

La autonomía y toma de decisiones: sexualidad en adultos con discapacidad intelectual leve desde una aproximación sistémica, compleja y ecológica.

Lady Escobar Paola Escobar Arias

Título a optar

Magister en Psicología Clínica y de la Familia

Directora

Luz Marina Moncada Torres

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Maestría de Psicología Clínica y de la Familia

Bogotá, 2021

Tabla de contenido

Introducción	9
Fenómeno	10
Pregunta de investigación - intervención	11
Objetivos	11
General	11
Específicos	12
Hipótesis	12
Sistema teórico	13
Discapacidad	13
Modelo religioso	13
Modelo médico	13
Modelo social	14
Modelo psicosocial	14
Postulados teóricos	16
Propuesta de complejidad	16
Construccionismo	17
Constructivismo	17
Epistemología de la cibernética de segundo orden	18
Modelo ecológico y sistémico	18
Discapacidad y sexualidad	19
Corporalidad, afectividad y sexualidad	20
Autonomía	20
Enfoque de derechos	22

Diversidad funcional	24
Sistema metodológico	25
Metodología cualitativa	25
Investigación documental bibliográfica	26
Estado del arte documental	26
Análisis de tendencias	26
Proceso de revisión documental	27
Descripción de categorías de análisis	27
Narrativas dominantes de la discapacidad	28
Marco legal	28:Ñ
Construcción de narrativas desde la experiencia	28
Autonomía y derechos humanos	28
Autogestión	29
Tendencias	29
Tipo de documento	29
Disciplina	29
Cronología	30
País	31
Tipo de investigación	33
Población	34
Análisis de categorías por tendencias	35
Narrativas dominantes de la discapacidad	35
Marco Legal	45
Relatos disciplinares	49
Construcción de narrativas de experiencias	56
Autonomía y derechos humanos	63
Autogestión	70
Discusión	75

Conclusiones	79
Limitaciones	81
Referencias	85
Anexos	95

Índice de tablas

Tabla 1 – Tendencia 1: tipo de documento. Fuente Autora	29
Tabla 2 – Tendencia 2: Disciplina. Fuente Autora	30
Tabla 3 – Tendencia 3: Cronológica. Fuente Autor	31
Tabla 4 – Tendencia 4: País. Fuente Autora	32
Tabla 5 – Tendencia 5: Tipo de investigación. Fuente Autora	32
Tabla 6 – Tendencia 5.1: Investigación cuantitativa. Fuente Autora	33
Tabla 7 – Tendencia 5.2: Investigación cualitativa. Fuente Autora	33
Tabla 8 – Tendencia 6: Población. Fuente Autora	34
Tabla 9 – Cantidad de documentos por categoría. Fuente Autora	34

Índice de figuras y gráficos

Figura 1. Fenómeno de investigación	27
Gráfico 1 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	35
Gráfico 2 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora	36
Gráfico 3 – Tendencia cronológica. Fuente Autora	38
Gráfico 4 – Tendencia por país. Fuente Autora	39
Gráfico 5 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora	40
Gráfico 6 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora	41

Gráfico 7 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora	42
Gráfico 8 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	43
Gráfico 9 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	44
Gráfico 10 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora	45
Gráfico 11 – Tendencia cronológica. Fuente Autora	46
Gráfico 12 – Tendencia por país. Fuente Autora	47
Gráfico 13 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	47
Gráfico 14 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	48
Gráfico 15 – Tendencia por tipo de disciplina. Fuente Autora	50
Gráfico 16 – Tendencia por cronología. Fuente Autora	51
Gráfico 17 – Tendencia por país. Fuente Autora	52
Gráfico 18 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora	53
Gráfico 19 – Tendencia por técnica de recolección de datos de investigación cualitativa. Fuente Autora	53
Gráfico 20 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	54
Gráfico 21 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	55
Gráfico 22 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora	56
Gráfico 23 – Tendencia cronológica. Fuente Autora	57
Gráfico 24 – Tendencia por país. Fuente Autora	58
Gráfico 25 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora	58
Gráfico 26 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora	59
Gráfico 27 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora	60
Gráfico 28 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	61
Gráfico 29 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	62
Gráfico 30 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora	63

Gráfico 31 – Tendencia cronológica. Fuente Autora	64
Gráfico 32 – Tendencia por país. Fuente Autora	65
Gráfico 33 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora	66
Gráfico 34 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora	66
Gráfico 35 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora	67
Gráfico 36 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	68
Gráfico 37 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora	69
Gráfico 38 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora	69
Gráfico 39 – Tendencia cronológica. Fuente Autora	70
Gráfico 40 – Tendencia por país. Fuente Autora	71
Gráfico 41 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora	72
Gráfico 42 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora	73
Gráfico 43– Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora	73
Gráfico 44 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora	74

Índice de anexos

Anexo 1. Cantidad de documentos por categoría	99	Anexo 2. Tendencia 1	99
Anexo 3. Tendencia 2	100	Anexo 4. Tendencia 3	101
Anexo 5. Tendencia 5	103	Anexo 6. Tendencia 6	105
Anexo 7. Tendencia 7	105	Anexo 8. Cantidad de documentos por tendencia	105

Resumen

La presente investigación se desarrolla en la propuesta epistemológica de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia del grupo de investigación de la Facultad de Psicología denominado Psicología, Familia y Redes, en la línea de investigación de Psicología, Sistemas

humanos y Salud mental, adscrita al macroproyecto Historias y narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos, de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. El objetivo general de este estudio es reconocer las narrativas dominantes (modelo religioso y médico) y emergentes (diversidad funcional y enfoque de derechos) en los actores principales que participan en la autonomía y toma de decisiones sobre la sexualidad de las personas con DI leve, por medio de un análisis del estado del arte documental; respondiendo así a la pregunta ¿Cuáles son las narrativas dominantes y emergentes de las personas con DI leve, familiares o cuidadores, personal de salud y educación frente a la autonomía y toma de decisiones sobre la sexualidad de las personas con DI leve?

El sistema teórico se enmarcó desde las diversas conceptualizaciones a nivel histórico de la discapacidad llegando hasta el concepto de diversidad funcional, utilizando como marco de referencia y análisis la propuesta teórica de la complejidad, construccionismo, constructivismo, epistemología de la cibernética de segundo orden, el modelo sistémico y ecológico; las cuales interpretar a los actores como activos dentro del proceso de comprensión del fenómeno de investigación, por lo que sus discursos permitirán comprender las narrativas dominantes y emergentes vigentes.

El sistema metodológico por medio del cual se llevó a cabo este estudio es la investigación cualitativa, específicamente se realizó una investigación documental de tipo Estado del arte documental. Se realizó un análisis de categorías construidas a partir de las necesidades identificadas desde la experiencia profesional de la autora, las cuales comprenden: narrativas dominantes de la discapacidad, marco legal, relatos disciplinares, construcción de narrativas desde la experiencia, autonomía y derechos humanos, y autogestión. Estas categorías se analizaron de manera transversal por las tendencias elegidas como apropiadas para un Estado del arte documental: tipo de documento, disciplina, cronología, país, tipo de investigación y población.

Entre los aportes significativos de este estudio, se pueden resaltar la persistencia de narrativas dominantes como las que provienen del modelo médico – asistencial en los discursos de la familia, cuidadores y personal de salud, percibiendo a las personas con DI leve en una condición de anormalidad e inferioridad, razón por la cual las personas a su

alrededor deben 'cuidarlos y protegerlos, sosteniendo la narrativa del “niño eterno”; discursos limitantes que han obstaculizado históricamente el desarrollo de independencia y responsabilidad sobre sus vidas. No obstante, el análisis de documentos respecto al fenómeno de estudio en los últimos 10 años, mostró una creciente construcción de normativas y legislaciones que reconocen a las personas con DI como sujetos de derechos; posturas que plantean narrativas emergentes, las cuales han sido posibles por la presencia de diversos modelos epistemológicos como el modelo sistémico y ecológico, que han conducido a la construcción y reconocimiento de nuevas realidades; es decir, modelos más integradores y posibilitadores, rompiendo con los conceptos y categorías dominantes, dando lugar a las experiencias subjetivas.

Abstract

This research is conducted within the epistemological proposal of the Master of Clinical and Family Psychology from the Psychology, Family and Networks research group of the Department of Psychology. The line of research is psychology, human systems, and mental health, which is part of the macro project, Stories and Narratives of Human Systems in a Variety of Contexts, of the Master of Clinical and Family Psychology at the Universidad Santo Tomás.

The study aims to recognize the dominant (religious and medical model) and emerging (functional diversity and rights approach) narratives of the main parties involved in the autonomy and decision-making on the sexuality of people with mild ID. This study was carried out through a state-of-the-art documentary research to answer the question: What are the dominant and emerging narratives of people with mild ID, family, caregivers, and health and education personnel regarding the autonomy and decision-making on the sexuality of people with mild ID?

The theoretical system focused on the historical conceptualizations of disability and the concept of functional diversity. As a reference and analysis framework, the study utilized the theoretical proposal of complexity, constructionism, constructivism, second-order cybernetics epistemology, and the systemic and ecological model. This theoretical proposal

considers parties as assets in the analysis of the research phenomenon, so that their discourse will facilitate an understanding of the current dominant and emerging narratives.

A qualitative methodology was utilized to conduct this study, specifically a state-of-the-art documentary research. Based on the needs identified by the researcher's professional experience, some categories were established including dominant narratives of disability, legal framework, disciplinary narratives, and narratives constructed from experience, autonomy, human rights, and self-management. These categories were analyzed transversally by the trends appropriate for a state-of-the-art documentary research, such as document type, discipline, chronology, country, research type and population.

Among the significant findings of this study, the persistence of dominant narratives is highlighted, such as those from the medical-care model in the family, caregivers and health personnel's discourses, in which people with mild ID have an abnormal and inferior condition and should be cared for, supporting the "eternal child" narrative. These discourses have historically limited and hindered people with mild ID from being independent and responsible for their lives.

Nevertheless, the analysis of documents about this phenomenon written in the last decade, showed a growing development of regulations and legislation that recognize people with ID as subjects of rights. These positions present emerging narratives, which have been created due to epistemological models, such as the systemic and ecological model. These models have led to the construction and recognition of new realities like more inclusive and enabling models, breaking dominant concepts and categories, which result in subjective experiences.

Introducción

La presente investigación se desarrolla en la propuesta epistemológica de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia del grupo de investigación de la Facultad de Psicología denominado Psicología, Familia y Redes, en la línea de investigación de Psicología, Sistemas humanos y Salud mental, adscrita al macroproyecto Historias y narrativas de los sistemas humanos en diversidad de contextos, de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás. Surge del interés por comprender la percepción de la sexualidad que tienen las personas con Discapacidad Intelectual Leve (en adelante DI), sus cuidadores y profesionales del sistema de salud, y cómo estas percepciones inciden en la autonomía y toma de decisiones en la vida afectiva, sexual y proyecto de vida de las personas con DI Leve.

A partir de lo anterior, el problema principal de esta investigación, es cómo los prejuicios y relatos dominantes contruidos históricamente desde el modelo religioso y médico desencadenan en limitaciones y obstáculos para que las personas con DI leve no puedan libremente tomar decisiones respecto a su sexualidad, sus cuerpos, sus motivaciones y necesidades emocionales, como también la posibilidad de construir proyectos de vida donde se conciba la maternidad, la paternidad y la construcción de un sistema familiar propio.

Pese a los avances en la última década en normativas y leyes que visibilizan la importancia de comprender a las personas con DI leve como sujetos de derechos, en la práctica siguen existiendo ideas preconcebidas de ser personas inferiores, defectuosas, ausentes de control de sus deseos, infantiles, entre otros; lo que conduce a mayores niveles de dependencia, discapacidad y anulación de sus derechos sociales, políticos y civiles(Villatoro, 2014). Estos avances no solo se han dado desde las normativas, sino también desde acciones adelantas en especial por las ciencias humanas, como la psicología, educación, filosofía, trabajo social, entre otras. Su aporte ha estado orientado a comprender desde una mirada más ecológica de la sexualidad en las personas con DI leve, ya que, existen diversos sistemas y áreas que interactúan constantemente, permitiendo visibilizar la complejidad de las dinámicas humanas, evitando caer en la fragmentación del ser humano.

La investigación se enmarca en la psicología clínica al comprender la Discapacidad Intelectual como una condición física y cognitiva que impacta en el desarrollo y la

construcción de la identidad a nivel individual, relacional y social, ya que la psicología clínica tiene en cuenta la salud física y sexual, como los cimientos para el desarrollo de la identidad y la individualidad, como se visibiliza en sexualidad, vinculación afectiva y social de las personas con DI leve.

El contexto que posibilitó la actual investigación tiene como antecedente el proyecto de grado realizado en la Maestría De Psicología Clínica llamado “Narrativas de la sexualidad de adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve en relación con sus familias y el sistema social”. La autora del actual estudio participó en la construcción del mencionado proyecto de grado: el fenómeno, problema, objetivos, hipótesis, el estado del arte documental, sistema teórico, método y resultados(Beltrán Lozada & Rubiano Triana, 2016).

A partir de la revisión bibliográfica del mencionado proyecto de grado, fue posible identificar las limitaciones y obstáculos de las personas con DI leve para desarrollarse plenamente en su sexualidad y otras áreas de su vida emocional y familiar, por lo que se consideró pertinente realizar un estado del arte documental que permitiera conocer y comprender las percepciones de los tres actores principales: personas con DI leve, cuidadores y personal de salud; para con ello visibilizar la coherencia entre estas narrativas y la normativa existen en cuanto a los derechos de las personas con discapacidad. Se realizó la revisión de 55 documentos, que no tuvieran más de 10 años de publicados.

La perspectiva de este estudio se enmarca en el enfoque sistémico complejo, construccionista, constructivista ecológico desde la cibernética de segundo orden, y, partiendo de la premisa que los seres humanos son complejos, y que se encuentran inmersos en diversos sistemas, espacios y contextos que inciden en su proceso de construcción por medio de los significados y relatos que se evidencian en sus narraciones. En estos sistemas también se encuentran inmersos diversos actores, los cuales a partir de su participación impactan los sistemas a los cuales pertenecen, y cualquier cambio que se de en los sistemas o los actores afectará a los otros y viceversa.

Fenómeno

El fenómeno de la presente investigación se gesta a partir de dudas e incertidumbres de cómo conciben y perciben su sexualidad los adultos jóvenes con DI leve, sus cuidadores y profesionales de la salud, ya que, estas concepciones y percepciones incidirán en la toma de

decisiones y autonomía que puedan tener las personas con DI leve no solo sobre este aspecto de su vida, sino de todo aquello que deriva de un libre desarrollo de la sexualidad, como es el desarrollo y libre vinculación emocional, familia y construcción de un proyecto de vida personal.

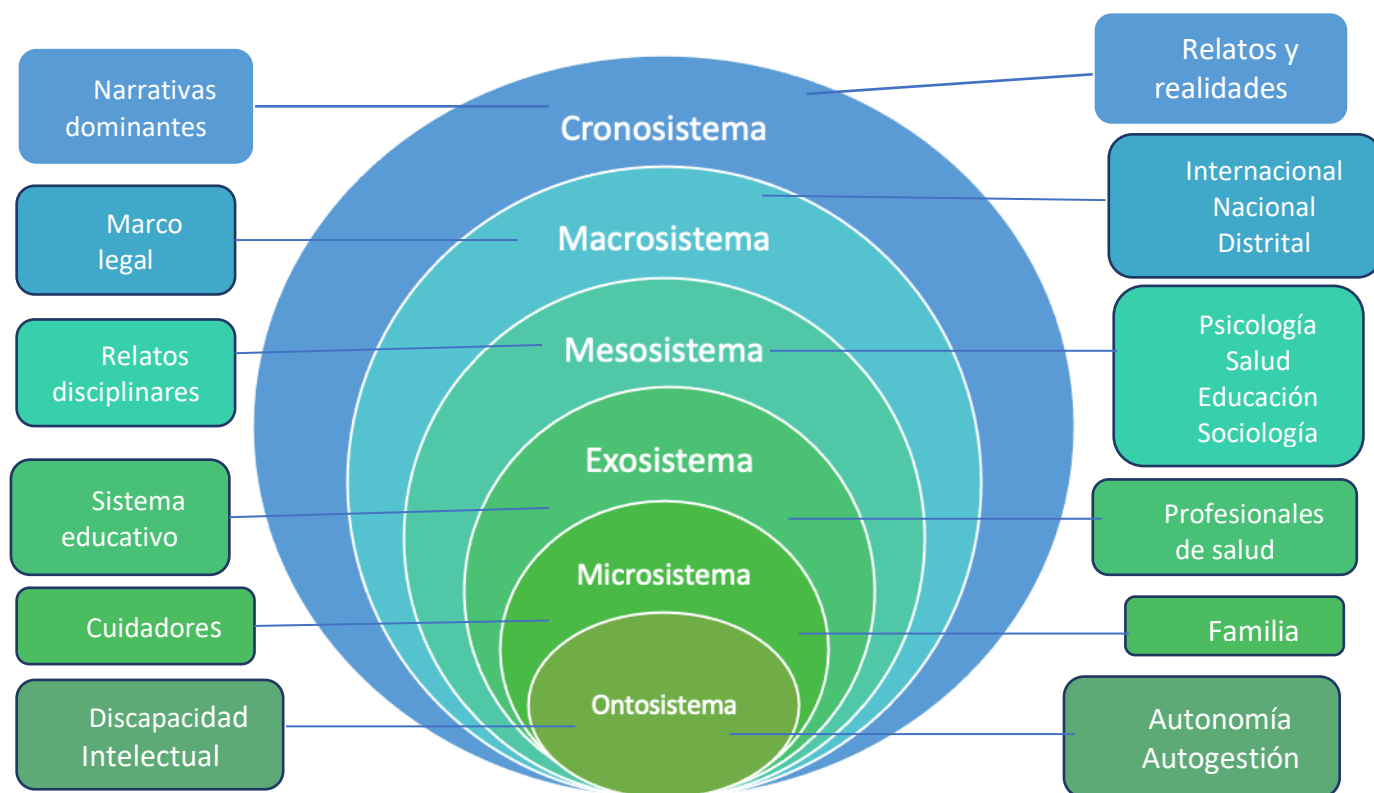


Figura 1. Fenòmeno de investigaciòn (Bronfenbrenner, 1979)

Pregunta de investigación- intervención

¿Cuáles son las narrativas dominantes y emergentes de las personas con DI leve, familiares o cuidadores, personal de salud y educación frente a la autonomía y toma de decisiones sobre la sexualidad de las personas con DI leve?

Objetivos

General

- Reconocer las narrativas dominantes (modelo religioso y médico) y emergentes (diversidad funcional y enfoque de derechos) en los actores principales que participan en la autonomía y toma de decisiones sobre la sexualidad de las personas con DI leve, por

medio de un análisis del estado del arte documental.

Específicos

- Comprender las narrativas de familia, cuidadores, personal de salud y educación que obstaculizan y/o contribuyen en la autonomía y toma de decisiones sobre la sexualidad de las personas con DI leve, por medio del análisis de tendencias de un estado del arte documental.
- Analizar las narrativas presentes en los marcos normativos y legislativos que influyen en los discursos de familia, cuidadores, personal de salud y educación sobre la sexualidad de las personas con DI leve, por medio del análisis de tendencias de un estado del arte documental.

Hipótesis

La presencia en la actualidad de narrativas dominantes, como las posturas planteadas desde el modelo religioso o médico sobre el concepto de discapacidad, han conducido a dificultades en el desarrollo de la autonomía y toma de decisiones de las personas con DI leve en diversas esferas de su vida, entre ellas las relacionadas con la sexualidad, afectividad y construcción de un proyecto de vida acorde a sus necesidades y motivaciones.

Los tabúes asociados a la condición de DI leve como la falta de habilidades para asumir de manera responsable su vida sexual y afectiva, la infantilización y la sobreprotección, por parte de los familiares, cuidadores, profesionales de salud, profesionales de educación y de las instituciones, aprueban las narrativas dominantes que favorecen la dependencia. No obstante, es posible que algunos profesionales e investigadores se estén replanteando estas narrativas por aquellas emergentes, en las cuales, se comprende la discapacidad como una condición, que en escenarios en los cuales se cuente con los recursos y opciones adecuadas a sus necesidades, motivaciones y derechos, pueda fortalecerse la autonomía e independencia a nivel personal y relacional en las personas con DI leve.

Las dificultades presentes en el tránsito de narrativas dominantes (modelo médico y religioso) a narrativas emergentes (diversidad funcional y enfoque de derechos) en los actores principales involucrados no posibilitan la autonomía y toma de decisiones sobre

la sexualidad de las personas con DI leve.

Sistema teórico

Discapacidad

Los derechos de las personas con DI leve, han empezado a ser mucho más visibles desde hace aproximadamente 20 años, partiendo con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007) y posteriormente el Informe Mundial de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (2011), las cuales definen la discapacidad como cualquier aspecto negativo de la interacción entre un individuo y los factores contextuales de este (problema de salud con factores ambientales y personales).

Previo a la existencia de estas dos instancias, otras narrativas o modelos explicativos han abordado la realidad de las personas con discapacidad; las cuales han ido evolucionando y transformándose, incidiendo en las prácticas relacionales, calidad de vida de las personas con DI y en general en los diversos sistemas de la estructura social.

Modelo religioso

El concepto de discapacidad ha venido evolucionando, y el más tradicional identificado en la literatura fue la narrativa moral y religioso, la cual describe la discapacidad como un fallo moral secundario a un pecado, siendo una perspectiva “despreciativa, opresiva y discriminatoria” (Titchkosky, 2011), el cual predominó en el siglo XIX. Esta narrativa se fundamentó en el asistencialismo-caridad materializó en la institucionalización de manera vitalicia y el aislamiento social obligatorio, al ser personas que presentaban conductas indeseables y vergonzosas socialmente, siendo percibida como personas con un destino fatal que necesitaban ayuda por su incapacidad (Ferreira, 2010b).

Modelo médico

Teniendo en cuenta los avances en ciencia que se gestaron en el siglo XX emergió un nuevo modelo explicativo de la discapacidad, el modelo médico. Según este modelo, la discapacidad es sinónimo de poseer un cuerpo defectuoso, lo que causa una deficiencia que restringe la experiencia vital de la persona (Ferreira, 2010a), la cual es atribuida al individuo y vista como una variación negativa de la norma biológica (Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019). El modelo médico se centra primordialmente en lo patológico, el diagnóstico clínico

y la categorización, además de brindar un rol superior a los profesionales en salud, quienes serían los expertos en rehabilitación (Oliver, 1991).

La narrativa médico-clínica desencadena en la presencia de un problema que debe resolver la persona, y por esto tiene dificultades para ser incluido política, social, cultural, educativa y laboralmente, si no logra adaptarse a la estructura social (Albrecht, 2014).

Modelo social

El modelo médico empezó a ser cuestionado hacia los años ochenta, cuando diversas minorías, en especial por las personas que presentaban alguna discapacidad física, se organizaron buscando mayor igualdad en las oportunidades laborales, lo cual también conducía a desigualdades económicas y con ello, a que las personas con discapacidad presentaban índices más altos de pobreza (Thomas, 2004). Uno de los grupos más reconocidos fue la Unión de Discapacitados Físicos Contra la Segregación (Union of Physically Impaired Against Segregation - UPIAS), quienes manifestaban que la discapacidad es una construcción social y la exclusión y barreras que experimentan los diversos grupos de personas con discapacidad proviene de la estructura social; por lo que reivindican el cambio social (Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019).

A partir de esta premisa, nace el modelo social, el cual fue denominado modelo minoritario, que tiene por fundamento la búsqueda de la autodeterminación y desarrollo personal de las personas con discapacidad, quienes conocen cuáles son sus necesidades y cuentan con las habilidades para realizar los cambios y generar soluciones (Goodley et al., 2014). Cabe mencionar que este modelo, no solo reconoce las condiciones inequitativas de las personas con discapacidad, sino también de diversos grupos étnicos y raciales discriminados históricamente (Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019).

Modelo psicosocial

Sin embargo, así como el modelo médico recibió cuestionamientos, también lo recibió el modelo minoritario; lo que condujo a la construcción de un modelo explicativo que incluye variables individuales y sociales, el cual fue plasmado en la Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (en adelante CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001). Este modelo cuenta con una perspectiva psicosocial, determinando las áreas desde las cuales surgen las discapacidades: el déficit, la limitación, la restricción y la

barrera. El déficit es una pérdida o anormalidad de una fracción del cuerpo o de una función fisiológica o mental. Las limitaciones son un impedimento que un individuo puede tener en la realización de actividades, las cuales se pueden presentar en distintos grados. La restricción son obstáculos que tiene la persona para su desenvolvimiento en situaciones vitales; y la barrera son elementos ambientales que condicionan el funcionamiento de la persona con discapacidad (Romañach & Lobato, 2005).

La narrativa psicosocial, aunque muestra una evolución al incorporar al ambiente y el contexto como elementos importantes para analizar la discapacidad falta el reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos sociales, y por ello, sujetos de derechos, ya que sigue percibiendo a la persona con discapacidad como el problema, en vez de ubicar al Estado y a la sociedad como actores principales para la inclusión (Seoane & Seoane, 2011).

No obstante, en la actualidad no se puede concluir que alguno de estos modelos ha desaparecido, en realidad, existen unos más posicionados que otros en las narrativas de las personas con DI, de sus familias, del personal de salud y de las instituciones.

Pese a la existencia de narrativas o modelos explicativos emergentes, siguen posicionadas las narrativas dominantes, como la religiosa y la narrativa médica, fundamentadas en la estructura hegemónica que concibe la realidad como un sistema de relaciones verticales, donde aquellos que cumplen con las categorías socialmente aceptadas, excluyendo o dominando a aquellos que no cumplen con estos requisitos. Los grupos poblacionales minoritarios históricamente han sido invisibilizados al no cumplir con estos requisitos, y por ello son excluidos, entre ellos se encuentran las personas con discapacidad. El modelo psicosocial, aunque logra incorporar elementos del ambiente que inciden en la realidad de las personas con discapacidad y no las sitúa como el foco del problema; continúa manteniendo esta estructura jerárquica y vertical, donde los expertos, sean profesionales de la salud, de la educación o instituciones gubernamentales son quienes determinan las formas de vivir de las personas con DI leve.

Por lo anterior, el enfoque sistémico complejo y el modelo ecológico fueron los marcos conceptuales de análisis, ya que, desde la experiencia interventiva e investigativa adquirida en el trabajo de grado anterior, se pudo confirmar que las interacciones y la interconexión de los diversos actores, ambiente y objetos funcionan de manera integral como un todo; por lo

que un cambio en cualquiera de estos elementos pertenecientes a los sistemas de la estructura social, los cuales contemplan desde el individuo hasta el momento histórico desencadenaran cambios en los otros sistemas; y es por esto, que el modelo social de minorías poco a poco ha ido generando transformaciones en las narrativas de todos los actores del sistema social, materializando los actuales enfoques de derechos, género y diversidad funcional.

Postulados teóricos

Propuesta de complejidad

Estos diversos modelos explicativos por medio de los cuales se interpreta la DI se traducen en acciones en la vida práctica, y al no ser posible diferenciarlos unos de otros de manera tajante, se puede decir que coexisten todos simultáneamente; al igual que las diversas narrativas de los actores involucrados, lo que conlleva a diversos órdenes de complejidad que generan momentos de equilibrio y otros de desequilibrio, impactando en las diferentes dinámicas relacionales; dinámicas que pueden facilitar u obstaculizar que emerjan los recursos o capacidades de las personas con DI(Prigogine, 1988).

Lo anterior, es la razón por la cual al día de hoy continúan discusiones respecto a la autonomía, maternidad o paternidad, vinculación afectiva, desarrollo de su sexualidad, entre otros en las personas con DI, lo que da cuenta de elementos que antes no eran concebidos ni contemplados, y son la perspectiva ética y el enfoque de derechos, los cuales pretenden posicionar a las personas con DI en un lugar de equidad e igualdad frente al resto de la población, replanteando los modelos deterministas asociados a la normalidad y anormalidad; con el objetivo de visibilizar otros matices para abordar las necesidades que históricamente han sido negadas para las personas con este diagnóstico(Kosko, 1993).

La propuesta de complejidad ha contribuido a la inclusión de nuevos conceptos, como el de diversidad funcional, que permite ampliar el espectro respecto a las formas de comprender y experimentar la vida; es decir que, al incluir estos matices, se reconoce la pluralidad de cada historia de vida y sus circunstancias; y con ello, evitar la dicotomía de cumplir o no con el rol social preestablecido; pensamiento que históricamente ha definido las formas de comprender la realidad en el mundo occidental(Caro Almela, 2002).

Estos nuevos matices de comprensión de la discapacidad han sido plasmados en los marcos normativos y legislativos de cada país, y en general en el mundo, evidenciándose la transformación de modelos más tradicionales a modelos más incluyentes de las personas con DI que han conducido a nuevas creaciones y convergencias abriendo la puerta a nuevas realidades; y con ello, visibilizar otras necesidades, entre ellas la sexualidad (Bruner, 1988).

Construccionismo

Desde esta perspectiva se construye este estudio, en la cual, las personas con DI pueden redefinir y reinterpretar sus realidades a partir de reconocer sus necesidades sexuales y afectivas, y desde allí, buscar alternativas y soluciones que las satisfagan, lo cual, de manera implícita conducirá al fortalecimiento de su autonomía y desarrollo personal.

