



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura de Enfermería

TEMA: “Efecto que tiene en las familias de personas con discapacidad intelectual de leve a profunda, el desconocimiento sobre Educación Sexual”

AUTORES: Aguirre Romina

Cudeyro Isabel

Mendoza, Febrero del 2016



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura de Enfermería

TEMA: “Efecto que tiene en las familias de personas con discapacidad intelectual de leve a profunda, el desconocimiento sobre Educación Sexual”

AUTORES: Aguirre Romina

Cudeyro Isabel

Mendoza, Febrero del 2016

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado, ni citado, en todo o parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o autores.”

ACTA DE APROBACIÓN

TRIBUNAL

Presidente: Lic. Reyes, María Rosa 

Vocal1: Lic. Fernandez Salgado, M. Elena 

Vocal2: Bieg. Giani, Marcos 

INTEGRANTES DEL GRUPO TRIBUNAL

Profesor.....

Profesor.....

Profesor.....

Trabajo Aprobado el: 25/02/2016

RESUMEN

TEMA: Efecto que tiene en las familias de personas con discapacidad intelectual de leve a profunda el desconocimiento sobre Educación Sexual.

AUTORES: Aguirre Romina, Cudeyro Isabel.

LUGAR: Instituto HISDIM, San Martín, Mendoza año 2015.

INTRODUCCIÓN: El análisis realizado está enfocado en la información que posee la familia y la persona con discapacidad. Se tienen en cuenta para esta investigación conceptos tales como sexualidad, educación sexual, familia y todo lo que abarca la discapacidad intelectual.

En lo que se refiere a sexualidad se expone conceptos tradicionales, sociales y los aportados por la OMS, en cuyo apartado se menciona las dimensiones que abarca.

La Educación sexual la presentaremos como una herramienta de cambio y es ahí donde acentuaremos nuestra investigación ya que nos dará el hincapié para desarrollar una mirada distinta con respecto a la discapacidad; considerando de importancia en esta etapa a la familia, quien nutre los distintos aspectos del ser humano, identificando estructuras y funciones de la misma.

OBJETIVO: Identificar el efecto que tiene el desconocimiento sobre Educación Sexual, en familias de personas con discapacidad leve a profunda.

Identificar el tipo de conocimiento que poseen las familias sobre educación sexual.

Conocer los distintos niveles de discapacidades.

MÉTODO: Es un tipo de estudio transversal, descriptivo, aplicable, cualitativo, micro sociológico, explorativo.

Población y muestra 50 familias que poseen un integrante con discapacidad en el Instituto HISDIM. Se utiliza una entrevista estructuras de tipo personal a familiares.

RESULTADO: De los datos obtenidos lo más relevante son que las familias de personas con discapacidad están desinformadas sobre conceptos de discapacidad y sexualidad siendo el 54% de los encuestados los que no reciben información, pero a su vez el 82% considera importante el informarse sobre educación sexual. Es significativo destacar que en el Instituto elegido la mayor parte de las personas internadas poseen una discapacidad intelectual (54%) lo que nos facilitó el desarrollo de nuestra investigación.

CONCLUSIONES: Encontramos como imprescindible el brindar información específica que hagan al conocimiento sobre las áreas de sexualidad aportadas a través de una buena y completa Educación Sexual hacia el familiar asegurando un cambio en la vida cotidiana del discapacitado, facilitando la comprensión de sus conductas.

RECOMENDACIONES: Crear espacios para la difusión de estos temas incluyendo a la persona con discapacidad como así también a la familia, en un entorno multidisciplinario, siendo el enfermero el profesional más importante, ya que es el nexo más próximo y que mantiene mayor continuidad en el contacto con estas personas, proporcionando el cuidado y asegurando su bienestar.

PALABRAS CLAVES

Discapacidad; sexualidad; educación.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento es primeramente a Dios por permitir sentirnos realizadas y colocar la inquietud de avanzar en nuestra carrera. También a nuestras familias de las cuales obtuvimos un apoyo incondicional a nuestros padres, hermanos, hijos y demás, como también a todos nuestros compañeros incansables alentadores en momentos de desgano o de dificultad y por ultimo nuevamente a Dios por permitirnos conocer tanta gente llena de cualidades y ejemplos a seguir.

PROLOGO

La realización de este trabajo de investigación emerge de la observación en el entorno de nuestra labor y el contacto continuo, en base a la necesidad de un enfoque distinto de conceptos especiales y concretos sobre educación sexual, sexualidad, familia y discapacidad; considerando la familia como la más influyente y significativa en la vida de cualquier ser humano, y con la finalidad de crear mayores oportunidades en cuanto al desarrollo, vínculos más firmes y relaciones saludables, enriquecidas a través de valores, destacando la importancia de la inclusión y el apoyo multidisciplinario desde temprana edad; lo cual repercutirá de manera positiva en el desarrollo social y afectivo de la persona con discapacidad.

A través del acercamiento a las familias pretendemos tener conocimiento de la información con que ésta se maneja y a partir de esa base realizar nuestras intervenciones, ya que la falta de conocimiento acerca de los problemas mentales generan discriminación aún del propio núcleo familiar y la falta de aceptación social.

INDICE GENERAL.-

Advertencia.....	pág. II
Acta de aprobación.....	pág. III
Resumen.....	pág.IV
Agradecimiento.....	pág.VI
Prólogo.....	pág.VII

CAPITULO I:

Portada.....	pág.1
Introducción.....	pág.2
Descripción del problema.....	pág.3
Formulación o planteamiento del problema.....	pág.4
Justificación.....	pág.5
Objetivos.....	pág.6
Marco Teórico: Portada.....	pág.7
Apartado I: Antecedentes históricos de la enfermedad mental.....	pág. 8
Apartado II: Discapacidad mental.....	pág.12
Apartado III: Sexualidad.....	pág.19
Apartado IV: Familia:.....	pág.22
Apartado V: Educación sexual.....	pág.27
Apartado VI: Derechos sobre la discapacidad.....	pág.29
Bibliografía.....	pág.32

CAPITULO II:

Portada.....	pág.33
Diseño metodológico.....	pág.34
Conceptualización de variables.....	pág.35
Codificación de variables.....	pág.37

CAPITULO III:

Portada: "Conclusiones y propuestas".....	pág.40
Tablas.....	pág.41
Conclusión.....	pág.62
Conclusión final.....	pág.64
Propuestas.....	pág.65
Bibliografía final.....	pág.66

CAPITULO IV:

Portada.....	pág.67
Encuesta.....	pág.68
Tabla matriz de datos.....	pág.72

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación va dirigida a realizar un análisis, con el motivo de aportar una conceptualización de la discapacidad que procure informar y formar a través de la educación para conseguir una mejor calidad de vida o crear ambientes más inclusivos.

En el primer apartado a través de la lectura bibliográfica realizada hemos considerado el relato de una breve reseña histórica para la comprensión sobre la perspectiva en la antigüedad y la actual que dieron orígenes a paradigmas que orientaron a los cambios sobre discapacidad, tales como son el modelo de normalización y posteriormente el modelo de biopsicosocial.

Mientras avanzamos sobre el tema abordamos los conceptos sobre discapacidad, sexualidad, familia y sobre el tema al que hacemos referencia en todo nuestro trabajo de investigación con definiciones, tipos, causas y demás.

Las complicaciones que presentan los individuos pudiendo abarcar: incapacidad para cuidar de sí mismo, incapacidad para interactuar con otras personas adecuadamente, aislamiento social.

Se hace referencia a la definición de discapacidad intelectual (DI) áreas, los funcionamientos afectados, etiología, síntomas, y diagnósticos.

En lo que se refiere a la sexualidad la conceptualización tradicional o social y el cambio en cuanto a la amplitud que realmente denota tal dimensión fundamental en la vinculación con uno mismo y los demás.

Identificar conceptos acerca de familia, estructura, funciones y otras que consideramos, es importante para reforzar responsabilidades, los componentes que a esta les dificulta el cumplimiento de algunas tareas que son complementación de trabajo con otras áreas, como la educativa.

Para esto también incluimos el apartado sobre educación sexual como herramienta con la cual se puede contar y sentar las bases de cambio en relación a la mirada que se tiene sobre la discapacidad y la sexualidad.

Y los avances desde los derechos consensuados elaborados para lograr la integración de las personas con discapacidad.

El análisis de esto debe hacer al aporte en relación a las personas con discapacidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Habiendo leído sobre el tema, el campo de la Salud Mental nos pareció de gran interés para investigar, más específicamente la discapacidad mental, por lo cual elegimos una Institución de ámbito privado, el Instituto HISDIM (Hogar de Integración Social del Discapacitado Mental) para realizar nuestras tesis.

El hogar HISDIM es un instituto ubicado en el departamento de San Martín, en la zona norte, entre Panamericana y Pedro Vargas.

El servicio que se brinda es multidisciplinario, conformado por psicólogo, docente, nutricionistas, médico clínico y enfermeros, estos últimos realizando turnos rotativos teniendo por guardia a cuatro enfermeras a cargo.

El hogar se encarga del cuidado de personas con discapacidad leve a profunda, en etapas de adulto y adulto mayor, mutualizados, mixtos; los cuales un grupo se encuentra internado, mientras que otros realizan actividades durante el día y se retiran a sus hogares con sus familias. Estos pacientes son procedente de familias binuclear, mono parental, equivalentes familiares, y personas sin familia; de clase media y nivel educacional básico.

La visita a los pacientes internados es libre, por lo que las familias pueden ir a verlos cualquier día en cualquier horario.

La investigación surge a través de la observación del entorno familiar de las personas internadas, encontrando como tema de nuestro interés la falta de información que poseen las familias sobre temas que hace a la integración, inclusión y cuidado propio de las personas con discapacidad en base a la educación sexual, que no es solo hablar de relaciones sexuales, sino de aprender a expresar emociones, sentimientos, reconocer y respetar los valores y la intimidad propia y ajena.

FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué efecto tiene, en las familias de personas con discapacidad intelectual leve a profunda, del Instituto HISDIM, el desconocimiento sobre educación sexual, en San Martín, Mendoza, desde marzo a septiembre del 2015?

JUSTIFICACIÓN

El aproximar a través del conocimiento el tema de educación sexual en personas con discapacidad intelectual a las familias o entorno puede provocar un cambio de actitud hacia la persona con discapacidad, fomentando a mantener una mirada distintas con respecto a estas personas, ya que el comportamiento o actitud que se tiene para con ellos influye en su desarrollo afectivo.

Teniendo en cuenta que la sexualidad es parte esencial y constitutiva de los seres humanos, las personas con discapacidad también pueden amar y ser amadas.

La sociedad a través de la aceptación e integración debe contribuir a una mirada de forma positiva cambiando su perspectiva de lo que considera normal, en apoyo a las familias, las cuales la mayoría de las veces se abocan demasiado a las personas con discapacidad o en el caso contrario delegan su cuidado a una sola persona del entorno familiar provocando ruptura de lazos familiares y falta de limitaciones fomentando aún más su dependencia.

La sociedad, las familias y los profesionales tenemos que aprender no solo a respetar el derecho a la sexualidad sino acompañar a través de la información que se le brinda a la familia, para lograr el desarrollo de una vida adulta sin riesgos ni consecuencias.

La desinformación de las familias a medida que los niños con discapacidad van creciendo y pasan de una edad a otra requiere una conocimiento específica sobre todo en el área de su sexualidad siendo este un impulso vital que nace y muere con la persona manifestado por emociones y sentimientos que son corpóreos es decir manifestó la expresión, por contacto físico incluyendo o no el área genital.

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar el efecto que tiene el desconocimiento sobre educación sexual, en familias de personas con discapacidad leve a profunda del Instituto HISDIM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar el tipo de conocimiento que poseen los familiares sobre educación sexual.
- Conocer los distintos niveles de discapacidad presentes en el Instituto HISDIM.
- Identificar las características de las familias o personas a cargo.
- Implicar a la familia contando con su experiencia y conocimiento, respetando a su vez, que sea debidamente informada y parte del proceso.
- Dar a conocer los derechos de las personas con discapacidad.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

Para una mayor comprensión sobre el tema de investigación realizaremos una reseña breve histórica de la discapacidad intelectual y que perspectiva se tenía sobre la persona, su desarrollo y calidad de vida.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hasta antes de los años 50 la discapacidad podía ser vista como una “desgracia” asociada al “castigo divino” y en el que se ocultaba a las personas afectadas por este tipo de procesos, y se las ingresaba en una institución o se las mantenía en casa, alejada de la mirada del conjunto de la sociedad. Los principales derechos internacionales apuntan desde entonces a enmarcar o reafirmar para la conservación del valor y del respeto a la vida y al ser humano para que en forma conjunta los estados colaboren con estos objetivos. A partir de esto, N. BankMikkelsen plantea un nuevo principio al que denomina normalización y que formula como “la posibilidad de que los deficientes mentales lleven una existencia tan próxima a lo normal como sea posible” (1975).

El principio de normalización comienza a tener una importante presencia en la formulación de políticas de intervención sobre las personas con discapacidad, y su principal consecuencia será la presentación en el Reino Unido en 1978 del documento conocido como “Informe Warnock” (1978) en reconocimiento a Mary Warnock que presidió el equipo de trabajo encargado de redactar dicho informe donde se plantea el principio de integración en el ámbito escolar.

Informe Warnock (1978) expone:

“todos los niños tienen derechos a asistir a la escuela ordinaria de su localidad, sin posible exclusión”.⁽¹⁾

A partir de este momento, el principio de integración rebasa la función escolar y se extiende a otras parcelas.

Así, comienza a hablarse de “integración social” o “integración laboral”.

En España, en 1978 se promulga la Constitución Española y a partir de ese momento se inicia el enfoque de los derechos humanos en la atención de las necesidades de personas con discapacidad.

Desde esta perspectiva comienza a perfilarse el principio de integración como la necesidad de adaptación del entorno al sujeto (adaptaciones curriculares en la escuela, accesibilidad al puesto de trabajo, etc.).

