Pamplona, los cuidadores o familiares; tiene tres fases según los resultados dados por la aplicación del instrumento de valoración, priorizando las necesidades de la población, cuya descripción se darán a continuación:

Primera fase orientado al autoconocimiento denominada me conozco como persona y soy feliz, con el fin de promover la imagen y concepto corporal, favoreciendo el conocimiento de las partes corporales y su funcionalidad, a través de la interacción interpersonal, como debe ser el cuidado del cuerpo; con el objetivo de que la sexualidad sea vista de forma integral, mitigando la desinformación referente a la temática, de igual manera promover la participación del derecho sexual, se realizara a través de cuatro actividades encaminadas al que la persona con discapacidad tenga un acercamiento con su cuerpo, percibiéndolo como propio y reconociendo la funcionalidad del mismo, como medio para saludar a los demás, tener encuentros relaciones y el cuidado del mismo como el baño y cuidado de partes genitales a el cono se

En la segunda fase estará orientada a promover habilidades de comunicación e interacción, nombrada, “la comunicación es pensar en tu y yo”, en esta fase se tendrá en cuenta las relaciones que existen entre el cuidador, familiar y persona con discapacidad cognitiva, enfocada en fortalecer las habilidades de comunicación e interacción, permitiendo la participación en un entorno social que favorezca la expresión sexual social, por medio de la ejecución de actividades psicoeducativas, sociales y lúdico-recreativas que permitan, tener conocimientos básicos sobre el manejo e intervención en aspectos de sexualidad con personas con discapacidad cognitiva.

Por último, en la tercera fase, se realizará abordando a las personas con discapacidad, cuidadores y familiares, entes gubernamental y no gubernamental por medio de una red de apoyo que, denominada, “crezco junto a mi entorno y comunidad”.

Procesos terapéuticos.

“Proceso y acciones hábiles adoptadas por los profesionales de la terapia ocupacional en colaboración con el cliente para facilitar el compromiso en la ocupación relacionada a la salud y participación. El proceso de intervención incluye la planificación, la implementación y la revisión” (AOTA, 2010) , a partir del anterior enunciado es preciso decir que la intervención es un proceso de la terapia, donde todos están inmersos en pro de promover, favorecer la salud y el bienestar, desde una mirada integral , por lo cual dentro del plan de acción, este aspecto es de suma importancia, puesto que aportara una mirada científica a las actividades planteadas a partir de la planificación e implementación de la misma, facilitando los resultados deseados en la población con discapacidad cognitiva de la alcaldía de Pamplona, que hacen parte del presente proyecto.

Motivación.

Algunos autores refieren que existen dos tipos de motivación las cuales definen como “ un proceso interno que mueve al individuo a satisfacer sus propias necesidades existen dos tipos de motivación la motivación intrínseca es el deseo para involucrarse en una actividad puramente por el motivo de participar en ella y realizar la tarea ; motivación extrínseca es aquella que está motivada por fuerzas externas, sería aquella que tiene su razón de ser en los premios o gratificaciones que la persona va a obtener con su conducta” (Reeve, 1994; Verdú, 2015).

La motivación a utilizar durante la realización de la actividad se fundamentará inicialmente en la motivación intrínseca extrínseca, teniendo en cuenta que la persona con discapacidad debe estar motivada para que tenga interés en auto conocerse como ser individual que cuenta con un cuerpo propio, el cual debe cuidar y comprender las funciones corporales del mismo, seguidamente la motivación extrínseca que se centra en influencias ambientales para esta investigación con más importancia las sociales , permitiendo percibir a la persona con discapacidad como un ser dinámico y abierto, el cual muestra conductas adaptativas que sean beneficiosas para una actividad ocupacional, asimismo se utilizaran reforzadores verbales positivos durante la actividad como palabras gratificantes motivando a los involucrados a permanecer en la actividad dando cumplimiento a los objetivos propuestos.

Relación terapéutica.

Los fundadores, “enfataron en la importancia de establecer una relación terapéutica con cada cliente y diseñar un plan de tratamiento basado en el conocimiento sobre el entorno del cliente, valores, metas y deseos” (Meyer, 1922). Puesto que esta relación permite la flexibilidad y a la vez confortar las relaciones teniendo en cuenta las características de la población, puesto que se puede ser una figura de autoridad, pero al mismo tiempo de apoyo, ofreciendo la expresión de dudas y preguntas, utilizando este aspecto como una herramienta para lograr cada paso de la actividad.

Ambiente terapéutico.

Según Mosey, define el ambiente como “el agregado de fenómenos que rodean a una persona e influyen en el desarrollo y existencia de la misma; involucrando el concepto del

ambiente no humano, que hace referencia a los componentes concretos, físicos y abstractos que rodean a una persona” según (Mosey, 1986). Las actividades se desarrollarán en uno de los salones del instituto de cultura y turismo, salón comunal de Cristo Rey; el cual contará con condiciones de iluminación, adecuada ventilación, permitiendo a los usuarios la participación activa en las actividades planteadas el cual será adaptado según a las necesidades de la población.

Ambiente Humano.

Es un “Conjunto de personas con las que cuenta una organización, para desarrollar y ejecutar de manera correcta actividades y tareas por medio del análisis de la actividad” (Polonio 2010). Esta estará conformada por las personas con discapacidad cognitiva cuidadores, familiar que estén clasificados en leve y moderado, la Terapeuta Ocupacional en formación y supervisor por parte de la alcaldía.

Ambiente temporo-espacial.

El ambiente temporo-espacial se refiere a la ubicación de la persona en un contexto, desempeñando actividades con relación al tiempo de duración de cada actividad u ocupación que este desempeñando, permitiendo comprender la necesidad de definir el tiempo dentro del cual se enmarcan las actividades a desarrollar.