Esta construcción de diversas y nuevas realidades, como se mencionó anteriormente, no solo involucra a las personas con DI, sino a todos los actores, como a la familia, el personal de salud y educación y a las instituciones, las cuales no solo se construyen desde sus narrativas, sino de lo que se gesta en esas relaciones; es decir, que los cambios y las transformaciones se dan a nivel personal hasta el nivel estructural, generando nuevos modos de vivir y formas de interacción. Frente al tema abordado en este estudio, se puede decir, que la perspectiva desde la cual se comprende la sexualidad de las personas con DI ha impactado en la forma como se narran las personas con DI hasta el marco político representado en las normativas y legislaciones. Esto ha conducido a la co-evolución de todos los actores y emergencias vitales, dando sentido a procesos de autonomía y responsabilidad (Gergen, 1996).

Constructivismo

Lo anterior solo es posible en la medida que se reconozca esta autonomía en las personas con DI para tomar decisiones en diversas áreas de su vida. Se parte de Von Glasersfeld (S.F. citado en Pakman, 1996) percibir a un sujeto activo co-creador de su realidad y no como un sujeto pasivo que solamente está descubriendo realidades denominadas objetivas; es decir que el sujeto, o en este caso la persona con DI y sus estructuras cognitivas configura su mundo y le da sentido a través de sus interacciones con otros, donde la realidad es el resultado de la interacción de los discursos que construyen significados (Schwandt, 1994).

Epistemología de la cibernética de segundo orden

Al partir del observador o persona con DI, la cibernética de segundo orden se enfoca en que el observador es transformado por lo que observa y viceversa; visibilizando que aquello que observa, es lo que crea, su realidad (Izuzquiza, 2006). Por esto, es que se habla en este estudio de la perspectiva de la complejidad, ya que, una intervención en el observador o en lo que observa, generará un cambio significativo en los dos.

Desde la cibernética de segundo orden todos los actores involucrados con las personas con DI tienen una narrativa de la experiencia de sexualidad en ellos, creando una realidad en un contexto particular que los involucra, los cuales estarán atravesados por uno u otro modelo explicativo, sea el modelo moral-religioso, el médico, el social o el psicosocial, entre otros; y esto facilita u obstaculiza los procesos de autonomía y apertura para el desarrollo integral de las personas con DI (Watzlawick, 1974).

Es decir, que desde la cibernética de segundo orden y la perspectiva de narrativa, el primer actor a quien se debería acudir para la comprensión de su realidad y sus necesidades, es a las personas con DI, y no a sus familiares, profesionales de la salud o de educación, y aunque estos relatos puedan ser ambiguos o contradictorios, no es diferente a las contradicciones o dudas que puede experimentar cualquier otra persona, ya que, las contingencias y cambios del día a día conducen a una realidad cambiante y en transformación constante. Sin embargo, el proceso de creación incluyendo las narrativas de las personas con DI que se ha dado en los últimos años (como se observó en el modelo de minorías) ha permitido replantear los relatos dominantes históricamente validados como mandatos culturales, que no había posibilitado nuevas formas de abordar este fenómeno (Sánchez, 2000).

Modelo ecológico y sistémico

Uno de los modelos teóricos que se percibe más integrativo, es el modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987), el cual incorpora la metáfora circular de la cibernética, donde todos los sistemas se retroalimentan y se transforman entre sí; por lo que el desarrollo sexual de las personas con DI estaría influido por las características personas (ontosistema), características del ambiente inmediato que suele estar representado por familiares o de sus cuidadores (microsistema), características de los contextos comunitarios donde se

desenvuelven los sujetos y las familias (mesosistema), sistema conformado por las instituciones que median entre el nivel familiar y la cultura (exosistema), factores de carácter general asociados a la estructura de la sociedad (macrosistema) y el momento histórico en el que se encuentra inmerso el individuo (cronosistema).

Al considerar la discapacidad como un fenómeno relacional, en donde interactúan factores personales y biológicos, los cuales son potenciados o exacerbados por factores contextuales, desde el contexto inmediato como la familia o más amplio como la cultura; las narrativas dentro del sistema familiar o cultural se pueden convertir en profecías auto cumplidas en la vida cotidiana de las personas con DI, generando mayores discapacidades o limitaciones (Baquero Torres, 2015).

No solo por el impacto que tienen estas narrativas en los propios relatos y discursos de las personas con DI, sino también por las barreras de carácter social asociadas a la enfermedad y la discapacidad, forjando restricciones en la participación de diversas áreas, como la vida social y comunitaria, la vida laboral, la vida en familia, la educación, las relaciones interpersonales y por supuesto el desarrollo sexual (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Discapacidad y sexualidad

La sexualidad es un aspecto central del desarrollo y la experiencia humana (Jahoda & Pownall, 2014), y por ello, se debe concebir como un aspecto integral para el desarrollo personal. La sexualidad es multifacética, con dimensiones biológicas, sociales, psicológicas, espirituales, éticas y culturales” (Gougeon, 2009). Por lo anterior, para este estudio se tomará la definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011), la cual refiere que la sexualidad es la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, que enriquecen positivamente y que mejoran la personalidad, la comunicación y el amor, lo cual impacta en la calidad de vida.

Es decir, que la sexualidad incluye el aspecto biológico asociado a la genitalidad, pero también la afectividad, la corporeidad, la búsqueda de placer, lúdico y un medio de comunicación interpersonal (Beltrán Lozada & Rubiano Triana, 2016). Y es por ello que el desarrollo psicosexual se producirá por medio del aprendizaje a partir de experiencias personales y relaciones interpersonales.

Corporalidad, afectividad y sexualidad

Lo que se ha podido observar en personas con DI es que se encuentran en contextos en los cuales son considerados como niños pasivos y asexuales que conducen a prácticas limitantes y coercitivas que los inmovilizan y bloquean su desarrollo, mucho más que la propia discapacidad (Baquero Torres, 2015).

Si partimos de este concepto de percibir a las personas con DI como los niños eternos (Foucault, 2000). Las personas con DI al ser vistas como asexuales son controlados por los otros adultos (familia, cuidadores, personal de salud y educación), generando una represión, donde prima el silencio frente a los temas de sexualidad, desencadenando en obstáculos que no permiten no solo el desarrollo de su sexualidad, sino de su individualidad y autonomía (Baquero Torres, 2015). La infantilización de las personas con discapacidad intelectual socava su condición de agentes autónomos, limitando sus oportunidades de tomar decisiones en su vida diaria (Björnsdóttir et al., 2015).

Respecto a la afectividad y la posibilidad de tener relaciones de pareja. Las investigaciones han mostrado que las personas con DI tienen interés en tener relaciones íntimas con una pareja, mostrando mejores niveles de calidad de vida y autoimagen en comparación con otras personas con DI que tienen amigos cercanos, enriqueciendo su mundo interior, contar con más apoyo emocional, generando un espacio de relajación y expresión de su emocionalidad (McVilly et al., 2006); como también obtienen más habilidades sociales y avanzar en un mayor ajuste social (Heiman, 2000); y a fortalecer su independencia y autorrealización (Craft & Craft, 1979).

El enfoque de desarrollo ha mostrado que las personas con DI pasan por las mismas etapas de desarrollo psicosexual y afectivo que la población en general, solo que es un proceso más lento (Zigler, 2002). No obstante, requieren de apoyo para adquirir habilidades y comportamientos necesarios para poder responder a situaciones de interacción social (McVilly et al., 2006).

Autonomía

Adquirir habilidades para relacionarse y para ejercer su sexualidad, implícitamente contribuye con el desarrollo de su autonomía y responsabilidad sobre sus cuerpos, sus relaciones y sus vidas.

Desde una mirada más política, la autonomía se podría denominar como ciudadanía íntima, la cual es definida como “el control (o no) sobre el propio cuerpo, sentimientos, relación: acceso (o no) a representaciones, relaciones, espacios públicos, etc.; y elecciones socialmente basadas (o no) sobre identidades y experiencias de género” (McRuer & Mollow, 2012). Es decir, que hace referencia a todas las decisiones que se puedan tomar sobre su propio cuerpo y en el contexto asociado a ese cuerpo. Por ello, las personas con DI deberían tener plena participación en todos los aspectos asociados a su sexualidad: relaciones, afectividad, orientación sexual, identidad, entre otros.

Por lo anterior, es importante abordar las necesidades y deseos de las personas con DI, respetando sus opciones de elección, al mismo tiempo que se apoya en el desarrollo de la responsabilidad, independencia y autonomía (Reiter, 2009). Y es por esto, que familia, cuidadores, profesionales de la salud y educación, como las instituciones deben replantearse sus narrativas y discursos, reorientando los programas de intervención y educación no solo en la prevención del embarazo, el abuso sexual o el contagio de ETS y VIH, a aspectos mucho más amplios de la sexualidad y de su desarrollo personal.

Sin embargo, todos los actores mencionados previamente se encuentran en una disyuntiva, promover la autonomía sexual desde posturas conservadoras y paternalistas, en un contexto con poca claridad legal y ética sobre dudas de cuáles son los límites de sus obligaciones y deberes con las personas que presentan diagnósticos de DI (McGuire & Bayley, 2011). Frente a esta situación buscar un punto medio a partir de la “dignidad de correr riesgos”, y esa toma de riesgos hace parte de experimentar una vida integral (Gougeon, 2009).

Desde el Modelo Funcional de Autodeterminación (Wehmeyer, 2004) fundamentado en la Teoría de la Agencia Causal (Shogren et al., 2015), se define la autodeterminación como aquellas acciones volitivas que facilitan a las personas ser agentes causales de sus vidas, a partir de cuatro características: autonomía, autorregulación, empoderamiento y autoconocimiento (Peralta López & Torres, 2014).

Analizando el postulado de Walker et al. (2011) desde el modelo ecológico, la autodeterminación puede ser posible al tener en cuenta factores personales y ambientales. Al definir la autonomía en relación con el entorno, se acepta la influencia de los demás, y

potenciar la autonomía no solo dependerá de la presencia de ciertas capacidades cognitivas, sino de otras muchas habilidades (Davy, 2015).

Enfoque de derechos

El concepto de autonomía y autodeterminación ha tomado mucha más fuerza en los últimos veinte años, y uno de las instancias que ha incidido significativamente fue la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante CDPD), la cual fue convocada por las Naciones Unidas en el año 2006, y pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

Uno de sus principios generales menciona “el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”, lo cual ha contribuido a resignificar la forma como se comprende la discapacidad y las respuestas a las necesidades de las personas con discapacidad. Esta resignificación se orientó a cuestionar la discapacidad como un problema médico y enfocarlo en un problema de derechos humanos.

La CDPD fue un tratado construido por personas con discapacidad, funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones no gubernamentales, entre otros; basado en el enfoque de derechos, por lo que implícitamente incluye el enfoque diferencial y de género. Este tratado se ha constituido en el primer instrumento a nivel internacional que garantiza que los Estados fomenten y protejan los derechos de las personas con discapacidad.

Dado el contexto anterior, los diversos Estados han venido construyendo normativas internas para descender los lineamientos de la CDPD a sus realidades. En el caso de Colombia, existen dos normativas que atañen a este estudio, la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social y la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital.

Los dos instrumentos jurídicos mencionados previamente se construyeron a partir de la Constitución Política de 1991, la cual se desarrolló en el marco jurídico enmarcado desde un Estado Social de Derecho. Dentro de los principios de la Constitución está la dignidad, la

cual es comprendida como luchar contra la discriminación, reconocer derechos específicos a este grupo poblacional, y comprender sus necesidades de forma integral y holística (Londoño, 2004).

En el año 2007 se promulgó la Ley 1145 por la cual se organizó el Sistema Nacional de Discapacidad, para impulsar la formulación e implementación de la política pública de discapacidad a nivel nacional que buscaba promover los derechos humanos, de la cual derivó la política nacional con vigencia de 2013 a 2022. Uno de los ejes de esta política pública es el reconocimiento de la diversidad, el cual tiene por objetivo cambiar los imaginarios sociales en cuanto a que la discapacidad hace parte de la diversidad humana, para construir una sociedad incluyente.

En cuanto a la Política Pública Discapacidad para el Distrito Capital, tiene por objetivo generar instancias que faciliten la prevención, los cuidados en salud y psicológicos, la habilitación, la rehabilitación, la educación, la orientación, la integración laboral y la garantía de los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales de las personas con limitación y/o discapacidad; partiendo de un concepto de discapacidad dinámico que es el resultado de la interacción de la persona con el ambiente.

Dentro de sus principios menciona el de autonomía, el cual definen como la capacidad para tomar decisiones libres, y con ellas poder responder y satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores dentro de un marco funcional, social y político. Otro de los principios que mencionan es la diversidad, enténdelo como el derecho al reconocimiento de lo heterogéneo, la diferencia, la individualidad, la Multiculturalidad y la interculturalidad.

No obstante, al analizar las tres normativas, la CDPD y las políticas públicas en Colombia, ninguna de manera explícita menciona el desarrollo psicosexual, pero al estar construidas desde el enfoque de derechos dan un marco de análisis que permite incorporar esta área de la vida.

Sin embargo, dentro del análisis de la literatura realizado para este estudio, se encontró un programa de intervención en sexualidad para personas con DI basado en el enfoque de derechos, llamado “Vidas Sexuales y Relaciones Respetuosas” (en inglés “Sex Lives and Respectful Relationships - SL&RR”) (Frawley & Shea, 2018). Este programa en la

actualidad funciona en Nueva Zelanda, y cuenta con cuatro apartados. El primero de ellos, es el trabajo con pares sobre los derechos de la sexualidad a través de relaciones respetuosas. El segundo, es brindar orientación para el fortalecimiento de relaciones de apoyo a través de la asociación de aprendizaje entre pares. El tercero, promover el desarrollo de asociaciones comunitarias involucradas en violencia intrafamiliar, violencia sexual, salud para la mujer y defensa de la discapacidad. Y, por último, generar cambios en las narrativas y prácticas relacionadas con la sexualidad en personas con DI por medio de investigaciones. Este programa permite mostrar luces de cómo podría incorporarse en programas de prevención el enfoque de derechos.

Diversidad funcional

El enfoque de derechos ha contribuido a desafiar las narrativas dominantes, y con ello a transformar el lenguaje por medio del cual se denominan a las personas con discapacidad, a llamarlo diversidad funcional, desde el cual se interpreta a un individuo no solo desde las limitaciones, sino también de sus capacidades, dándole un lugar a una función, intención, deseo o expectativa en la vida, promoviendo en el individuo la acción e interacción, en el cual él podrá ser el protagonista de la construcción de su proyecto de vida, y no solo hacer parte de un proyecto de vida que está determinado desde el nacimiento por su discapacidad (Baquero Torres, 2015).

Sin embargo, lo que sucede en la cotidianidad, pese a que todas las personas cuentan con diversas limitaciones o capacidades, fue llamado “el imperialismo de la identidad”, y es que la sociedad se deja llevar por una identidad o característica en particular anulando las otras, lo que conduce a una limitación. Esta situación es lo que comúnmente sucede con los grupos marginados o discriminados históricamente, invisibilizando la posibilidad de experimentar identidades plurales (Appiah, 2007).

Por ello, el concepto de diversidad funcional permite la construcción de una nueva narrativa que posibilita a las personas con alguna limitación a autodeterminarse o empoderarse (Platero Méndez & Villena Rosón, 2012), y con ello a percibirlos como sujetos de derechos (Romañach Cabrero, 2010).

El empoderamiento es un proceso mediante el cual las personas toman el control de sus circunstancias con el objetivo de alcanzar metas y mejorar su calidad de vida (Silva &

Martínez, 2004). El empoderamiento se relaciona directamente con los derechos humanos al convertirse en una forma de democracia, donde los individuos tienen acceso a la información, la participación y a los medios de producción, con una actitud activa en la construcción de nuevas perspectivas, pero específicamente en su propio desarrollo (Rappaport, 1984).

No obstante, las personas con DI para llegar a empoderarse y autodeterminarse deben contar con condiciones contextuales que le apoyen, sin embargo, brindar ese apoyo ha sido interpretado como iniciar acciones de sobreprotección al ser comprendidos como personas dependientes e incompetentes (Villatoro, 2014).

La dependencia y autonomía no son términos dicotómicos. Las personas al estar inmersas en una sociedad mantienen relaciones de interdependencia, es decir, que personas con DI o sin ella cuentan con diversos grados de dependencia de otras personas o grupos. Al igual que, cualquier grupo poblacional con o sin DI podría desarrollar diversos niveles de autonomía sólo si cuenta con igualdad de oportunidades. En relación con lo anterior, se ha podido observar históricamente como grupos poblacionales minoritarios por una u otra condición han tenido limitaciones para el acceso a servicios o derechos, lo que han conducido a estilos de vida más precarios o a menor autonomía, empoderamiento y autodeterminación para decidir sobre sus vidas y para participar socialmente. Por esto, es que no se puede concluir que una persona con DI es dependiente y que su dependencia es una limitación para su desarrollo humano.

Sistema metodológico

Metodología cualitativa

El presente estudio se desarrolló a partir de la metodología cualitativa, la cual se construye a partir de un proceso circular en espiral en donde las diferentes etapas del proceso interactúan entre sí, a partir de una realidad subjetiva de los diversos actores que participan en relación a los fenómenos sociales. Las técnicas de la metodología cualitativa pretenden analizar las cualidades de las formas y contenido de los seres humanos, utilizando un lenguaje flexible y desestructurado. Su estrategia de recolección de datos se basa en un método inductivo en el cual el investigador parte de hechos particulares para llegar a conclusiones teóricas por medio de la contrastación (Sampieri, 1998).

Investigación documental bibliográfica

Para el presente estudio se llevó a cabo una investigación documental bibliográfica, la cual consiste en un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y/o virtual que servirá de fuente teórica, conceptual y/o metodológica para una investigación científica determinada (Rodríguez, 2013).

Este tipo de investigación contribuye a comprender los acontecimientos históricos, temporales y espaciales de un fenómeno, por medio de la recolección selectiva de bibliografía y otros materiales que contribuyen para el propósito del estudio bien sea de tipo exploratorio cuyo objetivo es probar una o varias hipótesis son válidas o de tipo informativo en el que se da a conocer aquello que es relevante en un tema específico. (Hernández, 2000).

Estado del arte documental

Dentro de los subtipos de investigación bibliográfica se encuentra el estado del arte documental, el cual consiste en un análisis de investigaciones publicadas en los últimos 10 años, que tiene como objetivo la comprensión de las implicaciones teóricas y metodológicas respecto al desarrollo de un fenómeno, que para este caso fue la autonomía y toma de decisiones sobre su sexualidad de personas con DI leve (Duque García et al., 2015).

Análisis de tendencias

Para llevar a cabo el Estado del arte documental se construyeron seis tendencias. El análisis de tendencias es una estrategia de gestión de la información que tiene por objetivo definir prioridades o temas centrales asociados al fenómeno de estudio, que permitirán visibilizar e incorporar elementos documentados en la literatura por medio de la utilización de bases de datos y fuentes de información reconocidas en el contexto académico como repositorios de universidades (Castellanos, Fúquene y Ramírez, 2011).

Las etapas para realizar el análisis de tendencias dentro de su metodología contempla cuatro pasos. El primero de ellos es planificar y definir las necesidades, posterior a ello se debe definir cuál será la estrategia para la búsqueda y captación de la información. El tercer paso consiste en organizar, depurar y analizar la información; y, por último, establecer los

procesos de comunicación y decidir qué información se incorporará (Castellanos, Fúquene y Ramírez, 2011).

Proceso de revisión documental

El primer paso fue realizar la búsqueda de documentos asociados al fenómeno de investigación, la cual se llevó a cabo en bases de datos (Web of Science, Google Scholar, SciELO, Redalyc y PubMed), repositorios de universidades a nivel internacional, nacional y específicamente de la Universidad Santo Tomás.

Posterior a ello, se construyeron las categorías de análisis a partir de la revisión de los títulos y resúmenes de los documentos y los temas de interés de la investigadora.

Después se procedió a organizar y clasificar los documentos en las tendencias tomando como punto de partida dos ejes temáticos elegidos para este estudio: teóricos e investigativos. Los de orden teórico se centran en el análisis de los constructos teóricos y conceptos que permiten explicar o comprender el fenómeno clínico. Y los de orden investigativo se centran en evaluar las experiencias de investigación, diseños, procesos investigados, datos cuantitativos o cualitativos, y las conclusiones en torno a los actores y contexto.

A partir de toda la información recolectada se procedió a elegir aquellos documentos que cumplieran con los criterios previamente establecidos: documentos publicados en los últimos 10 años, mínimo 50 documentos, por lo menos 20 artículos publicados en bases de datos o revistas indexadas, por lo menos 5 artículos en lengua distinta al español, por lo menos 5 investigaciones publicadas en la Maestría de Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás asociadas al fenómeno de estudio.

Con los documentos elegidos se construyó una matriz (Anexo 1), la cual contó con cada una de las tendencias de análisis, y posteriores matrices específicas de cada una de las categorías que en sí misma contenía las tendencias, lo que posteriormente permitió construir este documento.

Descripción de categorías de análisis

El sistema categorial son categorías de análisis que pretenden hacer una lectura del objeto de estudio, las cuales se determinan previo al inicio de la investigación bibliográfica

documental (Galeano & Jaramillo, 2015). Para este estudio se eligieron las siguientes categorías: (1) narrativas dominantes de la discapacidad, (2) marco legal, (3) relatos disciplinares, (4) construcción de narrativas desde la experiencia, (5) autonomía y derechos humanos y (6) autogestión.

Narrativas dominantes de la discapacidad

Dentro de las categorías que se abordaron, la primera de ellas es “Narrativas dominantes de la discapacidad” que tiene por objetivo visibilizar las miradas más tradicionales y diversas perspectivas que describen y comprenden la DI, que han condicionado y limitado el reconocimiento de las personas con DI como sujetos de derechos, entre ellos, asociado a imaginarios creados alrededor de la cultura y el género conduciendo a la exclusión social.

Marco legal

La segunda categoría es “Marco Legal”, la cual se considera como una mirada emergente en los últimos años, que identifica y describe la normativa vigente respecto a los derechos, ética y bioética, tanto a nivel internacional como nacional y distrital de personas con DI.

Relatos disciplinares

La tercera categoría “Relatos disciplinares” comprende las diversas comprensiones y narrativas de diferentes disciplinas respecto a la toma de decisiones y autonomía de su sexualidad en personas con DI, la evolución de las definiciones que han llegado a conceptos como la “diversidad funcional” interpretando la realidad del otro desde la diferencia y no desde la deficiencia.

Construcción de narrativas desde la experiencia

La cuarta categoría “Construcción de narrativas desde la experiencia” identifica y reconoce los discursos, imaginarios y percepciones de los actores principales de la DI, como personas diagnosticadas, las y los profesionales de salud, cuidadores, familia y gobierno.

Autonomía y derechos humanos

La quinta categoría “Autonomía y derechos humanos” fue construida con el objetivo de analizar los documentos orientados a la construcción de identidad frente a la sexualidad en

personas con DI asociado a sus capacidades y limitaciones, cómo influye su contexto más cercano representado en su sistema familiar o cuidadores, y el personal de salud y educación.

Autogestión

La sexta categoría “Autogestión” se construyó a partir de documentos que estuvieran basados en perspectivas con enfoque de derechos y diversidad funcional, los cuales contribuyen a promover toma de decisiones en las personas con DI, y como estos dos conceptos impactan en su desarrollo personal como sujetos de derechos.

Tendencias

Las tendencias son los ejes temáticos sobre los cuales se centró la investigación para esclarecer la realidad del fenómeno de investigación (Galeano & Jaramillo, 2015). Para este estudio se eligieron: (1) tipo de documento, (2) disciplina, (3) cronología, (4) país, (5) tipo de investigación, (5.1) tipo de investigación cualitativa, (5.2) tipo de investigación cuantitativa y (6) población.

Tipo de documento

La primera tendencia de análisis es tipo de documento, definida como la organización, compilación y clasificación de las fuentes documentales para conocer el estado documental del fenómeno a desarrollar.

Tabla1

Tendencia 1: tipo de documento. Fuente Autora

<u>Tipo de Documento</u>	<u>Cantidad</u>
Artículo de revisión de literatura	20
Artículo de investigación empírica	21
Artículo de investigación metaanálisis	1
Informe	4
Trabajos de grado	6
Ensayo	1

Ley	2
Total	55

Disciplina

La segunda tendencia de análisis es por disciplina, la cual brinda desde los saberes disciplinarios comprensiones y lecturas diversas de la sexualidad en personas en condición de discapacidad cognitiva.

Tabla 2

Tendencia 2: Disciplina. Fuente Autora

<u>Disciplina</u>	<u>Cantidad</u>
Psicología	20
Salud y Medicina	14
Enfermería	0
Sociología	4
Derecho	1
Trabajo Social	1
Jurídica	5
Educación	8
Filosofía	2
Total	55

Cronología

La tercera tendencia de análisis es el periodo cronológico de las fuentes documentales consultadas que permite reconocer y comprender cómo ha sido abordado e investigado temporalmente el tema de la sexualidad en personas en condición de discapacidad cognitiva en la última década.

Tabla 3

Tendencia 3: Cronológica. Fuente Autor

<u>Nº</u>	<u>Cronología</u>	<u>Cantidad</u>
1	2006	1
2	2007	1
3	2010	4
4	2011	3
5	2012	6
6	2013	4
7	2014	7
8	2015	6
9	2016	2
10	2017	11
11	2018	7
12	2019	1
13	2020	2
Total		55

País

La cuarta tendencia de análisis es el país donde se publicaron las fuentes documentales consultadas que permite identificar los lugares donde muestran mayor interés por desarrollar investigaciones o abordar la sexualidad en personas en condición de discapacidad cognitiva.

Tabla 4

Tendencia 4: País. Fuente Autora

<u>Nº</u>	<u>País</u>	<u>Cantidad</u>
-----------	-------------	-----------------

1	Escocia	2
2	Estados Unidos	3
3	Colombia	13
4	España	11
5	Venezuela	3
6	Internacional	0
7	México	5
8	Chile	1
9	Puerto Rico	1
10	Australia	3
11	Irlanda	1
12	Israel	1
13	Inglaterra	1
14	Europa	1
15	Islandia	1
16	Sudáfrica	1
17	Nueva Zelandia y Suecia	2
18	Canadá	2
19	Países bajos	1
20	Brasil	2
Total		55

Tipo de investigación

La quinta tendencia es tipo de investigación de las fuentes documentales consultadas la cual brinda elementos para comprender el nivel de análisis, los pasos que se siguieron en la

investigación, las técnicas y métodos de los estudios e investigaciones realizadas en el tema.

Tabla 5

Tendencia 5: Tipo de investigación. Fuente Autora

<u>Tipo de investigación</u>	<u>Cantidad</u>
Cuantitativo	11
Mixto	2
Cualitativa	36
Total	49

Investigación cuantitativa

La tendencia 5.1. está orientada a especificar el alcance de la investigación cuantitativa.

Tabla 6

Tendencia 5.1: Investigación cuantitativa. Fuente Autora

<u>Investigación cuantitativa</u>	<u>Cantidad</u>
Descriptivo	9
Correlacional	2
Interventivo	0
Total	11

Investigación cualitativa.

La tendencia 5.2. está orientada a especificar cuál es la técnica de recolección de información de la investigación cuantitativa.

Tabla 7

Tendencia 5.2: Investigación cualitativa. Fuente Autora

<u>Investigación cualitativa</u>	<u>Cantidad</u>
----------------------------------	-----------------

Observación no participante	2
Observación participante	0
Análisis de documentos	19
Entrevistas	13
Grupos focales o de discusión	2
Intervención Acción Participativa	2
Análisis de material visual/auditivo	1
Total	39

Población

La sexta tendencia es la población de las fuentes documentales consultadas, que posibilita comprensiones del fenómeno desde los autores que participan y vivencian la sexualidad en personas en condición de DI.

Tabla 8

Tendencia 6: Población. Fuente Autora

<u>Población</u>	<u>Cantidad</u>
Personas DI	42
Familia y/o cuidadores	9
Personal en salud	3
Gobierno	1
Total	55

Análisis de categorías por tendencias

Tabla 9

Cantidad de documentos por categoría. Fuente Autora

<u>Categorías</u>	<u>Cantidad</u>
1 Narrativas dominantes de la discapacidad	8
2 Marco Legal	4
3 Relatos disciplinares	8
4 Construcción de narrativas de experiencias	13
5 Autonomía y derechos humanos	18
6 Autogestión	4
Total	55

Narrativas dominantes de la discapacidad

El universo documental revisado para esta categoría incluye artículos de revisión de literatura y de investigación empírica.