La publicación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) en 1982, sienta definitivamente las bases de la integración de las personas con discapacidad en España.

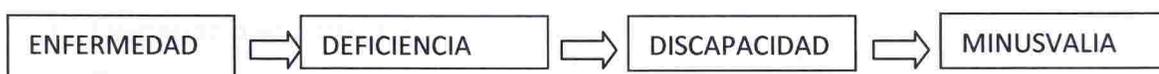
La LISMI entiende que para lograr la participación e igualdad plenas de todos los ciudadanos no bastan las medidas de rehabilitación orientadas hacia las personas con discapacidad. La experiencia ha demostrado que es en gran parte el medio el que determina, en efecto, una deficiencia o incapacidad sobre la vida diaria de una persona.

En fechas más recientes, el Consejo de Ministros aprueba el II Plan de Acción para las personas con discapacidad 2003-2007 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2004).

Finalmente, la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia y a sus Familias” aprobada en diciembre de 2006.

Debido a la multiplicidad de conceptos y para lograr unificar, la OMS se propuso desarrollar una clasificación para todos los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la discapacidad, y en el año 1980 publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías conocida como CIDDM (Ministerio de Asuntos Sociales, 1997).

Esta clasificación propone un modelo médico que se establece a través del siguiente esquema:



Este esquema tiene como objetivo principal clasificar las consecuencias de la enfermedad y no tanto recopilar sus causas. Como observamos, la CIDDM plantea tres niveles o consecuencias de la enfermedad:

Deficiencia: es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales).

Esto establece un modelo causal es decir, no refleja el papel del entorno, tanto social como físico por lo que carece de utilidad para la intervención educativa y comunitaria.

Las críticas que la CIDDM recibió, provocó que el 22 de mayo de 2001, en la 54ª Asamblea de la OMS se aprobara una nueva versión de esta clasificación con el nombre definitivo de “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud” más conocida por las siglas CIF.

Según Blanca Núñez (2012):

“la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras debidas a la actitud y al entorno (...).”⁽²⁾

Tipos de discapacidad

- Discapacidad física.
- Discapacidad psíquica.
- Discapacidad sensorial.

- Discapacidad mental o intelectual.

Por lo que en referencia a nuestro tema nos avocaremos a la discapacidad intelectual.

Aportando primeramente la definición de:

Salud mental: es el estado de equilibrio entre la persona y su medio sociocultural. Lo que garantiza una participación laboral, intelectual y de relación y así alcanzar un correcto bienestar y de estilo de vida. Incluyendo entonces: bienestar subjetivo; autonomía y emociones.

Por lo que se entiende que estos recursos hacen a las acciones de desarrollo saludables del ser humano.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

(1) Francisco Rubio Jurado (2009) Doc. "Principios de normalización, integración e inclusión" IES Santa Catalina de Siena Córdoba. Pág.2.

(2) Blanca Núñez (2012): "¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad?". Editorial: Lugar Editorial. Pág.26.

APARTADO II

DISCAPACIDAD MENTAL O INTELECTUAL

La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) más la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) han sustituido el término retraso mental, por Discapacidad Intelectual término que se comprende bien y no se ve de manera despectiva y diagnosticándose en base a tres criterios, no solo en base de un coeficiente de inteligencia mucho más bajo de lo normal, obtenido mediante una operación matemática donde se divide la edad mental del paciente por la edad cronológica, multiplicándose por cien determina el C.I.

$$E.M. / E.Cr \times 100 = C.I.$$

Este resultado más la suma de las pruebas obtenidas a través de criterios de diagnóstico y de determinadas alteraciones adaptativas en al menos dos áreas comprendidas en: comunicación; auto cuidado; vida en el hogar ; habilidades sociales ; uso de la comunidad; autodirección; salud y seguridad; habilidad académica y funcionales; ocio; trabajo.

Y su inicio antes de los dieciocho años dará como resultado el grado de D.I. definido de forma más reciente como el trastorno de inicio en la infancia, la niñez y adolescencia, clasificándose en:

- Retraso mental leve (50 a 69 de C.I.): llamado también debilidad mental subnormalidad mental leve, oligofrenia leve. Se considera que un cociente intelectual (C.I) de 50 a 69 corresponde a un retraso mental leve. Son paciente que adquieren tarde el lenguaje, aunque son capaces de mantener una conversa y, por lo tanto, de expresarse en la vida cotidiana. Una gran parte llega alcanzar una independencia para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse y controlar los esfínteres) las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares, sobre todo en la lectura y la escritura. Pueden desempeñarse en labores prácticas, más frecuentemente en trabajos manuales semicualificados. Cuando el retraso va acompañado de una

falta de madurez emocional o social destacadas, pueden presentarse dificultades para hacer frente a las demandas del matrimonio o la educación de los hijos, así como la adaptación a la cultura,

- Retraso mental moderado (35 a 49 de C.I.): llamado también imbecilidad, subnormalidad mental moderada u oligofrenia moderada. Los pacientes con retraso mental moderado muestran una lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, teniendo en esta área un dominio limitado. Los avances escolares son limitados, y aprenden solo lo elemental para la lectura escritura y calculo tienen dificultades para su cuidado personal. Sus funciones motrices son pobres y necesitan de una supervisión permanente, se considera que un consiente intelectual (C.I.) comprendido entre 35 y 49 corresponde al retraso mental moderado. De adultos es difícil que desarrollen una vida social completamente independiente; sin embargo, muchos de ellos son físicamente activos, con total capacidad de movimientos. El nivel de desarrollo del lenguaje varía, desde la capacidad para tomar parte en una conversación sencilla, hasta la adquisición de un lenguaje solo para el cotidiano. Existen pacientes que nunca aprenden hacer uso del lenguaje y utilizan la gesticulación manual para compensar la carencia verbal.
- Retraso mental grave (20 a 34 de C.I.): llamado también subnormalidad mental grave y oligofrenia grave. Se considera que un consiente intelectual (C.I.) entre 20 y 34, corresponde a retraso mental grave el paciente con retraso mental grave presenta un cuadro clínico mucho más severo que el anterior; básicamente, su etiología es orgánica, asociada a otros trastornos con escaso o nulo nivel del desarrollo del lenguaje. Necesitándose generalmente, de una anamnesis indirecta. La gran mayoría de los pacientes presenta marcado déficit motor, o la presencia de otras carencias que dan evidencia clínica de un daño o anomalía del desarrollo del sistema nervioso central.
- Retraso mental profundo (<20 de C.I.): llamado también idiotéz, subnormalidad profunda u oligofrenia profunda. Se considera que el C.I., es inferior 20. Los pacientes de este grupo poseen muy limitada

capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión permanente. No muestran capacidad para comprender intrusiones o reconocerlas y actual de acuerdo a ellas. Su comunicación no verbal es muy rudimentaria; muestran una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres. La etiología es generalmente orgánica.

Y se tiene el concepto que las persona retrasadas no pueden aprender u ocuparse de sí mismo, por lo tanto, para ser diagnosticado con retraso mental, las personas tienen que tener ambos, ósea un C.I. significativamente bajo y problemas considerables en su adaptación a la vida diaria que se manifiesta antes de los 18 años.

En el retraso mental se aprecia una lentitud del desarrollo, en general en todas las áreas de funcionamiento poniéndose en manifiesto de manera.

COGNITIVAMENTE: puede existir una orientación hacia lo concreto egocentrismo, distracción y poca capacidad de atención. La hiperactividad sensorial puede conducir a conductas desbordes, y a la evitación de estímulos.

EMOCIONALMENTE: tienen dificultades para expresar sentimientos y percibir efectos tanto en sí mismo como los otros. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos (hipertonía, hipotonía).

RETRASO DEL HABLA: que pueden inhibir la expresión del efecto negativo, lo que conduce a instancias de una hiperactividad afectiva aparente que incluye una ira impulsiva y una baja tolerancia a la frustración.

DIFICULTAD ADAPTATIVA: las complejidades normales de las interacciones diarias pueden poner a prueba los límites cognitivos del niño con RM. En casos extremos, el descontrol impulsivo puede conducir a la violencia y la destructividad.

REACCIONES EMOCIONALES PRIMITIVAS: a la frustración y a la tensión pueden implicar conductas agresivas. Auto agresivo o auto-estimulante.

Por lo que sean utilizado para definir retraso mental y tratarla, términos a los que ya hemos hecho referencia como oligofrenia, debilidad mental, subnormalidad; es decir luego de la redefinición de término no se consideró más como un rango individual sino como una expresión de la interacción entre la persona con el funcionamiento intelectual limitado y el ambiente, referida a: adaptación social; habilidades que comprenden áreas de comunicación y cuidado de sí mismo; desenvolvimiento de actividades de la vida diaria; autocontrol; vida doméstica, social e interpersonal.

Cuyo inicio debe ser como lo anteriormente dicho, antes a los dieciocho años de edad. Cuando más profundo es el retraso más difícil la adaptación social. Este desajuste de intelecto clasificado en leve, moderado, grave, o profundo de su coeficiente originado por factores biológicos o psicosociales o por ambos, produce la afectación sobre su personalidad, por lo que incluye área emocional, sus sentimientos y su debido encause, expresión o fluidez, ósea su capacidad de asumir un comportamiento a la hora de elaborar una respuesta ante una situación de éxito o fracaso, aceptación o no, que será tomada seguramente como una conducta inadecuada o poco aceptables.

Por lo tanto este desajuste, causado por su baja intelectualidad hace más propensas a las personas con retraso mental a enfermedades mentales.

ETIOLOGÍA

BIOLÓGICOS:

METABÓLICOS

- ✓ -lípidos: enfermedad de Tay Sachs,
- ✓ -mucosacaridosis: Síndrome de Hurler,
- ✓ -aminoácidos: fenilcetonuria.
- ✓ -carbohidratos: galactosemia, purinas-Síndrome de Lesh Nyhan

CONDICIONES GENÉTICAS: a veces el retraso mental es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan, u otras razones.

- ✓ Trastorno neurocutáneos: esclerosis tuberosa,
- ✓ Alteraciones cromosómicas: Síndrome de Dow.

PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO: puede resultar cuando él bebe no se desarrolla apropiadamente dentro del útero. Este puede sufrir malformaciones encefálicas y craneales, como la microcefalia (cabeza más pequeña de lo normal), macrocefalia (cabeza más grande de lo normal) e hidrocefalia (aumento del líquido encéfalo raquídeo dentro del cerebro), debidas a anormalidades sufridas durante el desarrollo uterino como malnutrición de esta, o la ingesta masiva del alcohol, drogas o tabaco durante el embarazo.

PROBLEMAS AL NACER: si él bebe tiene problemas durante el parto cono, por ejemplo, si no está recibiendo suficiente oxígeno, él o ella podría tener retraso mental.

NIÑOS PREMATUROS: o que pesen menos de dos kilos y medio al nacer, tiene más probabilidad es de sufrir algún deterioro en su sistema nervioso central.

INFECCIONES: presentes al nacer o que ocurren después del nacimiento): rubeola congénita, toxoplasmosis congénita, encefalitis, infección por VIH meningitis.

FACTORES PSICOSOCIALES:

SUSTANCIAS TÓXICAS: ingesta de alcohol, metales pesados como mercurio plomo drogas tabaco.

POBREZA: malnutrición.

ENFERMEDAD MENTAL DE LA MADRE: de privación afectiva, situación de abandono, falta de educación y estimulación lingüística y social o de cualquier orden.

SÍNTOMAS

- Comportamiento infantil continuo
- Disminución en la capacidad de aprendizaje
- Incapacidad para cumplir con las pautas del desarrollo intelectual
- Incapacidad para satisfacer las exigencias educativas
- Falta de curiosidad

Los cambios a comportamientos normales dependen de la gravedad del padecimiento. El retardo mental puede estar asociado con la falta de curiosidad y un comportamiento tranquilo. El retardo mental severo está asociado con un comportamiento infantil durante toda la vida.

COMPLICACIONES

Las posibles complicaciones varían y pueden abarcar: Incapacidad para cuidar de sí mismos o para interactuar con otras personas adecuadamente y aislamiento social.

DIAGNÓSTICO

- 1- Historia clínica: Anamnesis individual y familiar: la historia del embarazo y del parto, la consanguinidad de los padres y la presencia de trastornos hereditarios en la familia.
- 2- Examen físico: Debe incluir una minuciosa observación del nivel de actividad del niño y de la cantidad de interacción con los padres, con otras personas y con objetos inanimados. El examen físico debe ser prolijo y objetivo.
- 3- Examen neurológico: La incidencia y gravedad de los trastornos neurológicos, generalmente se acrecienta en proporción inversa al grado de retraso; pero muchos niños con retraso grave no tienen anomalías neurológicas graves. Inversamente, alrededor del 25% de todos los

niños con parálisis cerebral tienen inteligencia normal. En el examen debe explorarse áreas motoras, sensoriales y síndromes neurológicos.

- 4- Pruebas de laboratorio: Examen bioquímicos, serológicos, así como radiografías de cráneo, tomografía axial computarizada y resonancia magnética.
- 5- Examen Psiquiátrico: Exploración psiquiátrica que abarca la entrevista, la historia psiquiátrica y el examen del estado mental, pruebas de inteligencia y personalidad.

La habilitación y el tratamiento incluyen:

- Tratamiento específico y prevención en los casos que resultan en retraso mental.
- Intervención temprana, educación y terapia auxiliares (terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje), apoyo familiar y otros servicios según las necesidades.
- Tratamiento de alteraciones físicas conjuntas.
- Tratamiento de trastornos mentales comórbidos.

El hecho de tratar de entender las causas de la de DI o clasificación nos ayuda a sentar bases para un mayor grado de intervención, o para un desarrollo en el adolescente joven o adulto, con el objetivo de mayor calidad de vida, permitiendo de esta manera el bienestar, autonomía o búsqueda de una mayor independencia de acuerdo a las habilidades de cada individuo; para que la inclusión parta desde los primeros afectos, para una mayor búsqueda de oportunidades en lo social. Debe acompañarse en conjunto con el aprendizaje y conocimiento de todas las áreas de desarrollo en la cual cobra importancia la sexualidad.

