

Número 3 - Julio/Diciembre 2016

REVISTA PASAJES

ISSN 2448-5659



RED INTERNACIONAL DE INVESTIGADORES Y PARTICIPANTES SOBRE INTEGRACIÓN EDUCATIVA

Portada: Crispim Antonio Campos



MÉXICO

Crispim Antonio Campos
Kreli 2016



REVISTA PASAJES
RIE - UICSE - FESI - UNAM



CEPU - ICAT

CUERPO DIRECTIVO

Directora

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Subdirectora

Dra. Patricia Brogna

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Editor

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda

Universidad de Los Lagos, Chile

Editor Adjunto

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Enlace Internacional

Drdo. Silvia Laura Vargas López

*Universidad Autónoma del Estado de Morelos,
México*

Lic. Héctor Garate Wamparo

Universidad de Los Lagos, Chile

Cuerpo Asistente

Traductora: Inglés – Francés

Lic. Iliá Zamora Peña

Asesorías 221 B, Chile

Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón

Asesorías 221 B, Chile

Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres

Asesorías 221 B, Chile

Portada para este Número

Crispim Antonio Campos, Brasil

COMITÉ EDITORIAL

Mg. Emilia Adame Chávez

SEP Quintana Roo, México

Dr. Luiz Alberto David Araujo

*Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo,
Brasil*

Dra. Patricia Brogna

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Dra. Mónica Leticia Campos Bedolla

Universidad Mondragón-UCO, México

Dra. Gabriela Croda Borges

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo

*Universidad Popular Autónoma del Estado de
Puebla, México*

Mg. Mabel Farfán

Universidad de Tolima, Colombia

Dra. Elizabeth Guglielmino

*Universidad Nacional de la Patagonia,
Argentina*

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Lic. Sandra Katz

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Mg. Rocío del Pilar Martínez Marín

Universidad de Santander, Colombia

Dra. María Noel Míguez

Universidad de La República, Uruguay

Dr. Joan Jordi Montaner

Universitat de les Illes Balears, España



REVISTA PASAJES
RIIE - UIICSE - FESI - UNAM



CEPU-ICAT

Dra. Lyda Pérez Acevedo

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Dr. Juan Antonio Seda

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Mg. Claudia Peña Testa

*Universidad Nacional Autónoma de México,
México*

Mg. Silvia Laura Vargas López

*Universidad Autónoma del Estado de Morelos,
México*

Dr. Sebastía Verger Gelabert

Universitat de les Illes Balears, España

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dra. Valdelúcia Alves da Costa

Universidad Fluminense, Brasil

Mg. Araceli Bechara

Asesora Consultora Independiente, Argentina

Dr. Gildas Brégain

Université de Rennes 2, Francia

Dr. Nicola Coumo

Università degli Studi di Bologna, Italia

Mg. Alfredo Flores

METONIMIA Chiapas, México

Ph. D. Alice Imola

Università degli Studi di Bologna, Italia

Dr. Alfredo Jerusalinsky

*Centro Dra. Lydia Coriat de Porto Alegre,
Brasil*

Mg. Juan David Lopera

Universidad de Antioquia, Colombia

Dr. Benjamía Mayer

Estudios 17, México

Dra. Lady Meléndez

*Universidad Nacional de Educación a
Distancia, Costa Rica*

Dr. Martial Meziani

INS HEA, Francia

Dr. Pedro Ortega

Universidad de Murcia, España

Mg. Wilson Rojas Arevalo

Universidad de Los Lagos, Chile

Mg. Valeria Rey

*Universidad Metropolitana de Ciencias de la
Educación, Chile*

Mg. Graciela Ricci

ADDEI, Argentina

Lic. Marcela Santos

Universidad de Casa Grande, Ecuador

Dr. Carlos Skliar

FLACSO, Argentina

Dr. Saulo Cesar paulino e Silva

Universidad de Sao Paulo, Brasil

Dra. Norelly Soto

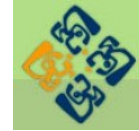
Universidad de Medellín, Colombia

Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez

Universidad de Los Lagos, Chile



REVISTA PASAJES
RIIE - UIICSE - FESI - UNAM



CEPU-ICAT

Indización

Revista Pasajes, se encuentra indizada en:



Información enviada a Latindex para su evaluación e indización.