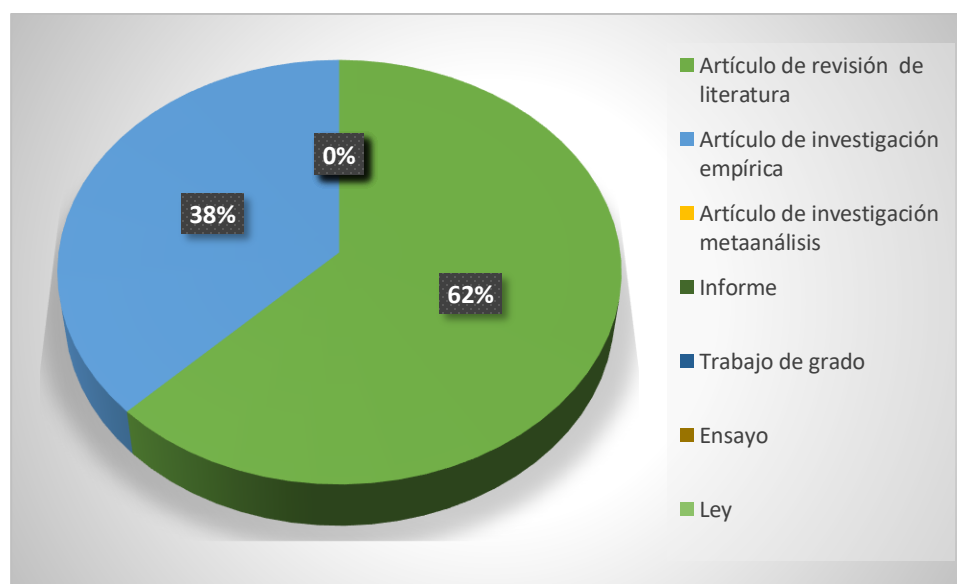


Gráfico 1 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

Lo anterior, y para la muestra documental se observa una gran cantidad de artículos de revisión de literatura, que corresponden a investigación cualitativa; con un 62% de documentos que conducen al análisis de las narrativas desde diversas perspectivas, entre ellas las narrativas asistenciales-caritativas asociadas a las miradas religiosas y más conservadoras,

narrativas médico- clínicas que se desarrollan desde el área de la salud y las narrativas biopsicosociales, modelos teóricos más vanguardistas y desarrollados principalmente desde finales del siglo XX (Restrepo, 2010).

La segunda tendencia identificada se relaciona con artículos de investigación empírica, los cuales han realizado un acercamiento a la población con DI y sus familiares, con el objetivo de identificar las percepciones asociadas a esta condición.

Respecto a los otros tipos de documentos mencionados en este estudio, como son informes, metaanálisis, trabajos de grado, ensayos o leyes, para esta categoría no se encontró ninguno.

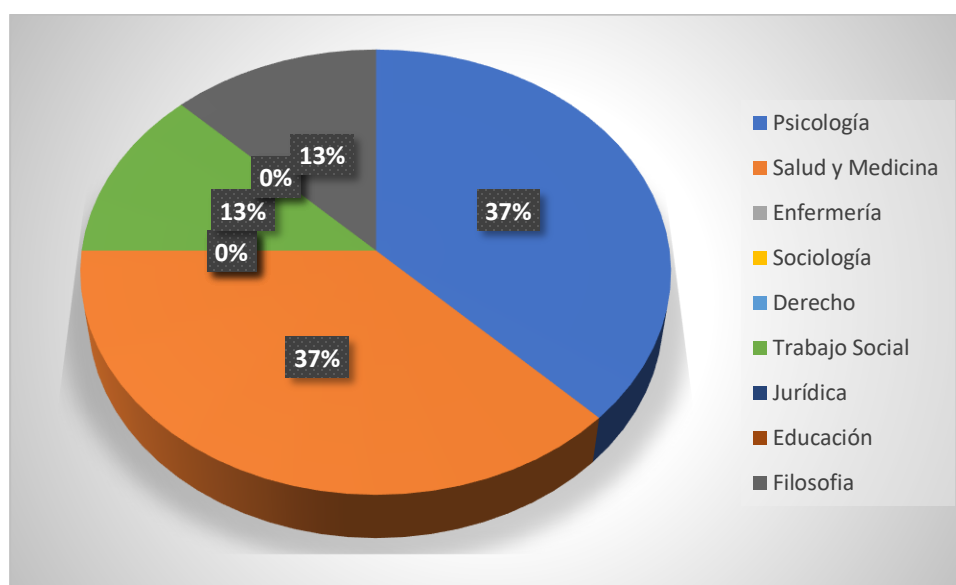


Gráfico 2 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora

Por otra parte, respecto a la tendencia de disciplinas el 37% de estudios se realizaron desde la psicología, el mismo porcentaje para los estudios desde la salud y la medicina. Con un 13% de representatividad de estudios desde Trabajo social y Filosofía.

Desde la psicología se pudo evidenciar, que los estudios estuvieron orientados a cuestionar las percepciones y actitudes que sustentan la exclusión social de las personas con DI, realizando un análisis de las narrativas de los sistemas familiares y de las mismas personas que experimentan la discapacidad; narrativas centradas en las deficiencias cognitivas, lo cual eclipsa otras áreas de sus vidas (Pownall et al., 2020).

En cuanto a los sistemas familiares, se observó cómo las narrativas y discursos respecto a la DI influyen en la construcción de su identidad y de participar o no de manera activa en el desarrollo de su sexualidad al ser un aspecto al cual se le presta poca atención (Díaz et al., 2014; Jahoda & Pownall, 2014; Restrepo, 2010).

Desde las personas con DI se exploraron cuáles son sus motivaciones, deseos, experiencias y expectativas en cuanto a su sexualidad, encontrándose en algunos casos actitudes negativas frente a la sexualidad por ser un área tabú en la cual no se les induce a explorar o conocer desde la adolescencia, pero también porque puede ocurrir la llamada “profecía autocumplida” y es alejarse de la intimidad y la sexualidad (Milligan & Neufeldt, 2001).

Lo anterior se asocia no solo a percibir a las personas que presentan DI como personas incapaces, sino a una visión restringida y limitada de la sexualidad, que se centra en la procreación o la prevención de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (en adelante ETS) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH), invisibilizando otros aspectos de la sexualidad como son las relaciones de pareja y orientación sexual, que constituyen un eje central para una mejor calidad de vida. No obstante, este análisis, mostró ser divergente a las percepciones de sexualidad que tienen las personas con DI, quienes no solo han tenido experiencias sexuales, sino también conciben el tener relaciones de pareja, casarse y el deseo como elementos importantes para su desarrollo personal (Valdivia, 2013).

Otra disciplina que en los últimos años ha mostrado interés en la sexualidad de las personas con DI, son las ciencias de la salud y medicina. Desde el modelo médico se pudo observar que comparten narrativas similares a los sistemas familiares, interpretando la sexualidad desde la prevención del embarazo y contagio de ETS por medio del uso de métodos anticonceptivos; lo que ha conducido a que los programas de prevención no siempre cuenten con toda la información necesaria, o en otros casos no son incluidos en estos espacios de formación al concluir que no cuentan con habilidades cognitivas para comprender los contenidos; situación que los pone en un mayor riesgo (Caricote, 2012b).

Aunque los aspectos anteriores están orientados a tener una buena salud física, aún se siguen obviando las áreas asociadas a la salud mental, como la posibilidad de construcción de familia, una dimensión importante para el desarrollo de la personalidad, invisibilizando

los aspectos del desarrollo individual y social. Es decir, que la visión médica sigue percibiendo a las personas con DI con inferioridad biológica y con una pérdida de funcionalidad para el manejo de su cuerpo y sus decisiones(Sinclair et al., 2015).

En cuanto a las disciplinas de Trabajo Social y Filosofía, las cuales estuvieron representadas por un 17%, que hace referencia a uno documento por cada una; se encontró que sus análisis estuvieron orientados a identificar cuáles son las prácticas sociales más aceptadas para el ejercicio de la sexualidad en personas con DI, como la masturbación, y cómo estas prácticas también limitan el desarrollo libre y. La masturbación ha sido vista como una opción para satisfacer necesidades sexuales en las personas con DI, no obstante, existen varios cuestionamientos éticos y procedimentales, ya que, siguen siendo prácticas impuestas externamente que no están incorporando las necesidades y deseos de las personas con DI, son prácticas que en espacios de institucionalización no pueden realizarse porque no existen espacios de privacidad; en muchas ocasiones son profesionales en salud los cuales enseñan cómo realizarla, lo cual se ha cuestionado porque atenta contra la intimidad y por el riesgo de situaciones que puedan ser interpretadas como abuso sexual (Gill, 2012).

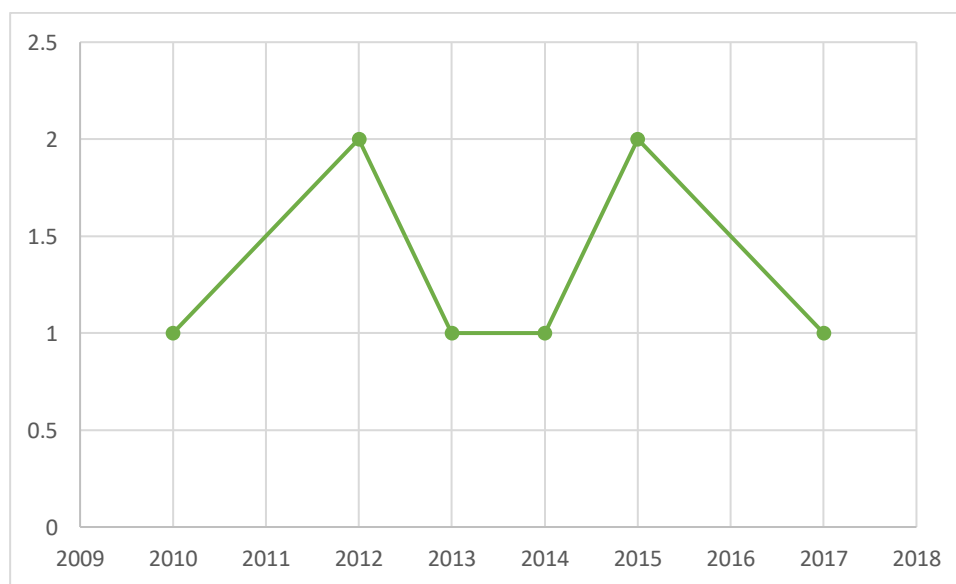


Gráfico 3 – Tendencia cronológica. Fuente Autora

Respecto a la cronología, para este análisis se tomaron estudios como máximo del 2010 a la fecha. En la gráfica se puede observar dos momentos de mayor producción de investigaciones, en los años 2012 y 2016. Se pudo observar que el 100% de los documentos

presentan un enfoque de derechos, asociado a términos como diversidad sexual, equidad y aceptación de la diferencia, cuestionando narrativas asistenciales y médicas que contribuyen a la discriminación y exclusión social. Estos documentos han incorporado el modelo ecológico que plantea que los individuos a través de diferentes ambientes en los que se desenvuelven y se correlacionan entre sí, influyen en su desarrollo moral, cognitivo y relacional (Bronfenbrenner, 1987). El primero de los niveles es el Ontosistema, en el cual estarían todos los factores biosociales que subyacen a la historia personal. En este nivel se pueden considerarse variables asociadas a la edad, sexo, nivel educativo, empleo o ingresos económicos. El segundo nivel es el microsistema que enfatiza en las relaciones más próximas en la familia de pertenencia, entre cónyuges o parejas, y entre quienes forman el grupo familiar y grupo más cercano de amistades. El tercer nivel es el mesosistema el cual explora los contextos comunitarios en donde se desarrollan los individuos y las familias, así como las relaciones sociales que se establecen en los vecindarios, el barrio, los ambientes escolares y laborales más próximos. El cuarto nivel es el exosistema, conformado por el sistema de relaciones enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel familiar del adolescente como son la escuela, el barrio o la iglesia. El quinto es el macrosistema, el cual reúne los factores de carácter más general, relativos a la estructura de la sociedad; y por último está el cronosistema que hace referencia al momento histórico en el que se encuentra inmerso el individuo. Este modelo aparece en el año 1979 creado por Bronfenbrenner, el cual ha sido utilizado para analizar diversos fenómenos sociales, entre ellos, la DI; y es por esto quizás que todos los documentos analizados desde el 2010 hasta hoy, tienen una perspectiva psicosocial e incluyente.

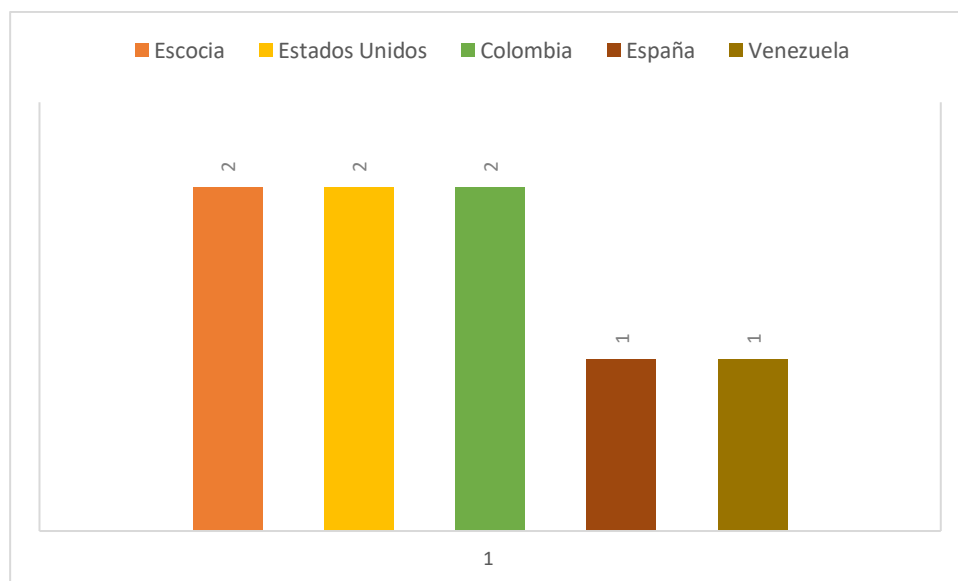


Gráfico 4 – Tendencia por país. Fuente Autora

Respecto al país, al realizar búsquedas de los documentos en bases de datos, se pudo encontrar investigaciones a nivel mundial, donde se encontró que la mayor cantidad se han producido en Escocia y Estados Unidos. En cuanto a Escocia, al ser parte del Reino Unido tiene alta producción de investigación; y en el caso de Estados Unidos, existe una tradición de altos niveles de investigación en diversos temas.

La producción de investigaciones en Latinoamérica y específicamente en Colombia, se evalúa como significativo, ya que se encontraron la misma cantidad de investigaciones encontradas en Estados Unidos y Escocia. Estas investigaciones han estado centradas en analizar narrativas excluyentes y han sido estudios de corte cualitativo, los cuales están cuestionando los prejuicios existentes de las personas con DI.

Dado que se identificaron documentos de diversos países y continentes, no se hizo análisis específicos por ciudades en Colombia.

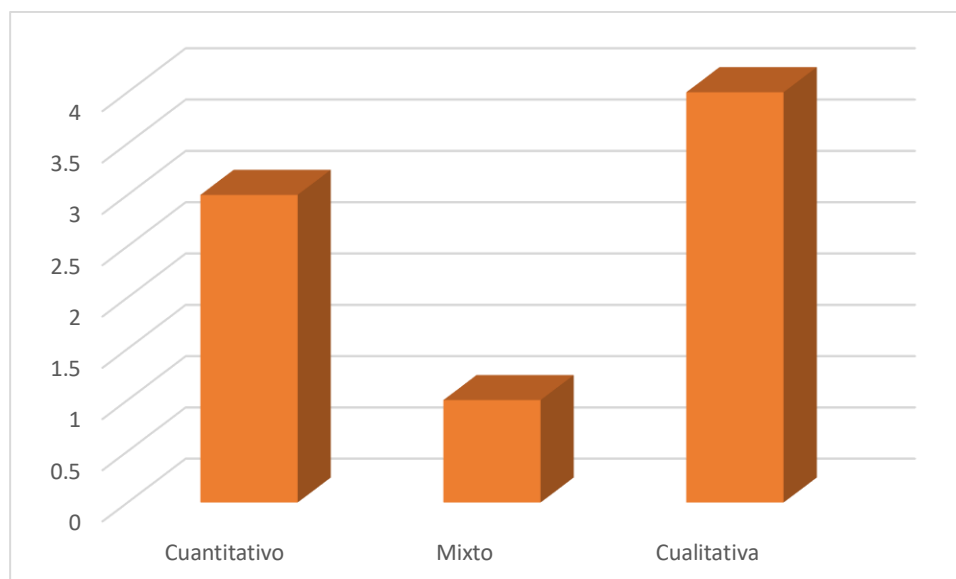


Gráfico 5 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora

Como se observa en la gráfica, la mayor cantidad de investigaciones se realizan desde la investigación cualitativa, y esto se ha asociado a la importancia de reconocer los discursos y narrativas de las personas con DI, familiares y/cuidadores, y con ello comprender cuales son las motivaciones, percepciones y actitudes hacia esta condición, lo que no podría fácilmente identificarse desde la investigación cuantitativa (Gill, 2012). No obstante, la investigación cuantitativa se ha centrado en realizar investigaciones descriptivas para evaluar porcentajes a nivel general de variables sociodemográficas, expectativas y experiencias asociadas a la sexualidad de la población con DI (Jahoda & Pownall, 2014). También se observó que un objetivo de estos estudios fue analizar las diferencias entre población con DI y sin discapacidad, concluyendo que las diferencias están presentes frente al acceso a la educación sexual y falta de autonomía e independencia para desarrollar su sexualidad. Sin embargo, se encontraron similitudes respecto a motivaciones, expectativas y experiencias en todas las áreas de la sexualidad, dentro de ellas la búsqueda de placer, tener una relación afectiva y construir familia (Sinclair et al., 2015).

Las investigaciones mixtas, las cuales incorporan la investigación cuantitativa y cualitativa son pocas, y esto se puede asociar a que requieren de mayores tiempos para el análisis de datos y esto también hace a este tipo de investigaciones más complejas.

Todas las investigaciones analizadas en este estudio fueron desde la evaluación del fenómeno y ninguna fue de tipo interventivo.

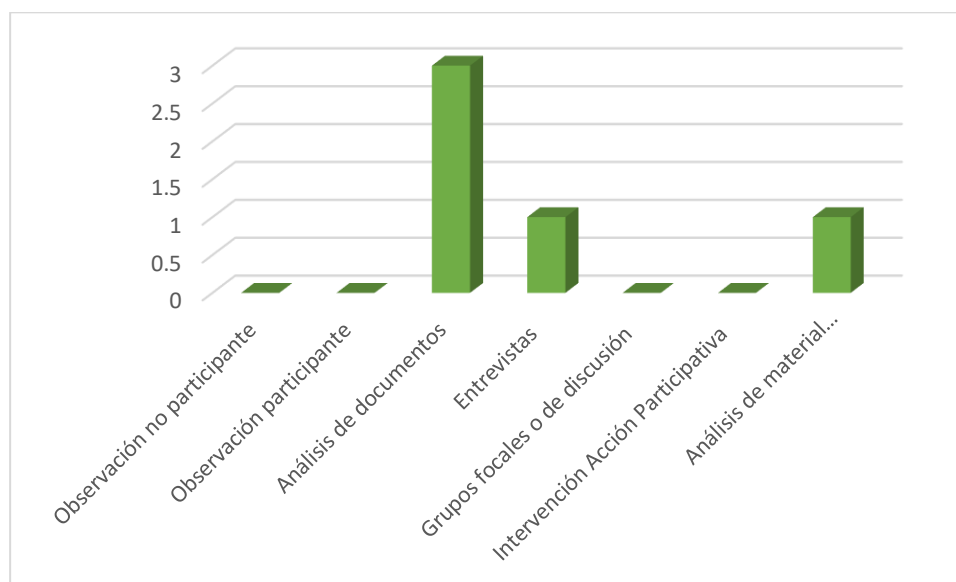


Gráfico 6 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora

Específicamente frente a las investigaciones cualitativas se realizó un análisis de cuáles son las técnicas de recolección de datos más utilizada. Para este estudio se encontró que el mayor porcentaje fue el análisis de documentos, asociado al tipo de documento mencionado en la primera tendencia, donde primaron las investigaciones de revisión de literatura, que se asocia también al otro tipo de técnica que predominó acá, y es el análisis de material visual/auditivo. Sumado a lo anterior, se reitera que las técnicas encontradas se asocian a investigaciones no interventivas, por lo que no se encontró representatividad en otras técnicas como Intervención Acción Participativa u Observación Participante.

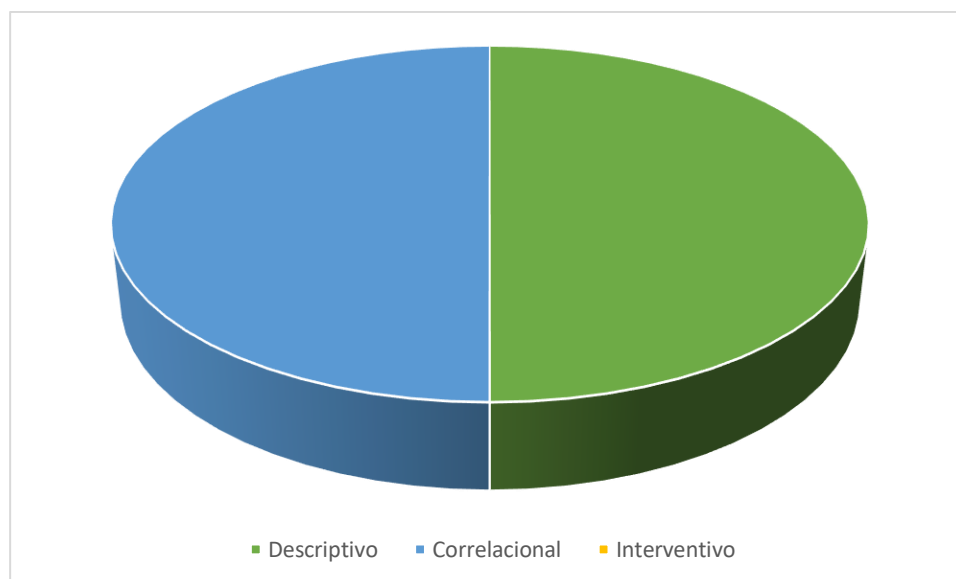


Gráfico 7 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora

Y en cuanto a las investigaciones cuantitativas, se reitera que no se encontraron de tipo interventivo, solo de tipo descriptivo y correlacional. Esto se puede asociar a que esta categoría está realizando un análisis de las narrativas dominantes de la DI, y no alternativas para comprender desde otras perspectivas esta condición.

Las investigaciones descriptivas estuvieron orientadas a evaluar cuales son los estilos de cómo viven la sexualidad las personas con DI, encontrando que el 96% son heterosexuales, el 87% conocía anticonceptivos, el 73% había mantenido una relación sexual, el 11% fue víctima de abusos sexuales, el 71% mantenían una relación de pareja al momento de la entrevista, el 53% de padres no estaba de acuerdo en que tuvieran pareja, todos alguna vez preguntaron por sexualidad a alguien y el 74% quieren saber más de sexualidad. Estas investigaciones han permitido observar que las personas con DI son tan activos sexualmente como las personas sin discapacidad; y tienen los mismos intereses de continuar explorando y aprendiendo de ella; lo que permite desmitificar que son personas asexuales (Neuman & Reiter, 2017).

Estas diferencias entre personas con o sin discapacidad, también han sido un interés para los estudios correlacionales, y han podido confirmar que no varían ni las expectativas, prácticas o deseos en ambas poblaciones. No obstante, se encontraron diferencias respecto a la educación sexual, donde la población con DI no puede acceder a los mismos espacios de

formación, ya que tienen mayores limitaciones por supervisión de sus padres o cuidadores, menor cantidad de amigos y menos acceso a redes sociales(Pownall et al. 2020).

Otro estudio, que realizó comparación con población sin discapacidad, discapacidad intelectual y discapacidad física, concluyeron que los dos grupos con discapacidad tuvieron menos acceso a educación sexual, espacios de intimidad y autonomía respecto al grupo sin discapacidad porque no los ven como adultos. Anexo a lo anterior, se encontró que el acceso a la educación sexual no está asociado a déficits cognitivos(Sinclair et al., 2015).

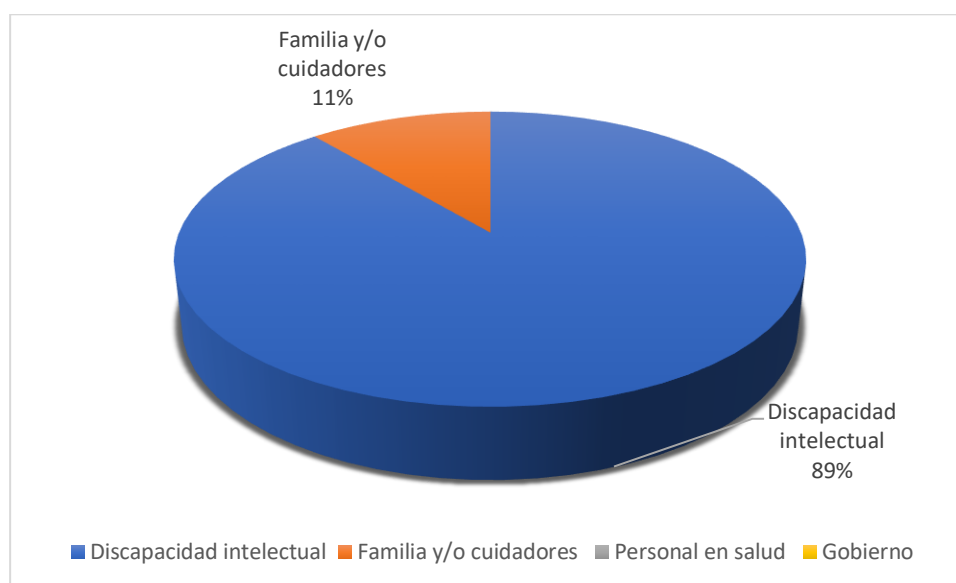


Gráfico 8 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

En cuanto a la población estudiada, en esta categoría se encontró que el 89% de los estudios se centraron en las percepciones, actitudes, mitos y creencias sobre o de la población con DI, y solo el 11% analizó cuales son las narrativas y discursos de las madres de las personas con DI.

El análisis de ambas poblaciones estuvo orientado a identificar si estaban predominando narrativas dominantes como la asistencial o la médica. En el caso de las personas con DI, se analizaron sus motivaciones y necesidades, concluyendo que difieren de las creencias y percepciones que tienen los padres y/o cuidadores, en quienes existen ideas de temor, minusvalía y limitaciones en muchos casos, razón por la cual en una investigación los padres negaron la participación de algunas personas con DI.

Sin embargo, algunas de las madres propiciaron espacios de crecimiento, autonomía e independencia, por medio de delegar responsabilidades, vincularlos en espacios sociales y culturales(Restrepo, 2010).

4.1.Marco Legal

El universo documental revisado para esta categoría incluye artículos de revisión de literatura, leyes e informes.

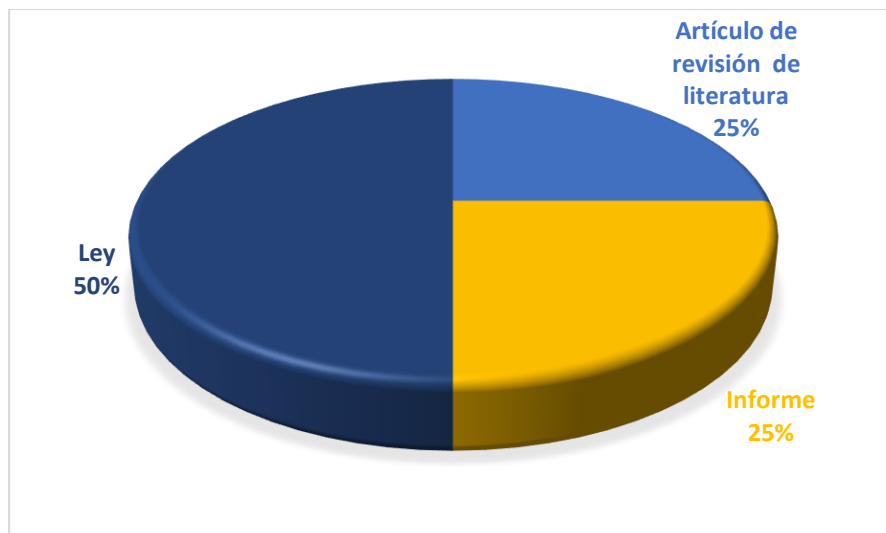


Gráfico 9 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad(Organización de las Naciones Unidas, 2006), pretende “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. Esta convención, no sólo fue construida para la población con DI, sino en general para toda la población con discapacidad, entre ellas la discapacidad física, sensorial, mentales e intelectuales.

Este documento, no es el primero construido para dar respuesta a las necesidades de la población con discapacidad, ya que, la Política Pública de Discapacidad de la ciudad de Bogotá, Colombia se construyó por el mismo periodo de tiempo. No obstante, la Convención se convierte en un marco de referencia para la construcción de la normativa y leyes de cada nación, la cual fue ratificada en Colombia en el 2011. Uno de los elementos significativos de la Convención es que enfatiza en la discriminación que experimentan las

personas con discapacidad, especificando que puede visibilizarse en restricciones para el reconocimiento y goce de todos sus derechos humanos y libertades en el ámbito político, económico, social, cultural y civil.