APARTADO III

SEXUALIDAD

La sociedad conceptualiza a la sexualidad como todo aquello relacionado a la genitalidad procreación y a las relaciones sexuales.

Según la OMS se define: como una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Se expresa en forma de fantasía, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades prácticas, roles, y relaciones; y es el resultado de la interacción de factores que abarcan aspectos biológicos, psicológicos, social, cultural, afectivo, religiosos o espirituales y éticos; ósea la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos es relacionarnos con nosotros mismos y los demás buscando el placer, la actividad, la comunicación y la reproducción. "Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual" (OMS, 2006).

DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD

BIOLOGICA:

Por lo que diremos o definiremos el termino sexo: "es todo aquello que en la dimensión sexual humana corresponde al campo de lo biológico, anatómico, fisiológico, genético, endocrinológico." Héctor Segú (1992) ⁽¹⁾

Pudiéndose clasificar en proceso de sexuación de características biológicas en general:

- sexo genético: las mujeres son xx y los varones xy.
- Sexo gonadal: Las glándulas sexuales de las mujeres son los ovarios y las glándulas sexuales de los hombres son los testículos.
- Sexo genital: los hombres poseen pene y las mujeres vulva.
- Sexo hormonal: en los hombres predominan la testosterona en las mujeres el estrógeno y la progesterona.

- Sexo de asignación o crianza: es el atribuido al nacer relacionado a los genitales externos pene para el hombre y vulva a la mujer.

Otro concepto que encierra el sexo y la sexualidad es el termino genitalidad, que es la implicancia del hecho biológico, las conductas, la psicoemocionalidad vinculados a la funciones genitales, es decir que es el acto sexual o sea la búsqueda de placer y la reproducción.

PSICOLÓGICO:

CONDUCTA SEXUAL: Está determinada por una serie de factores biológicos y educacionales. De esto depende nuestro comportamiento en la sociedad, conocer cuando debemos restringir nuestros impulsos y a controlar nuestros actos.

Como podemos ver la conducta sexual es resultado de un proceso complejo psicofisiológico que obedece a diferentes motivaciones desde las más sofisticadas hasta las más simples, y esto se debe a que respondemos a los impulsos que se pueden producir desde cualquier parte de nuestro cuerpo.

SOCIAL: Influencia familiar determinada por la educación de nuestras familias y el ambiente familiar en el que crecemos e influencias religiosas y culturales que servirán de guía para nuestra futura vida sexual.

Según Sheree Conrad y Michael Milbum (2002):

“Pese a la aparente sofisticación de nuestra sociedad sobre el tema la sexualidad sigue siendo tratada como una fuerza perturbadora de la que es mejor no hablar muy abiertamente” (2)

Por lo que el conocimiento de la sexualidad en forma clara, científica, de acuerdo a la edad, sin mitos y tabúes fomenta el respeto entre mujeres y hombres del mismo o diferentes sexo y edades.

Se considera un derecho, el cual debe ser difundido por profesionales capacitados brindados en distintos ámbitos educativo, de salud y familiar.

El conocimiento sobre este tema favorece reconocer los cambios en nuestro cuerpo, aceptarnos, querernos, cuidarnos, tomar decisiones en relación a nuestra sexualidad, al proyecto de vida y convivencia con los demás, el riesgo de que esto no suceda produce toma de decisiones bajo presión, desconocimiento de formas de abuso, formas de protección de embarazos y transmisión de enfermedades sexuales y dar paso a la discriminación debido a la orientación sexual.

“Hablar de sexualidad y conocer de ella no es necesariamente lo mismo. Hay muchos que hablan sobre temas sexuales pero la información que poseen no es la adecuada; por lo tanto transmiten mitos y estereotipos. Miguel Ángel Núñez (2007).⁽³⁾

Por lo general la familia es la que otorga los primeros cuidados para la supervivencia del nuevo integrante cumpliendo con distintas funciones educadora, trasmisora de valores, creencias ,seguridad y nutre sus distintos aspectos desde su inicio para que interactúe luego con la sociedad de quien tomamos costumbres y modismos a nivel general .

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

⁽¹⁾ Héctor Segú (1992): “Educación sexual en la familia y en la escuela”. Editorial Planeta. Pág. 57.

⁽²⁾ Sheree Conrad y Michael Milburn (2002): “Inteligencia sexual”. Editor: Planeta 2002. Pág.20.

⁽³⁾ Miguel Ángel Núñez (2007): “Sexo y Amor”. Editorial: casa editora Sudamericana. Pág. 70.

APARTADO IV

FAMILIA

Para poder referirnos a la relación entre sexualidad y familia vamos a comenzar por definir términos.

Según la ONU: *“la familia es un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre adopción o matrimonio limitado por lo general limitado por lo general al cabeza de familia su esposa y los hijos solteros que con viven con ellos”*. ⁽¹⁾

Los fenómenos actuales nos obligan a repensar los modos para entender la configuración familiar ya que estos se han modificados estableciéndose hogares conformados por: madres solas con hijos a cargo; familias ensambladas o reconstituida; monoparental; parejas homosexuales; padres con hijos adoptivos.

Por lo que es necesario conocer configuración interna funciones y cambios de estructura, relación entre sus miembros, socialización, estabilidad psíquica y afectiva de sus miembros ya que es *“un vehículo de transmisión de los valores, las tradiciones, los mandatos, los legados”*. Blanca Aida Núñez (2012). ⁽²⁾

Las funciones básicas de la familia son: En primer lugar se considera la comunicación ya que es primordial la utilización variada del lenguaje en donde se transmite afecto, ayuda, autoridad y comprensión. La afectividad también cumple un rol importante basándose en la transmisión de apoyo y contención emocional, a su vez el apoyo proporciona a través de lo económico o financiero la resolución de problemas.

Las respuestas adecuadas a cada situación se logran a través de la adaptabilidad, manteniendo relaciones internas y externas; pero a su vez otra de las funciones es establecer la autonomía, obteniendo independencia e integridad de los individuos, teniendo en cuenta las reglas y normas para lograr mantener un comportamiento, orden y armonía.

El concepto básico de familia está en crisis porque los tres ejes centrales sexualidad –procreación – convivencia han variado como producto de las condiciones concretas y de la significación que para los sujetos adquieren en el ámbito dado por las relaciones familiares.

Por lo que el fortalecimiento de la capacidad de contención y las funciones sociales de las familias deben en estos tiempos ser provistos de ayuda profesional de distintos niveles como por ejemplo en el ámbito educativo, salud y legal. El dialogo y la participación en el medio familiar lograra el reforzamiento de tales funciones como por ejemplo en lo concerniente a la educación sexual de los hijos.

ESTRUCTURA

Hace referencia al tamaño, ósea composición, es un proceso dinámico que cambia en relación al momento histórico que se estudia con la etapa del ciclo vital.

De acuerdo al aspecto antropológico se considera de mayor importancia las familias consanguíneas, que son aquellas formadas por parientes de sangre, siendo la base principal del parentesco.

La familia nuclear es la conformada por los progenitores (padre-madre-hijo) luego sigue la familia extensa que es una familia consanguínea la cual habita en un mismo hogar pero abarca diferentes generaciones.

La familia monoparental está formada por uno de los progenitores (varón o mujer), las familias binucleares son aquellas formadas por personas que se han divorciado, tienen hijos a cargo y reconstituyen una nueva.

Las etapas del ciclo vital señaladas por algunos autores, recorren un camino de distintas estaciones que se articulan entre sí y con los momentos del ciclo de cada persona. Entre estos modelos, señalaremos los de:

Duvall(1971, citado en Belart et al., 1998), toma en cuenta las edades y el número de los hijos de la pareja:

- I. Comienzo de la familia. Pareja sin hijos.
- II. Familia con lactantes. Hijo mayor hasta 30 meses.
- III. Familia con hijos preescolares. Hijo mayor entre 30 meses y 6 años.
- IV. Familia con hijos escolares. Hijo mayor entre 6 y 13 años.
- V. Familias con hijos adolescentes. Hijo mayor entre 13 y 20 años.
- VI. Familias como plataformas desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último.
- VII. Familias maduras. Desde el “nido vacío” hasta la jubilación real.
- VIII. Familias mayores. Desde la jubilación real hasta el fallecimiento de ambos cónyuges.

Según Varga (2007), inspirada en el modelo de la OMS (1978) las etapas del CVF son:

- I. Formación
- II. Extensión
- III. Extensión completa.
- IV. Contracción
- V. Contracción completa.
- VI. Disolución.

Medalie (1987) (en Belart et al., 1998)

- I. Novios y recién casados.
- II. La pareja que espera un hijo.
- III. Nacimiento del primer hijo.
- IV. La familia con hijos adolescentes.
- V. La edad madura.
- VI. La senectud y la viudez.

j. Haley (2003) siguiendo a Erickson, muestra como etapa del ciclo vital a:

- I. Período de galanteo.
- II. El matrimonio y sus consecuencias.
- III. El nacimiento de los hijos y el trato con ellos.
- IV. Dificultades matrimoniales del período intermedio.

- V. El destete de los padres.
- VI. El retiro de la vida activa y la vejez.

Estrada Inchaurregui (2003), divide el ciclo vital familiar en:

- I. Desprendimiento.
- II. Encuentro.
- III. Llegada de los hijos.
- IV. Adolescencia de los hijos.
- V. Reencuentro.
- VI. Vejez.

Se enuncian como situaciones a destacar en relación a la emergencia de la discapacidad en el seno familiar, que darán una impronta particularidad, entre otras varias: cuando nace un niño/a con discapacidad, la aparición de discapacidades congénitas en momentos posteriores al nacimiento, la discapacidad adquirida, por “accidente” y traumas; y la discapacidades de la adolescencia y edad adulta con pronóstico progresivo e incierto, lo que hace que la familia en estos casos atraviesen distintas etapas de duelo que para Bowlby (2004) serán:

- Fase 1, “de shock”
- Fase 2, “de anhelo y búsqueda”
- Fase 3, “de desorganización y desesperanza”
- Fase 4, “de reorganización”

La familia es, por lo tanto uno de los responsables de la educación en forma artesanal que comienza con la vida embrionaria a través del afecto.

La educación sexual de los hijos es por lo tanto una de las responsabilidades de los padres que tiene que asumir y no debe delegar, adaptando criterios por medio de la información durante las distintas etapas del crecimiento de los hijos incorporando valores, siendo lo más coherentes como ejemplos a seguir, la sexualidad adecuada es la educada. El decir que es responsable, significa que le cabe dicha tarea; de ningún modo debe interpretarse como que es culpable de una educación deficiente si no tiene los elementos indispensables para

ejergerla. Esto nos alerta en el sentido de considerar que el objetivo principal de nuestra tarea es capacitar a la familia por todos los medios disponibles para que pueda cumplir satisfactoriamente con esta función.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

(1) Organización Mundial de la Salud (2011)

(2) Blanca Núñez (2012): "Familia y Discapacidad": de la vida cotidiana a la teoría". Editorial: Lugar Editorial (2012). Pág.23.

(3) Liliana Pantano, Blanca Núñez, Alicia Arenaza (2012): ¿Qué necesitan las familias con personas con discapacidad?". *Clasificación de las etapas del ciclo vital*. Editorial: Lugar editorial-1ª Ed-Buenos Aires. Pág. 37-39

APARTADO V

EDUCACIÓN SEXUAL

Le educación en sí, es la transmisión de saberes, creencias y valores aun en épocas donde no existían instituciones para esto; se educaba de generación en generación a través del día a día, constituyendo la formación del ser humano; denominada educación informal que se inicia a partir del nacimiento, a través de la familia, esta es la que trasmite el género por tener en forma significativa a las figuras paternas.

La educación formal la constituye la escuela que es quien refuerza los roles de dichos géneros.

Los padres constituyen la base más importantes y primeros educadores, modelos a seguir, motivadores y respaldo en todas las áreas vinculadas con sus hijos. Ahora bien esto no significa que sea de forma perfecta pero sí que constituye una gran responsabilidad.

La educación sexual familiar sólo puede entenderse como una educación del carácter, y tiende al desarrollo del conocimiento de los aspectos físicos, psicológicos, espirituales, emocionales y sociales de las relaciones sexuales humanas, saliendo, de este modo, del reduccionismo de la procreación y del acto sexual. Es así como la sexualidad se proyecta como una parte importante en el conjunto de experiencias y vivencias en el desarrollo de la vida y se convierte en fuente de salud y energía creadora. La educación sexual da al individuo la oportunidad de poder integrar su sexualidad dentro de un proceso armónico de maduración que le permitirá realizarse y vincularse con los otros, en especial con el otro sexo, y al poder asumir sus responsabilidades encontrar un equilibrio psicoemocional que le asegure bienestar.

Tal responsabilidad conlleva a asumir la realización de tareas. Una en la que en la actualidad se delega es la de la educación sexual permitiendo que tal información se reciba fuera del entorno familiar pudiendo ser esta errónea o muy explícita con una connotación no apropiada para el receptor.

La pérdida de determinados puntos de apoyo de sostenibilidad de las familias, factores como, la constitución propia familiar, el trabajo, la responsabilidad del paternalismo y maternalismo, hacen deficiente los elementos para el cumplimiento de todas las pautas que hacen al buen desarrollo de un individuo en comunidad, acorde a los logros de la construcción de su propia identidad, personalidad y madures afectiva.

De esta forma la educación sexual comienza a tener un campo de acción mucho más amplio y una importancia mayor en el futuro del individuo.

Por lo que el hogar debe, satisfacer las necesidades del niño brindándole amor, comprensión, confianza, seguridad, sinceridad, oportunidad y respeto.

Con respecto a esto dirigiremos la mirada hacia la discapacidad sexualidad y familia.