Las actividades planteadas en el plan de acción se llevarán a cabo en un tiempo de 40 minutos cada sección, realizándose en los horarios establecidos por la institución de martes a jueves.

Modalidad de intervención.***Directa.***

Se realizará un acompañamiento por parte de la terapeuta ocupacional en formación, durante la ejecución de las actividades, de igual manera creará espacios de participación e interacción con las personas de discapacidad cognitiva, cuidadores familiares, favoreciendo las habilidades de comunicación e interacción, buscando la exploración que conlleve al autoconocimiento desde la educación sexual.

Clases de actividad.

Psicoeducativa: están dirigidas a educar al individuo sobre un tema específico, según (Reyes, 2010) estarán dirigidas a las personas con discapacidad, cuidadores, familiares y personal de la alcaldía de Pamplona, por medio de herramientas y estrategias que promuevan las habilidades de comunicación e interacción, educación sexual, a través de talleres teórico-prácticos, videos, temas específicos sobre educación en salud, especialmente en sexualidad.

Actividades expresivo-proyectivas: por medio de las actividades expresivo-proyectivas se permite a la persona con discapacidad expresar sentimientos, emociones y pensamientos, posibilitan conocer, trabajar la educación sexual desde una forma dinámica intrapsíquica de la población a estudio, promoviendo el autoconocimiento, procesos de comunicación verbal y no verbal, favoreciendo el desarrollo y adquisición de conocimientos sobre su cuerpo y las funciones del mismo.

Las actividades recreativas: han adquirido, en los últimos años, una importancia esencial para cualquier sociedad, a partir de sus potencialidades para el desarrollo y perfeccionamiento de la vida humana y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en general, en este sentido, además de construir una actividad placentera, también sirve de medio para desarrollar conocimientos, habilidades, hábitos, cualidades y provocar emociones, mediante una participación activa y efectiva de los sujetos, por lo que la formación de la personalidad se transforma en una experiencia feliz. (Sánchez, 2014), brindando la oportunidad de promover el desarrollo de la sexualidad desde un punto integral, por medio de la participación.

Tipo de actividad.

Estructurada.

Se entiende por actividad estructurada aquella tarea “para la cual existen procedimientos o instrucciones que van paso por paso” (Stoner, Freeman & Gilbert, 1996, pp. 528) (Mesurado, 2009). Debido que existirán momentos en los que por motivo de la capacidad intelectual de la población y nivel de estudios de los cuidadores y familiares, se requiere que se lleve un paso a paso, donde la secuencia sea respetada.

Semi estructurada.

Este tipo de actividad se relaciona con las intervenciones terapéuticas que requieren variaciones en los pasos, al ejecutar dichas actividades en algunas ocasiones se realizan diversos ajustes según el nivel de entendimiento, habilidades y destrezas de los participantes, al realizar cada una de las actividades (Raber, 2010)

Por lo tanto, en este plan de acción se ejecutarán actividades siguiendo las indicaciones en una forma clara y sencilla promoviendo la participación en una ocupación, facilitando la exploración de la sexualidad integral, resaltando habilidades residuales, que apoyan expresión sexual desde sus potencialidades. Además de las actividades que se realizaran con los cuidadores y familiares.

FASE 1. “ME CONOZCO COMO PERSONA Y SOY FELIZ”

Objetivo: Fomentar el autoconocimiento por medio de actividades lúdico-expresivas favoreciendo imagen y concepto corporal en personas con discapacidad cognitiva

<i>Nombre</i>	<i>objetivo</i>	<i>Descripción</i>	<i>recursos</i>	<i>Indicador</i>	<i>Evidencias</i>
Me ocupo encontrándome con mi cuerpo	Promover el conocimiento de las partes del cuerpo a través imágenes corporales favoreciendo la imagen corporal	La terapeuta ocupacional en formación personificada como mimo clown organizará los grupos para trabajar en el circuito motor, donde inicialmente se les mostrará una escalera que contará con las partes corporales (brazos, piernas, tronco, manos, pies etc.), prendas de vestir más representativas entre mujeres y hombres; donde la persona con discapacidad cognitiva debe reconocer al no reconocerla, bajara tres escalones, la escalera. contará con sorpresas. Al completarla pasan al twister donde según el color sede ubicar el segmento corporal en este espacio participaran máximo 4 a la vez; seguidamente pasan por grupos para formar una rompecabeza de la figura humana. Por último, todos a la imitación del mimo, deben señalar en su propio cuerpo la parte que le es indicada y realizar los movimientos que la mimo ejecuta.	Escalera corporal Twisters Rompe cabezas tiempo 40 minutos	Número de población muestra participante/ número total de la muestra	Formato control de Asistencia y registro fotográficos

		 <p>The image shows two simple line drawings of female figures on the left, one with brown hair and one with blonde hair. To their right is a Twister game board with colored circles (green, yellow, blue, red) and a spinner. Below the figures is the text 'JUGUETES UNIVERSALES' and below the Twister board is the word 'Twister'.</p>			
Jugando con el rol	Fomentar el conocimiento de la función de las partes corporales a través de un juego de roles promoviendo la autonomía en el aseo personal	La Terapeuta Ocupacional en formación, divide el grupo en 4, seguidamente elige un líder quien ayudara a formar una historia, donde todos muestren como actúa tanto en las expresiones gestuales, como se ve el cuerpo, que cuidados (aseo personal) realiza y que diferencias ahí uno de los otros, los personajes serán: la mamá, papa, hermano, tíos, novia(o), después de 5 minutos en organizar la escena, pasa cada grupo y muestra los personajes, se ambientara con música las escenas, al finalizar se retroalimentara preguntado que diferencias hay entre los personajes, como se comportan cada uno y cuál es la función de cada parte del cuerpo, preguntar que actividades que ven que los demás pueden realizar, ellos pueden llegar a ejecutar de forma independiente	Subwoofer Tiempo 40 minutos	Número de población muestra participante/ número total de la muestra	Formato control de Asistencia y registro fotográficos