La Convención corresponde el 25% de documentos asociados a marcos legales. El 50% más representativo hace referencia a la construcción de leyes para la población con discapacidad. Para este documento, solo se analizaron la Política Pública a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y la distrital (Decreto 470 de 2007 Política Pública de Discapacidad Para El Distrito Capital, 2007). Las dos leyes enfatizan en el acceso a servicios que garanticen sus derechos, como acceso a educación, salud, empleo, entre otros. Al analizar la narrativa de cada una de las leyes se puede visibilizar la historia exclusión de las personas con discapacidad, evidenciado en el nombre de la política nacional “Política Nacional de Discapacidad e Inclusión Social”.

En cuanto al restante 25%, corresponde a un documento de revisión de la literatura en la misma vía de los anteriores, que tiene como objetivo reivindicar los derechos de las personas con DI, específicamente en lo asociado con la procreación y la esterilización impuesta contra la voluntad, ya que afirma que el no poder decidir sobre la sexualidad limita la autodeterminación, lo que es equivalente a negarle su condición de persona (Hoyos & García, 2014). Sin embargo, el documento se centra en analizar la relación y concordancia de la normativa nacional e internacional. Cabe mencionar que este no es un tema concluido y agotado, porque aún se realizan diferencias asociadas al grado de discapacidad, es decir, que se cuestiona que el ejercicio de la autonomía y de autodeterminación varía entre una persona con DI leve a una severa o moderada.

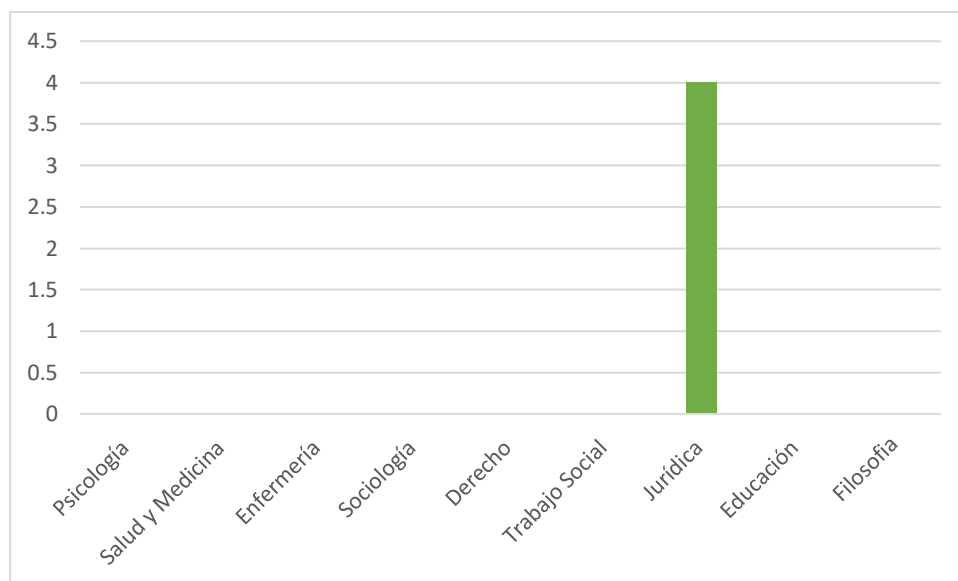


Gráfico 10 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora

El 100% de los documentos analizados en esta tendencia hacen parte de la disciplina del derecho. Los restantes documentos no se centran en el análisis ni en la construcción de ninguna ley o normativa, están centrados en analizar la perspectiva de los actores directos relacionados con la DI.

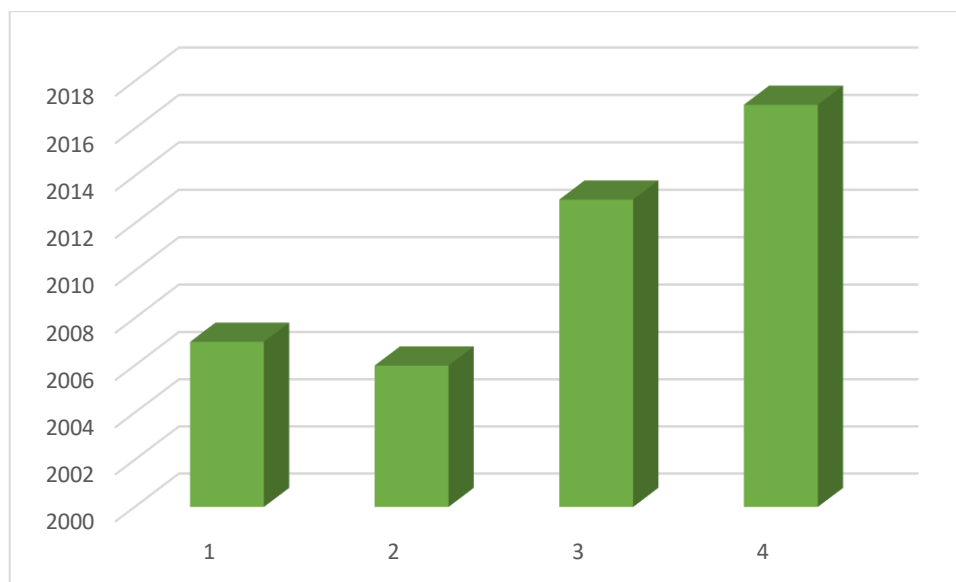


Gráfico 11 – Tendencia cronológica. Fuente Autora

Como se reflexiona en una de las tendencias de la primera categoría “Narrativas dominantes”, la visibilización de las necesidades de las personas con DI se empieza a gestar a finales del siglo XX, donde se incorporan variables de orden psicosocial para

comprenderla no como una condición individual, sino una condición desde la interpretación social que ha conducido a un desarrollo limitado de diversas áreas de su vida, entre ellas la sexualidad. Y no es sino hasta principios del siglo XXI que a nivel nacional (2007 y 2013) e internacional (2006) que se empiezan a construir leyes y normativas que los posicionan como sujetos de derechos. Los documentos que se analizaron en este estudio posterior a estas fechas han estado orientados a analizar e interpretar la aplicabilidad de estas leyes en la vida práctica (2017).

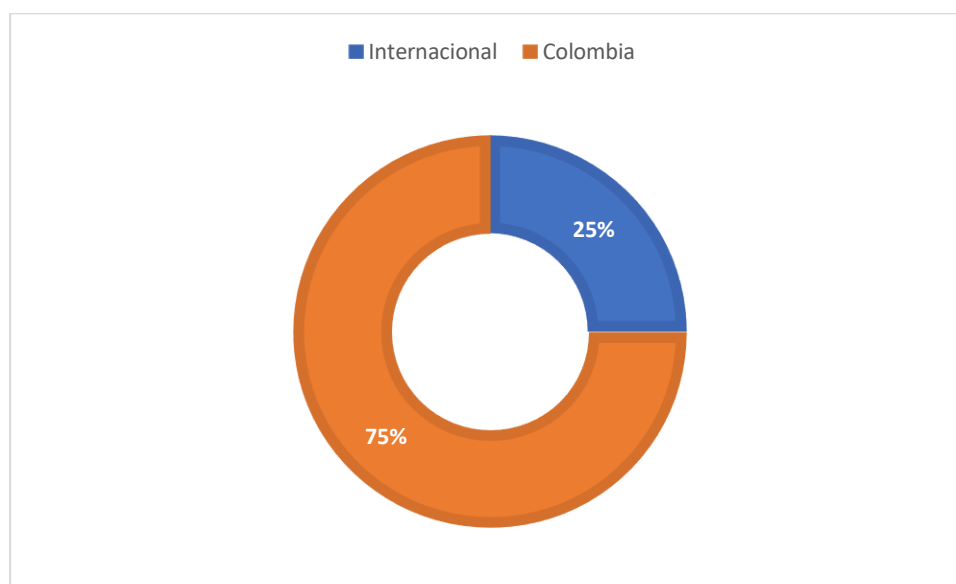


Gráfico 12 – Tendencia por país. Fuente Autora

El 75% de documentos analizados en este estudio tienen su origen en Colombia, y el 25% que hace referencia a un documento es la Convención. Cabe mencionar que estos documentos se eligieron de manera intencional, para poder tener el marco normativo del contexto colombiano y las directrices internacionales. Como se mencionó previamente, la Convención es el instrumento que ha brindado la guía sobre la cual se construyen los instrumentos en cada nación, que permiten materializar los derechos de las personas con DI en servicios. De los cuatro documentos analizados en este estudio, tres de ellos fueron contruidos para toda la población con discapacidad, y el cuarto, contruido en Colombia, se centra en la población con DI, y específicamente sobre la sexualidad.

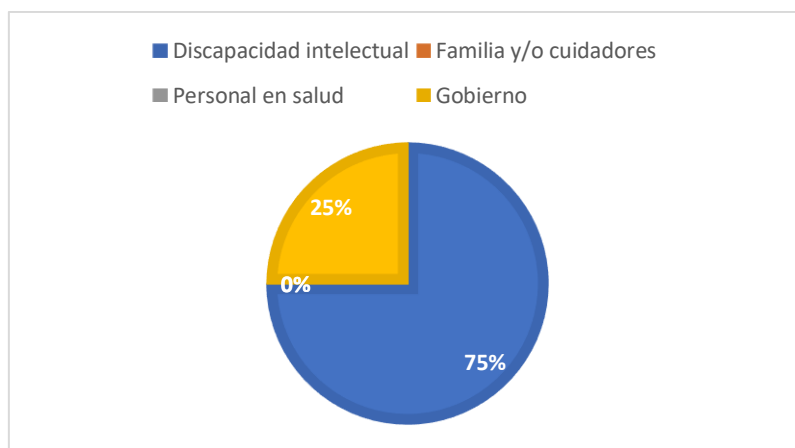


Gráfico 13 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

En cuanto a la tendencia de tipo de población se encontró que el 75% corresponde a análisis de la población con discapacidad en general; y el 25% que hace referencia a un documento se centró específicamente en analizar la aplicabilidad de la política pública en Colombia y las leyes asociadas a la esterilización impuesta contra la voluntad en personas con DI.

Relatos disciplinares

El universo documental revisado para esta categoría incluye artículos de análisis de literatura e investigación empírica.

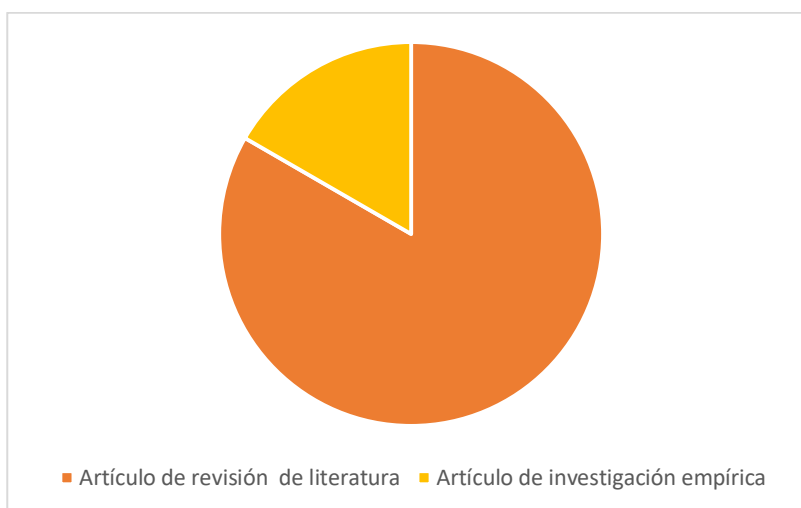


Gráfico 14 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

Lo anterior, y para la muestra documental se observa una gran cantidad de artículos de revisión de literatura, que corresponden a investigación cualitativa. El 88% de los

documentos son de revisión de literatura, los cuales se han centrado en analizar la evolución del concepto de discapacidad, y cómo este concepto ha estado permeado históricamente por diversos modelos explicativos, entre ellos el modelo religioso, el modelo médico y el modelo social; llegando en la actualidad al concepto de diversidad funcional, el cual tiene como fundamento el enfoque de derechos(Soto Martínez, 2011).

Uno de los hallazgos significativos en la revisión documental es que en su mayoría han estado fundamentados en el desarrollo de la sexualidad desde el enfoque de derechos, teniendo en cuenta que históricamente ha sido un tabú hablar de discapacidad y sexualidad, temas ausentes en la literatura e invisibilizados, o solo posicionados desde el modelo médico que lo concibe desde aspectos reproductivos (esterilización, control de impulsos sexuales) o desde lo patológico (prevención de ETS o abuso sexual)(Ruiz, 2019).

Por lo anterior, se puede concluir que existe unanimidad en la importancia de renombra la discapacidad a diversidad funcional, y replantear el modelo médico en las prácticas de atención y orientación a personas con DI a la hora de discutir temas de sexualidad, como sujetos de derechos, que tienen un legítimo derecho de ejercer su sexualidad con libertad y sin intermediarios (familiares, cuidadores o profesionales de la salud)(Velázquez et al., 2013).

El control de la sexualidad en poblaciones históricamente marginadas (pueblos originarios, población afrodescendiente, personas con discapacidad, personas con desventajas socioeconómicas) es un fenómeno de la modernidad y del capitalismo como un ejercicio de control de lo que socialmente se considera “normativo” y “bueno”, contribuyendo a la discriminación y exclusión social(Foucault, 1976).

Lo anterior se configura como una restricción del ejercicio libre de su sexualidad por considerar que no cuentan con las competencias y habilidades para otros aspectos de la sexualidad como la exploración sexual o el contacto íntimo(Le Feuvre Orrego & Calquín, 2017).

En la misma línea que los anteriores textos que se basan en revisiones de literatura, el 13% de los documentos analizados en esta categoría reconocen la diversidad funcional como eje central para el desarrollo de la sexualidad. Este es un documento de investigación empírica, en el cual entrevistaron a cuidadores, familiares e individuos de los sectores en los que vivían las personas con DI, quienes participaron de programas de capacitación en

instituciones que tenían por objetivo la inclusión de personas con DI. El enfoque de estos programas de intervención era capacitar a todos los participantes, entre ellos profesionales del área de la salud, como facilitadores de recursos, buscando plantear un programa de intervención desde la construcción de relaciones horizontales, y desmontar las relaciones jerárquicas que históricamente han caracterizado estos programas, donde los profesionales del área de la salud intervienen desde sus conocimientos en busca de adaptar a las personas con DI (García, 2014).

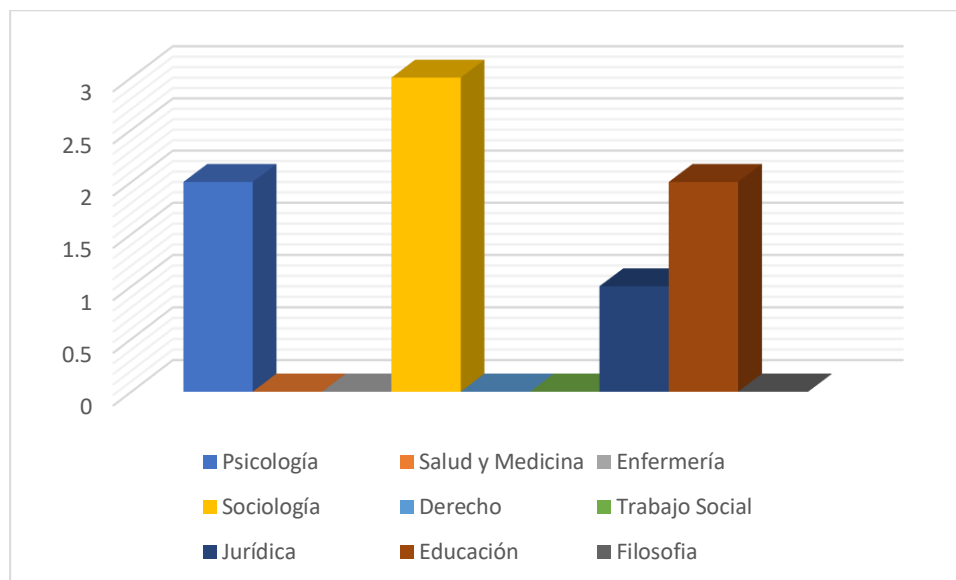


Gráfico 15 – Tendencia por tipo de disciplina. Fuente Autora

Respecto a la tendencia por disciplina se pudieron encontrar para esta categoría un 25% de documentos de psicología y educación, un 33% de documentos de sociología, y un 12% del área jurídica.

En cuanto a los documentos desde la psicología se encontró que los dos documentos estuvieron orientados a la intervención con personas con DI con perspectiva de derechos. Uno de ellos desde la psicología comunitaria y el otro desde la psicología clínica. El documento que plantea intervenciones desde la psicología comunitaria cuestiona las estrategias utilizadas desde la Rehabilitación Basada en la Comunidad (en adelante RBC), estrategia que tiene como fundamento intervenciones psicosociales que buscan la adaptación de los grupos históricamente excluidos a las pautas normales y tradicionalmente aceptadas socialmente. Este enfoque pretende incorporar la mirada divergente de la psicología comunitaria y de la psicología de la liberación, que acepta la diferencia, y por ello, incorpora

de manera implícita la diversidad funcional y la autonomía para la toma de decisiones en diversas áreas de la vida, como un ejercicio de desarrollo de la identidad y como un ejercicio político(García, 2014).

En cuanto al documento que analiza los procesos de intervención desde la psicología clínica, se orientó no sólo a analizar la evolución del concepto de diversidad funcional, sino también a realizar un recorrido de los diversos enfoques implementados para la intervención terapéutica, pasando por modelos de corte cognitivo conductual, humanista, psicología positiva, hasta llegar a la psicología de la intervención con enfoque de derechos; el cual tiene como objetivo que la persona con DI reconozca la diversidad como parte de su identidad, y no como una limitación que debe superar(Velázquez et al., 2013). Esta intervención se basa en la reestructuración cognitiva, específicamente contribuyendo a una redefinición de su realidad de vida, y con ellos lograr adaptarse al ambiente(Berglund et al. 2003).

Respecto a las otras tendencias, como elementos significativos se encontró un documento construido desde una mirada jurídica el cual presenta un cuestionamiento no solo de la exclusión del desarrollo sexual de las personas con DI, sino, específicamente de las mujeres con DI, quienes experimentan una doble discriminación(Pié Balaguer & Riu Pascual, 2014).

En los apartados anteriores se ha mencionado como la educación sexual para las personas con DI ha estado focalizada por el modelo médico desde la prevención del contagio de ETS y del embarazo; se podría suponer que por los prejuicios sociales que envuelven a la mujer, ellas han sido más excluidas. Con el objetivo de prevenir estas dos situaciones, y sumado a al riesgo de estar expuestas a abuso sexual, se ha fortalecido la esterilización forzada. Anexo a lo anterior, al considerarse que están más expuestas a ser víctimas de un abuso sexual, existen más limitaciones para el desarrollo de su sexualidad desde el placer y el contacto íntimo. Otro aspecto importante identificado en este documento se asocia al concepto de belleza tradicional, y en algunos casos, al no cumplirlo, se convierte en un factor más de exclusión(Arenas, 2015).

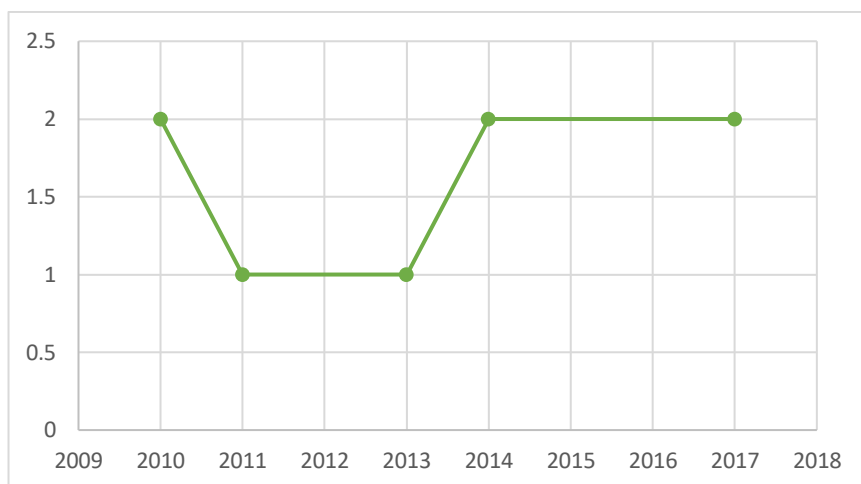


Gráfico 16 – Tendencia por cronología. Fuente Autora

En cuanto a la tendencia de cronología, se pudo evidenciar que los documentos analizados son en su mayoría del 2014 y 2017, correspondiendo cada uno al 25%; es decir, en total al 50%; lo que permite concluir que durante los últimos años la investigación y documentos de análisis de la sexualidad en personas con DI se ha venido ampliando. Lo anterior se podría asociar a que durante este decenio se ha dado mayor reconocimiento al enfoque de derechos en las legislaciones, como también una mirada integrada de la diferencia, no como un aspecto a adaptar, sino desde la comprensión de la diversidad de formas de vivir y concebir la vida.

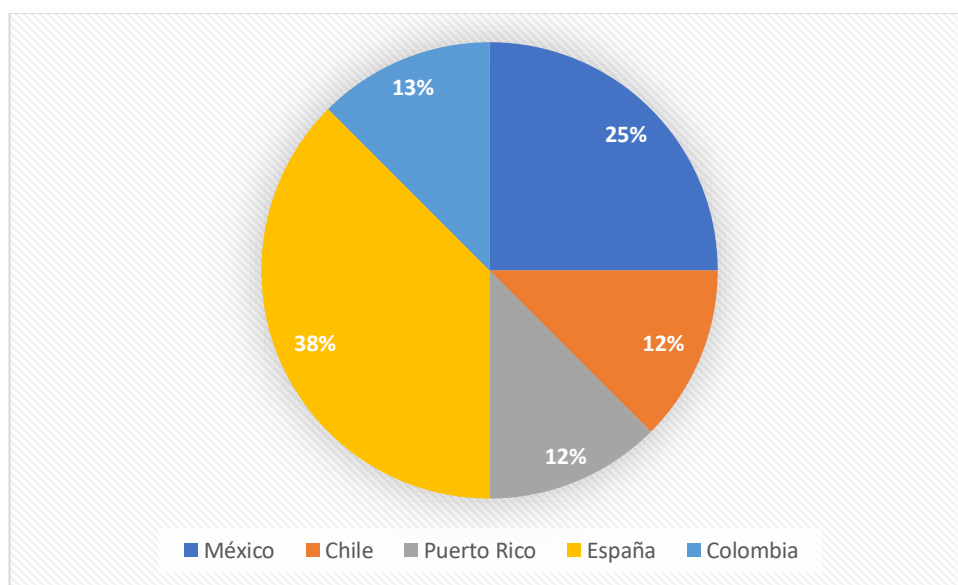


Gráfico 17 – Tendencia por país. Fuente Autora

Como se observa en el gráfico, el 37% de los documentos analizados en esta tendencia

fueron producidos en España, un 25% en México y los restantes, que corresponden a un 17% en otros países de Latinoamérica. Lo que se considera importante de analizar es que el 100% de los documentos se produjeron en lenguaje español, y esto permite mostrar que se está realizando investigación y análisis de la sexualidad en personas con DI en las realidades más cercanas, permitiendo hacer un análisis contextual, no solo de las políticas públicas y legislaciones, sino también de análisis de las características culturales específicas de nuestra región, lo que podría permitir un abordaje mucho más cercano a nuestra realidad.

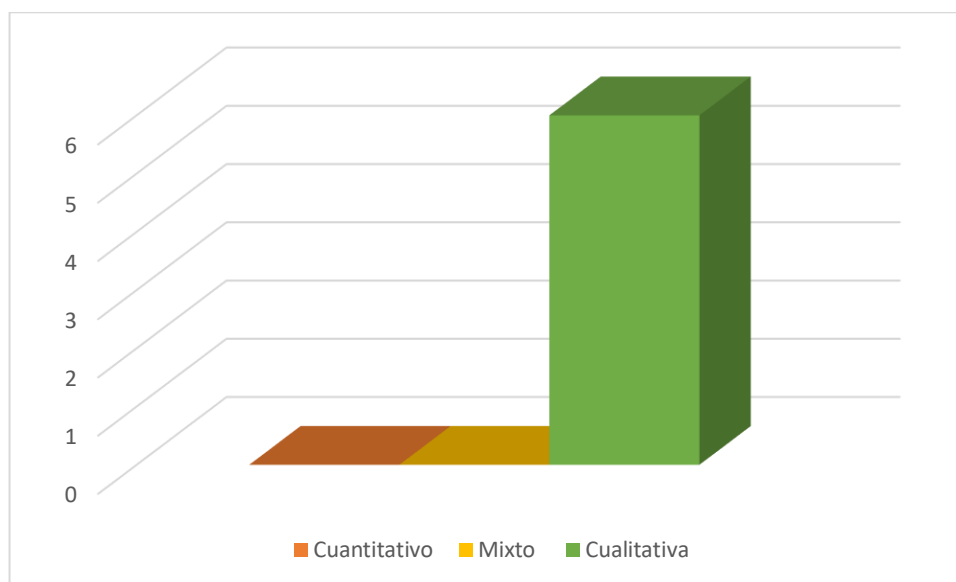


Gráfico 18 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora

El 100% de los documentos analizados en esta tendencia fueron desde la investigación cualitativa; y si se asocia a esta tendencia que tiene por objetivo analizar los relatos disciplinares de las disciplinas, podría tener sentido que la mayoría de los documentos también fueron de revisión de la literatura, por que pretenden analizar y cuestionar las perspectivas y modelos que han explicado la discapacidad o diversidad funcional asociada a la sexualidad. Al estar parados desde las disciplinas, analizan los discursos de cada disciplina, y cómo estos discursos han impactado las estrategias de atención e intervención en personas con DI.

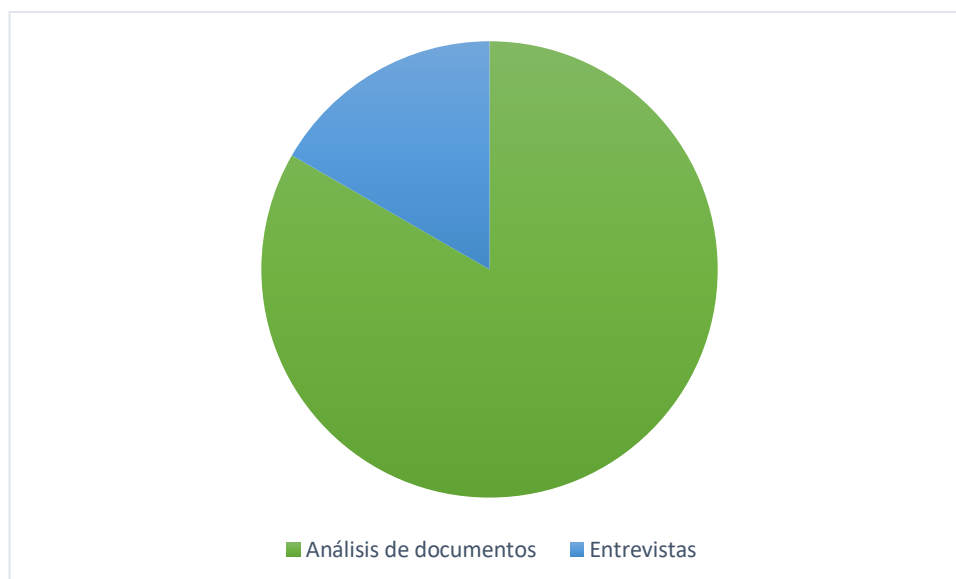


Gráfico 19 – Tendencia por técnica de recolección de datos de investigación cualitativa. Fuente Autora

Respecto a esta categoría, el 88% de los documentos utilizaron como técnica de recolección de datos el análisis de documentos, y solo el 12% utilizó las entrevistas. Como se mencionó en la tendencia anterior, esto puede estar asociada a la categoría, que es de corte disciplinar, y se abocó a analizar los paradigmas que utiliza cada disciplina. Por ejemplo, en el caso de los documentos contruidos desde la psicología estuvieron enfocados a replantear y cuestionar las estrategias de intervención. En cuanto a los documentos contruidos desde la educación, discutieron cómo se comprende la sexualidad en personas con DI. En general, todos los documentos se orientaron a argumentar la importancia de incorporar el concepto de diversidad funcional desde lo conceptual y en la práctica.

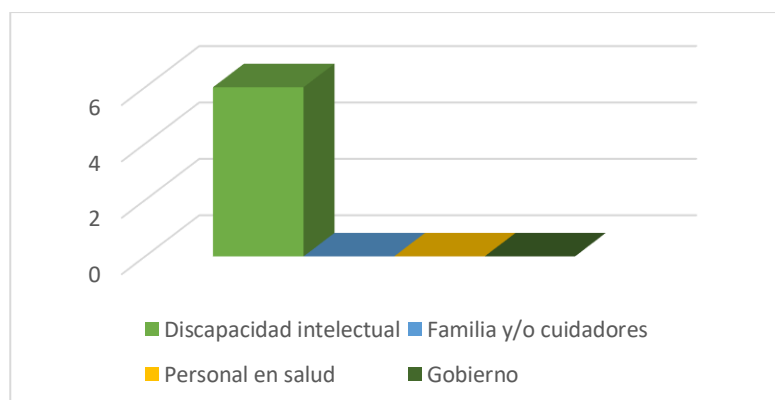


Gráfico 20 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

En cuanto a la tendencia de población, se encontró que el 100% de los documentos

estuvieron centrados en la concepción del concepto de discapacidad y sexualidad en personas con DI; y si no se realizaron en su mayoría investigaciones empíricas donde se analizaron las cogniciones, emociones o comportamientos de las personas con DI, si en su totalidad estuvieron orientados a visibilizar cómo las perspectivas o paradigmas sociales y de intervención impactan en el desarrollo de su sexualidad, y con ello, el pleno ejercicio de sus derechos y libertades en sus vidas.