La educación sexual es necesaria para todos y también para los niños y niñas con discapacidad, pues incluye una parte importante de los conocimientos y habilidades que necesitamos para desarrollarnos saludablemente y sobre todo para desempeñarnos adecuadamente. Además, contribuye a fomentar en ellos la madurez y los sentimientos positivos acerca de sí mismos, ayudándoles a rechazar ideas equivocadas como que no son dignos de ser amados o que nunca podrán mantener una relación afectiva satisfactoria. Después de todo, la salud sexual es parte importante de la salud física y mental.

Y sobre todas las cosas la educación sexual es un derecho de los niños y niñas, que los adultos debemos respetar, promover y compartir con ellos.

APARTADO VI

DERECHOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD

Falta concientización en lo social, en la comunidad, en la sociedad respecto a la integración de las personas con discapacidad.

Hay un montón de miedo de cómo tratar a la persona con discapacidad ¿Cómo le hablo? Le hablo como si no entendiera nada...

El temor a la interacción.

Desde el Estado y los derechos también hay un gran avance porque tanto el salario familiar por hijo que se multiplica por 4, como la pensión por hijo con discapacidad buscan que esos padres puedan tener recursos para poder solventar un montón de cosas que si bien es obligación que el tratamiento en sí lo cubra la obra social, genera una cantidad de gastos en el ámbito familiar que necesita si o si contar con otros recursos.

Brodin expresa que “un niño con discapacidad tiene posibilidades de desarrollo al igual que los otros niños. El estado anímico de la familia tiene un gran significado para su bienestar y desarrollo.”

En 1982, fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52, “El Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. Los objetivos del mismo son: promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad y de plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico. Estos principios deben aplicarse con el mismo alcance y la misma urgencia en todos los países independiente de sus niveles de desarrollo.

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Lo que trata de hacer es elaborar detalladamente los derechos de las personas con discapacidad y establecer un código de aplicación”.

Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en un pie de igualdad con otras personas, asegurar

la igualdad de derechos y el adelanto de las mujeres y las niñas con discapacidad y proteger a los niños con discapacidad.

Los niños con discapacidad tendrán igualdad de derechos, no serán separados de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades determinen que ello es en el interés superior del niño, y en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad del niño o de los padres.

Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley. También deben asegurar la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas.

Deben garantizar el acceso a la justicia en un pie de igualdad con otros y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente.

Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad, garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada.

Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho a no ser explotado o sometido a violencia o abusos. En caso de abuso, los países deben promover la recuperación física y psicológica, la rehabilitación y la reintegración de la víctima e investigar el abuso.

Las personas con discapacidad no deben ser objeto de injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada, la familia, el hogar, la correspondencia o la comunicación. Debe protegerse la confidencialidad de su información personal y en materia de salud.

Es eliminar la discriminación relacionada con el matrimonio, la familia y las relaciones personales. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos

y responsabilidades con respecto a la tutela, el pupillage, el régimen de fideicomiso y la adopción de niños.

Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud.

Para que las personas con discapacidad logren la máxima independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación.

Las personas con discapacidad tienen igualdad de derechos a trabajar y a ganarse la vida. Los países deben prohibir la discriminación en cuestiones relacionadas con el empleo, promover el empleo por cuenta propia, la capacidad empresarial y el inicio del negocio propio, emplear a personas con discapacidad en el sector público, promover su empleo en el sector privado y asegurar que se proporcione una comodidad razonable en el lugar de trabajo, Toda esta proclamación de derechos está determinada para que los países, en base a su economía, den cumplimiento garantizando que la sociedad reconozca y pongan en práctica los principios establecidos.

BIBLIOGRAFIA

- “Familia y discapacidad: de la vida cotidiana a la teoría”. Autor: Blanca Aida Núñez. Editorial: Lugar Editorial (Le) 2012
- “Educandos con capacidades diferentes”, autor María Santucci de Mina edición 2014 editorial Brujas
- “La discapacidad en la escena familiar” autor Claudio Urbano, José Yuni 1ª.Edición, editorial Encuentro
- “Sexualidad y discapacidad”. Autor: Jaime Tallis. Editorial: Edición actual abril del 2005.
- ¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad? Autor: Liliana Pantano, Blanca Núñez, Alicia Arenaza. Editorial: Lugar Editorial (2012)

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo: describe el fenómeno sin existir manipulación de las variables por parte de los investigadores, demuestra asociación entre las variables.-

Transversal: estudia el fenómeno en un punto del tiempo determinado.

Aplicable: porque busca soluciones a los problemas encontrados.-

Cualitativo: porque las variables que se relacionan o asocian se refiere a cualidades.-

Microsociológico: porque el estudio se realiza sobre una comunidad reducida.-

Exploratorio: porque busca explicar el fenómeno en estudio y las condiciones en que ello ocurre.-

Área de estudio: El estudio se llevará a cabo en el Instituto HISDIM ubicado en el departamento de San Martín, provincia de Mendoza.

Universo y muestra: Se tomará el universo de las 50 familias que visitan a pacientes internados en el Instituto HISDIM.

Unidad de Análisis: Uno de los integrantes de cada familia que visita a pacientes en el Instituto HISDIM.

Método de recolección de datos: Se utilizaran datos de fuentes directas a través de entrevistas y encuestas estructuradas de tipo personal a familiares en horarios de visita a los pacientes.

Métodos de tabulación y análisis: Construcción de una tabla matriz de los datos obtenidos y cruce de datos, de la misma en tablas de doble entrada y de frecuencias de entrada simple con presentación de gráficos de barra y de torta y las correspondientes conclusiones.

CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Familia: Según la OMS es un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio limitado por lo general, al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Educación sexual: Se entiende por una educación del carácter y tiende al desarrollo del conocimiento de los aspectos físicos, psicológicos, espirituales, emocionales, sociales, de las relaciones sexuales humanas.

Conceptualización de las variables utilizadas en la en el formulario de la encuesta.

Edad: años de vida en el momento de la encuesta.

Sexo: la persona encuestada.

Nivel de formación: escolarización de la persona encuestada.

Vínculo familiar: relación que se tiene con la persona discapacitada.

Contacto social: está referido al contacto que ha tenido el paciente con la comunidad, si ha participado de actividades antes de ingresar al instituto.

Personas a cargo: cantidad de personas que se encargan del cuidado del paciente con discapacidad.

Seguimiento desde el diagnóstico: desde el momento del diagnóstico de la patología si hubo seguimiento por parte de profesionales para con el paciente.

Tipo de discapacidad: clasificación de los tipos de discapacidad existente.

Información recibida: esto hace referencia a si el familiar recibió en algún momento asesoramiento de cualquier tipo sobre discapacidad.

Comprensión del funcionamiento de los órganos: si el integrante de la familia con esta afectación reconoce cada órgano de su cuerpo y para qué sirven.

Diferenciación corporal: si el paciente diferencia aéreas corporales femeninas y masculinas.

Conocimiento sobre sexualidad: si la familia o persona a cargo tiene alguna información o conocimiento sobre temas que abarca la sexualidad, nombrándolos de acuerdo a los ítems expuestos.

Importancia que se le otorga a la sexualidad: Se divide en niveles según la importancia que le da el familiar a que los pacientes reciban información sobre sexualidad.

Etapas para recibir información de sexualidad: Esto hace referencia en etapa en la que el familiar cree que la persona con discapacidad debe recibir información sobre sexualidad.

Preocupación familiar: clasifica distintos niveles de preocupación que tiene el familiar para con el paciente, en temas relacionados con el comportamiento ante la sexualidad.

Reconocimiento de ideas o actos de sexualidad: Si el paciente distingue expresiones que hacen referencia a la sexualidad.

Expresan dudas: se aboca al paciente, en cuanto a la presencia de alguna expresión de sexualidad y de qué manera se manifiesta.

CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Efecto que tiene en las familias de personas con discapacidad intelectual leve a profunda, el desconocimiento sobre educación sexual.

- 1) Edad:
 - a. 21 a 25 años
 - b. 26 a 30 años
 - c. 31 a 35 años
 - d. 36 a 40 años
 - e. + de 40 años
- 2) Sexo:
 - a. Femenino
 - b. Masculino
- 3) Nivel de formación:
 - a. Primaria
 - b. Secundaria
 - c. Terciario o universitario
- 4) Vínculo familiar:
 - a. Directo
 - b. Indirecto
- 5) Contacto social:
 - a. Escolarización
 - b. Actividades deportivas
 - c. Actividades artísticas
 - d. Ninguna
- 6) Participación familiar en el cuidado del paciente:
 - a. 1
 - b. +1
 - c. Todos
- 7) Desde el momento del diagnóstico hubo algún tipo de seguimiento por parte de algún profesional:
 - a. Si
 - b. No

- 8) ¿Qué tipo de discapacidad posee el paciente?
- a. Mental o intelectual
 - b. Motriz
 - c. Múltiple
 - d. Sensorial
 - e. Del habla
- 9) Ha recibido por la institución o comunidad charlas, información o asesoramiento en relación al paciente:
- a. Si
 - b. No
- 10) Comprende el funcionamiento de sus órganos
- a. Si
 - b. No
- 11) Reconoce diferencias corporales femeninas y masculinas:
- a. Si
 - b. No
- 12) Conocimiento de la familia en relación a lo sexual:
- a. Concepción y embarazo
 - b. Métodos anticonceptivos
 - c. Enfermedades de transmisión sexual
- 13) Cree en la importancia de la educación sexual espacial en personas con discapacidad intelectual:
- a. No
 - b. Medianamente
 - c. Muy necesaria
- 14)Cuál supone usted que sería la etapa en la que deberían recibir información sobre la sexualidad:
- a. Niñez
 - b. Adolescencia
 - c. Adultez
 - d. Según necesidad
- 15) Preocupación de la familia por el comportamiento en relación con la sexualidad:

- a. Poco
- b. Regular
- c. Mucho

16) El paciente distingue ideas o actos sobre sexualidad:

- a. Si
- b. No

17) Los pacientes plantean o expresan dudas acerca de la sexualidad:

- a. Si
- b. No

1) ¿De qué manera?

- I. Lo verbalizan
- II. Se tocan
- III. Presentan curiosidad por el sexo opuesto
- IV. Exhiben parte de sus cuerpos
- V. Se inhiben
- VI. Muestran mayor necesidad de afecto.

18) Motivo de la internación:

- a) Falta de contención
- b) Conductas inadecuadas
- c) Riesgo de autolesión
- d) Riesgo de violencia hacia terceros
- e) Muerte del familiar directo

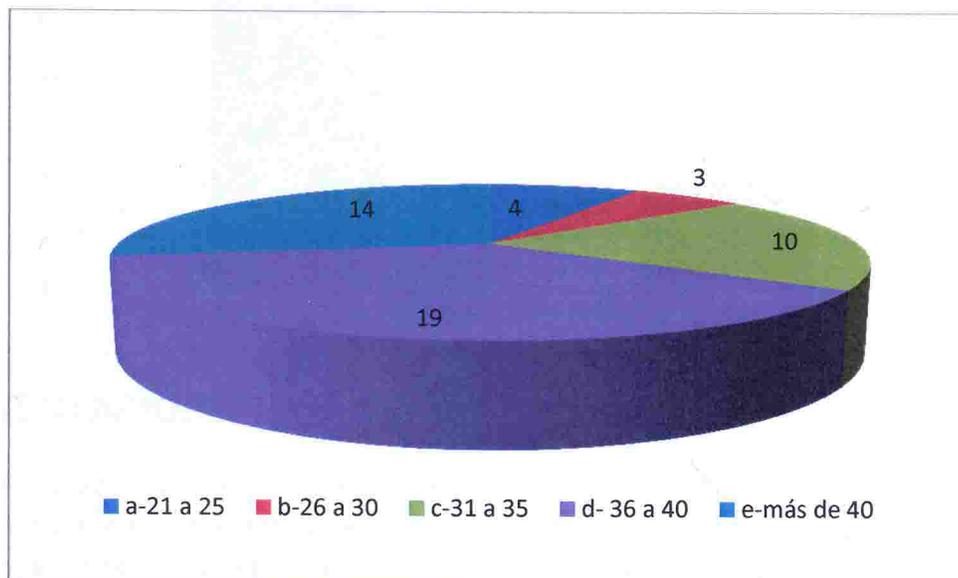
CAPITULO III
PROPUESTAS Y
CONCLUSIONES

TABLA N°1: Familia en estudio, “edad” del encuestado en el instituto HISDIM, en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza

1.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
1. EDAD	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- 21 a 25 años	4	0,08	8%	8%
b- 26 a 30 años	3	0,06	6%	14%
c- 31 a 35 años	10	0,2	20%	34%
d- 36 a 40 años	19	0,38	38%	72%
e- mas de 40 años	14	0,28	28%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: Datos obtenidos por los autores a través de encuesta anónima con preguntas de tipo cerrada. Mendoza 2015

GRAFICO N°1



COMENTARIO

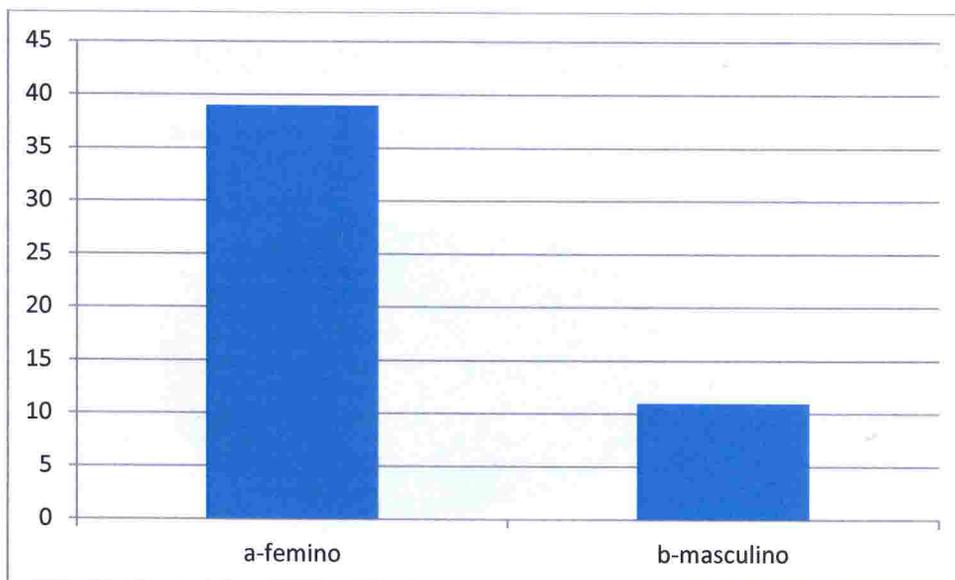
De las 50 integrantes de cada de familia surge que la mayoría de las personas encuestadas oscilan en etapa de adulto y adulto mayor por lo que esto hace referencia a que son ellos los que tiene mayor vínculo con el paciente, siendo hermanos o padres.