					
<p>El movimiento corporal es mi aliado</p>	<p>Favorecer el uso del cuerpo a través de una actividad de lúdico- expresiva promoviendo la funcionalidad de este</p>	<p>La Terapeuta Ocupacional en formación les dice a las personas con discapacidad que se ubiquen frente a los espejos que se encuentran dentro del salón, seguidamente escuchan la música (contemporánea) e inician a explicar uno a uno las partes del cuerpo y el uso de las mismas a través del movimiento y creación de una coreografía con 4 movimientos máximos, después todos siguen los movimientos de la persona elegida por la Terapeuta Ocupacional, a medida que van danzando, van moviendo el cuerpo por imitación del elegido , este paso se repetirá las veces necesarias hasta retroalimentar las funciones del cuerpo . en segunda medida forman un círculo, se agarran de las manos, después según lo indicado por la Terapeuta en formación les dan un beso al compañero que se encuentra al lado derecho. Para finalizar comparten la</p>	<p>Subwoofer espejos</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	<p>Número de población muestra participante/ número total de la muestra</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>

		<p>experiencia y sensaciones sentidas durante la ejecución de la actividad.</p> 			
<p>Aprendo de mi sexualidad a través del teatro</p>	<p>Promover el descubrimiento de la sexualidad a través de una actividad lúdico-expresiva favoreciendo la expresión sexual</p>	<p>La terapeuta ocupacional, relata un cuento a través de un dramatizado, promueve el descubrimiento del cuerpo y las funciones corporales, por medio de un cuento, donde hay dos personajes en donde uno de ellos está descubriendo su sexualidad, y observa que el sexo contrario actúa de una manera distinta, aprendiendo a aceptarse a sí mismo y a los demás. Seguidamente se integran a las personas con discapacidad cognitiva para apoyar la dramatización, expresando sus sentimientos y emociones, de este modo dar a conocer diferentes historias</p>	<p>Ninguno</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	<p>población muestra participante/ número total de la muestra</p>	<p>control de Asistencia y registro fotográficos</p>

					
Encuentro el personaje	Favorecer la expresión sexual corporal a través de una actividad lúdico- expresiva promoviendo las creencias y sentimientos sobre sí mismo y hacia los demás	<p>La Terapeuta Ocupacional en formación da la indicación que se agarren de una bolsa un papel con figuras básicas(carro, casa, mesa, silla), según la imagen que sacaron, se organizan para iniciar el juego de roles, el cual consiste en recrear una situación sobre una experiencia sexual (gusto hacia otra persona, besos, abrazos, expresarle palabras de cariño) que uno de ellos, haya tenido, todos deben recrear la situación desde sus habilidades residuales e imaginativas, la terapeuta en formación será un apoyo en la organización del dramatizado.</p> <p>Por último se hace la retroalimentación de cada una se las situaciones planteadas, promoviendo el direccionamiento frente a la expresión sexual bajo los cuidados a tener presente, enfatizando que según de quien, y como venga esas expresiones, se puede confiar o no en las personas.</p>	<p>Accesorios (bolso, sombrero, collar, bufanda)</p> <p>Prendas de vestir (camisetas, sacos)</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	población muestra participante/ número total de la muestra	control de Asistencia y registro fotográficos



FASE 2 “LA COMUNICACIÓN ES PENSAR EN TU Y YO”,

Objetivo: facilitar la expresión de habilidades y capacidades por medio de actividades lúdicas favoreciendo la comunicación

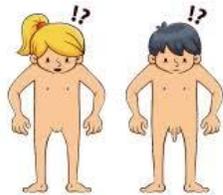
<p>El lenguaje como medio para crear y crecer</p>	<p>Proveer espacios de comunicación verbal por medio de una actividad lúdica favoreciendo la interacción entre cuidador y persona con discapacidad</p>	<p>El cuidador o familiar recibe una libreta por parte de la Terapeuta Ocupacional en formación, las cuales tendrán las siguientes preguntas</p> <p>¿cuál ha sido la expresión más sexual ha observado de la persona a su cargo?</p> <p>¿cree usted que la sexualidad desde la interacción con los demás (hablar, agarrar la mano, besos abrazos), un encuentro placentero (besos en la boca, tocar o tocarse los órganos sexuales) o de forma reproductiva (el coito) se puede presentar en la persona a su cargo?, si, si. Relate cuál de estas formas.</p> <p>¿Cómo actuó usted, o como actuaría en caso de presentarse las anteriores preguntas?</p>	<p>Hojas, lapiceros, videobeam, subwoofer</p> <p style="text-align: center;">Tiempo 40 minutos</p>	<p>Número de población muestra participante/ número población cuidadores</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>
---	--	--	--	--	--