Construcción de narrativas de experiencias

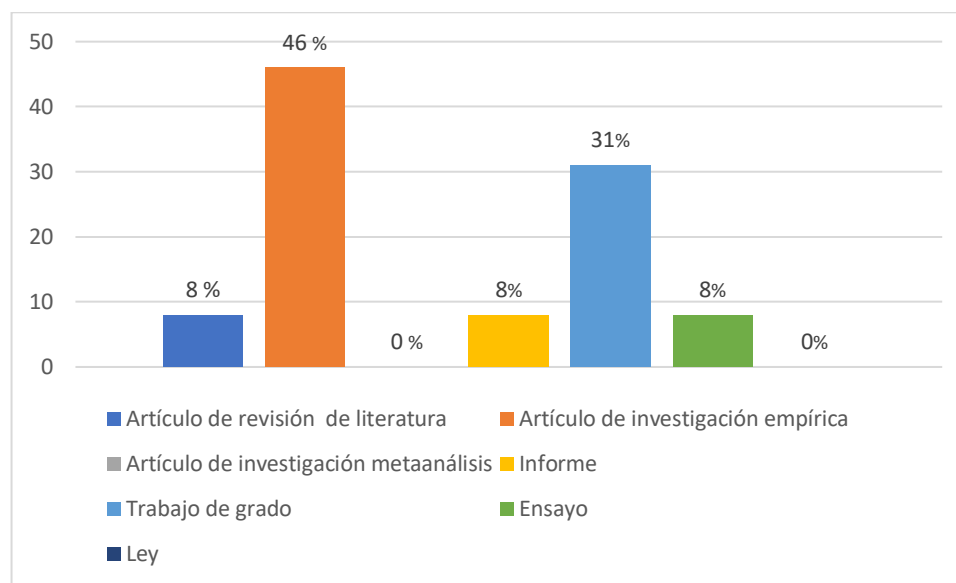


Gráfico 21 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

Respecto a la primera tendencia, se puede concluir que el 46% de documentos analizados corresponden a artículos de revisión empíricas en los cuales se analizaron los discursos y narrativas de familiares y cuidadores de personas con DI (Navarro & Hernández, 2012; Valdivia, 2013). Seguido de un 31% de documentos de revisión de literatura, los cuales se centraron en realizar un análisis de la literatura y modelos explicativos históricamente asociados a la discapacidad y que han conducido a su interpretación y abordaje en la práctica de la discapacidad. Desde los modelos espirituales y religiosos, pasando por los modelos médicos, sociales, y el más reciente modelo psicosocial, se sigue observando una invisibilización de la sexualidad de las personas con DI (Caricote, 2012a). Cabe mencionar, que los informes, los cuales corresponden a un 8% y hace referencia al Informe Mundial de Discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2011), la cual ha

estado construida desde un enfoque de derechos que ha permitido visibilizar la necesidad de incidir respecto a espacios que permitan a las personas con DI poder asumir roles de independencia y autonomía, aunque no explicita la sexualidad.

Este informe, fue y es un marco de referencia a nivel mundial de las necesidades y los derechos que contribuyan a garantizar derechos de primera y segunda generación en personas con DI, entre ellos, la libertad en la toma de decisiones sobre su proyecto de vida, lo cual incluirá la sexualidad, la cual está enmarcada dentro de la construcción de identidad y de un proyecto de vida. Pese a este informe continúan existiendo inequidades con la población con DI, entre ellas, menor acceso a salud, educación, empleabilidad y participación social.

Respecto a lo anterior, se puede evidenciar la reciente creación de leyes y normativas que contribuyen a generar condiciones más equitativas para la población con DI, las cuales no necesariamente se implementan de manera espontánea en la realidad. Aún existen diversos prejuicios y estigmas, no solo a nivel social (Beltrán Lozada & Rubiano Triana, 2016), sino también de los profesionales en salud y familiares (Kahonde et al., 2019), que terminan impactando en la autopercepción de las personas con DI, y con ello, completando un ciclo de discriminación y exclusión social.

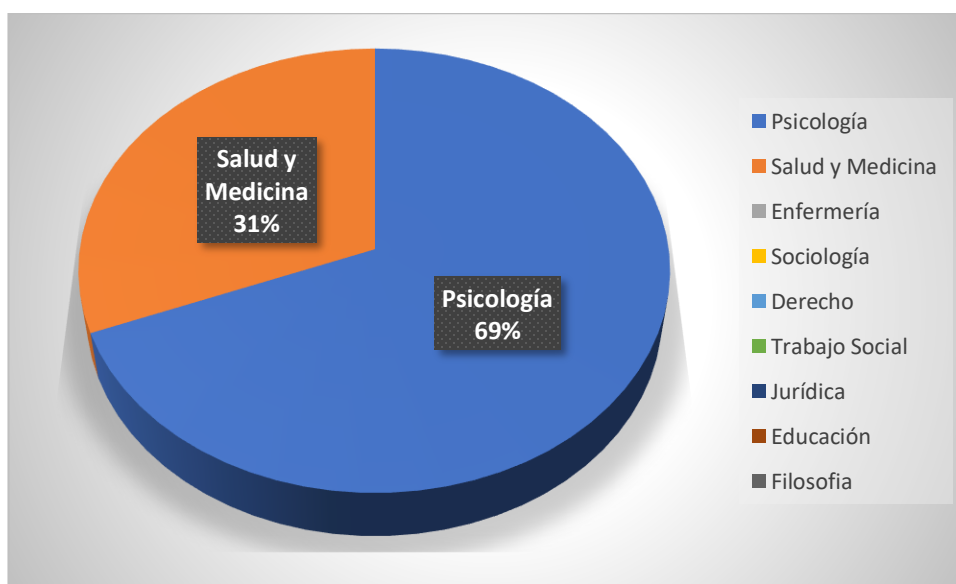


Gráfico 22 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora

Para esta tendencia, el 69% de los documentos analizados fueron desarrollados por psicología, lo cual se considera como un aporte significativo al buscar identificar cuáles son

las necesidades y expectativas de las personas con DI, quienes son los actores principales del desarrollo de su sexualidad, y cómo estos elementos inciden en el desarrollo de su personalidad en diversas áreas de su vida (Polanco Valenzuela & Martín Ayala, 2017). Estas instancias de percepción de las personas con DI han sido ignoradas por los modelos más tradicionales, y aunque en la actualidad se pretende implementar el modelo psicosocial, en la práctica, se continúa invisibilizando las posturas de las personas con DI, evidenciado en que la mayoría de documentos para esta tendencia fueron orientados a la percepción de los familiares y/o cuidadores (Bárcena Gaona & Jenkins, 2018; Pava-Ripoll, 2015).

Esta exclusión social se puede identificar, en que el restante porcentaje de documentos analizados en esta tendencia, que corresponde a un 31% fueron realizados desde disciplinas de la medicina, las cuales se han centrado en dar respuesta a variables asociadas a la prevención de contagio de ETS, VIH y embarazos no deseados.

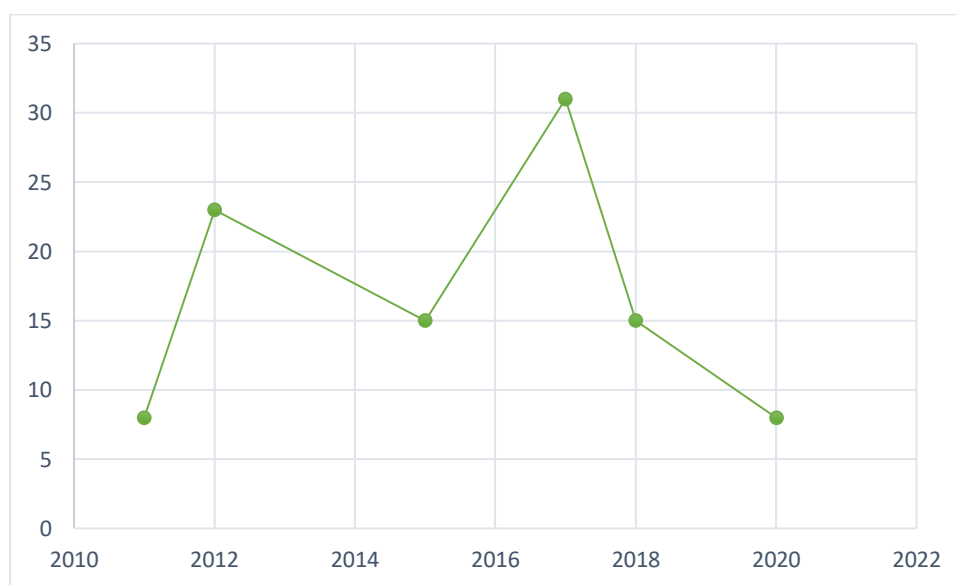


Gráfico 23 – Tendencia cronológica. Fuente Autora

En cuanto a la cronología, cabe mencionar que dado a que ha sido una población históricamente invisibilizada y excluida socialmente, solo es hasta el 2008 que se encuentran documentos asociados a la sexualidad en personas con DI, y ni siquiera centrados en este aspecto, lo que permite evidenciar el doble tabú: presentar DI y expresar libremente la sexualidad.

El primer documento para esta tendencia fue construido en el año 2008, y es el informe de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con

Discapacidad, seguido del Informe de Discapacidad construido en el año 2011, muy recientes para esperar que hayan hecho mella en la cultura. La reciente aparición de estos instrumentos, permite observar la invisibilización histórica de las necesidades de personas con DI, específicamente en cuanto a la autonomía, y esto podría ser explicado a partir de una necesidad sentida de las personas con DI y sus familiares/cuidadores y no como un problema social o dentro del sistema de salud que haya generado redoblar esfuerzos para mitigarlo; es decir, que su presencia o no, al no generar un impacto significativo en las dinámicas relacionales y sociales, se ha dejado de lado, entre ellos el desarrollo de su sexualidad como parte de su desarrollo personal y de su proyecto de vida(Aunós et al., 2020), de la misma manera que experimentan otras personas en condiciones de “normalidad” como parte de sus derechos fundamentales.

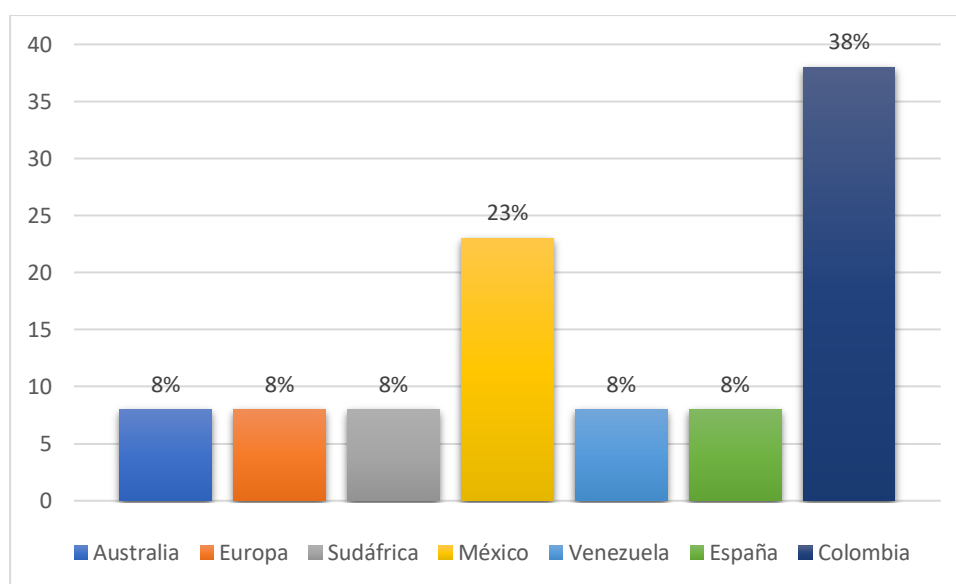


Gráfico 24 – Tendencia por país. Fuente Autora

En cuanto, a los países donde se observó mayor desarrollo de producción de documentos asociados a población con DI está Colombia con un 38%, y un 23% de México. En el análisis en esta tendencia se pudo observar que un número significativo de documentos en Latinoamérica, lo cual se evalúa como una fortaleza, ya que se están realizando reflexiones contextuales de esta realidad, que incorporan narrativas y dinámicas relacionales propias a este fenómeno. Cabe destacar, que al relacionar esta tendencia con la de tipo de documento tendrá una relación, pues un número significativo de documentos analizados en esta categoría corresponden a trabajos de grado.

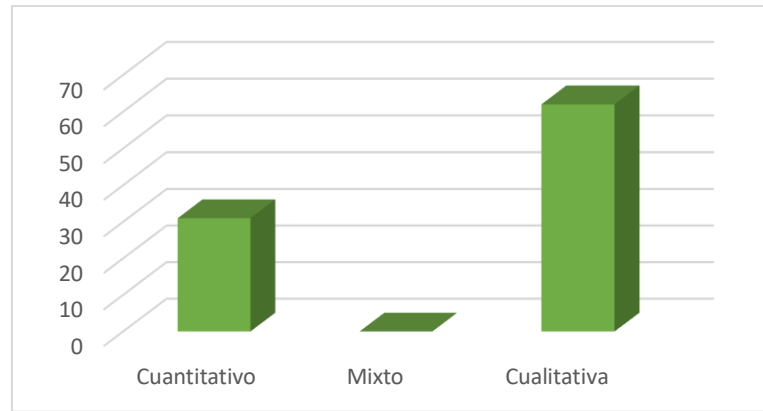


Gráfico 25 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora

Aunque para esta tendencia ha aumentado la cantidad de documentos que han realizado análisis cuantitativos, la mayoría han utilizado la metodología cualitativa, la cual aporta de manera significativa en las percepciones de los actores principales(Hernández & Palacios, 2017).

Dentro de los análisis que se han realizado en esta tendencia, es la importancia de elementos como los sentimientos, conocimientos y percepciones de los familiares/cuidadores, como también de las personas con DI, información útil para la posterior construcción de normativas y programas de intervención(Bárcena Gaona et al., 2017; Navarro & Hernández, 2012).

No obstante, lo anterior también se asocia a la poca capacidad de investigación en estas temáticas de países en desarrollo, ya que, países en desarrollo, con más recursos económicos pueden conducir a investigaciones de tipo cuantitativo y poblacional que contribuyen a identificar las tendencias generales asociadas a cómo se experimenta la sexualidad en personas con DI; lo que se evalúa como una limitación.

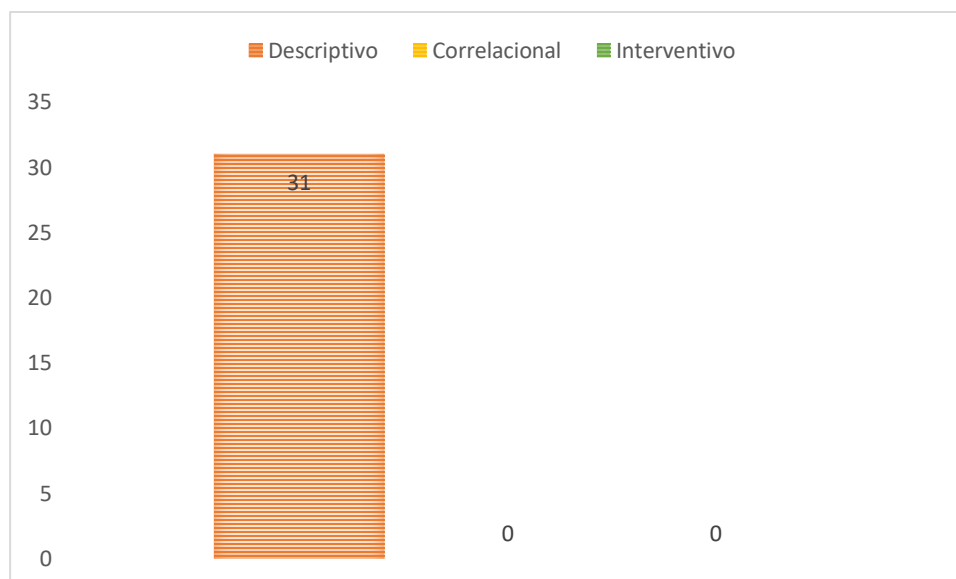


Gráfico 26 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora

Esta tendencia que se enmarca en la tendencia de “Construcción de narrativas de experiencias” podría explicar porque el 100% de los documentos analizados son de tipo descriptivo, y quedan excluidos los estudios correlacionales o de intervención, ya que, los estudios de corte descriptivo están orientados a identificar tendencias o prevalencias de percepciones.

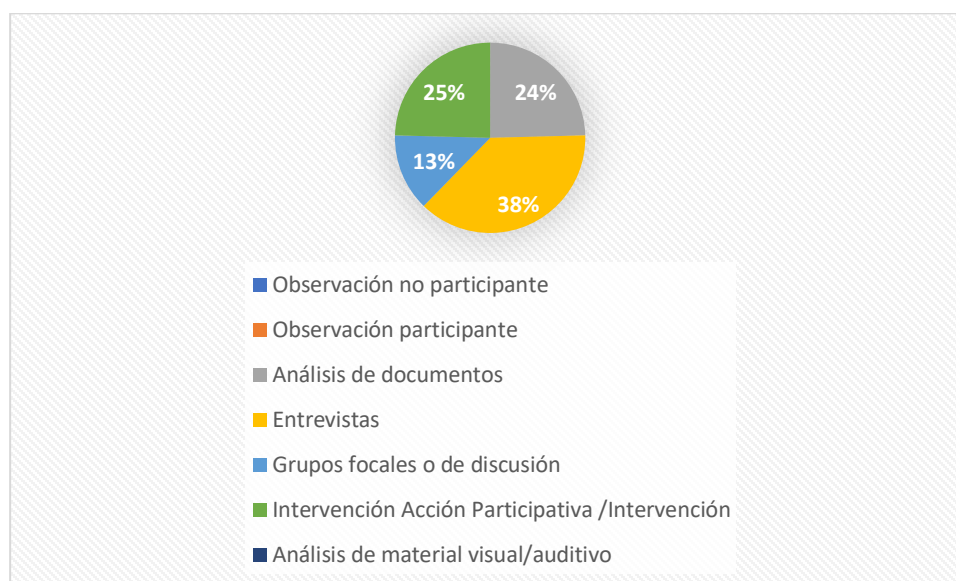


Gráfico 27 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora

En cuanto a las estrategias para análisis de datos desde la investigación cualitativa, predominaron las entrevistas a profundidad con un 38%, las cuales tienen como objetivo

identificar las percepciones, emociones y conductas asociadas a familiares y/o cuidadores(López & Plazas, 2013).

Posterior a lo anteriormente mencionado, se observó un 25% de documentos orientados a la intervención, modelos de intervención que han tenido por intención la inclusión social de las personas con DI.

Seguido de un 24% de análisis de documentos, los cuales estuvieron orientados a identificar las perspectivas actuales de la DI, y como ha ido evolucionando el concepto de “discapacidad” a “diversidad”, el cual ha contribuido a implementar acciones de inclusión social de personas con DI.

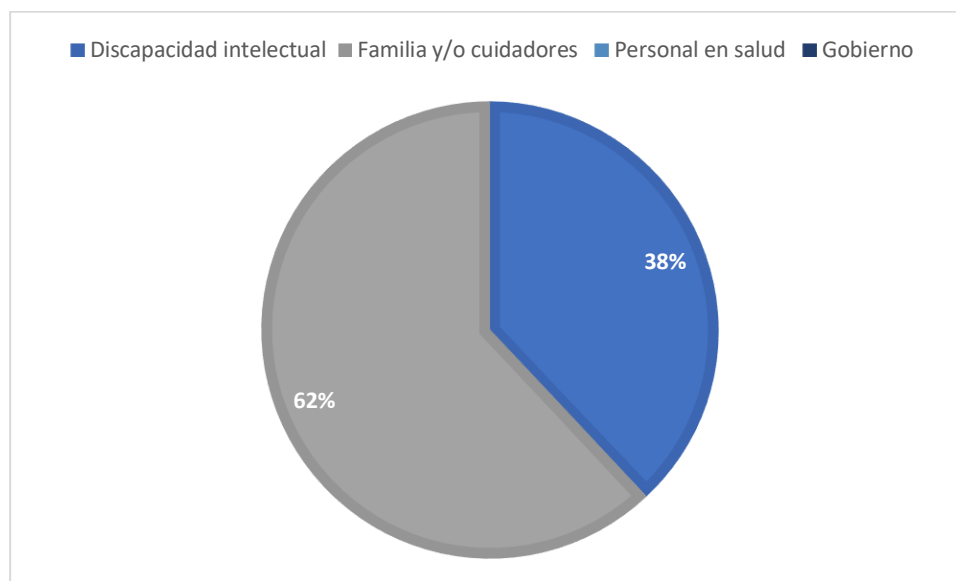


Gráfico 28 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

En comparación con las categorías anteriores, en esta se pudo identificar un número significativo de documentos orientados a identificar las percepciones de los familiares y/o cuidadores, lo cual está representado en un 62%. Lo anterior podría ser explicado a partir de la importancia de las acciones y/o percepciones de sus familiares con DI, percepciones que podrían contribuir a la independencia o a la minusvalía. Al realizar una lectura detallada y analítica de los documentos, se pudo identificar que persiste un nivel de estigma y prejuicios en los familiares y/o cuidadores por temor a una inadecuada adaptación de las personas con DI al medio social, que contribuye a la minusvalía y al estigma de que son personas con un

déficit y con dificultades para controlar sus impulsos sexuales, lo que se convierte en un riesgo(Herazo, 2015).

El porcentaje restante corresponde a documentos orientados al análisis de la percepción de las personas con DI, lo que ha contribuido significativamente a desmontar prejuicios respecto a su sexualidad. Algunos de ellos se asocian a que, si en la práctica no reciben una amplia orientación frente al desarrollo de su sexualidad, esto no minimiza diversas necesidades que experimentan, como la búsqueda de una relación afectiva, el coito, construir una familia y ejercer su paternidad.

Autonomía y derechos humanos

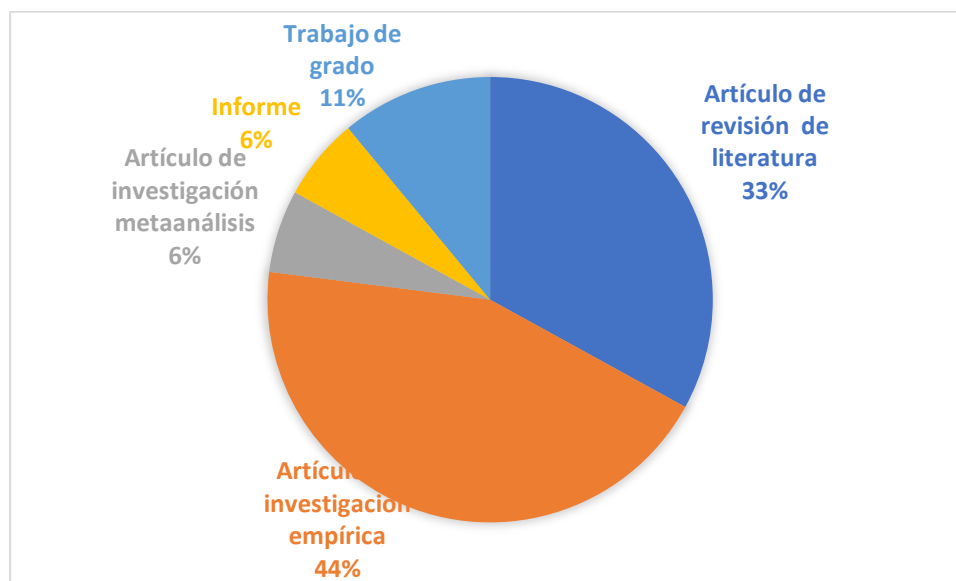


Gráfico 29 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

Respecto a la primera tendencia asociada al tipo de documento, se encontró que un 44% de los documentos revisados fue de investigación empírica, los cuales se centraron en indagar cuáles son las percepciones y actitudes asociadas a su sexualidad y su vida en pareja; evidenciándose la presencia de necesidades afectivas, sexuales desde el placer, conformación de familia y ser padres, características que no difieren de las necesidades de personas sin DI(English et al., 2019). Una de las insatisfacciones que reportan las personas con DI son las limitaciones que tienen en la toma de decisiones en su sexualidad, sus cuerpos, sus proyectos de vida, y hasta en decisiones de la vida cotidiana como su alimentación; lo que permite evidenciar la vulneración de derechos humanos como a la

autodeterminación y la autonomía(Neuman & Reiter, 2017).

El 33% fueron artículos de revisión de literatura, documentos que se centraron en la evolución del concepto de discapacidad hasta llegar al concepto de “diversidad funcional”(Platero Méndez & Villena Rosón, 2012; Villatoro, 2014), concepto que incorpora el enfoque de derechos y de inclusión, conduciendo a desmitificar la ausencia de necesidades de desarrollo personal, entre ellas la de vinculación afectiva y construcción de sus proyectos de vida(Vicente et al., 2018).

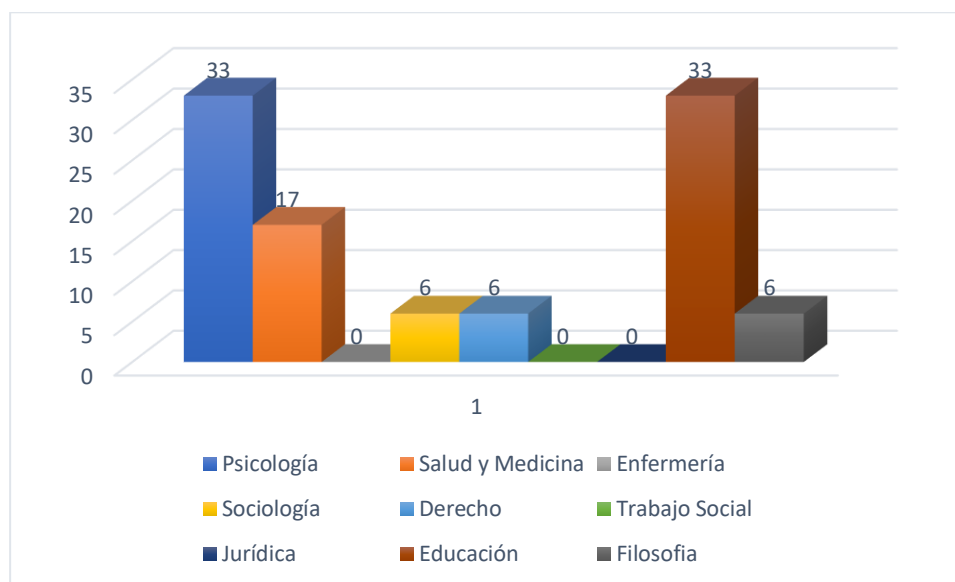


Gráfico 30 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora

El 33% de los documentos analizados fueron elaborados desde la psicología, un porcentaje igual desde la educación. No necesariamente estuvieron separadas estas dos disciplinas en muchos de los documentos; los cuales partían por el análisis de programas de educación, a partir de la percepción de las personas con DI en el desarrollo de su sexualidad(Tulcán, 2018; Vieira & Coelho, 2014). Una de las falencias identificadas, es que muchos de los programas de educación sexual son genéricos y no se basan en las necesidades de las personas con DI, y esto asociado a que no suelen ser incluidos en la construcción de estos programas, como también ausencia de evaluación del impacto de estos programas(Schaafsma et al., 2013).

Todos los documentos analizados en esta categoría tienen un enfoque de derechos, lo que debería visibilizarse en la práctica cotidiana, es decir, en los programas de educación sexual, relaciones interpersonales y en servicios de salud; no obstante, todos estos actores continúan

infantilizando a las personas con DI; fenómeno que ha sido descrito por medio del término de “el eterno niño”, el cual se percibe como una persona inferior, con problemas para elegir y para controlar sus impulsos sexuales(Caux & Lecomte, 2017; Rojas et al., 2015).