TABLA N°2: Familia en estudio, “sexo” de la persona encuestada en el instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

2.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
2. SEXO	Fcia.absol.	Fr.rel.prop.	Fr.rel.porc.	Frec.acum.
a-femenino	39	0,78	78%	78%
b-masculino	11	0,22	22%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos a través de la encuesta anónima realizada con preguntas cerradas. Mendoza 2015.

GRÁFICO N°2



COMENTARIO:

Se puede decir que en su gran mayoría, con un 39% las personas encuestadas fueron mujeres surgiendo de esto que la persona con esta afectación está abocada a una persona femenina, quien está a cargo de ellos, se ocupa de sus quehacer y participa en su acompañamiento.

TABLA N°3: Familia en estudio, nivel de formación de la persona encuestada en el instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

3.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
3.NIVEL FORMACIÓN	Fcia.absol.	Fcia.rel.prop.	Fcia.rel.porc.	Ficha.%acum.
a-primario	25	0.5	50%	50%
b-secundario	21	0.42	42%	92%
c-terciarios o univers.	4	0.08	8%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015.

GRÁFICO N° 3



COMENTARIO

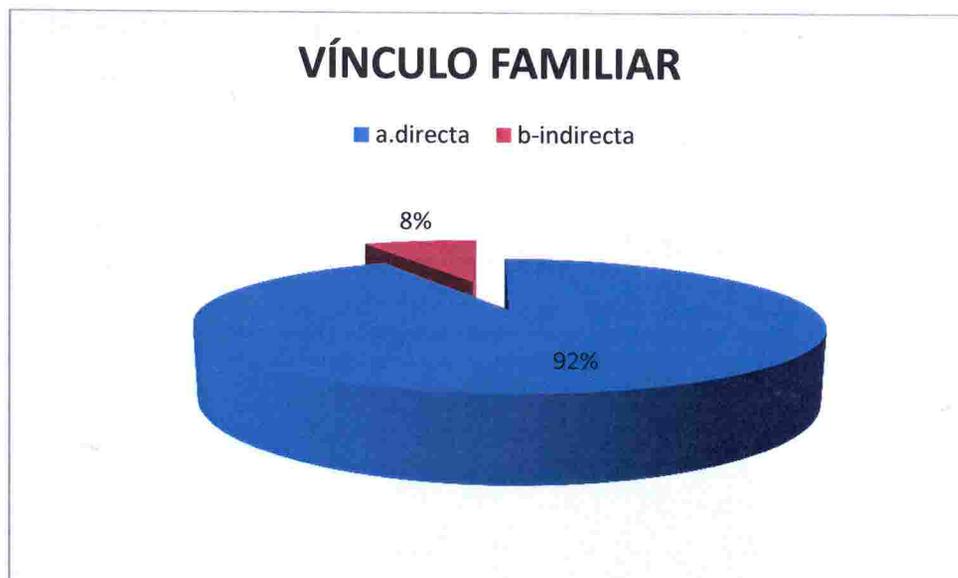
Dentro de los rango establecido en primaria, secundaria y terciarios, la mayoría de los encuestados tiene secundaria completa lo que nos facilitará el desarrollo del tema propuesto.

TABLA N°4: Familia en estudio, “vínculo familiar” que tiene el encuestado con la persona con discapacidad del instituto HISDIM, en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

4.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
4-viculo familiar	Fcia.abs	Fr.rel.prop.	Fr.rel.porc.	Frec.acum.
a-directo	46	0,92	92%	92%
b-indirecto	4	0,08	8%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de una encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°4



COMENTARIO

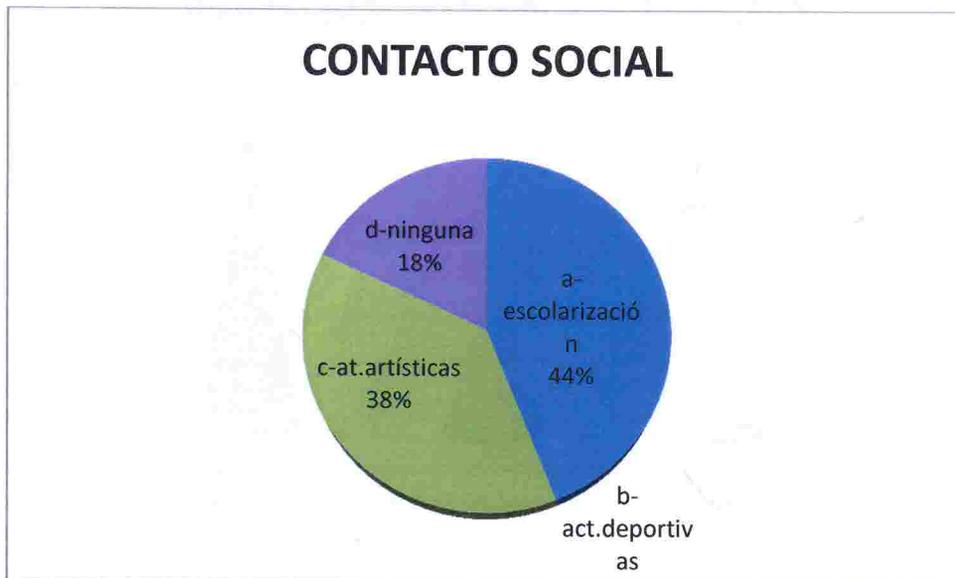
De la muestra tomada surge, que el 92% de las personas entrevistadas tienen una relación directa con el paciente, es decir un vínculo consanguíneo ya sea hermanos o padres.

TABLA N° 5: Familia en estudio, “contacto social” que tiene el paciente del instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre 2015, en Mendoza.

5.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
1. contacto social	Fcia.Absol	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- escolarización	22	0,44	44%	44%
b- actividades deportivas	0	0	0%	44%
c- actividades artísticas	19	0,38	38%	82%
d- ninguna	9	0,18	18%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°5



COMENTARIO

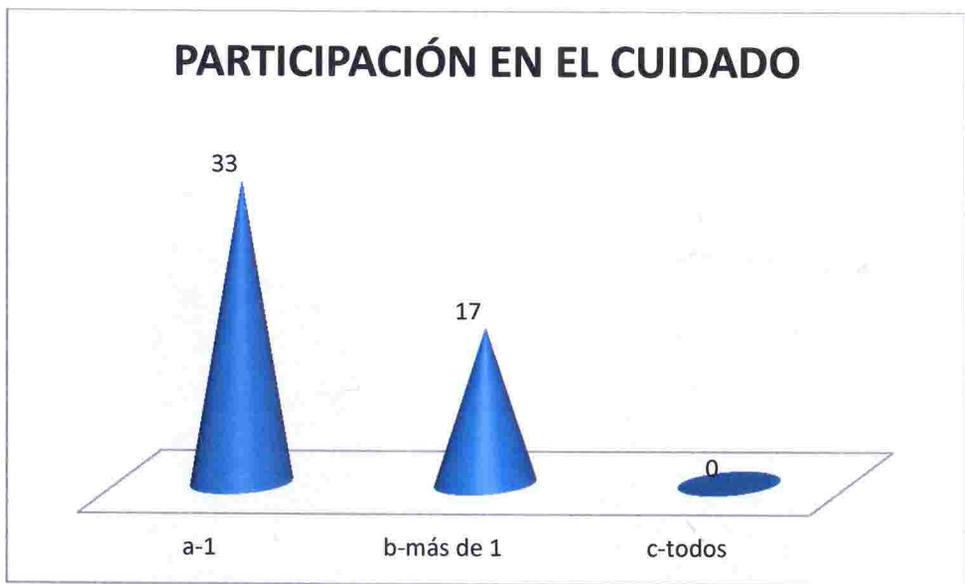
De la muestra obtenida destacamos que el 44% de las personas con discapacidad han asistido o asisten a escuelas, mientras también cabe destacar que ninguno realiza actividad deportiva, con lo que se demuestra el grado de aislamiento que sin darse cuenta la familia genera en el integrante con discapacidad.

TABLA N°6: Familia en estudio, “participación en el cuidado” del paciente con discapacidad del instituto HISDIM e el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

6.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
1. participación en el cuidado	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- 1	33	0,66	66%	66%
b- más de 1	17	0,34	34%	100%
c- todos	0	0	0%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°6



COMENTARIO

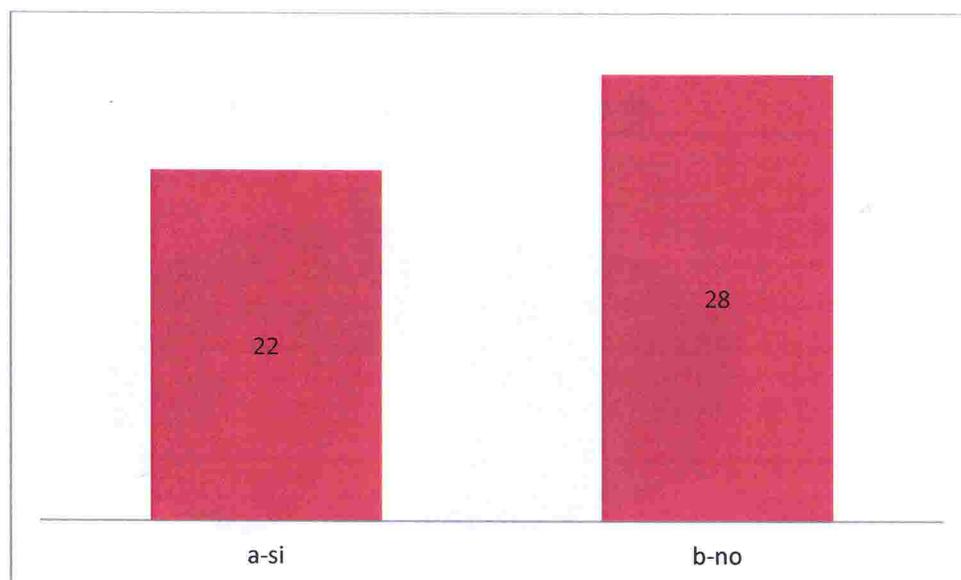
De la muestra obtenida se puede concluir en que siempre es una sola persona la que se hace cargo del paciente con discapacidad, la responsabilidad delega sobre una sola persona, ya sea padres o hermano.

TABLA N°7: Familia en estudio, “seguimiento multidisciplinario” del paciente con discapacidad perteneciente al Instituto HISDIM, en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

7.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
1. seguimiento multidisciplinario	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- si	22	0,42	42%	%
b- no	28	0,58	58%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 7



COMENTARIO

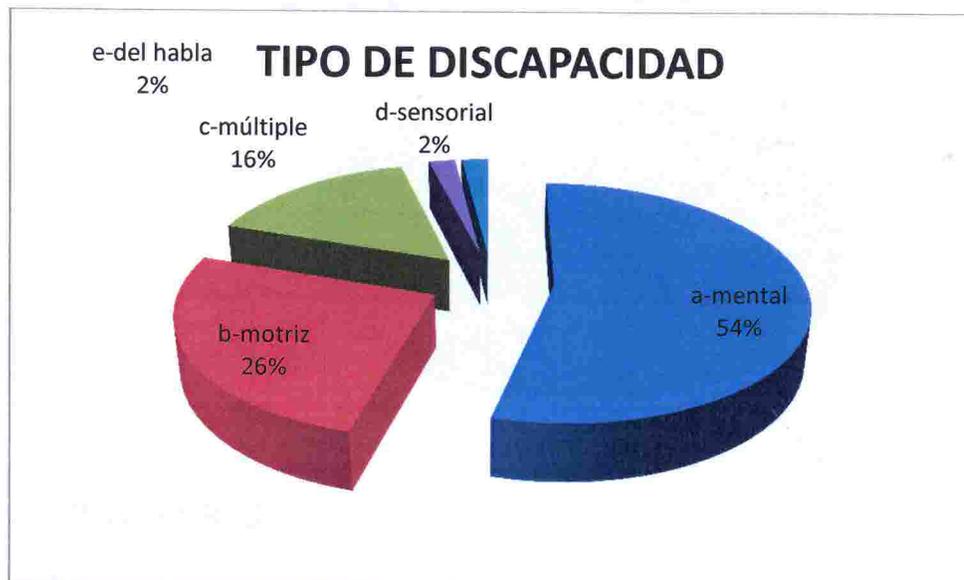
De la muestra obtenida se destaca el escaso interés por las interconsultas como por ejemplo psicólogos, nutricionista para orientarse en relación al crecimiento y los distintos cambios que aparecen durante etapas del desarrollo.

TABLA N° 8: Familia en estudio, “tipo de discapacidad” que posee el integrante de la familia perteneciente al Instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

8.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
8. tipo de discapacidad	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- mental o intelectual	27	0,54	54%	54%
b- motriz	13	0,26	26%	80%
c- múltiple	8	0,16	16%	96%
d- sensorial	1	0,02	2%	98%
e-del habla	1	0,02	2%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRAFICO N°8



COMENTARIO

De los datos recolectados podemos obtener que el gran porcentaje de las personas con discapacidad sean de tipo mental lo que nos favoreció para llevar a cabo nuestra investigación.