		<p>Seguidamente ven un video psicoeducativo sobre la sexualidad en discapacidad, al finalizar el video, responden ante un debate sobre que herramienta les brindo el video frente a la expresión sexual de las personas con discapacidad cognitiva, por último, dan respuestas ante los interrogantes planteados anteriormente y los que surgen después del video. La Terapeuta Ocupacional participa del debate y apoya las respuestas entregadas</p>			
Conociendo como cuidar	Sensibilizar a los cuidadores y familiares por medio de una actividad psicoeducativa promoviendo la	La Terapeuta Ocupacional en formación compartirá un vídeo educativo sobre la importancia de la creación de diálogos entre las personas con discapacidad, los cuidadores y familiares sobre los cuidados para no pertinentes para no sufrir de un abuso sexual y cuáles son los métodos anticonceptivos necesarios para no tener un embarazo no deseado o alguna enfermedad de	Videobeam Sonido	Número de población muestra participante/ número	Formato control de Asistencia y registro fotográficos



	sexualidad responsable	<p>transmisión sexual. Por último, se hace una retroalimentación, diciéndoles a los cuidadores y familiares que se ubiquen frente a la persona con discapacidad compartan las preguntas referentes a los videos observados. La terapeuta Ocupacional será apoyo ante las preguntas referidas por los participantes</p> 	Tiempo 40 minutos	población cuidadores	
Aprendo a amarme con cuidado	Promover el cuidador del propio cuerpo a través de una actividad psicoeducativa favoreciendo una actividad de la vida diaria	La Terapeuta Ocupacional en formación pide a los participantes ubicarse frente afrente, la pareja será conformada por el cuidador y la persona con discapacidad a cada pareja se les asigna un color a cuál deben llegar, seguidamente al escuchar el sonido del silbato, deben entrelazarse “de gancho” “brazo con brazo, dirigirse hasta la mesa que estará ubicada unos metros rente a ellos. ahí encontraran unos pliegues de papel con partes corporales, las cuales por pareja deben escoger una a una y llevarlas	Papel bond Imágenes del cuerpo humano Hojas con descripciones (tarjetas) Mesas Cinta pegante	Número de población muestra participante/ número población cuidadores	Formato control de Asistencia y registro fotográficos

		<p>hasta el círculo de color que encontraran pegado en el piso del patio central de la institución, ese paso lo realizaran hasta completar toda la figura humana, seguidamente agarran un marcador y deben escribir las partes corporales según este señalada (en caso de que tanto el cuidador como la persona con discapacidad no sepan escribir, se les entregaran las partes ya escrita, solo debe señalar donde se van a pegar) , después deben volver a entrelazarse e ir en busca de unas tarjetas que están pegadas en diferentes partes del patio, estas tendrán la descripción sobre la limpieza de mis partes corporales (cabello, axilas, codos, uñas, entre pliegues de las manos ombligo, vagina, pene , ano y las, uñas y entre pliegues de los pies), al ver la descripción cada uno junto a su pareja debe realizar los movimientos en espejo(miro e imito) primeramente lo realiza el cuidador y seguidamente la persona con discapacidad con el fin de retroalimentar , al momento de hacer el movimiento también debe decir la parte del cuerpo que está tocando, la Terapeuta cierra actividad dando el aporte de la importancia de cuidar el cuerpo, desde el aseo personas promoviendo esta actividad en la</p>	<p>Hojas en forma de círculo de colores</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>		
--	--	--	--	--	--

		<p>vida diaria, resaltando la importancia de la higiene para la salud .</p> 			
<p>Cuidado personal en sexualidad</p>	<p>Promover el conocimiento de dispositivos anticonceptivos sexuales por medio de una actividad psicoeducativa favoreciendo el Cuidado de los dispositivos de atención personal</p>	<p>La Terapeuta Ocupacional en formación realiza un cine foro, donde la temática es cuidado de los dispositivos de atención personal (basado en los métodos anticonceptivos). En primera media los participantes observan el video proyectado con el tema a tratar, al terminar el video, las personas con discapacidad cognitiva responden a la pregunta cuales de los métodos reconoce, seguidamente todos los participantes comentan sobre la importancia de los métodos anticonceptivos y que piensan de que las personas a su cargo los conozca, la moduladora del foro estará a cargo de la Terapeuta Ocupacional en formación; después se divide el grupo en dos , a cada uno de los grupos se les entrega un muñeco al cual deben según la imagen sacada de la bolsa</p>	<p>Videobeam Subwoofer Muñecos Imágenes de métodos anticonceptivos Bolsa</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	<p>Número de población muestra participante/ número población cuidadores</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>

		colocar el método anticonceptivo y explicar cómo es su uso si hacen parte de los exógenos o endógenos			
					
FASE 3. CREZCO JUNTO A MI ENTORNO Y COMUNIDAD					
Objetivo: Establecer una red de apoyo a través de actividades de sensibilización, conformando el mismo con entes gubernamentales y no gubernamentales.					
“en el lugar del otro, comprendo y aprendo”	Conformar la red por medio de una actividad social promoviendo la interdisciplinariedad	La Terapeuta Ocupacional en formación convoca con el fin de movilizar alianzas, reuniendo un trabajador social, un psicólogo, un fisioterapeuta y el director del programa de RBC, para conformar la red, donde a través de una presentación expone a los presentes, el tema de sexualidad en discapacidad cognitiva y cuáles son los objetivos desde la terapia ocupacional, seguidamente se abre una mesa redonda, donde cada uno da su aporte desde su quehacer, creando estrategias para fortalecer la sexualidad en discapacidad cognitiva	Videobeam Computador Subwoofer Tiempo 40 minutos	Número de población muestra participante/ cuidadores familiares	Formato control de Asistencia y registro fotográficos

					
<p>Entiendo lo que siento y comprendo lo que veo</p>	<p>Sensibilizar a los cuidadores, familiares a través de un foro permitiendo la educación básica en sexualidad y discapacidad</p>	<p>La Terapeuta Ocupacional en formación invita a los profesionales que conforman la red, los cuales van a través de una actividad dan a conocer la importancia de la sexualidad en discapacidad congénita, con el fin de sensibilizar a los cuidadores y familiares, la actividad será dirigida por la profesional de Terapia Ocupacional, donde el fin último es sensibilizar y la importancia del rol del cuidador en el proceso sobre el rol del cuidador en la sexualidad y la discapacidad, dando aportes sobre el manejo de este, según la edad cronológica y las expresiones de la población a partir de la interacción con el entorno, los cuidados que se deben tener frente a la temática y las</p>	<p>Videobeam Computador Subwoofer</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	<p>Número de total de cuidadores y familiares a cargo de la muestra de estudio colaboradores de la red</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>