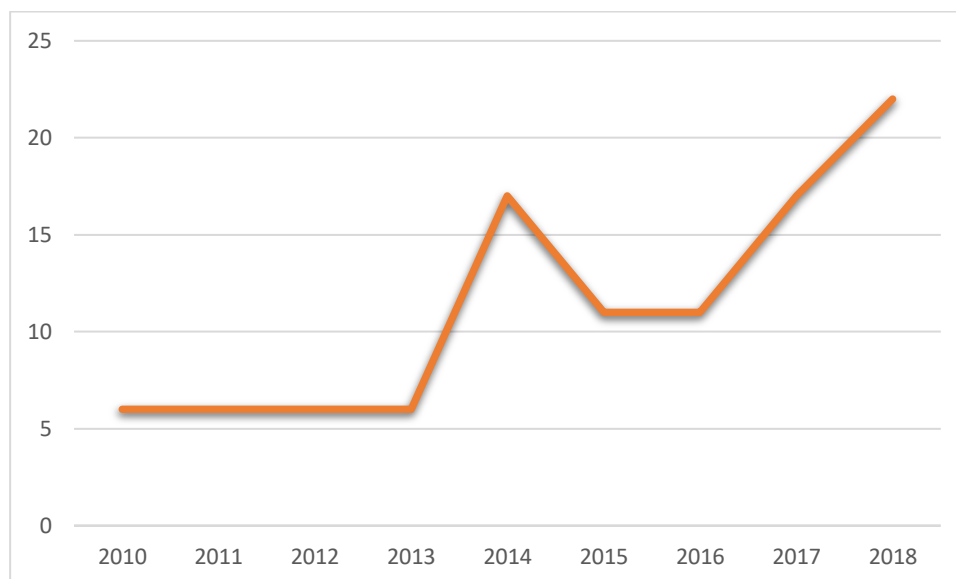


Gráfico 31 – Tendencia cronológica. Fuente Autora

La mayor cantidad de documentos analizados se encontraron publicados entre los años 2014 y 2018, evidenciándose la ampliación de documentos para el año 2017 y 2018; lo que permite observar la importancia que ha tomado en los últimos años esta temática, evaluándose como positivo; aunque sigue existiendo un poco producción. Lo anterior puede ser explicado a la creación en los últimos años de grupos de personas con DI con el objetivo de reivindicar sus derechos y como ejercicios de resistencia. La “autonomía” es un proceso por medio del cual las personas con DI toman conciencia de sus pensamientos, sentimientos y deseos, como de sus circunstancias; lo cual constituye un elemento para su desarrollo cognitivo y para la emancipación(Bjornsdottir et al., 2017). Algunos de los elementos asociados a este concepto son la posibilidad de hablar por sí mismos, defender sus derechos, tomar decisiones, ser independientes y asumir responsabilidades(Walmsley & Johnson, 2003).

Para este estudio se tomaron documentos como máximo de 10 años de haber sido publicados, sin embargo, si se realizara una revisión de años anteriores, es probable que exista menos producción, ya que, se identifica como hito importante la publicación de la

Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas, la cual se ha convertido en un marco de referencia para todos los países que la han acogido.

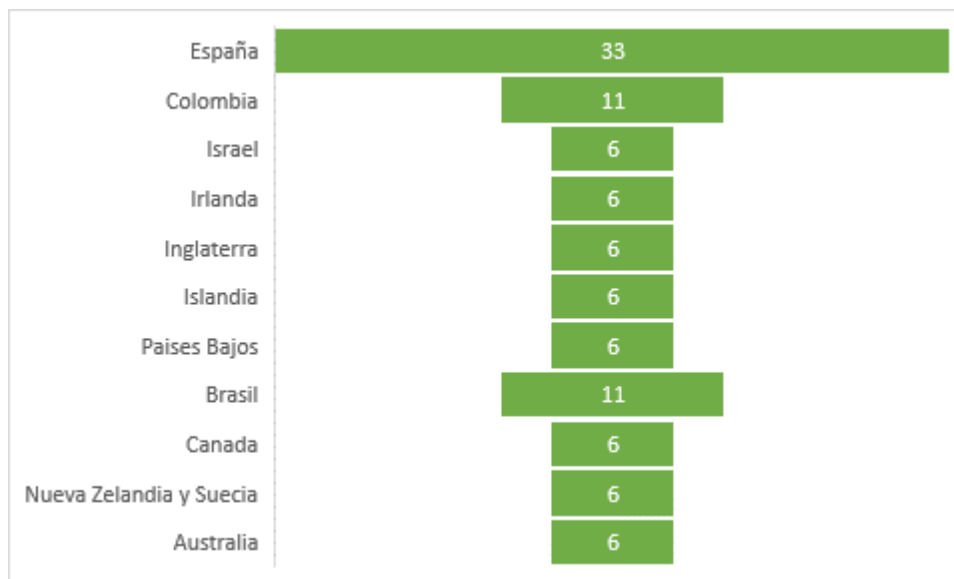


Gráfico 32 – Tendencia por país. Fuente Autora

Respecto a los países de origen se sigue observando un número significativo de documentos provenientes de Europa (57%), en comparación a la producción en América Latina (22%). No obstante, existe una amplia literatura en idioma español, como se pudo observar con los estudios provenientes de España, lo cual puede ser un insumo de análisis aplicable a nuestros contextos.

Cabe mencionar que todos los documentos analizados cuentan con el mismo enfoque, un enfoque de derechos y género, lo que permite evidenciar la importancia de continuar haciendo hincapié en la restitución de los derechos civiles, sociales y culturales en las personas con DI. garantizar la toma de decisiones y autodeterminación está asociada al desarrollo humano sostenible y social, porque el desarrollo social se encuentra relacionado con la inclusión y el empoderamiento (Frawley & Shea, 2018).

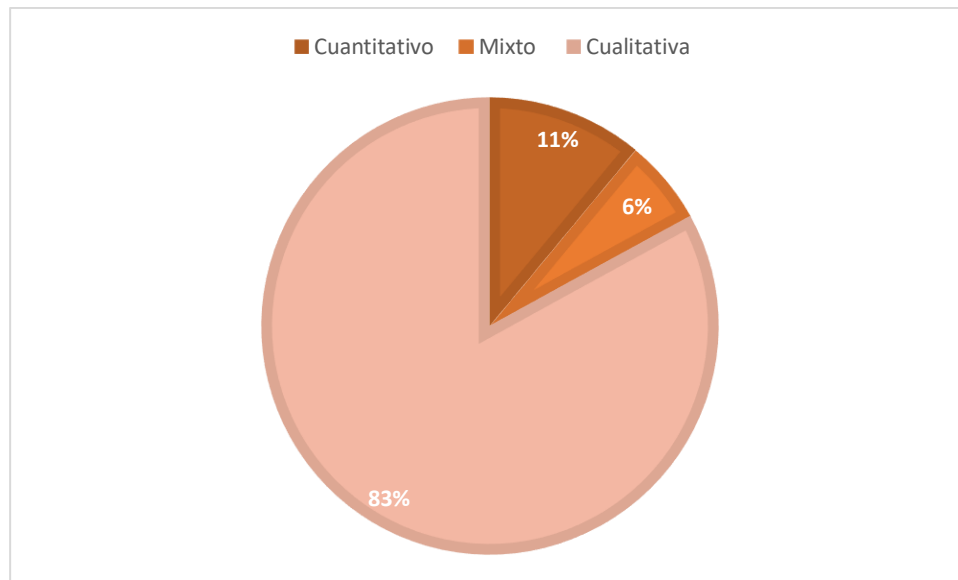


Gráfico 33 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora

Respecto al tipo de investigación, se encontró que el 83% fueron de tipo cualitativo, lo cual se asocia a que un número significativo de documentos aplicaron encuestas para analizar la percepción de las personas con DI, como también la revisión de literatura. El 11% de los documentos fueron de tipo cuantitativo (2 documentos), de los cuales, uno de ellos utilizó una encuesta estructurada, y el otro un instrumento construido específicamente para evaluar la autodeterminación en las personas con DI, llamado “Evaluación psicométrica de la Escala ARC-INICO para la Autodeterminación; adolescentes con discapacidad intelectual”, el cual también fue referenciado en otro documento(Verdugo et al., 2015).



Gráfico 34 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora

En cuanto al tipo de investigación cuantitativa, se pudo encontrar que el 100% fueron descriptivos. Uno de ellos por medio de una encuesta evaluó percepciones y desarrollo de la

sexualidad y su vinculación afectiva. Y el otro estuvo centrado en analizar las propiedades psicométricas del instrumento “Evaluación psicométrica de la Escala ARC-INICO para la Autodeterminación; adolescentes con discapacidad intelectual”.

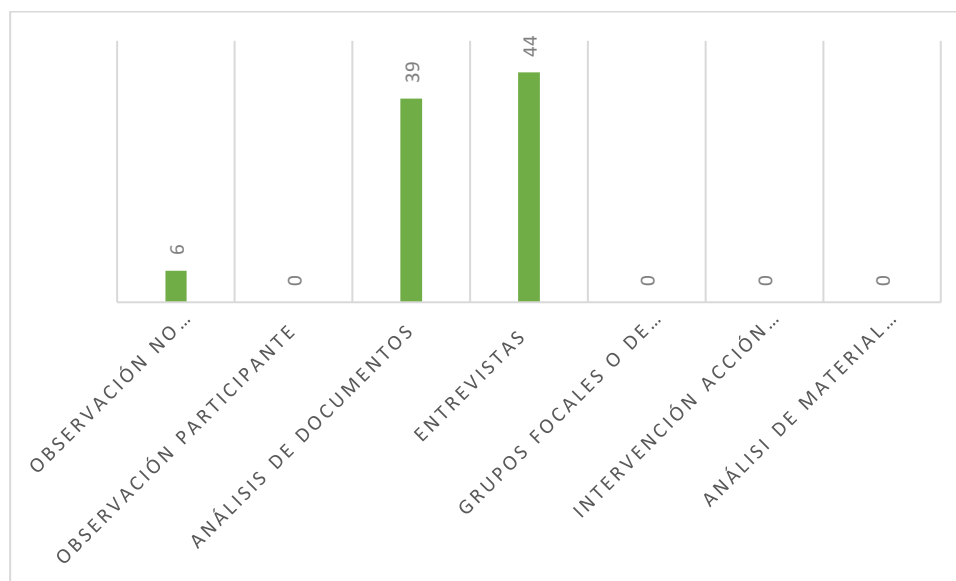


Gráfico 35 – Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora

Como se mencionó previamente un número significativo de documentos de tipo cualitativo utilizaron como método de recolección de datos las entrevistas (39%) y el análisis de documentos (44%). En cuanto a las entrevistas, fueron a profundidad para personas con DI, solo una de ellas fue realizada a las personas que programan y construyen los programas de educación sexual. Estos documentos tenían por objetivo conocer la perspectiva de las personas con DI frente al desarrollo y autonomía de su sexualidad, ya que, un número elevado de investigaciones están centradas en la percepción de los cuidadores y de los prestadores de servicio (McGuire & Bayley, 2011). Y en cuanto a los documentos realizados por medio del análisis de otros documentos, se pudo encontrar una mirada reflexiva frente a los derechos de las personas con DI, también cómo se están interpretando las necesidades de ellos desde la construcción de los programas de educación sexual, desde los cuidadores y de los prestadores de servicios (Ruiz, 2019).

Uno de los documentos utilizó la observación no participante, estudio que se centró en describir un programa de educación creado y dirigido por personas con DI, evaluando como

valioso la creación de un programa acorde a las necesidades de esta población(Sanchez Alcon, 2016).

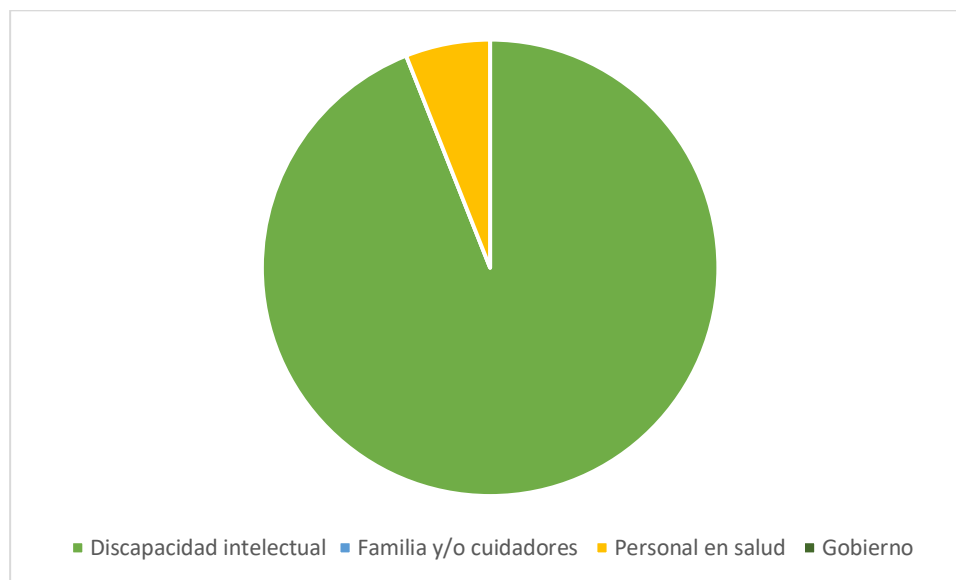


Gráfico 36 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

El 94% de los documentos analizados se realizaron a partir de la población con DI, como se mencionó previamente, predominantemente en entrevistas y análisis de documentos. A partir del análisis de la percepción de las personas con DI sobre su sexualidad, se pudo llegar a algunas conclusiones, como, por ejemplo, la importancia de las relaciones de pareja para el desarrollo de su autonomía, fortalecimiento de su autoconcepto y de sus habilidades sociales, y la importancia del enfoque humanista(Azzopardi & Callus, 2014). No solo se visibilizó sus necesidades, sino también la importancia de otros actores para el desarrollo de su autonomía y autodeterminación, como son los cuidadores, personal de salud y acceso a servicios de formación que garanticen la información para el desarrollo en plenitud de su sexualidad, y no solo condicionada a los aspectos de salud relacionados con la prevención del embarazo, contagio de ETS o de abuso(Romañach Cabrero, 2010).

Solo un 6% se realizó a personal encargado de la construcción de programas de educación sexual, en el que participaron educadores, psicólogos y socios del programa.

Autogestión

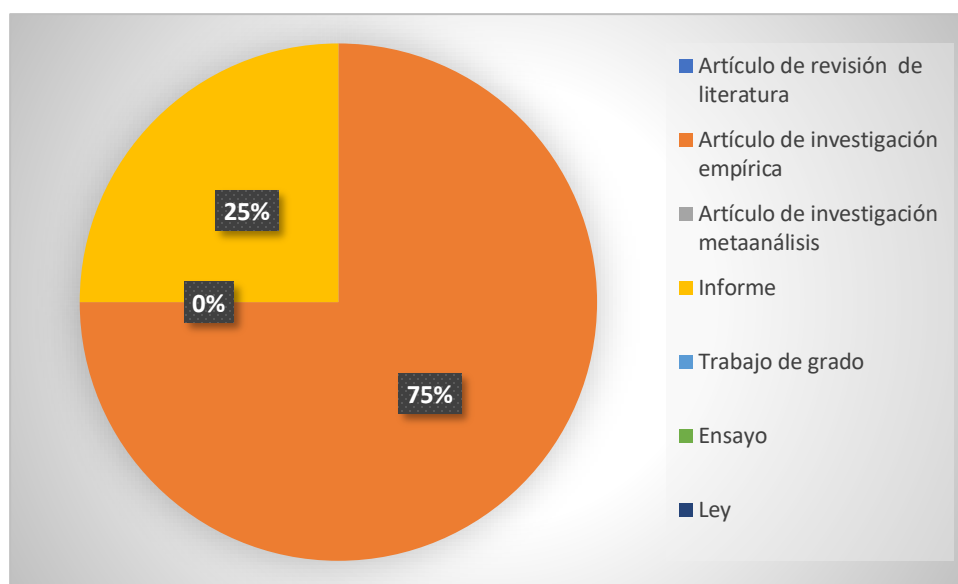


Gráfico 37 – Tendencia por tipo de documento. Fuente Autora

De 4 documentos analizados en esta categoría, se pudo encontrar que un 75% corresponde a artículos de investigación empírica, en los cuales se analizaron nuevamente percepciones respecto a la sexualidad y la maternidad del personal de salud. En el contexto de la toma de decisiones respecto a la sexualidad y maternidad de mujeres que presentan DI no es menor evaluar o conocer la percepción que tienen cuidadores y personal de salud, ya que incidirán directamente en esas decisiones (Gilmore & Malcolm, 2014; Hoglund & Larsson, 2019).

Uno de los documentos fue un informe donde se analizan directrices de un país en la atención primaria a personas con DI, el cual también se orienta a cómo abordar y acompañar la toma de decisiones en la vida sexual de mujeres con DI.

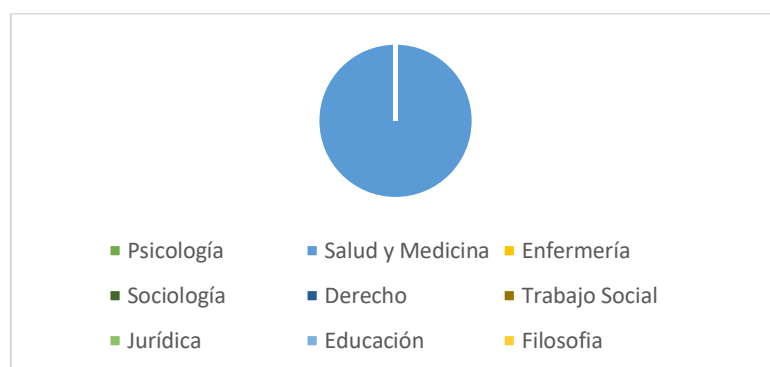


Gráfico 38 – Tendencia por disciplina. Fuente Autora

Para esta tendencia se encontró que el 100% de los estudios fueron realizados desde salud y medicina. Uno de ellos analiza cuales son las estrategias adecuadas para apoyar a mujeres con DI en la tomar decisiones asociadas con su sexualidad y su maternidad. Este documento plantea qué desde una perspectiva de derechos, no se contempla la posibilidad de tomar estas decisiones a partir de su discapacidad o nivel de discapacidad, sino de la disponibilidad de recursos y adaptación de la información, con el objetivo de garantizar todas las condiciones para tomar una decisión informada(Sullivan & Heng, 2018).

En este contexto, se analizaron las percepciones de médicos y parteras, encontrándose diferencias significativas. En un estudio, se encontró que los médicos consideran que deben existir limitaciones en la maternidad, aprobando las esterilizaciones; aunque manifestaron tener pocas solicitudes. Y respecto a la sexualidad, consideran pertinentes ciertas restricciones(Gilmore & Malcolm, 2014). A diferencia de la percepción y abordaje de las parteras, quienes reportaron la importancia de generar espacios informativos, adaptados a las condiciones de cada mujer, y buscando tomar una decisión equilibrada, es decir, que se incluya de manera activa a las mujeres con DI. Anexo a lo anterior, reportaron la importancia de contar con equipos interdisciplinarios. Estos resultados permitieron evidenciar la importancia de la formación en temas de sexualidad y discapacidad a los médicos, y se consideró como un valioso hallazgo, que las parteras consideren la empatía con las mujeres que atienden, reconociendo sus necesidades y buscando alternativas de información para la toma de decisiones(Hoglund & Larsson, 2019).

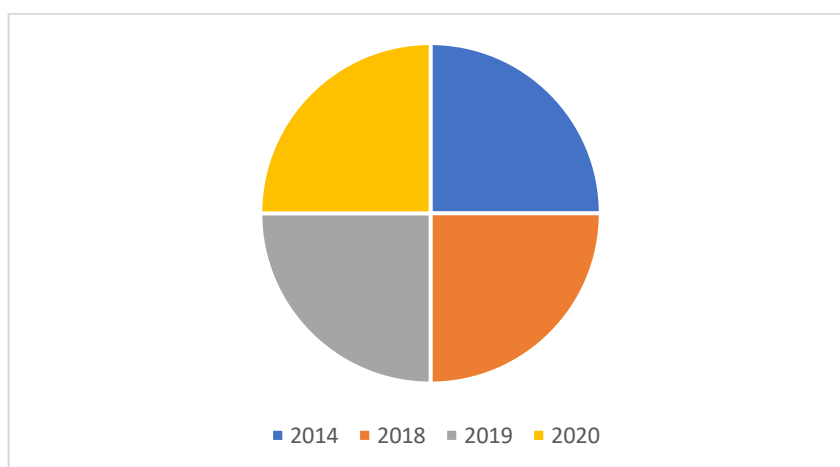


Gráfico 39 – Tendencia cronológica. Fuente Autora

Como se puede observar, se encontraron 4 documentos y cada uno corresponde a un año diferente, lo que dificulta realizar un análisis cronológico; no obstante, se reitera lo mencionado en categorías anteriores, y es que la producción de documentos orientados a reconocer la importancia en la toma de decisiones sobre su sexualidad de personas con DI vino en incremento después de la Convención Interamericana de Discapacidad, la cual ha sido transversal en la elaboración de estos 4 documentos. Pese a la existencia de leyes y normativas orientadas a garantizar los derechos de las personas con DI, en la práctica clínica se continúan manteniendo posturas conservadoras del modelo médico que conducen a la desvalorización y participación pasiva en su sexualidad de personas con DI.

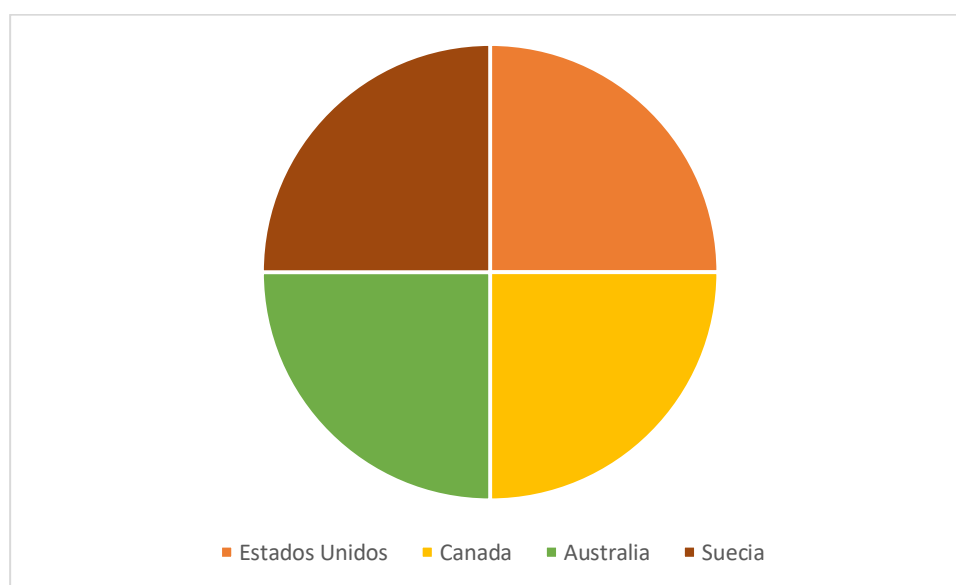


Gráfico 40 – Tendencia por país. Fuente Autora

Como se puede observar se encontró un documento por país, y en este caso, provienen en su mayoría de países desarrollados, en ausencia de investigaciones en América Latina, lo que sigue visibilizando el vacío de conocimiento respecto a las necesidades de las personas con DI y el impacto de los programas o leyes existentes en la actualidad.

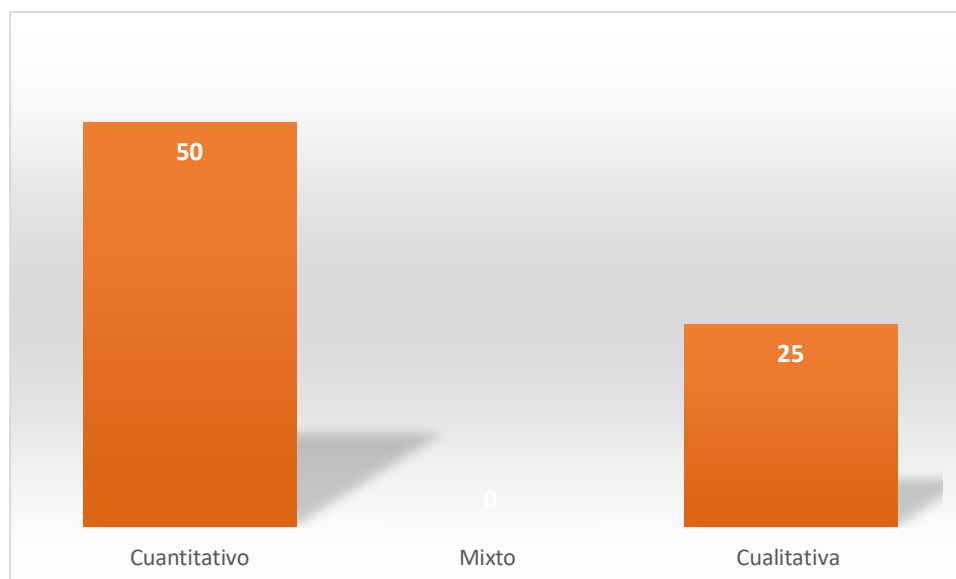


Gráfico 41 – Tendencia por tipo de investigación. Fuente Autora

Para esta categoría se encontró que el 50% (2 documentos) correspondían a investigaciones de corte cuantitativo. Uno de ellos, estuvo orientado a analizar datos poblacionales de mujeres que estuvieron en embarazo y que presentaban algún tipo de discapacidad. En esta investigación se reafirmó lo que otros estudios habían confirmado, y es que las limitaciones a información y programas de capacitación en mujeres con algún tipo de DI conduce a un mayor número de embarazo y a embarazos más riesgosos, respecto a las mujeres que no presentan discapacidad.

En cuanto al otro documento, se realizó la aplicación de instrumentos a médicos, los cuales evaluaban cómo abordaban la sexualidad y la maternidad en mujeres con DI, encontrándose posturas muy tradicionales, limitantes y estigmatizadoras que no conducen a apoyar tomas de decisiones informadas a estas mujeres(Horner-Johnson et al., 2020).

El estudio cualitativo se desarrolló con parteras, estudio que arroja información significativa de elementos que se consideran pertinentes para orientar a las mujeres con DI, y que son poco implementados o incorporados en la práctica clínica, como: identificar necesidades de las mujeres, cuáles son sus dificultades de acceso a la información para adaptarlas, mantener una adecuada empatía, reconocer los intereses de las mujeres, tener en cuenta que se requiere de periodos de tiempo más extensos para estos espacios de orientación, y la construcción de espacios de confianza y validación durante todo el proceso.

Y en esta misma vía, un informe para la atención primaria desarrollado en Canadá invita a reconocer a las mujeres con DI como garantes de derechos y con habilidades para la toma de decisiones, con el apoyo de sus cuidadores, como también del sistema de salud, quienes están en la obligación de adaptarse y adaptar los contextos para ellas.

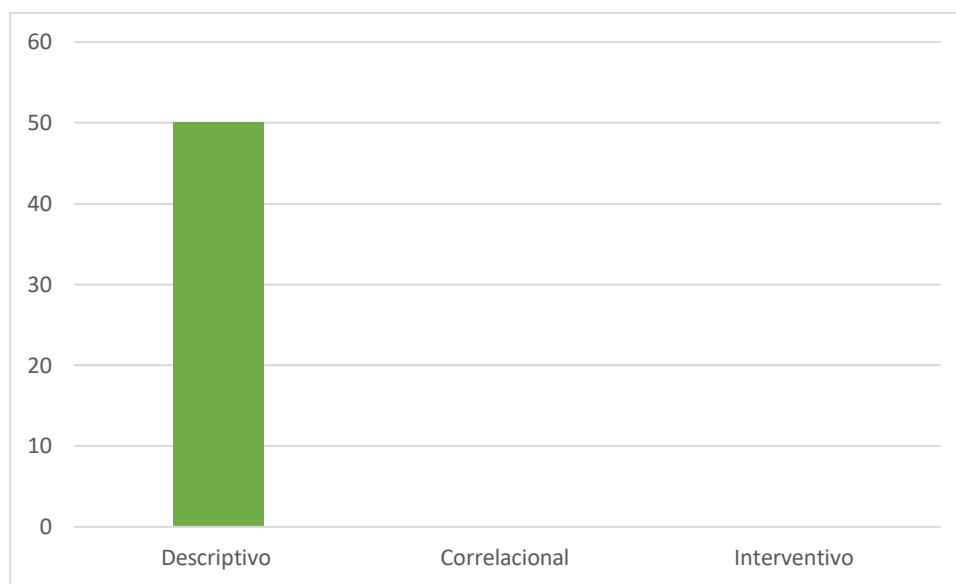


Gráfico 42 – Tendencia por tipo de investigación cuantitativa. Fuente Autora

Respecto al tipo de investigación cuantitativa, se encontraron dos documentos de corte descriptivo. Uno de ellos, como se mencionó previamente, estuvo orientado a conocer la percepción de los médicos sobre la sexualidad y maternidad de mujeres con DI. El otro documento busca una relación entre embarazos no deseados y diversos tipos de discapacidades, convirtiéndose en uno de los primeros estudios en todo Estados Unidos que analiza la relación de estas dos variables.

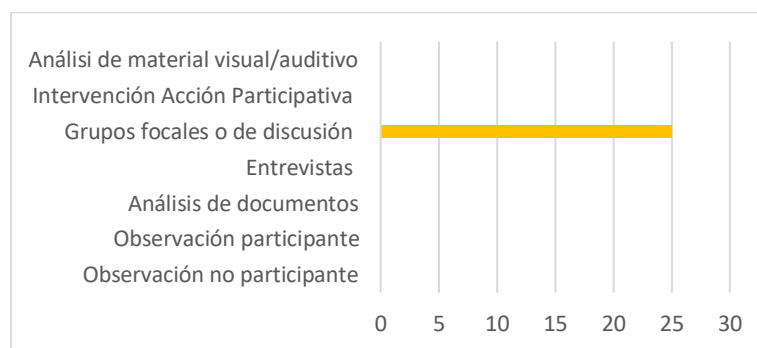


Gráfico 43– Tendencia por tipo de investigación cualitativa. Fuente Autora

En cuanto al método utilizado en la investigación cualitativa, como solo se tuvo un documento en esta tendencia, en este caso se utilizaron los grupos focales con parteras para conocer su percepción frente a la toma de decisiones de mujeres con DI sobre su sexualidad y maternidad.