TABLA N°9: Familia en estudio, “información recibida con respecto a la discapacidad y sexualidad” aportada por el instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

7.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
9.recibió información	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- si	23	0,46	46%	46%
b- no	27	0,54	54%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°9



COMENTARIO

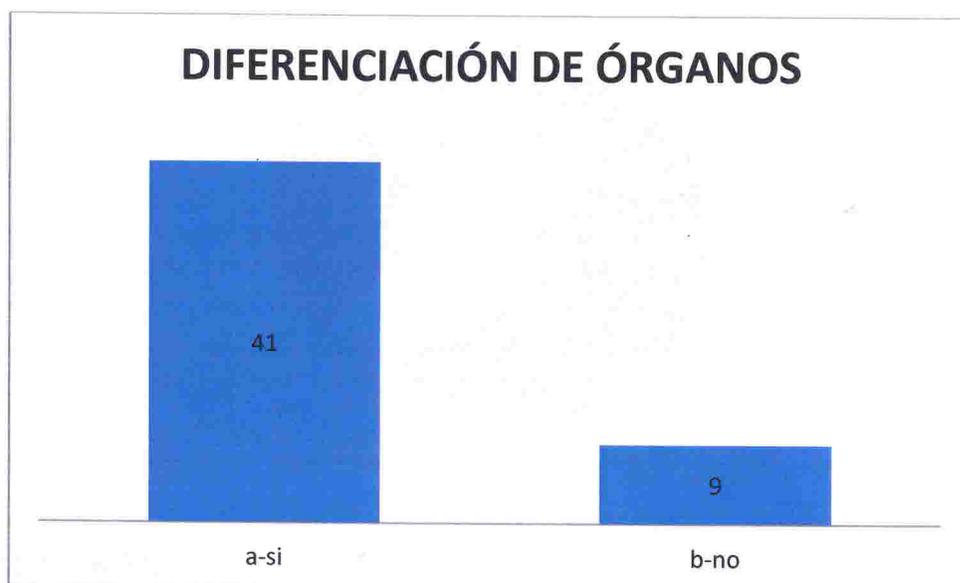
A través de los datos obtenidos mediante la encuesta, se pudo observar que las familias están desinformadas sobre temas de discapacidad y más aún de sexualidad, no saben qué aspectos abarca ni los cambios que se producen en las diferentes etapas y es ahí el porqué de nuestra investigación.

TABLA N°10: Persona con discapacidad en estudio, “diferenciación de los órganos” de pacientes del instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

7.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
9. diferenciación de los órganos	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- si	24	0,48	48%	48%
b- no	26	0,52	52%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 10



COMENTARIO

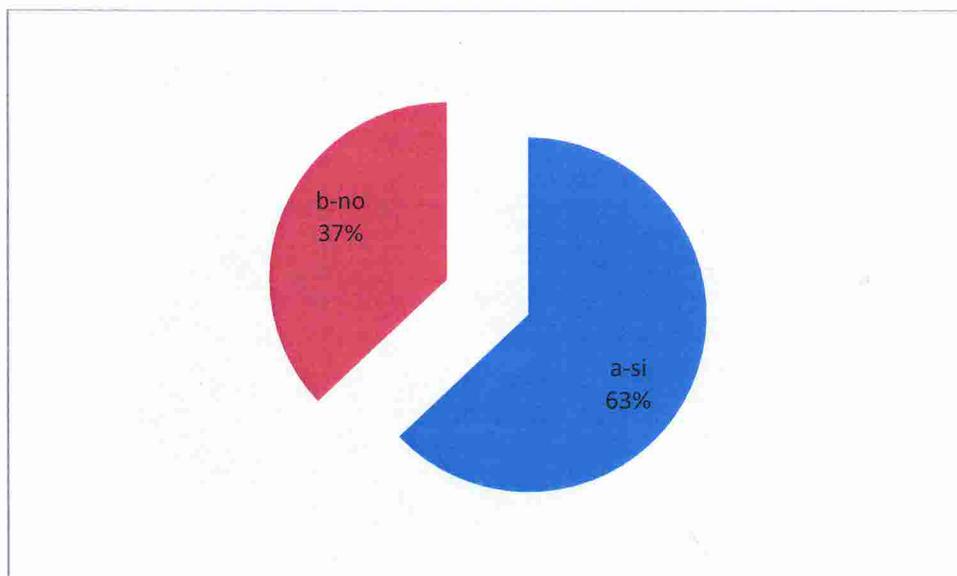
En la muestra obtenida según los datos recolectados de las 50 personas encuestadas aportaron que el integrante con discapacidad reconoce cada órgano de su cuerpo más allá que no conozca bien su funcionamiento.

TABLA N° 11: Persona con discapacidad en estudio, “diferenciación entre femenino y masculino” en personas perteneciente al instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

10.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
10. diferenciación de femenino y masculino	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- si	17	0,62	62%	62%
b- no	10	0,37	37%	100%
Totales	27	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 11



COMENTARIO

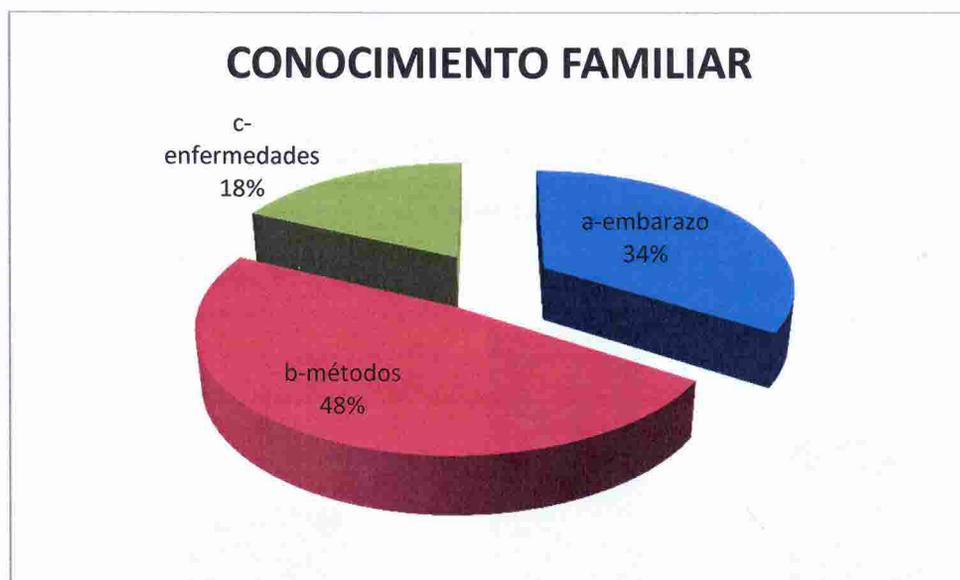
De los datos obtenidos, a través de la encuesta a 27 personas con discapacidad se obtuvo que un tercio del total de los integrantes con esta afectación no sabe diferenciar entre hombre o mujer, lo que nos demuestra con las personas que tenemos que hacer más hincapié y desarrollar ampliamente el tema de sexualidad, arrancando de la base lo que es primordial para su próximo desarrollo.

TABLA N°12: Familia en estudio, “conocimientos de la sexualidad” en el instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

12.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
12. diferenciación de femenino y masculino	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- embarazo y concepción	17	0,34	34%	34%
b- métodos anticonceptivos	24	0,48	48%	82%
c-enfermedades de transmisión	9	0,18	18%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRAFICO N° 12



COMENTARIO

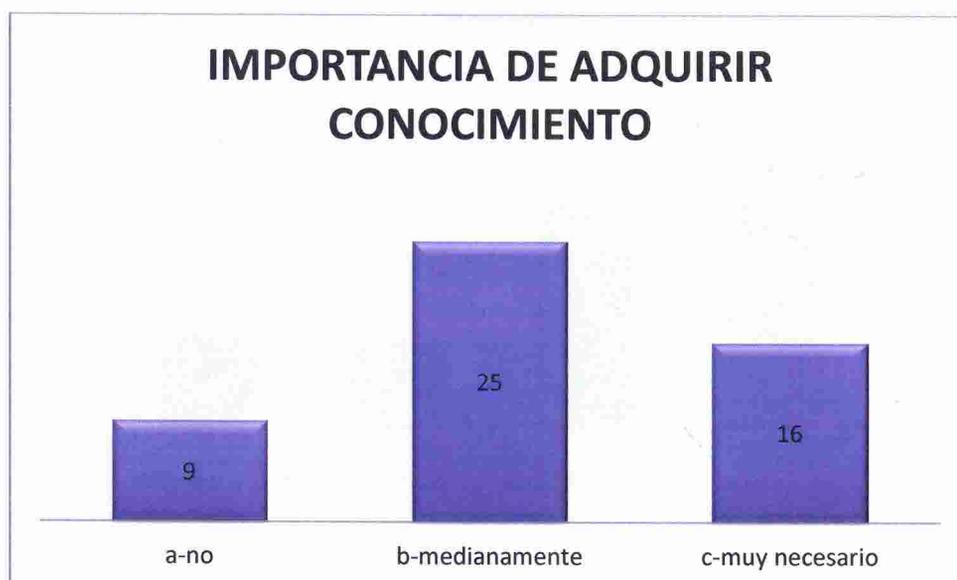
De la encuesta realizada a 50 familias, la mitad reconoce sobre métodos anticonceptivos, pero resulta de gran importancia destacar que solo el 18% sabe sobre enfermedades de transmisión sexual ósea conocen métodos pero en realidad solo saben que previene embarazos.

TABLA N°13: Familia en estudio, “importancia de la información sobre sexualidad” de las personas con discapacidad del instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

10.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
10. importancia de la información de sexualidad	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- no	9	0,18	18%	18%
b- medianamente	25	0,5	50%	68%
c-muy necesario	16	0,32	32%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°13



COMENTARIO

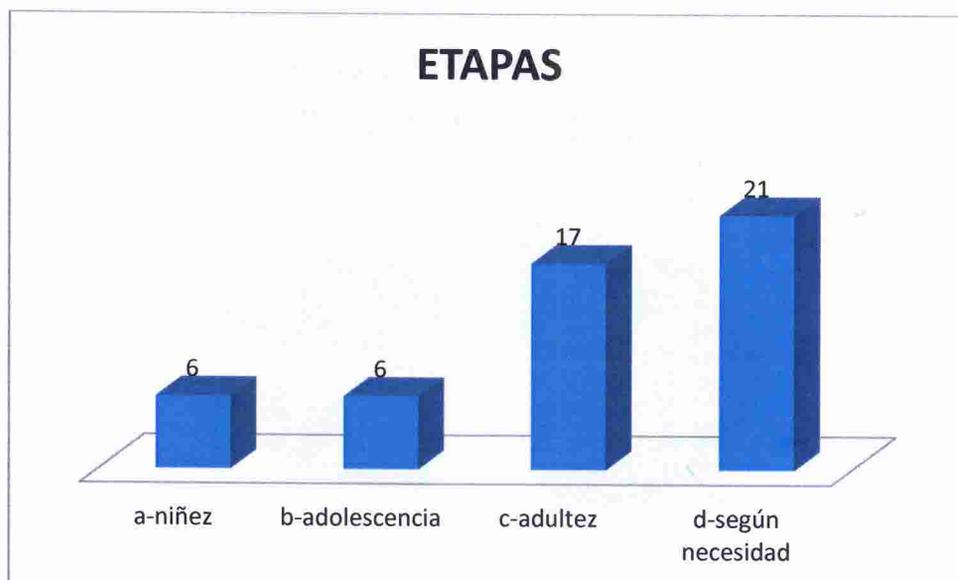
Según los datos obtenidos en la muestra de 50 personas la mitad de los entrevistados considera muy necesario la importancia de saber sobre educación sexual, demostrando así la predisposición para nuevos conocimientos pero a su vez la falta de información que se tiene sobre el tema

TABLA N°14: Familia en estudio “etapas” en las que debería brindarse información a las personas con discapacidad del instituto HISDIM, período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

14.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
14. Etapas	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- niñez	6	0,12	12%	12%
b- adolescencia	6	0,12	12%	24%
c-adultez	17	0,34	34%	58%
d-según necesidad	21	0,42	42%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 14



COMENTARIO

De los datos obtenidos a través de la encuesta realizada a 50 familias emerge que; los integrantes consideran que la persona con discapacidad debe recibir información según necesidad ya que para todos, las etapas, no se experimentan de igual manera.

TABLA N°15: Familia en estudio, “preocupación familiar por el comportamiento” de la persona con discapacidad del instituto HISDIM, en el período de mayo a septiembre del 2015, en Mendoza.

15.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
15. preocupación familiar	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- poco	10	0,2	20%	12%
b- regular	15	0,3	30%	24%
c-mucho	25	0,5	50%	58%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°15



COMENTARIO

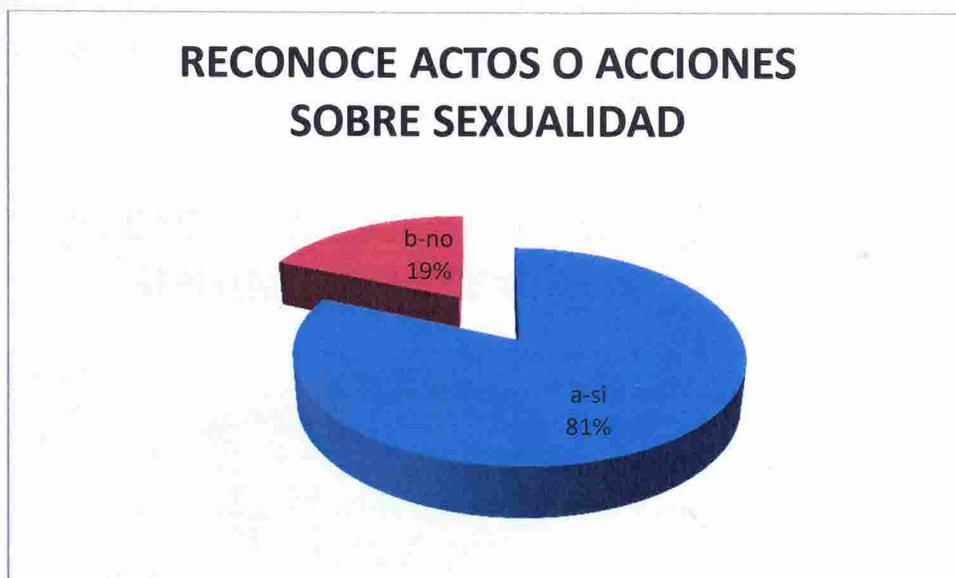
De los datos recolectados en una muestra de 50 familias, el 50% está preocupado por el comportamiento ante situaciones de sexualidad, lo que expone que al no tener información del tema, no comprenden estas acciones lo que conlleva a su internación.