		<p>potencialidades que este mismo trae. Por ultimo la Terapeuta ocupacional en formacion cierra la actividad dando el aporte desde la sexualidad como ocupacion de la vida diaria, incentivando a la conformacion de una red de apoyo en pro de favorecer la actividad sexual, e invita a los cuidadores a hacer parte de esta</p> 		<p>Número de total de cuidadores y familiares a cargo de la muestra de estudio colaboradores de la red</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>
<p>Creemos juntos porque somos integrales</p>	<p>Promover la vinculación de cuidadores a través de actividades psicoeducativas fortaleciendo la</p>	<p>La Terapeuta Ocupacional invitara a los cuidadores, quienes deben aportar a la educación en salud desde sus experiencias y vivencias con las personas a cargo se hará a través de la estrategia con el objetivo de promover una actividad sexual con más significado apoyada en la orientación y responsabilidad de todos.</p>	<p>Hojas, lapiceros, marcadores</p> <p>Tiempo 40 minutos</p>	<p>Número de total de cuidadores y familiares a cargo de la muestra de estudio</p>	<p>Formato control de Asistencia y registro fotográficos</p>

	intervención en la sexualidad integral			colaboradores de la red	
Reconocemos que todos somos equipo	Explicar a la alcaldía de Pamplona el objetivo de la red de educación sexual en discapacidad cognitiva favoreciendo la intervención en la población				

Capítulo VI

Producto final

En este capítulo se da a conocer el producto final, el cual es entregado a la Universidad de Pamplona, al programa de Terapia Ocupacional y a la alcaldía municipal de Pamplona lugar donde se llevó a cabo la investigación con el programa de Rehabilitación Basada en comunidad (RBC).

Al programa de Terapia Ocupacional de la universidad de Pamplona

Como producto final del proceso investigativo la Terapeuta Ocupacional en formación aporta un artículo en el cual se relacionan las variables de investigación, evidenciando los resultados más predominantes dentro del mismo, de igual forma se remitió la solicitud para la publicación del artículo científico a la revista cuidarte de la Universidad Santander (UDES). Esperando respuesta y publicación.

A la secretaria de salud y el programa de Rehabilitación basada en comunidad

Como producto final se establece una red de apoyo titulada “la sexualidad es de todos”, contara con un pendón que se ubicara en un punto estratégico de la alcaldía para que la población conozca la ruta, teniendo en cuenta que el objetivo de este producto es promover el derecho a la sexualidad mediante la implementación de la red interdisciplinar, favoreciendo a las personas con discapacidad; además de un manual que cuenta con las funciones con la información encontrada a continuación **ver apéndice**

Figura 45. Red interdisciplinaria de sexualidad en discapacidad

**Misión**

Prestar servicios a la población con discapacidad relacionada a la sexualidad desde sus potencialidades y restricciones, fomentando la promoción, prevención y atención, con un enfoque integral, participativo y empático, manteniendo un equipo interdisciplinario con pensamiento inclusivo.

Visión

En el 2025 contar con la en la red de apoyo de sexualidad en discapacidad con un equipo interdisciplinario, prestando el servicio a través de rutas de atención; siendo reconocida por su aporte al derecho sexual, donde los profesionales trabajen en equipo comprometidos y encaminados a promover inclusión.

Objetivos

General.

Promover el derecho a la sexualidad mediante la implementación de la red interdisciplinar “sexualidad es de todos” favoreciendo a las personas con discapacidad.