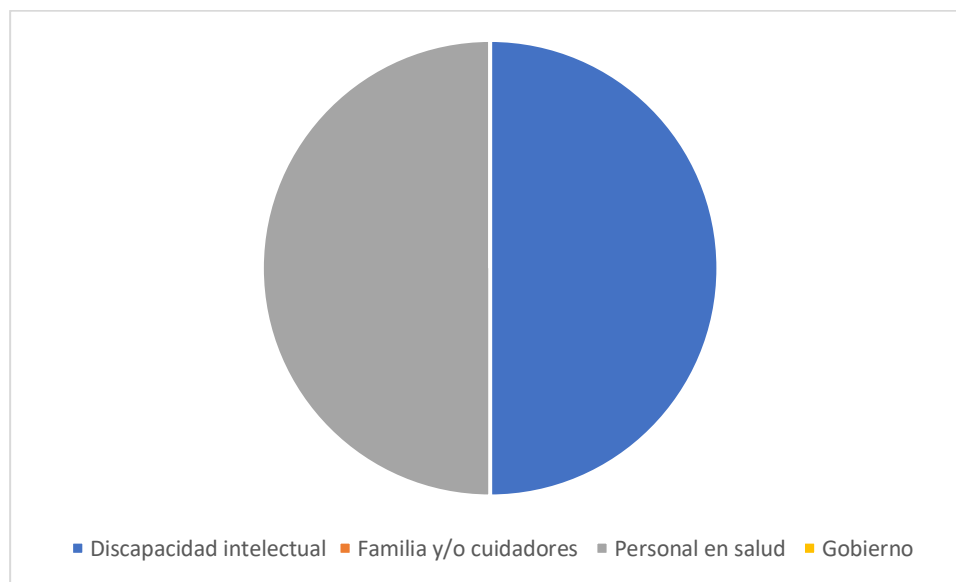


Gráfico 44 – Tendencia por tipo de población. Fuente Autora

En esta tendencia se encontraron dos documentos que corresponden al 50% orientados a personas con DI, pero desde el análisis de datos recolectados previamente o del análisis de documentos construidos para dar respuesta a las necesidades de las personas con DI.

Los otros dos documentos, los cuales corresponden a investigación empírica se realizaron con personal de salud. Estos dos documentos, sin ignorar la percepción o necesidades de las personas con DI, tuvo como objetivo identificar cómo las redes de apoyo más cercanas podrían estar convirtiéndose en obstáculos para la garantía de sus derechos y poder tomar decisiones frente a su sexualidad, maternidad y sus proyectos de vida personales.

Discusión

Las categorías de análisis seleccionadas previo a la realización de este estado del arte documental estuvo asociado a la participación en el trabajo de grado anterior (Beltrán Lozada & Rubiano Triana, 2016), el cual permitió vislumbrar temáticas importantes asociadas a la experiencia interventiva en los escenarios conversacionales con personas con DI leve, sus familias y profesionales. La participación en los escenarios conversacionales y

la previa experiencia profesional con personas con DI leve institucionalizadas visibilizó las limitaciones en la toma de decisiones respecto a su sexualidad y de sus relaciones de pareja afectivas, las cuales están determinadas por la opinión y discursos de sus cuidadores en las instituciones o de sus familiares; lo que también fue posible observar en los resultados de algunos documentos analizados en este estudio. Los espacios de institucionalización han mostrado históricamente que aquellas personas que viven allí por diversas razones (trastornos mentales, discapacidad, privación preventiva de la libertad por delitos, entre otros) no cuentan con lugares que faciliten su intimidad, lo que limita la expresión libre su sexualidad y la construcción de una vida en pareja(Shildrick, 2007). De hecho, es probable que los obstáculos sean muchos más profundos, ya que, se observan limitaciones que van desde la elección de su alimentación y vestimenta, hasta la cimentación de un proyecto de vida. En el caso de las personas con trastornos mentales o con una DI leve se ha asociado a una percepción por parte de los profesionales de salud y de familiares/cuidadores de ser personas sin habilidades para ser responsables frente a las decisiones sobre su vida(English et al., 2019; McGuire & Bayley, 2011).

Específicamente frente a la sexualidad, han sido invisibilizadas varias esferas correspondientes a esta área de la vida, dentro de ellas, la búsqueda de placer y de relacionarse, por lo que han sido promovidas por profesionales de la salud prácticas asociadas a la masturbación, las cuales aunque contribuyen a la prevención de contagio de ETS, VIH y a embarazos no deseados; excluyen la posibilidad de relacionarse con otros para la satisfacción de sus placeres(Sinclair et al., 2015), ya que, es una actividad que se enseña para practicarla de manera individual(Gill, 2012).Lo anterior ha limitado la posibilidad de vivir una sexualidad donde se involucren todas las dimensiones de lo humano, como lo afectivo, relacional, emocional, social, cultural y lo biológico.

Sumado a lo anterior, la posibilidad de relacionarse afectivamente para la construcción de una familia o de ejercer la maternidad o paternidad(Aunós et al. 2020), también ha sido negada, por lo que es común la esterilización, especialmente en mujeres, para prevenir embarazos no deseados. Estas prácticas en los últimos años han presentado múltiples cuestionamientos, porque no han contemplado, no sólo las necesidades y motivaciones de las personas con DI leve, sino también porque no se han construido mecanismos pedagógicos en el sistema de salud que contribuyan a la comprensión adecuada de las

implicaciones de estas prácticas en los cuerpos y vidas de las mujeres con DI leve (Gilmore & Malcolm, 2014; Sullivan & Heng, 2018); priorizando muchas veces las necesidades y responsabilidades de sus familiares y/o cuidadores.

Cabe mencionar que este estudio no pretende invisibilizar la realidad de los familiares y/o cuidadores de las personas con DI leve; quienes quizás por su desconocimiento y falta de acceso a espacios formativos en los cuales se hable de las mencionadas narrativas previamente como el enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque de género y la diversidad sexual continúan manteniendo comportamientos asociados a la sobreprotección, limitando realidades y posibilidades de las personas con DI leve (Sinclair et al., 2015); restricción que también experimentan las personas con DI leve ya que no existen programas formativos de sexualidad al ser un tema tabú, privado y lleno de moralismos (Jahoda & Pownall, 2014; Pownall et al., 2020).

Sin embargo, al priorizar las necesidades de los familiares o cuidadores, no siempre se ha contado con la percepción o postura de las personas directamente involucradas, es decir, las personas con DI leve.

Al realizar un análisis de las narrativas de familiares y/o cuidadores en los documentos revisados, se pudo observar que los cambios y transformaciones que se han dado en los últimos años en el marco legal y las legislaciones de cada país no han sido socializadas con ellos, lo que dificulta poder identificar en las prácticas relacionales de la vida cotidiana posturas como el enfoque de derechos o el enfoque de desarrollo humano. Esta situación no solo se observa en el círculo más cercano a las personas con DI leve representado en sus cuidadores, sino también en aquellos profesionales designados para los procesos de formación, como son los profesionales de salud y de educación, quienes continúan transmitiendo los mismos tabúes y mitos en sus espacios interventivos (Gilmore & Malcolm, 2014). Este escenario, lo que nos permite evidenciar es la importancia de continuar con una mirada ecológica, para comprender cómo cada sistema influye en el abordaje de la sexualidad de las personas con DI. Sistemas más estructurales como lo político, cultural, histórico y social. Es por esto por lo que uno de los puntos fuertes a trabajar en futuros procesos de intervención y formación es la construcción de procesos de coevolución, donde se involucren todos los actores asociados a este fenómeno.

El Marco Legal analizado para este estudio, que va desde legislaciones internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2011) hasta legislaciones nacionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y locales (Decreto 470 de 2007 Política Pública de Discapacidad Para El Distrito Capital, 2007) incorpora narrativas desde el enfoque de derechos y la diversidad funcional; no obstante, sigue teniendo limitaciones para su aplicabilidad, lo cual se observó en las entrevistas del trabajo de grado anterior y en algunos de los resultados de las investigaciones revisadas para este estudio (Beltrán Lozada & Rubiano Triana, 2016; Le Feuvre Orrego & Calquín, 2017; Velázquez et al., 2013).

Cabe mencionar que algunos de los documentos analizados en este estudio cuentan con este Marco Legal y lo han tomado como una referencia para analizar y cuestionar las prácticas más tradicionales. Todos los documentos analizados en este estudio realizan un análisis de la DI leve desde las narrativas emergentes mencionadas previamente, como son el enfoque de derechos y de diversidad funcional; quienes han intentado visibilizar la importancia de reconocer la sexualidad de las personas con DI leve como parte de un derecho (Frawley & Shea, 2018; Platero Méndez & Villena Rosón, 2012; Románach Cabrero, 2010).

En este estudio se encontraron algunas disciplinas más comprometidas con este proceso de transformación y reconocimiento, como son: psicología (Velázquez et al., 2013), educación (García, 2014), trabajo social (Seoane & Seoane, 2011), salud (Pownall et al., 2020), filosofía (Sanchez Alcon, 2016), sociología (Ruiz, 2019), derecho (Románach Cabrero, 2010) y parteras (Hoglund & Larsson, 2019). Lo anterior permite evidenciar que han sido en su mayoría las ciencias humanas las cuales se han flexibilizado y han tenido una mayor apertura frente a la transformación de las realidades instauradas históricamente para las personas con DI leve. Específicamente en el caso de la autora, se puede hablar de un proceso autorreferencial, y fue una de las razones para la construcción de este fenómeno de investigación, el cual nace posterior a trabajar como profesional con personas con DI.

Estas diversas disciplinas han realizado en su mayoría investigaciones de corte cualitativo, analizando los discursos de los actores involucrados con la DI, ya que, al existir pocas investigaciones sobre este tema, este tipo de investigación permiten explorar las narrativas que podrían influir posteriormente en la construcción de programas formativos e

interventivos acorde a las motivaciones y posibilidades de las personas con DI(Rojas et al., 2015).

Los temas que se han abordado con mayor profundidad están asociados al fortalecimiento de la autonomía para la toma de decisiones informadas y acompañadas de las personas con DI leve sobre su sexualidad(McGuire & Bayley, 2011), sus relaciones afectivas, construcción de familia y de sus proyectos de vida(Bjornsdottir et al., 2017; Neuman & Reiter, 2017).

Específicamente lo referente a la sexualidad, se encontró un documento que presenta pautas orientadoras para las instituciones y profesionales de salud para fomentar la toma de decisiones médicas informadas en personas con DI, basado en el enfoque de derechos y diversidad funcional(Sullivan & Heng, 2018). Contribuir con el desarrollo de la autonomía y toma de decisiones en la sexualidad de las personas con DI leve, es probable que conduzca a un cambio ecológico en sus dinámicas relacionales externas, como internas; por lo que todos sus sistemas podrían tener un cambio que conduzca a aumentar sus posibilidades como individuo, no solo en su desarrollo personal, sino quizás en un desarrollo que impacte otros escenarios, como lo social y comunitario. Lo que se pudo encontrar en los documentos analizados es como el empoderamiento como consecuencia de fortalecer la autonomía, co evolucionará con otras habilidades, como la autogestión, la cual está asociada a todas aquellas acciones orientadas a la movilización de recursos personales, familiares e institucionales para garantizar el acceso a sus derechos en diversas áreas de su vida, a nivel individual y de participación social y comunitaria; es decir, que se podría hablar de un ejercicio de coevolución y transformación a la inversa, producido por las personas con DI y que transforme dimensiones como la cultura, lo político, social, entre otros(Azzopardi & Callus, 2014).

Conclusiones

El estado del arte documental permitió evidenciar la persistencia de narrativas dominantes como las que provienen del modelo médico – asistencial en los discursos de la familia, cuidadores y personal de salud, percibiendo a las personas con DI leve en una condición de anormalidad e inferioridad, razón por la cual las personas a su alrededor deben cuidarlos y protegerlos, sosteniendo la narrativa del “niño eterno”; discursos limitantes que han

obstaculizado históricamente el desarrollo de independencia y responsabilidad sobre sus vidas. Por lo anterior, durante muchos años las personas con alguna condición mental o cognitiva eran institucionalizadas, con poca o nula vida comunitaria y dificultades para acceder a la vida laboral, lo que los vuelve mucho más dependientes(Villatoro, 2014).

La autonomía y la independencia no son aspectos de la vida que se pueda incluir en cualquier momento o, de cualquier forma, es un proceso que debe iniciar desde la infancia, para que existan oportunidades para el aprendizaje de habilidades de autodeterminación, que conducirán a la toma decisiones de manera integral, es decir, en diversas áreas de su vida: sexualidad, afectividad e intelecto, y por ende en un proyecto de vida con sentido, el cual irá incrementando la complejidad de la vida de esa persona, como también de sus posibilidades, y por ello se podría intuir que se presentaría un cambio ecológico en sus dinámicas interrelacionales e intra-relacionales. Si este proceso no se inicia desde la niñez difícilmente se podrá implementar en la adultez.

No obstante, en los últimos 20 años ha venido una creciente construcción de normativas y legislaciones que reconocen a las personas con DI como sujetos de derechos; posturas que plantean narrativas emergentes, las cuales han sido posibles por la presencia de diversos modelos epistemológicos, que han conducido a la construcción y reconocimiento de nuevas realidades; es decir, modelos más integradores y posibilitadores, rompiendo con los conceptos y categorías dominantes, dando lugar a las experiencias subjetivas.

Las experiencias subjetivas fueron un elemento importante para el desarrollo del modelo social y de minorías que surgió en los años ochenta, el cual planteó que las personas con DI son quienes conocen cuáles son sus necesidades y pueden pensar en sus alternativas y soluciones. Esto ha conducido a discursos más posibilitadores que han tenido impacto en la construcción identitaria, y con ello al fortalecimiento de la autonomía. Lo anterior fue posible visibilizar en esta revisión documental, donde un número significativo de investigaciones cualitativas indago sobre las narrativas y discursos sobre la sexualidad de las personas con DI leve, quienes manifestaron deseos y motivaciones de tener espacios de crecimiento y vivencias en su sexualidad, su vida emocional y relacional, lo que permite confirmar que buscar comprender la sexualidad de las personas con DI desde una mirada ecológica es lo más pertinente.

Siguiendo estas narrativas emergentes, es que se ha enfatizado en la importancia del enfoque humanista, el cual introduce el concepto de calidad de vida, acentuando el derecho del individuo a ser diferente y a administrar su vida de acuerdo con sus necesidades personales y estilo único(Reiter, 2009). Desde esta perspectiva toma mayor sentido el continuar fortaleciendo todas las prácticas relacionales que faciliten conocer cuáles son las necesidades de los otros, y en este caso específico de las personas con DI leve, y no dar por hecho que dada su condición médica carecen de expectativas, deseos y motivaciones frente a su sexualidad y todo lo asociado a ella; no solo para contribuir y generar espacios de crecimiento, sino también como un ejercicio de validación y con ello de que participen activamente en la toma de decisiones, lo que conducirá a fortalecer su autonomía.

Lo anterior ha sido posible confirmarlo con diversas investigaciones, las cuales han mostrado la importancia de autodeterminarse en diversos aspectos de su vida, desde su alimentación, vestuario, tener o no relaciones de pareja y en su sexualidad. Estos mismos estudios mostraron que las personas con DI leve no tienen necesidades afectivas y sexuales diferentes a las personas sin DI, les interesa encontrar placer en los encuentros sexuales, les interesa establecer vínculos relacionales de pareja, tienen interés de construir una familia, desean ser padres o madres, les gustaría tener una pareja con quien puedan establecer una intimidad diferente a la que se experimenta en las relaciones de amigos; entre otras (Valdivia, 2013).

Los estudios que han analizado la sexualidad desde una mirada ecológica, y que reconocen la integralidad, han encontrado hallazgos del impacto ecológico positivo de un desarrollo pleno de la sexualidad. Las personas con DI leve que mantuvieron relaciones de pareja mostraron mejores niveles de autoconcepto, mayor desarrollo de habilidades sociales, sentido de competencia, experimentaron un apoyo emocional diferente al que experimentaban con sus amigos y mayor relajación (Heiman, 2000). En contraste, aquellas personas con DI leve que no tuvieron la posibilidad de desarrollar integralmente su sexualidad, mostrando sentimientos de ambivalencia, confusión, incomodidad, miedo y rechazo(Szollos & McCabe, 1995).

Cabe mencionar que la mirada ecológica e integral de la sexualidad fue posible observar en casi la totalidad de los documentos analizados para esta revisión documental; los cuales

cuestionaron estas narrativas dominantes y están orientados a modelos comprensivos basados en el enfoque de derechos y la diversidad funcional.

La conversación realizada con los autores de los documentos lleva a reflexionar dentro de los aportes para futuras investigaciones que si bien en los últimos 10 años se han posibilitado nuevas comprensiones de la sexualidad de las personas con DI, aún las investigaciones realizadas desde el método reflexivo, contextual, enmarcado en la cibernética de segundo orden, desde una perspectiva sistémica, constructivista, construccionista, compleja son escasas, es por esto que se ve la necesidad e importancia de continuar desarrollando intervención/intervención desde esta epistemología.

La conversación documental me permitió observar que aún hay escasez de investigaciones sobre la sexualidad de personas con DI razón por la cual la mayoría de programas de intervención están orientados a la prevención de ETS o del embarazo. Cabe resaltar la importancia de trabajar en red desde lo inter y lo transdisciplinario en el marco investigativo e Interventivo a fin de generar procesos reflexivos y de metaobservación de la praxis profesional.

Dentro de los aportes para el fenómeno de estudio es importante mencionar que en los últimos años basados en el enfoque de derechos se ha podido avanzar en las comprensiones de la legislación respecto a que las personas con DI tienen los mismos derechos, sin embargo son narrativas que se quedan en el macro y meso sistema porque no se da en las prácticas de lo cotidiano.

También dentro de las reflexiones que lleva este proceso conversacional documental está la posibilidad de metaobservar el ejercicio ético por parte de los profesionales que hacen acompañamiento y atención a las personas y sus familias con DI para estar en continua formación y resignificación de la relación vertical (profesional - consultante) y co-construir nuevas estrategias de abordaje que permitan procesos de autonomía y autogestión.

Reflexionar en la importancia de crear espacios de consultoría clínica en los cuales se faciliten procesos conversacionales que retroalimentan las comprensiones del enfoque de derechos, el enfoque diferencial, el enfoque de género y la diversidad sexual, dado que estas comprensiones se quedan en el marco legal – normativo y no son materializadas en la cotidianidad de los principales actores.

Desde el rol de psicóloga clínica el proceso investigativo lleva a reflexionar en que aún existe un largo camino por recorrer. Un buen inicio es continuar siendo la voz de ellos por medio de estos ejercicios investigativos. Las ciencias humanas y sociales son las llamadas a rescatar todo lo humano y esencial, los mundos posibles, que reconocen aspectos más allá de buscar avances solamente en la productividad o en prevenir problemas de interés en salud pública.

Dentro de la conversación y proceso de reflexión llevado a cabo por los jurados, es importante mencionar que resaltan los procesos autorreferenciales y reflexivos de la investigadora sobre los resultados especialmente los relacionados con el posicionamiento político, se hace una invitación relevante a la psicología clínica orientada sistémicamente y es como se conversa con la construcción de Política Pública y como estas normatividades se vivencian y experimentan en la realidad vivida de las personas no sólo configurado desde un panorama donde simplemente se reconocen las necesidades desde afuera sino pensar en los retos que tienen las ciencias sociales y las ciencias humanas para trascender en las comprensiones de eventos en salud pública y reflexionar en los procesos de autonomía y libertad de las personas con DI leve y por lo tanto la reconfiguración que tiene con las familias y con los cuidadores.

Por otro lado, esta investigación permite acercarse y poner en palabras lo que es llamado como mito o tabú, de lo que no se habla, que es la sexualidad y autonomía de las personas con DI leve y que desde la psicología ha tenido más acercamiento desde otros enfoques epistemológicos que no son sistémicos.

Se hace una comprensión de las diferentes versiones privilegiadas, convencionales y emergentes desde las disciplinas, desde el dominio cultural y social que se configuran como un pretexto para ver a las personas con DI como sujetos desde una posibilidad de autonomía y libertad, en ese orden de ideas la ¿cuáles son las posibilidades para generar procesos de bienestar donde se configuren las relaciones inclusivas, posibilitadoras desde un ejercicio político que trascienda el modelo médico, jurídico o versiones privilegiadas?

Las familias generan escenario de protección o cuidado para prevenir el riesgo, pero estos escenarios restringen las posibilidades de relacionarse en las personas con DI leve, y allí es donde surge la emergencia de la corporalidad y su relación con la sexualidad y los

dispositivos de poder y control que hay alrededor de ello, invitando a comprender la sexualidad desde una perspectiva amplia, multifacética, multidimensional y como esto resuena con las posibilidades investigativas e interventivas que posibilitan discusiones para el campo de la psicología clínica y para la intervención.

Otro de los aspectos resaltados dentro de la conversación de los jurados fue como se puede potencializar el concepto de ciudadanía íntima y reconfigurar escenarios posibilitadores para procesos de cambio y transformación, entendiendo la ciudadanía íntima como “el control (o no) sobre el propio cuerpo, sentimientos, relación: acceso (o no) a representaciones, relaciones, espacios públicos, etc.; y elecciones socialmente basadas (o no) sobre identidades y experiencias de género” (McRuer & Mollow, 2012). Es decir, que hace referencia a todas las decisiones que se puedan tomar sobre su propio cuerpo y en el contexto asociado a ese cuerpo.

Limitaciones

Al realizar la revisión documental, se observó que aún hay escasez de estudios que enfaticen en la sexualidad de personas con DI, quizás porque históricamente no se contempló como una posibilidad dentro de su desarrollo como seres integrales; y también es la razón por la cual la mayoría de programas de intervención o formación en sexualidad suelen estar orientados sobre aspectos de prevención de contagios de ETS y VIH, como de prevención del embarazo, invisibilizando dimensiones como lo emocional, social y relacional (Rushbrooke et al., 2014).

De los documentos que hicieron un hito para repensar la sexualidad de las personas con DI fueron la CDPD y el informe de discapacidad, como también las legislaciones a nivel nacional y local sobre los derechos de las personas con discapacidad; los cuales tenían como objetivo generar espacios de inclusión y equidad en otras áreas de la vida, como la vida laboral, social, comunitaria o académica. Ninguno de estos documentos menciona de manera explícita la importancia en fortalecer espacios para la toma de decisiones y autonomía, aunque podría interpretarse entre líneas cuando mencionan el derecho a la autodeterminación y la libertad. Sin embargo, la mayoría de derechos en los cuales se enfoca están orientados al acceso de servicios que permitan garantizar su participación, por lo que se cree que aún son un objetivo lejano de alcanzar (Villatoro, 2014).

La invisibilización de la sexualidad en las personas con DI no solo se observa en los sistemas estructurales, en este caso, las legislaciones y normativas, sino en todos los sistemas: familia, amigos, espacios académicos, servicios de salud y comunidad, y en muchos casos en las mismas personas con DI leve, quienes tampoco reconocen este aspecto como una posibilidad, generando la llamada “profecía autocumplida”.

En otros casos, es probable que la ausencia de autonomía y libertad para tomar decisiones en su vida, entre ellos su sexualidad, requiere de múltiples permisos antes de poder experimentarla, desde sus familiares y/o cuidadores, hasta profesionales de la salud o de la educación, lo que acarrea muchas más dificultades, teniendo en cuenta que la sexualidad también es un espacio de intimidad individual con el cuerpo. Y si sumamos todos los tabúes existentes en torno a la sexualidad, que se intensifican en las personas con DI, las posibilidades son muchos menores.

En una de las investigaciones analizadas para esta revisión documental, los investigadores manifestaron que muchos de los padres o cuidadores no permitieron la participación de sus hijos para la realización de las entrevistas; lo que permite confirmar lo mencionado anteriormente. Esto no solo genera un obstáculo en espacios de desarrollo integral de su sexualidad, sino también en el acceso a la información necesaria que permita la construcción de programas de prevención y formación acorde a las posibilidades y motivaciones de las personas con DI leve.

Las limitaciones para conocer las percepciones de las personas con DI sobre su sexualidad, decanta también en un número reducido de investigaciones de tipo empírico, y por ello es probable que un número elevado de investigaciones analizadas en este estudio fueran revisiones bibliográficas. Aunque se encontraron investigaciones empíricas de corte cualitativo en este estado del arte su mayoría fueron desarrolladas en idioma inglés, y en otros países no pertenecientes a Latinoamérica o Colombia, lo que limitaría extrapolar todas sus experiencias, ya que, son realidades y culturas diferentes, no solo por las formas de comprender la vida diferente, sino también por el acceso a servicios de salud o educación en cada país o continente.

Aún existe un largo camino por recorrer. Un buen inicio es continuar siendo la voz de ellos por medio de estos ejercicios investigativos. Las ciencias humanas y sociales son las

llamadas a rescatar todo lo humano y esencial que podría contribuir a estilos de vida con mayor integralidad, que reconocen aspectos más allá de buscar avances solamente en la productividad.

Esta investigación que fue de corte bibliográfico ha dado una luces de la realidad respecto a la investigación sobre la toma de decisiones y autonomía sobre la sexualidad de las personas con DI leve; pero se recomienda también continuar gestionando espacios en los cuales se puedan realizar investigaciones de tipo empírico, como en el que participó la autora previamente; y también investigaciones interventivas, basadas en el enfoque sistémico complejo y el modelo ecológico, a partir de algunas experiencias encontradas en esta revisión, las cuales han incluido a pares más empoderados para la socialización de sus experiencias, como también que incorporan el concepto de autogestión, el cual es un elemento importante para dinamizar los otros sistemas, y realizar cambios ecológicos.

Otro foco de intervención está en buscar la materialización de las legislaciones que garantizan el acceso a la salud o a espacios laborales, lo que contribuiría a espacios de socialización en los cuales, por medio de la interacción las personas con DI leve puedan reconocer y experimentar posibilidades afectivas o sexuales que se potenciarán en espacios de interacción con las experiencias y sentir de otros. Estos espacios de socialización en sí mismos aportan a la toma de decisiones y autonomía.