TABLA N° 16: Persona con discapacidad en estudio, “distingue actos o idea sobre lo sexual”, integrantes del instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

16.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
16. distingue actos	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a- si	22	0,81	81%	81%
b- no	5	0,19	19%	100%
Totales	27	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 16



COMENTARIO

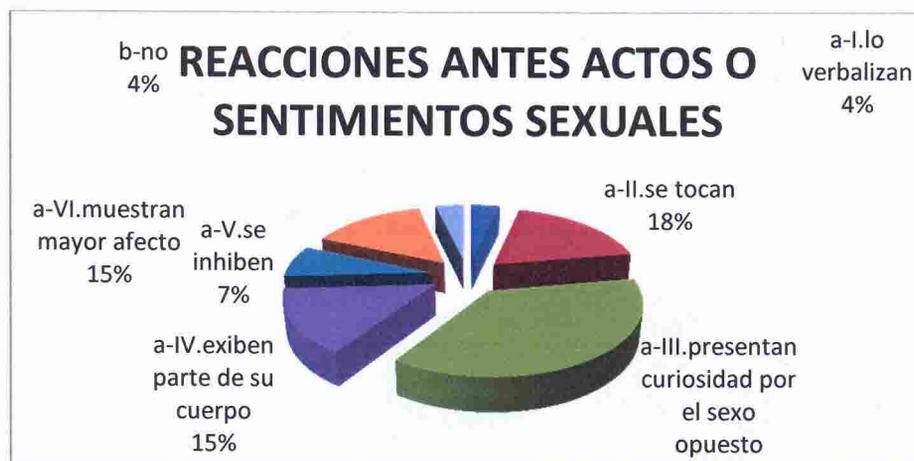
De los datos obtenido de un muestra de 27 personas con discapacidad, surgió que; el 81% de los integrantes con discapacidad distinguen actos o expresiones sexuales, identificando acciones que son sexuales, más allá de saber si entiende la privacidad o sentimientos que esto conlleva.

TABLA N° 17: Persona con discapacidad en estudio, “manera de expresar o plantear dudas acerca de la sexualidad” perteneciente al instituto HISDIM en el período de marzo a septiembre, en Mendoza.

17.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
17.manera de expresión sobre actos sexuales	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a.I- lo verbalizan	1	0.03	3%	3%
a.II- se tocan	5	0.18	18%	21%
a.III-presentan curiosidad por el sexo opuesto	10	0,37	37%	58%
a.IV- exhiben parte de su cuerpo	4	0.15	15%	73%
a.V- se inhiben	2	0.07	7%	80%
a.VI- muestran mayor afecto	4	0.15	15%	97%
b	1	0.03	3%	100%
Totales	27	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 17



COMENTARIO

De los datos obtenidos en una muestra de 27 pacientes surge que el 37% expresan curiosidad por el sexo opuesto, en tanto que el 18% se tocan, el 15% muestra mayor afecto, esto hace a no dejar de lado un aspecto que hoy en día no se tiene en cuenta como lo es la sexualidad.

TABLA N°18: Persona con discapacidad en estudio, “motivo de internación” del integrante perteneciente al instituto HISDIM, período de marzo a septiembre del 2015, en Mendoza.

18.TABLA DE FRECUENCIAS DE ENTRADA SIMPLE				
18.motivo de internación	Fcia.Absoluta	Fcia. Rel.prop	Fcia.rel.porc.	Fcia.acum.
a-falta de contención	9	0,18	18%	18%
b-conductas inadecuadas	17	0,34	34%	52%
c-riesgo de autolesión	9	0,18	18%	70%
d- riesgo de violencia a	2	0,04	4%	74%
e-muerte del familiar a cargo	13	0,26	26%	100%
Totales	50	1	100%	100%

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°18



COMENTARIO

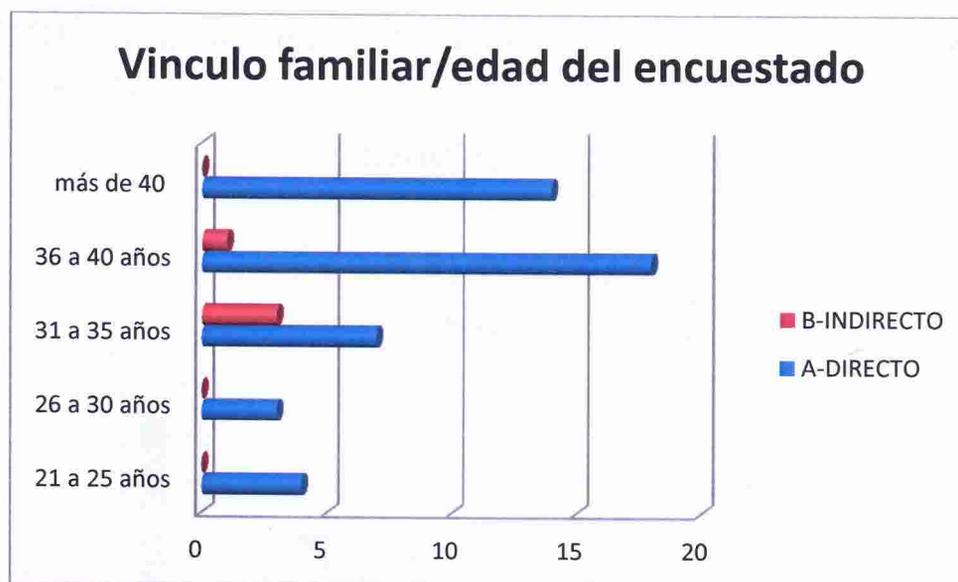
De la muestra obtenida de 50 familias podemos decir; que el 34% de las personas con discapacidad fueron internadas por presentar conductas inadecuadas, siendo poco entendible para la familia

Tabla N°19: Familia en estudio; tabla de doble entrada: vínculo familiar/edad de la persona encuestada del Instituto HISDIM, período de marzo a septiembre de 2015, en Mendoza.

Vínculo familiar/edad	a-21 a 25 años	b-26 a 30 años	c-31 a 35 años	d-36 a 40 años	e- + de 40 años	total
a-directo	4	3	7	18	14	46
b-indirecto	0	0	3	1	0	4
total	4	3	10	19	14	50

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N°19



COMENTARIO

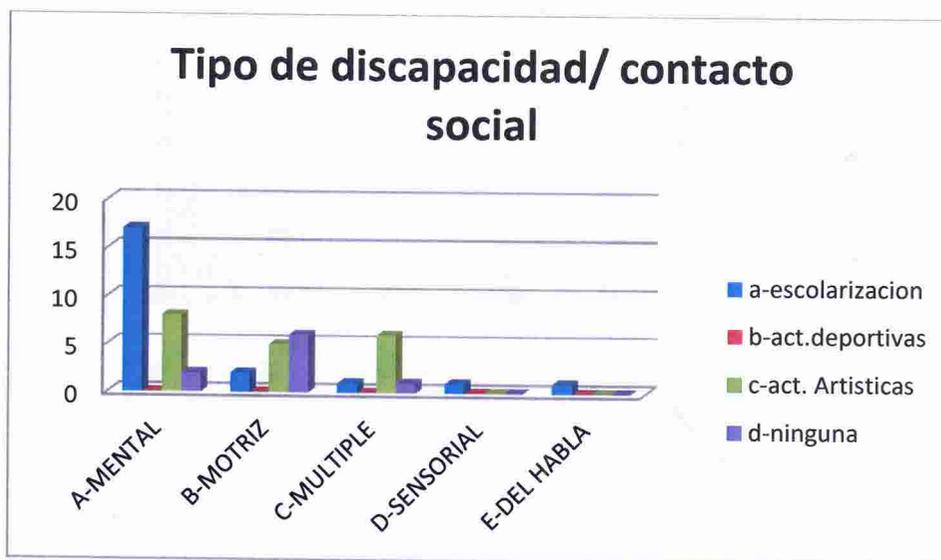
De los datos recolectados en la muestra de 50 personas encuestadas se llegó a la conclusión que en los extremos de esta cuantificación de variables, las personas que se hacen cargo del discapacitado son solamente familiares directos ya sean menores de 25 años, lo que correspondería a un hermano o mayores de 40 años que por lo general son los padres de esta persona.

Tabla N° 20: persona con discapacidad en estudio; tabla de doble entrada: tipo de discapacidad/contacto social antes de la internación- Instituto HISDIM período de marzo a septiembre, en Mendoza.

Tipo de discapacidad/contacto social antes de la internación	a- escolarización	b- actividades deportivas	c- actividades artísticas	d- ninguna	TOTALES
a-mental	17	0	8	2	27
b-motriz	2	0	5	6	13
c-múltiple	1	0	6	1	8
d-sensorial	1	0	0	0	1
e- del habla	1	0	0	0	1
TOTALES	22	0	19	9	50

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRAFICO N° 20



COMENTARIO

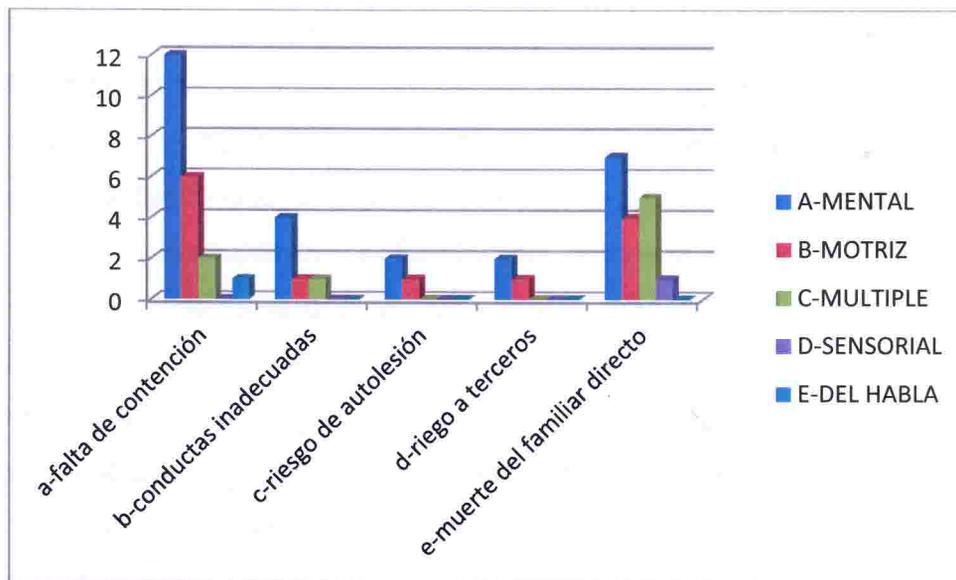
A partir de los datos obtenidos a través de la encuesta y realizando el cuadro de doble entrada se llegó a la conclusión que las personas con discapacidad mental, que son mayoría, también coinciden con son los que se encuentran escolarizados por lo que nos facilita el proyecto e investigación a seguir, se nos resultará más fácil llegar a ellos.

Tabla N° 21: Persona con discapacidad en estudio: tabla de doble entrada: tipo de discapacidad/motivo de internación- Instituto HISDIM período de marzo a septiembre, en Mendoza.

Tipo de discapacidad/contacto social	a-falta de contención	b-conductas inadecuadas	c- riesgo de autolesión	d- riesgo a terceros	e- muerte del familiar directo	TOTALES
a-mental	12	4	2	2	7	27
b-motriz	6	1	1	1	4	13
c-múltiple	2	1	0	0	5	8
d-sensorial	0	0	0	0	1	1
e- del habla	1	0	0	0	0	1
TOTALES	21	6	3	3	17	50

FUENTE: datos obtenidos por los autores a través de un encuesta anónima. Mendoza 2015

GRÁFICO N° 21



COMENTARIO

De los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, volcados a una tabla de doble entrada, se puede identificar a través de los gráficos que las personas con discapacidad mental son internadas, en su mayoría por falta contención o la muerte del familiar directo.

CONCLUSIÓN

En base a los datos obtenidos podemos destacar que la mayoría de las personas encuestadas, familiares de las personas con discapacidad, presentan edades en etapas de adulto y adulto mayor (36 a 40 años) siendo su porcentaje del 38%; a su vez la mayoría de género femenino con el 78%, quienes están abocadas a su cuidado; teniendo un nivel educativo de primaria completa (50%) y siendo su vínculo directo en su totalidad (92%), en relación a la participación del cuidado dentro del seno familiar, la responsabilidad se delega a una sola persona (66%). La información sobre temas relacionados con la discapacidad y sexualidad hacia el familiar presenta un 46%, lo cual es un número menor a la mitad de los encuestados, dependiendo del interés por el conocimiento, haciendo referencia a que los conocimientos de la sexualidad dentro de las familias no hacen a los conceptos que abarca la sexualidad, sino solo a una parte de ellos, siendo métodos anticonceptivos los más reconocidos (48%), pero a su vez consideran que la información sobre sexualidad es necesaria demostrado con el 82%, en etapas de adultez(34%) o según necesidad(42%) de los pacientes.