Específicos

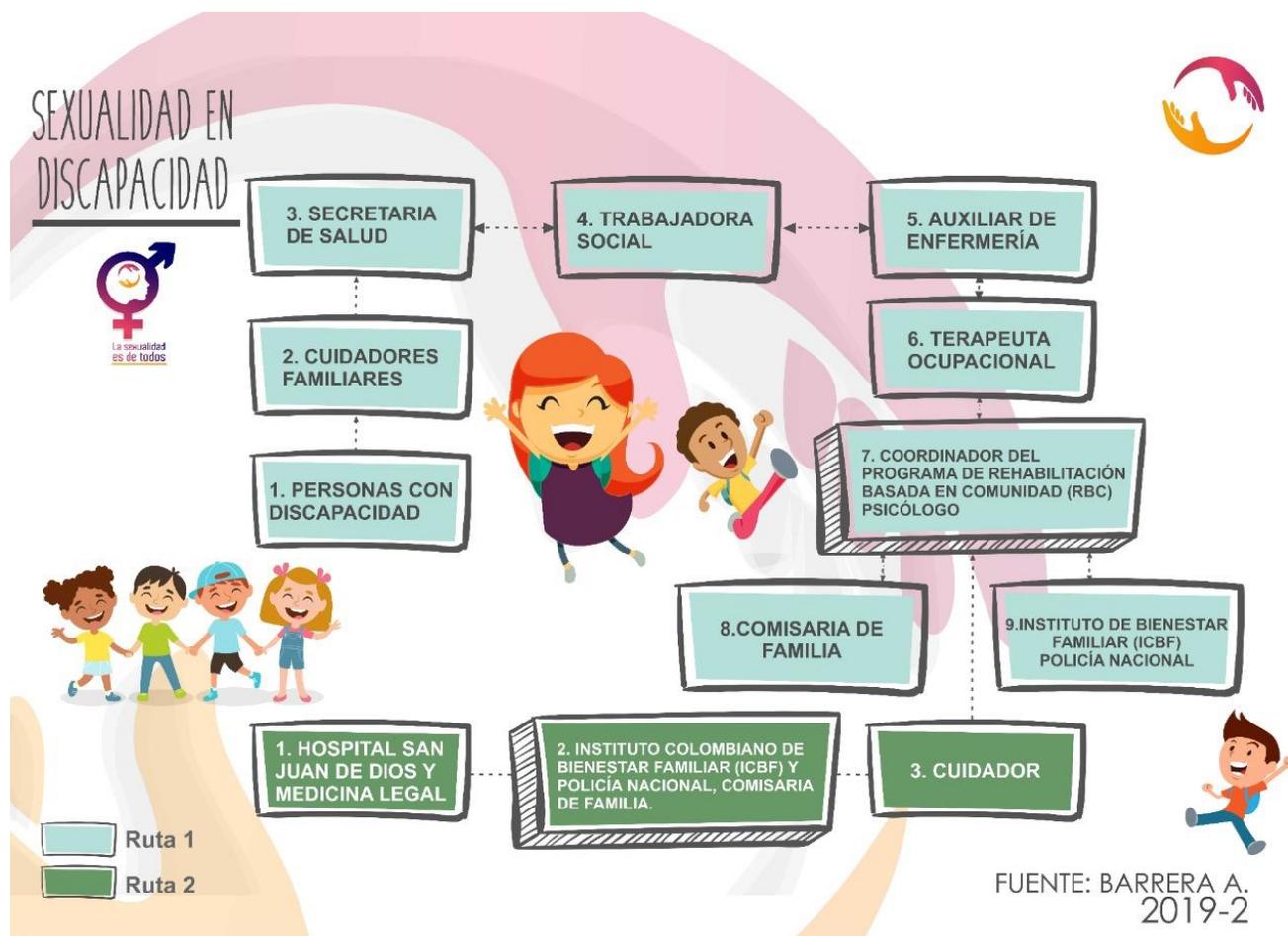
Promover la sexualidad como ocupación significativa.

Favorecer la participación en la actividad sexual a través del grupo interdisciplinar.

Contribuir a la identificación de las restricciones y potencialidades de la sexualidad por medio de la ruta de apoyo.

Al acercarse una persona con discapacidad o cuidador y familiar, se activa la red de apoyo de sexualidad en discapacidad.

Figura 46. Grafica de ruta de apoyo



Fuente: Barrera A. 2019

A continuación, se describen las funciones de la red de apoyo “la sexualidad es de todos” definidas por cada uno de los integrantes.

Personas con discapacidad: son las encargadas de dar a conocer la situación que presentan referente a la sexualidad a su respectivo tutor, de cualquier índole entre las que están abuso sexual, avances sexuales de cuidadores familiares o personas fuera del núcleo familiar; derecho a métodos anticonceptivos, preguntas sobre la esterilización y demás interrogantes relacionados a la sexualidad.

Cuidador o familiar: velar porque se cumplan los derechos en salud sexual y reproductiva (SSR) de la persona con discapacidad a su cargo; reportar a la secretaria de salud cualquier violación a estos derechos, como son violación, agresión sexual que impida o restrinja el desarrollo de una ocupación significativa en el ámbito sexual.

Secretaria de salud: hacer seguimiento y monitorear a través de la red de apoyo; en primera instancia remitir el caso a trabajo social. Además de definir y evaluar estrategias de prevención para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR), también activar la ruta de apoyo dentro de la alcaldía para actuar sobre la problemática que es referida por la población.

Trabajadora social: Dar a conocer tanto al cuidador como a la persona con discapacidad la normativa vigente relaciona con el caso que sea expuesto donde el derecho a la asexualidad puede estar vulnerados y las posibles rutas de atención

Auxiliar de enfermería: En caso de sospecha de abuso sexual hacer inspección física, informe de lo encontrado, en caso de educación sexual, tener en cuenta el ciclo vital de la persona con discapacidad, direccionar la salud sexual, hábitos alimentarios, crecimiento y desarrollo, en lo relacionado a la orientación de métodos anticonceptivos dar a conocer cuáles son apropiados para las personas con discapacidades teniendo en cuenta que requieren la aptitud de planificar y emitir juicios, otros necesitan destreza manual y la píldora anticonceptiva puede estar

contraindicada en ciertas enfermedades, también dar información referente a las enfermedades de transmisión sexual.

Terapeuta ocupacional: promover el autoconcepto, favorecer la participación activa en las actividades de la vida diaria, desde las habilidades residuales de la persona con discapacidad, promoviendo la autonomía en el cuidado del cuerpo e higiene personal, la conciencia, imagen y concepto corporal, el vestido, el descanso y sueño, las habilidades de interacción y comunicación con cuidadores, familiares y personas que le rodean, promoviendo la importancia de apoyarse en la ruta de atención, para poder participar en una ocupación significativa como la sexualidad. Donde la actividad es el medio.

Psicólogo y coordinador del programa de rehabilitación basada en comunidad: remitir al cuidador, persona con discapacidad ente correspondiente según sea el caso, estos pueden ser comisaria de familia, policía nacional; en caso de que el cuidador ya haya pasado por las anteriores entidades y vengan con un reporte desde otra ruta como hospital, medicina legal se es necesario apoyarse en el equipo interdisciplinar que hacen parte de la red de apoyo en la sexualidad en discapacidad.

Instituto Colombiano de bienestar familiar: entidad encargada de brindar protección integral a los niños, niñas o adolescentes y sus familiares; con el objetivo de identificar, atender y denunciar casos de violencia sexual, garantizando el restablecimiento de los derechos vulnerables.