Referencias

- Albrecht, G. (2014). Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). In *Encyclopedia of Disability*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412950510.n790>
- Appiah, K. A. (2007). La ética de la identidad. In Katz Editores (Ed.), *Conocimiento*.
- Arenas, M. (2015). Una Mirada Interseccional a la Violencia contra las Mujeres con Diversidad Funcional. In *Oñati Socio-legal Series* (Vol. 5, Issue 2). <http://ssrn.com/abstract=2611006>
- Aunos, M., Hodes, M. W., Llewellyn, G., Spencer, M., Pacheco, L., Janeslätt, G., Tarleton, B., Springer, L., & Höglund, B. (2020). The Choice of Becoming a Parent. In *Choice, Preference, and Disability* (pp. 257–281). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-35683-5_14
- Azzopardi, C., & Callus, A. (2014). Constructing sexual identities: people with intellectual disability talking about sexuality. *British Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.bbapap.2013.06.007>

- Baquero Torres, M. (2015). Disability: An Exclusionary Narrative Construction. *Equidad & Desarrollo*, 0(24), 165–183.
- Bárcena Gaona, S. X., Guevara Benítez, Y., & Álvarez Becerra, E. (2017). Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 36–44. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.002>
- Bárcena Gaona, S. X., & Jenkins, B. C. (2018). Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad. *Psicología y Salud*, 28(1), 5–13. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2540>
- Beltrán Lozada, P. A., & Rubiano Triana, M. J. (2016). Narrativas de la sexualidad de adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve en relación con sus familias y el sistema social. In *Narrativas de la sexualidad de adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve en relación con sus familias y el sistema social*. Universidad Santo Tomás. <https://doi.org/10.15332/tg.mae.2016.00530>
- Berglund, B., Mattiasson, A. C., & Nordström, G. (2003). Acceptance of disability and sense of coherence in individuals with Ehlers-Danlos syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 770–777. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00776.x>
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, A., & Valgedur, G. (2017). People with intellectual disabilities negotiate autonomy, gender and sexuality. *Sex Disabilites*, 35, 295–311.
- Björnsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. V., & Stefánsdóttir, A. (2015). “It’s my life”: Autonomy and people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/1744629514564691>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano*. <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2766>
- Bruner, J. (1988). Realidad mental y mundos posibles. *Biblioteca de Educación. Psicología Cognitiva, Cultura y Educación*, 5, 182.
- Bustamante, A. (2015). *Las prácticas narrativas, una perspectiva histórica de su desarrollo*. December, 10. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3448.5841>

- Caricote, E. (2012a). La sexualidad en la discapacidad intelectual. *Educere*, 16(55), 395–402.
- Caricote, E. (2012b). Sexualidad en Adolescentes Discapacitados. *Salus*, 16(2), 53–57.
- Caro Almela, A. (2002). El paradigma de complejidad como salida de la crisis de la Posmodernidad. *Discurso: Revista Internacional de Semiótica y Teoría ...*, 16–17, 1–14. <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/977277.pdf>
- Castellanos Domínguez, Ó. F., Fúquene Montañez, A. M., & Ramírez Martínez, D. C. (2011). Análisis de tendencias: de la información hacia la innovación. *Biogestión*.
- Caux, C., & Lecomte, J. (2017). Consent to care of persons with intellectual disability in Quebec: From vulnerability to capability. *Salud Publica de Mexico*, 59(4), 462–467. <https://doi.org/10.21149/8206>
- Craft, A., & Craft, M. (1979). *Handicapped married couples: A Welsh study of couples handicapped from birth by mental, physical or personality disorder*. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/782179>
- Davy, L. (2015). Philosophical inclusive design: Intellectual disability and the limits of individual autonomy in moral and political theory. In *Hypatia* (Vol. 30, Issue 1, pp. 132–148). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1111/hypa.12119>
- Díaz, I. M., Ballester, R., Molero, R. J., Gil, M. D., & Morell, V. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 3, 415–422.
- Duque García, R. E., Niño Rojas, J. A., Rojas Gil, M. P., & Parra Benavides, R. F. (2015). *Lineamientos de investigación- intervención en la maestría en psicología clínica y de la familia*. 8–160.
- English, B., Tickle, A., & DasNair, R. (2019). View and experiences of people with intellectual disabilities regarding intimate relationships: a qualitative metasynthesis. *Sex Disabilites*, 36, 149–173.
- Eugenia, M., Bedoya, A., & Arango, P. E. (2012). Constructivismo y construccionismo

- social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas Constructivism and social constructionism: Some common interests and some differences of these schools of thought. *Prospectiva No*, 17(17), 353378.
- Ferreira. (2010a). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1), 47–65. <https://doi.org/10.5209/poso>
- Ferreira, M. A. V. (2010b). *Discapacidad y Corporalidad: una aproximación genealógica*. http://www.um.es/discatif/TEORIA/ALAS09_Ferreira.pdf
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber* (S. Veintiuno (ed.); Almela, Ju). [https://virtual.konradlorenz.edu.co/pluginfile.php/82934/mod_resource/content/1/Michel Foucault - Historia de la sexualidad I - La voluntad de saber.pdf](https://virtual.konradlorenz.edu.co/pluginfile.php/82934/mod_resource/content/1/Michel%20Foucault%20-%20Historia%20de%20la%20sexualidad%20I%20-%20La%20voluntad%20de%20saber.pdf)
- Foucault, M. (2000). Los anormales. In F. de C. Económica (Ed.), *Curso en el College de France (1974 - 1975)*.
- Frawley, A., & Shea, A. (2018). Sexual Lives & Respectful Relationships : a Rights Based Approach. *Discapacidad Intelectual Australasia*, 39(2), 22–24.
- Galeano, C., & Jaramillo, D. (2015). *El estado del arte: una revisión documental*. Universidad de Antioquia.
- García, E. (2014). De la filantropía a la autonomía. El caso de Piña Palmera. *Sinéctica: Revista Electrónica de Educación*, 43, 01–16.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona, España; Paidós.
- Gill, M. (2012). Sex can wait, masturbate: The politics of masturbation training. *Sexualities*, 15(3–4), 472–493. <https://doi.org/10.1177/1363460712439655>
- Gilmore, L., & Malcolm, L. (2014). “Best for everyone concerned” or “only as a last resort”? Views of Australian doctors about sterilisation of men and women with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 39(2), 177–187. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.877125>
- Goodley, Lawthom, Runswick, & CK. (2014). Posthuman disability studies. *Springer*, 7(4),

342–361. <https://doi.org/10.1057/sub.2014.15>

- Gougeon, N. A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: Outing the ignored curriculum. *Sex Education*, 9(3), 277–291. <https://doi.org/10.1080/14681810903059094>
- Heiman, T. (2000). Quality and Quantity of Friendship. *School Psychology International*, 21(3), 265–280. <https://doi.org/10.1177/0143034300213004>
- Herazo, D. (2015). *Pautas de interacción y narrativas de las madres acerca del hijo con discapacidad cognitiva en relación con la sexualidad y proyecto de vida* [Santo Tomas]. <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16600>
- Hernández Sampieri, R. (2000). Metodología de la Investigación. 4ta edición. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista. Ed. Infagon Web. México
- Hernández, M., & Palacios, S. (2017). *Parentalidad y diagnóstico de discapacidad intelectual leve o moderada: construyendo narrativas de generatividad*. Santo Tomas.
- Hoglund, B., & Larsson, M. (2019). Midwives' work and attitudes towards contraceptive counselling and contraception among women with intellectual disability: focus group interviews in Sweden. *The European Journal of Contraception y Reproductive Health Care*, 24(1), 39–44.
- Horner-Johnson, W., Dissanayake, M., Wu, J. P., Caughey, A. B., & Darney, B. G. (2020). Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52(1), 31–38. <https://doi.org/10.1363/psrh.12130>
- Hoyos, S., & García, J. (2014). *La esterilización en las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una perspectiva crítica a la jurisprudencia constitucional*. Universidad de los Andes.
- Izuzquiza, I. (2006). Historia y epistemología de las ciencias, constructivismo, cibernética y teoría de la observación. Notas para una propuesta teórica. *Enseñanzas de Las Ciencias Sociales*, 5, 107–114.
- Jahoda, A., & Pownall, J. (2014). Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-

- disabled peers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(5), 430–441. <https://doi.org/10.1111/jir.12040>
- Kahonde, C. K., McKenzie, J., & Wilson, N. J. (2019). Discourse of needs versus discourse of rights: family caregivers responding to the sexuality of young South African adults with intellectual disability. *Culture, Health and Sexuality*, 21(3), 278–292. <https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1465202>
- Kosko, B. (1993). *Fuzzy thinking: the new science of fuzzy logic*. New York: Hyperion.
- Le Feuvre Orrego, M., & Calquín, C. A. (2017). Representaciones de la Sexualidad en los Discursos de la Diversidad Funcional Circulantes en Chile. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 11(1), 153–170. <https://doi.org/10.4067/s0718-73782017000100010>
- Londoño, B. (2004). *La protección de la población con discapacidad en la jurisprudencia de la Corte Constitucional*. Universidad del Rosario. <https://pure.urosario.edu.co/en/publications/la-protección-de-la-población-con-discapacidad-en-la-jurisprudenc>
- López, C., & Plazas, D. (2013). *Identidad Narrativa y su reconfiguración desde procesos abductivos en un fenómeno puntuado como psicopatológico*. Santo Tomas.
- McGuire, B. E., & Bayley, A. A. (2011). Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 398–402. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328349bbcb>
- McRuer, R., & Mollow, A. (2012). *Sex and disabilities*.
- McVilly, K. R., Stancliffe, R. J., Parmenter, T. R., & Burton-Smith, R. M. (2006). Self-advocates have the last say on friendship. *Disability and Society*, 21(7), 693–708. <https://doi.org/10.1080/09687590600995287>
- Milligan, M. S., & Neufeldt, A. H. (2001). The myth of asexuality: A survey of social and empirical evidence. In *Sexuality and Disability* (Vol. 19, Issue 2, pp. 91–109). Kluwer Academic/Human Sciences Press Inc. <https://doi.org/10.1023/A:1010621705591>
- Decreto 470 de 2007 Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital, 2007 (2007).

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Política pública nacional de discapacidad e inclusión social*. 1–61.
- Navarro, N., & Hernández, A. (2012). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. [Influence of parental attitudes on sex education and intellectual disability.]. *Psicología y Salud*, 22(2), 195–203.
- Neuman, R., & Reiter, S. (2017). Couple relationships as perceived by people with intellectual disability — implications for quality of life and self-concept*. *International Journal of Developmental Disabilities*, 63(3), 138–147. <https://doi.org/10.1080/20473869.2016.1173422>
- Oliver, M. (1991). The Politics of Disablement. *International Journal of Rehabilitation Research*, 14(2), 185. <https://doi.org/10.1097/00004356-199106000-00012>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud Versión abreviada*.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial de Discapacidad*. <https://doi.org/10.1115/1.1765142>
- Pava-Ripoll, N. A. (2015). Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad: Un aporte metodológico. *Interdisciplinaria*, 32(2), 203–222. <https://doi.org/10.16888/interd.2015.32.2.1>
- Pakman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona, España: Gedisa.
- Peralta López, F., & Torres, A. A. (2014). *Self-determination and autonomy of people with intellectual disability: the status of the issue in Spain*. 59–77. <http://www.feaps.org/programas/autogestores.htm>
- Pérez Dalmeda, M. E., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. *Revista Española de Discapacidad*, 7(1), 7–27. <https://doi.org/10.5569/2340->

- Pié Balaguer, A., & Riu Pascual, M. del C. (2014). Violencia, mujer y diversidad funcional : la vulnerabilidad aumentada. *Educación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, 45–64.
- Platero Méndez, R., & Villena Rosón, M. (2012). De “la parada de los monstruos” a los monstrous de lo cotidiano : La diversidad funcional y la sexualidad no normativa. *Feminismo/S*, 19, 127–142.
- Polanco Valenzuela, M., & Martín Ayala, J. L. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad. *Diversitas*, 13(2), 187–199. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.04>
- Pownall, J., Wilson, S., & Jahoda, A. (2020). Health knowledge and the impact of social exclusion on young people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/jar.12331>
- Prigogine, I. (1988). *La nueva alianza: metamorfosis de la ciencia*. Madrid: Alianza editorial.
- Rappaport, J. (1984). Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human Services*, 3(2–3), 1–7. https://doi.org/10.1300/J293v03n02_02
- Reiter, S. (2009). Disability from a humanistic perspective: Towards a better quality of life. In *Nova Biomedical Books*. Sistema de Bibliotecas PUCP. <https://doi.org/10.18800/psico.200901.006>
- Restrepo, P. (2010). *Sentidos familiares de la discapacidad: ¿narrativas discapacitantes?* March.
- Rodríguez, M. (2013, August 19). *Acerca de la investigación bibliográfica y documental | GUÍA DE TESIS*. Coyuntura Política. <https://guiadetesis.wordpress.com/2013/08/19/acerca-de-la-investigacion-bibliografica-y-documental/comment-page-1/#comment-113>
- Rojas, S., Haya, I., & Lázaro, S. (2015). Necesidades afectivo-sexuales en personas con

- discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva. *Revista Española de Discapacidad*, 2(3), 41–54.
- Romañach Cabrero, J. (2010). Diversidad funcional y Derechos Humanos en España: un reto para el futuro. *Dilemata*, 2, 71–87.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*.
- Ruiz, J. (2019). Corporalidad y discapacidad intelectual: aportes a la comprensión de la dimensión social de la discapacidad desde la sociología del cuerpo. *Revista Ciencias de La Salud*, 17, 32. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8111>
- Rushbrooke, E., Murray, C., & Townsend, S. (2014). The Experiences of Intimate Relationships by People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(6), 531–541. <https://doi.org/10.1111/jar.12091>
- Ryan, T. G., & Griffiths, S. (2015). Self-advocacy and its impacts for adults with developmental disabilities. In *Australian Journal of Adult Learning* (Vol. 55, Issue 1).
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (1998). *Metodología de la investigación* (Vol. 1, pp. 233-426). México, DF: Mcgraw-hill.
- Sánchez, D. & Gutiérrez, V. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual moderno. S
- Sanchez Alcon, C. (2016). Escuela de Pensamiento Libre. Un viaje desde el estigma de la subnormalidad hasta el empoderamiento de personas entre personas. *Childhood & Philosophy*, 12(24), 417–441. <https://doi.org/10.12957/childphilo.2016.22930>
- Schaafsma, D., Stoffelen, J. M. T., Kok, G., & Curfs, L. M. G. (2013). Exploring the Development of Existing Sex Education Programmes for People with Intellectual Disabilities: An Intervention Mapping Approach. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 157–166. <https://doi.org/10.1111/jar.12017>
- Schwandt, T. A. (1994). *Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry* (pp. 118–137). SAGE Publications Inc.

<https://experts.illinois.edu/en/publications/constructivist-interpretivist-approaches-to-human-inquiry>

Seoane, J., & Seoane, J.-A. (2011). ¿Qué es una persona con discapacidad? *Agora: Papeles de Filosofía*, 30(1), 143–161.

Shildrick, M. (2007). Contested pleasures: The sociopolitical economy of disability and sexuality. *Sexuality Research and Social Policy*, 4(1), 53–66.
<https://doi.org/10.1525/srsp.2007.4.1.53>

Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Forber-Pratt, A. J., Little, T. J., & Lopez, S. (2015). Causal agency theory: Reconceptualizing a functional model of self-determination. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50(3), 251–263. <https://scholars.ttu.edu/en/publications/causal-agency-theory-reconceptualizing-a-functional-model-of-self-6>

Silva, C., & Martínez, M. L. (2004). Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhé (Santiago)*, 13(2), 29–39. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282004000200003>

Sinclair, J., Unruh, D., Lindstrom, L., & Scanlon, D. (2015). Barriers to sexuality for individuals with intellectual and developmental disabilities: A literature review. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50(1), 3–16.

Soto Martínez, M. (2011). La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in)justicia. *Política y Cultura*, 35, 209–239.

Sullivan, W., & Heng, J. (2018). Supporting adults with intellectual and developmental disabilities to participate in health care decision making. *Canadian Family Physician*, 64(2), 32–36.

Szollos, A. A., & McCabe, M. P. (1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: Perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(3), 205–222.
<https://doi.org/10.1080/07263869500035561>

Thomas, C. (2004). How is disability understood? An examination of sociological approaches. In *Disability and Society* (Vol. 19, Issue 6, pp. 569–583). Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.1080/0968759042000252506>

- Titchkosky, T. (2011). Canadian Review of Sociology. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 48(4), 454–457. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2011.01272.x>
- Tulcán, O. (2018). *La educación inclusiva con estudiantes con trastorno del desarrollo intelectual, entre la discapacidad y la diversidad funcional*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Valdivia, N. (2013). *Actitudes de los padres / madres / cuidadores hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*.
- Velázquez, H., Pietri, L., & Maldonado, N. (2013). De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica. *Informes Psicológicos*, 13(2), 79–101.
- Verdugo, M. A., Vicente, E., Fernández-Pulido, R., Gómez-Vela, M., Wehmeyer, M. L., & Guillén, V. M. (2015). A psychometric evaluation of the ARC-INICO Self-Determination Scale for adolescents with intellectual disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 149–159. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.03.001>
- Vicente, E., Guillén, V., Verdugo, M., & Calvo, M. (2018). El Rol de los Factores Personales y Familiares en la Autodeterminación de Jóvenes con Discapacidad Intelectual. *Psicología Educativa*, 24(2), 75–83.
- Vieira, C. M., & Coelho, M. A. (2014). Sexualidade e deficiência intelectual: concepções, vivências e o papel da educação. *Revista Tempos e Espaços Em Educação*, 201–212. <https://doi.org/10.20952/revtee.v0i0.3268>
- Villatoro, K. (2014). Empoderamiento en las personas con diversidad funcional: clave para la inclusión y equidad social. *Acciones o Investigaciones Sociales*, 34, 77–104. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.201434912
- Walmsley, J., & Johnson, K. (2003). *Investigación inclusiva con personas con problemas de aprendizaje: pasado, presente y futuro* (Jessica Kingsley (ed.)). <https://research-information.bris.ac.uk/en/publications/inclusive-research-with-people-with-learning-disabilities-past-pr>

Watzlawick, P. (1974). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Wehmeyer, M. L. (2004). Self- determination and the empowerment of people with disabilities. In *American Rehabilitation; Autumn* (Vol. 28). Council for Exceptional Children. <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/10942>

Zigler, E. (2002). A Veteran Worker Urges Renewed Research on Personality Factors in

Anexos

Anexo 1. Cantidad de documentos por categoría

Rótulos y/o categorías	Cantidad
1 Narrativas dominantes de la discapacidad	8
2 Marco Legal Internacional, Nacional y Distrital	4
3 Relatos disciplinares	8
4 Construcción narrativas de experiencias	13
5 Autonomía y derechos humanos	18
6 Autogestión	4
TOTAL	55

Anexo 2. Tendencia 1

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	5. Tipo de investigación	5.1. Investigación cuantitativa	5.2. Investigación cualitativa	6. Población
3	Health knowledge and the impact of social exclusion on young people with intellectual disabilities / El conocimiento en salud y el impacto de la exclusión social en los jóvenes con discapacidad intelectual	2	2	2017	Escocia	1	2	0	1
6	Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers / Comprensión sexual, fuentes de información y redes sociales; los informes de los jóvenes con discapacidad intelectual y sus compañeros sin discapacidad	2	2	2013	Escocia	1	2	0	1
9	Barriers to Sexuality for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: A Literature Review	1	1	2015	Estados Unidos	2	1	3	1
11	Sex can wait, masturbate: The politics of masturbation training / El sexo puede esperar, masturbarse: la política del entrenamiento de la masturbación+C13	1	9	2012	Estados Unidos	3	0	7	1
29	Sexualidad en adolescentes discapacitados	1	2	2012	Venezuela	3	0	3	1
31	Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual	2	1	2014	España	1	1	0	1
40	5 Sentidos familiares de la discapacidad: ¿narrativas discapacitantes?	1	1	2010	Colombia	3	0	4	2
41	Discapacidad: una construcción narrativa excluyente	1	6	2015	Colombia	3	0	3	1

Anexo 3. Tendencia 2

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	6. Población
5	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo	4	7	2006	Internacional	1
21	La esterilización en las personas con discapacidad cognitiva y psicosocial: una perspectiva crítica a la jurisprudencia constitucional	1	7	2017	Colombia	1
54	Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital	7	7	2007	Colombia	1
55	Política Pública Nacional de discapacidad e inclusión social	7	7	2013	Colombia	4

Anexo 4. Tendencia 3

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	5. Tipo de investigación	5.1. Investigación cuantitativa	5.2. Investigación cualitativa	6. Población
22	De la filantropía a la autonomía. El caso de Piña Palmera	1	8	2014	México	3		4	1
28	Representaciones de la Sexualidad en los Discursos de la Diversidad Funcional Circulantes en Chile	2	1	2017	Chile	3		3	1
37	De la incapacidad a la diversidad funcional: Una mirada a la evolución histórica de los conceptos, significados e implicaciones para la intervención psicológica	1	1	2013	Puerto Rico	3		3	1
43	La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in)justicia	1	8	2010	México	3		3	1
45	Violencia, mujer y diversidad funcional. La vulnerabilidad aumentada	1	7	2014	España	3		3	1
53	Corporalidad y discapacidad intelectual: aportes a la comprensión de la dimensión social de la discapacidad desde la sociología del cuerpo	1	4	2017	Colombia	3		3	1

Anexo 5. Tendencia 4

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	5. Tipo de investigación	5.1. Investigación cuantitativa	5.2. Investigación cualitativa	6. Población
2	The Choice of Becoming a Parent	1	1	2020	Australia	3		3	1
4	Informe mundial de la discapacidad	4	2	2011	Europa				1
19	Discourse of needs versus discourse of rights: family caregivers responding to the sexuality of young South African adults with intellectual disability / Discurso de necesidades versus discurso de derechos: cuidadores familiares respondiendo a la sexualidad de jóvenes adultos sudafricanos con discapacidad intelectual	2	2	2018	Sudafrica	3		4	2
24	Comunicación sexual: diferencias entre padres de hijos con y sin discapacidad	2	1	2018	México	1	1		2
25	Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual	2	1	2012	México	3		4	2
26	Características de padres e hijos con discapacidad que intervienen en la comunicación sobre sexualidad	2	1	2017	México	1	1		2
27	La sexualidad en la discapacidad intelectual	6	2	2012	Venezuela	3		3	1
30	Narrativas de la sexualidad de adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve en relación con sus familias y el sistema social	5	1	2017	Colombia	3		4	1
32	Actitudes de los/as padres/madres/personas cuidadoras hacia la sexualidad de las personass con discapacidad intelectual	5	2	2012	España	1	1		2
33	Conocimientos, actitudes y prácticas de familias de adolescentes con discapacidad cognitiva en sexualidad y afectividad	2	1	2017	Colombia	1	1		2
36	Narrativas conversacionales con familias y docentes de niños y niñas con discapacidad:Un aporte metodológico	2	1	2015	Colombia	3		5	2
50	Pautas de interacción y narrativas de las madres acerca del hijo con discapacidad cognitiva en relación con la sexualidad y proyecto de vida	5	1	2015	Colombia	3		6	2
52	Parentalidad y diagnóstico de discapacidad intelectual leve o moderada: construyendo narrativas generativas	5	1	2017	Colombia	3		6	1

Anexo 6. Tendencia 5

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	5. Tipo de investigación	5.1. Investigación cuantitativa	5.2. Investigación cualitativa	6. Población
8	Couple relationships as perceived by people with intellectual disability — implications for quality of life and self-concept / Relaciones de pareja según la percepción de las personas con discapacidad intelectual: implicaciones para la calidad de vida y el autoconcepto	2	8	2016	Israel	2	1	4	1
10	Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability/Relaciones, sexualidad y capacidad de decisión en personas con discapacidad intelectual	1	1	2011	Irlanda	3		3	1
12	Views and Experiences of People with Intellectual Disabilities Regarding Intimate Relationships: A Qualitative Metasynthesis / Puntos de vista y experiencias de las personas con discapacidad intelectual sobre las relaciones íntimas: una metátesis cualitativa	3	1	2018	Inglaterra	3		3	1
13	People with Intellectual Disabilities Negotiate Autonomy, Gender and Sexuality /Las personas con discapacidad intelectual negocian la autonomía, el género y la sexualidad	2	8	2017	Islandia	3		4	1
14	Exploring the development of existing sex education programmes for people with intellectual disabilities: an intervention mapping approach /Explorando el desarrollo de programas de educación sexual existentes para personas con discapacidad intelectual: un enfoque de mapeo de intervenciones	2	8	2017	Países Bajos	3		4	3
17	Sexual Lives & Respectful Relationships: A Rights based approach / Vidas sexuales y relaciones respetuosas: un enfoque basado en derechos	4	8	2018	Nueva Zelanda y Suecia	3		3	1
18	Constructing sexual identities: people with intellectual disability talking about sexuality / Construyendo identidades sexuales: personas con discapacidad intelectual hablando de sexualidad	1	4	2014	Australia	3		4	1
20	Necesidades afectivo-sexuales en personas con discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva	2	1	2015	España	3		4	1
23	El Rol de los Factores Personales y Familiares en la Autodeterminación de Jóvenes con Discapacidad Intelectual	2	8	2018	España	1		1	1
34	De la parada de los monstruos a los monstruos de lo cotidiano: la diversidad funcional y sexualidad normativa	1	1	2012	España	3		3	1
35	Sexualidad y discapacidad intelectual: concepciones, vivencias y el papel de la educación	2	2	2014	Brasil	3		4	1
38	Consent to care of persons with intellectual disability in Quebec: from vulnerability to capability / Consentimiento para la atención de personas con discapacidad intelectual en Quebec: de la vulnerabilidad a la capacidad	1	2	2017	Canadá	3		3	1
44	Diversidad funcional y Derechos Humanos en España: un reto para el futuro	1	5	2010	España	3		3	1
46	La educación inclusiva con estudiantes con trastorno del desarrollo intelectual, entre la discapacidad y la diversidad funcional	5	8	2018	Colombia	3		3	1
47	A psychometric evaluation of the ARC-INICO Self-Determination Scale for adolescents with intellectual disabilities / Una evaluación psicométrica de la Escala de Autodeterminación ARC-INICO para adolescentes con discapacidad intelectual	2	1	2015	España	1	1		1
48	Empoderamiento en las personas con diversidad funcional: clave para la inclusión y equidad social. Estudio exploratorio en activistas del Foro de Vida Independiente y Diversidad de la Comunitat Valenciana	2	2	2014	España	3		4	1
49	Escuela de pensamiento libre. Un viaje desde el estigma de la subnormalidad hasta el empoderamiento de personas entre personas	1	9	2016	Brasil	3		1	1
53	Identidad narrativa y su reconfiguración desde procesos abductivos en un fenómeno puntuado como psicopatológico	5	1	2013	Colombia	3		4	1

Anexo 7. Tendencia 6

Nº	Título	1. Tipo de documento	2. Disciplina	3. Cronología	4. País	5. Tipo de investigación	5.1. Investigación cuantitativa	5.2. Investigación cualitativa	6. Población
1	Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States / Intención del embarazo en estado de discapacidad materna en los Estados Unidos	2	2	2020	Estados Unidos	1	1		1
7	Supporting adults with intellectual and developmental disabilities to participate in health care decision making / Apoyar a los adultos con discapacidades intelectuales y del desarrollo para que participen en la toma de decisiones de atención médica.	4	2	2018	Canadá				1
15	"Best for everyone concerned" or "Only as a last resort"? Views of Australian doctors about sterilisation of men and women with intellectual disability / ¿"Lo mejor para todos los interesados" o "Solo como último recurso"? Opiniones de los médicos australianos sobre la esterilización de hombres y mujeres con discapacidad intelectual	2	2	2014	Australia	1	1		3
16	Midwives' work and attitudes towards contraceptive counselling and contraception among women with intellectual disability: focus group interviews in Sweden /El trabajo y las actitudes de las parteras hacia el asesoramiento y la anticoncepción de las mujeres con discapacidad intelectual: entrevistas de grupos focales en Suecia	2	2	2019	Suecia	3		5	3

Anexo 8. Cantidad de documentos por tendencia

TENDENCIA 1		CATEGORIAS						
Nº	TIPO DE DOCUMENTO	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Artículo de revisión de literatura	7	1	5	1	6	0	20
2	Artículo de investigación empírica	3	0	1	6	8	3	21
3	Artículo de investigación metaanálisis	0	0	0	0	1	0	1
4	Informe	0	1	0	1	1	1	4
5	Trabajos de grado	0	0	0	4	2	0	6
6	Ensayo	0	0	0	1	0	0	1
7	Ley	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL								55
TENDENCIA 2		CATEGORIAS						
Nº	DISCIPLINA	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Psicología	3	0	2	9	6	0	20
2	Salud y Medicina	3	0	0	4	3	4	14
3	Enfermería	0	0	0	0	0	0	0
4	Sociología	0	0	3	0	1	0	4
5	Derecho	0	0	0	0	1	0	1
6	Trabajo Social	1	0	0	0	0	0	1
7	Jurídica	0	4	1	0	0	0	5
8	Educación	0	0	2	0	6	0	8
9	Filosofía	1	0	0	0	1	0	2
TOTAL								55
TENDENCIA 3		CATEGORIAS						
Nº	CRONOLOGIA	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	2006	0	1	0	0	0	0	1
2	2007	0	1	0	0	0	0	1
3	2010	1	0	2	0	1	0	4
4	2011	0	0	1	1	1	0	3
5	2012	2	0	0	3	1	0	6
6	2013	1	1	1	0	1	0	4
7	2014	1	0	2	0	3	1	7
8	2015	2	0	0	2	2	0	6
9	2016	0	0	0	0	2	0	2
10	2017	1	1	2	4	3	0	11
11	2018	0	0	0	2	4	1	7
12	2019	0	0	0	0	0	1	1
13	2020	0	0	0	1	0	1	2
TOTAL								55
TENDENCIA 4		CATEGORIAS						
Nº	PAIS	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Escocia	2	0	0	0	0	0	2
2	Estados Unidos	2	0	0	0	0	1	3
3	Colombia	2	3	1	5	2	0	13
4	España	1	0	3	1	6	0	11
5	Venezuela	1	0	1	1	0	0	3
6	Internacional	0	0	0	0	0	0	0
7	México	0	0	2	3	0	0	5
8	Chile	0	0	1	0	0	0	1
9	Puerto Rico	0	0	1	0	0	0	1
10	Australia	0	0	0	1	1	1	3
11	Irlanda	0	0	0	0	1	0	1
12	Israel	0	0	0	0	1	0	1
13	Inglaterra	0	0	0	0	1	0	1
14	Europa	0	0	0	1	0	0	1
15	Islandia	0	0	0	0	1	0	1
16	Sudáfrica	0	0	0	1	0	0	1
17	Nueva Zelanda y Suecia	0	0	0	0	1	1	2
18	Canadá	0	0	0	0	1	1	2
19	Países bajos	0	0	0	0	1	0	1
20	Brasil	0	0	0	0	2	0	2
TOTAL								55
TENDENCIA 5		CATEGORIAS						
Nº	TIPO DE INVESTIGACIÓN	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Cuantitativo	3	0	0	4	2	2	11
2	Mixto	1	0	0	0	1	0	2
3	Cualitativa	4	0	8	8	15	1	36
TOTAL								49
TENDENCIA 5.1.		CATEGORIAS						
Nº	INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Descriptivo	2	0	0	4	1	2	9
2	Correlacional	2	0	0	0	0	0	2
3	Interventivo	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL								11
5.2.		CATEGORIAS						
Nº	INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Observación no participante	0	0	0	0	2	0	2
2	Observación participante	0	0	0	0	0	0	0
3	Análisis de documentos	3	0	7	2	7	0	19
4	Entrevistas	1	0	1	3	8	0	13
5	Grupos focales o de discusión	0	0	0	1	0	1	2
6	Intervención Acción Participativa / Intervención	0	0	0	2	0	0	2
7	Análisis de material visual/auditivo	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL								39
TENDENCIA 6		CATEGORIAS						
Nº	POBLACIÓN	1	2	3	4	5	6	TOTAL
1	Discapacidad intelectual	7	3	8	5	17	2	42
2	Familia y/o cuidadores	1	0	0	8	0	0	9
3	Personal en salud	0	0	0	0	1	2	3
4	Gobierno	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL								55