Con respecto al seguimiento multidisciplinario o la interconsulta a otros profesionales, el 58% de las personas encuestadas, enmarca el desinterés por el desarrollo y crecimiento de manera holística de la persona con discapacidad, hasta que se pone en manifiesto distintos comportamientos, que dan lugar a la preocupación del familiar en torno a la sexualidad (50%), lo que conlleva a que esto sea uno de los motivos más destacados de internación (34%).

Las encuestas revelaron que el 54% de los integrantes del Instituto HISDIM presenta una discapacidad mental, seguidas por la discapacidad motriz con el 26%, lo que nos favoreció para llevar a cabo el desarrollo de nuestra investigación.

De estas 27 personas que corresponden al 57% con discapacidad mental, solo 37% no reconoce la diferencia entre hombre y mujer por lo cual es en ellos donde debemos desarrollar información desde lo más básico, si bien el 81% reconoce actos o acciones sobre sexualidad, no llegan a comprender los

sentimientos que conllevan a estas acciones, o el grado de intimidad que se requiere; demostrado con el 37% que manifiesta curiosidad por el sexo opuesto o se toca (18%).

CONCLUSIÓN FINAL

En un mundo complejo como el que vivimos investigar sobre sexualidad es un desafío enorme. No se puede emitir una opinión sin tener que comprometerse con posturas que no son políticamente correctas; sin embargo, es necesario un pronunciamiento claro y certero sobre la sexualidad.

La desinformación de las familias a medida que los niños con discapacidad van creciendo y pasan de una edad a otra, enmarca la necesidad de requerir un conocimiento específico, sobre todo en el área de su sexualidad, siendo éste un impulso vital que nace y muere con la persona, manifestado por sus emociones y sentimientos que son corpóreos, es decir, manifestados por la expresión, contacto físico, incluyendo o no el área genital. Tarea que sienta sus bases en el hogar familiar o institucional, en ocasiones.

En si el ser humano no se beneficia con las individualidades y es la socialización lo que permite el desarrollo personal, la mejora del carácter, actitud, superación, la adquisición de valores, todas condiciones necesarias para ser felices y ser mejores personas. No hay dos personas que hayan tenido el mismo tipo de experiencias y vivenciado de igual manera en alguna etapa de su vida.

El aprendizaje a través de nuestra experiencia nos enseña a cuidar de seres débiles, la falta de educación, es descuido. La educación ayuda en muchos aspectos. Florence Nigthingale define a la enfermería como el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación.

“nos detenemos en los gramos de enfermedad y no advertimos de los kilos de salud, reparamos en las piscas de defectos y no captamos las enormes áreas ricas de la vida.”

VYGOTSKY

PROPUESTAS

Las intervenciones de enfermería deben ser las oportunidades para la apertura hacia el conocimiento específico, aportados mediante la investigación, sobre determinadas situaciones o problemas que pudieran vivir las familias, en relación a sus miembros con discapacidad. Por lo tanto debe ser la comprensión de las diferencias a las que se enfrentan las familias con tales miembros.

Teniendo en cuenta que somos el primer contacto en el área de salud con el paciente y la familia podríamos decir entonces que es muy importante la captación del paciente como de la familia a temprana edad, aportando información para orientarlos a través de talleres acerca de los diferentes cambios que se van produciendo a lo largo de la vida del integrante con discapacidad, que no es diferente al de otro individuo, sino que se requiere de mayor dedicación y técnicas para que se produzca una mejor comprensión del tema expuesto, por ejemplo el utilizar dibujos, láminas, gráficos, dramatización hacen que la persona con discapacidad pueda captar con menor dificultad la información brindada.

BIBLIOGRAFIA FINAL

- “Educandos con capacidades diferentes”, autor María Santucci de Mina edición 2014 editorial Brujas
- “La discapacidad en la escena familiar” autor Claudio Urbano, José Yuni 1ª. Edición, editorial Encuentro
- “Herramientas psicológicas para educar a niños con necesidades especiales” autor Mucio Romero, edición 2014 editorial Brujas
- “¿Qué necesitan las familias de personas con discapacidad?” autor Liliana Pantano, Blanco Núñez, Alicia Arenaza 1ª. edición 2012, editorial S.A.
- Lic. Ana Andrade. Apuntes de clase. Administración en Enfermería 2015 – Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. UNCUIYO.-
- Lic. Jorge Michel. Apuntes de clase. Educación en Enfermería – 2014- Ciclo de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. –UNCUIYO.-
- Lic. María Rosa Reyes. Apuntes de clase – Taller de Tesis-2015 – Ciclo- de Licenciatura – Escuela de Enfermería -F.C. M. Uncuyo

CAPÍTULO IV

ANEXO

Efecto que tiene el desconocimiento sobre educación sexual en las familias de personas con discapacidad intelectual leve a profunda.

1) EDAD:

- a. 21 a 25 años
- b. 26 a 30 años
- c. 31 a 35 años
- d. 36 a 40 años
- e. + de 40 años

2) SEXO:

- a. Femenino
- b. Masculino

3) NIVEL DE FORMACIÓN:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Terciario o universitario

4) VÍNCULO FAMILIAR:

- a. Directo
- b. Indirecto

5) CONTACTO SOCIAL:

- a. Escolarización
- b. Actividades deportivas
- c. Actividades artísticas
- d. Ninguna

6) PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE:

- a. 1
- b. +1
- c. Todos

7) DESDE EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO HUBO ALGÚN TIPO DE SEGUIMIENTO POR PARTE DE ALGÚN PROFESIONAL:

- a. Si
- b. No

8) ¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD POSEE EL PACIENTE?

- a. Mental o intelectual
- b. Motriz
- c. Múltiple
- d. Sensorial
- e. Del habla

9) HA RECIBIDO POR LA INSTITUCIÓN O COMUNIDAD CHARLAS, INFORMACIÓN O ASESORAMIENTO EN RELACIÓN AL PACIENTE:

- a. Si
- b. No

10) COMPRENDE EL FUNCIONAMIENTO DE SUS ÓRGANOS:

- a. Si
- b. No

11) RECONOCE DIFERENCIAS CORPORALES FEMENINAS Y MASCULINAS:

- a. Si
- b. No

12) CONOCIMIENTO DE LA FAMILIA EN RELACIÓN A LO SEXUAL:

- a. Concepción y embarazo
- b. Métodos anticonceptivos
- c. Enfermedades de transmisión sexual

13) CREE EN LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL ESPACIAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL:

- a. No

- b. Medianamente
- c. Muy necesaria

14) CUÁL SUPONE USTED QUE SERÍA LA ETAPA EN LA QUE DEBERÍAN RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD:

- a. Niñez
- b. Adolescencia
- c. Adulterez
- d. Según necesidad

15) PREOCUPACIÓN DE LA FAMILIA POR EL COMPORTAMIENTO EN RELACIÓN CON LA SEXUALIDAD:

- a. Poco
- b. Regular
- c. Mucho

16) EL PACIENTE DISTINGUE IDEAS O ACTOS SOBRE SEXUALIDAD:

- a. Si
- b. No

17) LOS PACIENTES PLANTEAN O EXPRESAN DUDAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD:

- a. Si
 - b. No
- 1) ¿De qué manera?
- I. Lo verbalizan
 - II. Se tocan
 - III. Presentan curiosidad por el sexo opuesto
 - IV. Exhiben parte de sus cuerpos
 - V. Se inhiben
 - VI. Muestran mayor necesidad de afecto.

18) MOTIVO DE LA INTERNACIÓN:

- a) Falta de contención
- b) Conductas inadecuadas
- c) Riesgo de autolesión
- d) Riesgo de violencia hacia terceros
- e) Muerte del familiar directo

TABLA MATRIZ DE DATOS

U A	1-EDAD					2-SEXO		3-NIVEL DE FORMACIÓN			4-VINCULO FAMILIAR		5-CONTACTO SOCIAL
	a	b	c	d	e	a	b	a	b	c	a	b	a
1	x					x		x			x		
2		x				x		x			x		x
3			x			x				x	x		x
4				x		x			x		x		
5				x		x			x		x		
6					x		x		x		x		
7				x			x	x			x		
8					x	x		x			x		
9					x	x		x			x		
10					x	x		x				x	
11				x		x		x				x	
12			x			x		x			x		
13				x			x	x			x		
14					x		x		x		x		x
15				x			x	x			x		x
16			x			x		x			x		x
17				x		x		x			x		x
18					x	x			x		x		x
19					x	x			x		x		x
20					x	x			x		x		
21					x		x			x	x		
22					x	x				x	x		
23				x			x	x			x		
24				x			x	x				x	
25				x		x		x			x		
26	x					x			x			x	
27	x						x		x		x		x
28		x				x		x			x		
29			x			x		x			x		
30			x			x			x		x		x
31		x				x			x		x		x
32				x		x			x		x		x
33					x	x			x		x		
34				x		x			x		x		
35				x		x		x			x		

36			x			x		x			x				
37			x			x				x	x				
38				x			x		x		x				
39					x		x		x		x				
40				x		x		x			x			x	
41				x		x		x			x			x	
42				x		x		x			x			x	
43					x	x		x			x			x	
44			x			x			x		x			x	
45			x			x			x		x			x	
46				x		x			x		x			x	
47			x			x			x		x			x	
48				x		x			x		x			x	
49					x	x		x			x			x	
50	x					x		x			x				
TOTAL	4	3	10	19	14	39	11	25	21	4	46	4	22		
			1			2		3			4		5		

6-PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO			7-HUBO SEGUIMIENTO		8-TIPO DE DISCAPACIDAD				
a	b	c	a	b	a	b	c	d	e
x				x			x		
x			x		x				
x			x			x			
	x		x				x		
x				x				x	
	x			x					x
x				x	x				
	x			x	x				
	x			x	x				
	x			x		x			
x				x			x		
x				x					
x				x					
x				x					
x				x					
x				x					
x				x					
	x		x		x				

	x		x			x				
x				x	x					
x				x	x					
	x		x			x				
x			x					x		
x			x		x					
x				x	x					
	x		x		x					
	x			x	x					
x			x		x					
x				x		x				
x				x	x					
x			x		x					
	x		x			x				
	x		x			x				
x			x			x				
x			x			x				
x				x	x					
x				x	x					
	x			x	x					
	x			x	x					
x				x	x					
x			x					x		
	x			x				x		
	x			x		x				
33	17	0	22	28	27	13	8	1	1	
6			7			8				

9-RECIBIÓ INFORMACIÓN		10-COMPRESIÓN DE LOS ÓRGANOS		11- DIFERENCIA CORPORALES	
a	b	a	b	a	b
	x		x	x	
x			x	x	
x			x	x	

X			X		X
X			X		X
X			X		X
	X		X		X
	X	X		X	
	X	X		X	
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
	X	X		X	
	X		X	X	
X			X		X
	X		X		X
X			X	X	
X			X	X	
X			X	X	
	X		X	X	
	X		X	X	
	X		X		X
	X		X		X
X			X		X
X		X			X
	X		X		X
X			X	X	
	X	X		X	
X		X		X	
X		X		X	
X		X		X	
	X	X		X	
	X	X		XX	
	X	X		X	
	X		X	X	

	x		x	x	
	x	x		x	
	x	x		x	
	x	x		x	
	x	x		x	
	x	x		x	
	x	x			x
23	27	24	26	32	18
9		10		11	

11- DIFERENCIA CORPORALES		12-CONOCIMIENTO DE SEXUALIDAD			13-IMPORTANCIA		
a	b	a	b	c	a	b	c
x		x				x	
x			x		x		
x			x			x	
	x		x			x	
	x		x				x
	x		x				x
	x			x			x
x				x			x
x				x			x
x				x			x
x		x					x
x		x					x
x		x			x		
x			x		x		
	x		x			x	
	x		x			x	
x		x				x	
x		x				x	
x			x			x	
x				x		x	
	x		x			x	
	x	x					x
	x		x				x
	x		x				x
	x			x	x		
x			x			x	

x		x					x
x		x				x	
	x	x				x	
	x		x		x		
	x			x	x		
	x		x			x	
	x		x				x
x			x				x
x		x				x	
x			x		x		
	x			x	x		
x				x	x		
x			x			x	
xx		x				x	
x		x					x
x			x				x
x			x			x	
x			x			x	
x			x			x	
x		x				x	
x		x				x	
	x	x				x	
	32	18	17	24	9	9	25
	11		12			13	16

14-ETAPA				15-PREOCUPACIÓN FAMILIAR		
a	b	c	d	a	b	c
	x			x		
		x			x	
		x				x
		x				x
		x				x
		x				x
		x				x
		x				x
		x				x
			x			x
			x	x		
			x	x		

			x		x	
			x			x
			x			x
x						x
x						x
x					x	
x				x		
x					x	
	x					x
		x			x	
	x				x	
		x			x	
			x	x		
			x	x		
		x		x		
		x				x
x						x
	x					x
		x			x	
		x				x
	x				x	
	x					x
			x		x	
			x			x
			x			x
			x			x
			x	x		
			x		x	
		x		x		
		x			x	
		x				x
			x			x
			x		x	
			x		x	
			x	x		
6	6	17	21	10	15	25
14				15		

16-DISTINGUE ACTOS O EXPRES				17-PLANTEAN DUDAS Y SUS MANERAS			
a	b	a I	a II	a III	a IV	a V	a V
x			x				
x		x					
x		x					
x			x				
x			x				
x				x			
x				x			
x				x			
x				x			
x					x		
x							x
x							x
x							x
x					x		
x						x	
x				x			
	x			x			
x				x			
x					x		
x						x	
	x			x			
	x		x				
x			x				
x				x			
x					x		
x						x	
x				x			
x				x			
x				x			
x				x			
x				x			
x					x		
	x					x	
	x						x
	x						x
	x						x
x					x		

X			X					
X			X					
X				X				
X					X			
X							X	
X						X		
X			X					
X			X					
X				X				
	X			X				
	X			X				
X							X	
	41	9	2	9	18	7	5	
	16	17						



Req. N° F 2858