Comisaria de familia: el comisario de familia denuncia y remite a fiscalía por competencia, toma medidas de verificación de derechos, puede solicitar examen a medicina legal por tener

competencia de policía judicial, apoya a la familia y acompaña a la víctima, realiza investigación sociofamiliar, remite y gestiona la atención en servicios.

Policía nacional: recibe la denuncia acompaña por parte del cuidador- familiar y persona con discapacidad, acompaña y orienta a la víctima. Protege la escena del delito y aporta a las demás autoridades.

Policía judicial, cuerpo técnico de investigaciones (CTI): es el apoyo al fiscal; Artículo 205 código penal “en el ejercicio de sus funciones de policía judicial, recibir denuncias, informes, de los cuales infiera la posible comisión de un delito, realizaran de inmediato todos los actos urgentes, tales como inspección en el lugar del hecho, del cadáver, entrevista e interrogatorio.

Instituciones del sector salud (hospitales, EPS, IPS, ARL, entre otras): identifica y recibe los casos dando aviso inmediato a la fiscalía y al instituto colombiano de bienestar familiar (centro zonal de la jurisdicción o centro de atención a víctimas de violencia sexual (CAIVAS). el sector salud debe brindar los servicios de atención medica terapéutica y psicosocial a las víctimas, atender emergencias y asegurar muestra como parte de la cadena de custodia- realizar exámenes de laboratorio, brindar tratamiento oportuno para enfermedades de transmisión de transmisión sexual, VIH/SIDA y aplicar lo expuesto en sentencia c-355 de 2006.

Instituto nacional de medicina legal: órgano técnico científico, artículo 204, código penal “el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses de conformidad con la ley y lo establecido en el estatuto orgánico de la fiscalía general de la nación, prestara auxilio y apoyo técnico-científico en las investigaciones desarrolladas por la fiscalía general de la nación y los organismos con funciones de policía judicial.

Fiscalía general de la nación: encargada de recibir la denuncia, reunir evidencia medicina legal, desarrollar la investigación y acusar a los presuntos infractores ante los juzgados y tribunales competes.

Conclusiones

Se indagó en aspectos sociodemográficos, donde los datos más relevantes fueron; en relación al cuidador y familiar es, el 70% pertenecen a estrato socioeconómicos de nivel uno, régimen de salud subsidiado con el 90%, nivel de escolaridad primaria 60%, como cuidador sobresale el género femenino, referente a la persona con discapacidad cognitiva prevale el de género masculino con 53% y clasificación de discapacidad moderada con 56%. Teniendo datos que la población con discapacidad y cuidadores carecen de recursos para satisfacer las necesidades básicas, situación que puede verse inmersa en los procesos de rehabilitación y atención, en la salud, educación, ámbitos sociales, limitando la participación en áreas ocupacionales.

Se evaluó el entorno social a través del instrumento estudio de impacto de entorno residencial (REIS), donde se determinó que las personas son más independientes en aspectos de preferencias personales al ejecutar actividades de forma individual como arreglar y decorar su propio espacio con 70% , elegir que ropa llevarse con 76% , y dependiente en la política social, debido a que otra persona es quien toma las decisiones, los aspectos más relevantes fueron, quien puede dejar la casa y cuando hacerlo y en general 56%, es otra persona es quien dice las reglas y quien toma las decisiones de cómo van y son hechas las cosas 63% , en relación con listas/ rutinas son semindependientes el personal y el residentes deciden juntos, la decisión es de otra persona en que hacer después del trabajo 33% en las dos respuestas anteriores , otras actividades de forma individual en recibir llamadas telefónicas 36% . Al evaluar la actitud hacia la sexualidad a sí mismo, se conoció que las personas con discapacidad cognitiva con la heterosexualidad en relación con otros porcentajes el 26% están de acuerdo, en total desacuerdo con la homosexualidad con un 86% y de acuerdo con que el comercio sexual, el 73% refiere que

ver pornografía es malo; hacia otros, están de acuerdo con el autoerotismo con un 51% y en desacuerdo 58% heterosexualidad y de acuerdo un 30%.

Se estableció una relación entre variables por medio de la correlación de Pearson donde en el cuestionario de actitud sexual (TSAQ), 1 es desfavorable y 9 favorable; en el instrumento de estudio de impacto de entorno residencial (REIS) donde 1 es desfavorable y 5 favorable, encontrando que: La percepción de la sexualidad hacia si mismo guarda una relación directamente proporcional (positiva alta) con el entorno, en cambio la percepción de sexualidad hacia otros tiene una correlación directamente proporcional (positiva moderada) con el entorno. Siendo una relación directa de la influencia del entorno en la sexualidad de las personas con discapacidad cognitiva principalmente a si mismo que en otros. Por lo que fue necesario una intervención a través de un plan de acción, para trabajar con el primer entorno cercano como es el cuidador y familiar además de la creación de una red de apoyo. Dentro de esta estrategia ejecutada a través de actividades se concluyó lo siguiente.

Se fomento el autocuidado en las personas con discapacidad cognitiva, donde se percibió mayor necesidad en el concepto corporal; en el fortalecimiento de la comunicación e interacción se concluye que los participantes deseaban hablar de sexualidad, pero no sabían de qué forma abordarla, siendo de importancia las actividades propuestas, donde se expuso que seguirán practicándolas desde el hogar; se estableció la red de apoyo donde se sensibilizaron y participaron de forma crítica sobre la importancia de la sexualidad en la población, además del apoyo que promovió y promoverá al conocer cómo se activa la ruta.

En las que se evidencia mayor participación en las actividades por parte de las personas con discapacidad, donde las actividades con mayor número de asistente, fue en la “me ocupo encontrándome con mi cuerpo” con 66%, además es importante resaltar que los cuidadores y

familiares asistieron menos, pero la participación de los presentes fue mayor en la actividad de “cuidado personal en sexualidad”.

Recomendaciones

A la Universidad de Pamplona

Se recomienda a la Universidad de Pamplona continuar con la ejecución de las prácticas formativas, con investigaciones enfocadas a la sexualidad en discapacidad, no solamente cognitiva, si no en las diferentes discapacidades, donde la participación en la actividad sexual, favoreciendo la ocupación significativa, contribuyendo a la sociedad y al área de la salud. Debido a que es una población con necesidades diversas, por lo que es importante trabajar desde diferentes disciplinas, pero con el mismo objetivo, favorecer la sexualidad, pues la población ha tenido pocas oportunidades de educación en este aspecto.

A la disciplina de Terapia Ocupacional

Se recomienda a estudiantes en formación, generar propuestas de intervención e investigación con las personas con discapacidad, enfocadas en la participación en áreas ocupacionales, donde se promueva la autonomía, no solo de la persona con discapacidad cognitiva, si no de la diversas discapacidades, con un enfoque holístico, además de promover la importancia del cuidador dentro de las intervenciones, teniendo en cuenta que es la persona con que mayor tiempo comparte la persona con discapacidad y esta relación, puede aportar a la salud integral. . Además, según los resultados arrojados en la investigación donde se forma directamente proporcional el entorno social influye en las personas con discapacidad, se hace

necesario investigar a mayor profundidad sobre como promover entornos seguros para el desarrollo de actividades, no solo el social si no el físico. En las diferentes etapas del ciclo vital.

Al programa de Terapia Ocupacional

Se hace evidente la necesidad de incentivar a los estudiantes en formación a incursionar sobre temas pocos abordados en la población con discapacidad y que en muchas ocasiones son tratados con tabú, restringiendo las ocupaciones, donde se aporta al apartheid ocupacional y no a la justicia ocupacional como es debido, desde los diferentes campos de acción donde el Terapeuta Ocupacional incursiona. En caso de que la fase 3 se logre emplear en la alcaldía con el grupo de RBC, apoyar desde la practica esta red a través actividades que promuevan la actividad sexual favoreciendo una ocupación significativa.

Población con discapacidad cognitiva cuidador o familiar

Proponer e Indagar sobre la importancia de la sexualidad desde la responsabilidad, seguridad y salud, teniendo presente que hace parte de los derechos de las personas sin excepción de la condición de discapacidad, además de proponer y hablar sobre la red de apoyo a la nueva administración, para ejecutar la red de apoyo beneficiando principalmente a la población con discapacidad.

Seguir creando espacios de diálogos para hablar sobre la sexualidad desde la dimensión de relaciones, placer y reproducción, fortaleciendo la sexualidad como ocupación y derecho.

Programa de rehabilitación basada en comunidad (RBC).

Continuar propiciando este tipo de alianzas y trabajos interdisciplinarios con la población con discapacidad cognitiva, donde los cuidadores y familiares hacen son vital para obtener los resultados deseados en cada uno de los procesos. En caso de que el programa continúe con la nueva administración, dar a conocer la red de apoyo y seguir fortaleciéndola en pro de contribuir a la inclusión.

Referentes Bibliográficos

Constitución política de Colombia 1991 Artículo 1, 47, 67.

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, publicado por el Distr. General el 31 de agosto de 2016; disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Recomendaciones-comite-colombia-2016.pdf> P.9.

Formación integral, Lic. Santos Benetti, Director, publicado el 8 agosto, 2011; disponible en <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>.

Gobernación de norte de Santander, instituto departamental de salud análisis de situación de salud (asís) en municipios de frontera departamento norte de Santander; publicado en el 2.010. disponible.

Gobernación de norte de Santander, instituto departamental de salud análisis de situación de salud (asís) en municipios de frontera departamento norte de Santander; publicado en el 2.010. disponible en: [file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Analisis-de-Situacion-de-Salud-en-municipios-de-frontera-Departamento-Norte-Santander%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Analisis-de-Situacion-de-Salud-en-municipios-de-frontera-Departamento-Norte-Santander%20(3).pdf)

Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio & Proceso 3rd Edición 2014.
P. 32.

Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social; Sala situacional de Personas con Discapacidad; publicado en Agosto, 2015; disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/ESTADISTICAS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social; Sala situacional de Personas con Discapacidad; publicado en Agosto, 2015; disponible en: <http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/ESTADISTICAS/Sala-situacional-discapacidad-Nacional-agosto-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Registro para la Localización y Caracterización Personas con Discapacidad, publicado el Diciembre de 2013; Disponible: [file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Cifras-Registro-de-discapacidad-Dic-2013%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Cifras-Registro-de-discapacidad-Dic-2013%20(2).pdf).

Sala situacional de las Personas con Discapacidad (PCD); Ministerio de Salud y Protección Social Oficina de Promoción Social, publicado Noviembre, 2017; disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/presentacion-sala-situacional-discapacidad-2017.pdf>.

Crepeau, Cohn y Shell, (2005). Willard y Spackman terapia ocupacional (10 ed.). Editorial panamericana, pág. 40 – 41. Capítulo 28 sección III: sexualidad y discapacidad

AOTA. (2014). Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional .

Convención de la Organización de las Naciones Unidas, (2006).

Kielhofner, G. (2011). *Modelo de la ocupación humana* (4 ed.). Buenos Aires: panamericana.

Escala Hanon. Trueblood, cuestionario de actitud sexual (TSAQ).

Modelo de la ocupación humana cámara de compensación departamento de terapia ocupacional, colegio de ciencias de la salud.

Apéndice