REVISTA PASAJES
RIIE – UIICSE – FESI - UNAM



CEPU-ICAT

ISSN 2448-5659 – Publicación Semestral / Número 3 / Julio – Diciembre 2016 pp. 22-37

**ACERCAMIENTO A LA SEXUALIDAD
EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA**

APPROACH TO SEXUALITY IN PEOPLE WITH MODERATE INTELLECTUAL DISABILITY

Mg. Heidi Vega Juárez

Universidad Nacional Autónoma de México, México
heidi-morado@hotmail.com

Fecha de Recepción: 30 de marzo 2016 – **Fecha de Aceptación:** 30 de agosto de 2016

Resumen

El abordaje de la discapacidad y la sexualidad se torna complejo, en donde se encuentran inmiscuidas varias disciplinas desde la medicina, la psicología, la filosofía, antropología, así como acontecimientos históricos, mismos que van generando prejuicios, mitos, estigmas, categorizaciones que se implantan en particular en las personas con discapacidad intelectual, desde considerarles infantes eternos, “asexuales” y que la vivencia de la sexualidad sea determinada por los otros, ya sea la familia, la escuela o la sociedad. Los discursos acerca del binomio normalidad/anormalidad- que en este escrito se recupera la investigación de Michel Foucault (2011)- son por antonomasia parte fundamental en la comprensión del cómo y por qué se llega al concepto de discapacidad, del significado que ha mutado para dar respuesta médica, psicológica, educativa, etcétera, donde actualmente impera el Discurso de Derechos humanos para consensar políticas que generen culturas y prácticas inclusivas para que las personas con discapacidad intelectual se desarrollen de forma armónica e integral en diversos contextos, con la finalidad de movilizar constructos históricos y sociales que no determinen destinos, historias, proyectos, potenciales y sueños, lo cual generará nuevas posibilidades de encuentro entre las diferencias.

Palabras Claves

Sexualidad – Discapacidad intelectual moderada – Discursos de poder – Prejuicio – Normalidad/anormalidad – Diferencia

Abstract

The approach of disability and sexuality becomes complex, interferes disciplines like medicine, psychology, philosophy, anthropology and historical events, have generated prejudices, myths, stigmas, categorizations that are implanted in particular in persons with intellectual disabilities, from considering them eternal and “asexual” infants, and the experience of sexuality is determined by other persons and institutions like family, school, and society. Speeches of the binomial normality/abnormality -which at this writing is recovering the investigation of Michel Foucault (2011) - are for excellence, an essential part in the understanding of the how and why to reach the concept of disability, meaning that has mutated to medical, psychological and educational answer. Currently, prevailing the discourse of human rights to consensus policies that generate cultures and inclusive practices to people with intellectual disabilities can develop harmoniously and integral in various contexts, with the objective to mobilize social and historical constructs that do not determine destinations, stories, projects, potential and dreams, which will generate new possibilities of meeting between differences.

Keywords

Sexuality – Moderate intellectual disabilities – Discourses of power – Prejudice – Normality/abnormality – Difference

*“Quizá debamos aprender que lo imperfecto
es otra forma de la perfección: la forma que la
perfección asume para poder ser amada”
Roberto Juarroz*

Es complejo cuando se habla, piensa o estudia los conceptos y acontecimientos de discapacidad y sexualidad por separado. Más complejo se torna cuando se combinan ambas palabras, conceptos que a lo largo de la historia se han significado como tabúes, aquello de lo que es mejor no hablar, no escuchar, no pensar o sentir; es decir se convierten en “innombrables”. Por tanto, si es innombrable es porque se pretende aislar su significado, que al mismo tiempo se vuelca en una constante, en un siempre presente, aunque se apueste e intente lo contrario.

Sexualidad y discapacidad se convierten en “mitos”, en los que con una suerte de conjugación conllevan a una casi prohibición, en un impensable que los sujetos con discapacidad –sobre todo intelectual- tengan sexualidad. Al respecto, James Tallis (2010) señala que se les considera infantes eternos, llevándolos a una analogía con los ángeles como seres mitológicos que proceden de creencias religiosas, mismos que son asexuales, eternamente infantiles y puros. Si se tratan de discapacidades orgánicas congénitas, tales como la parálisis cerebral, la ceguera, o la misma discapacidad intelectual hay una idea arraigada en cuanto heredabilidad, lo cual casi prohíbe a los sujetos ejercer una sexualidad sana y plena en varios aspectos, algunos serían tener una pareja y en la procreación, ya sea maternidad o paternidad.

Por lo anterior, es de suma importancia ir más allá del análisis, las investigaciones y la reductibilidad del otro como objeto de estudio; se trata de reivindicar esa alteridad del otro -comúnmente denominado- “defectuoso”, que no es más que un sujeto de carne y hueso, en cuya corporeidad y ejercicio de su sexualidad se concretizan los mitos, estigmas y creencias (arrastradas desde épocas remotas y arcaicas) de que en ellos hay una excepción por designio divino, científico, pedagógico, psicológico, o cualquier otro que justifique el discurso de la alteridad “deficiente”.

Incluso se puede contemplar como una transgresión a la sociedad el osar pensar, sentir y actuar como seres sexuales y con derecho (ético y político) de tener los ideales canónicos de la sociedad “normal/normalizadora” que Roland Barthes (1988) denominó como el ideal burgués, tales como un trabajo digno y remunerado, una pareja, una vivienda, hijos, etcétera. La reivindicación de un sujeto como tal, con la falta y la omisión como regla inherente a la existencia humana, se vuelve uno de los puntos fundamentales en la sexualidad de las personas con discapacidad, -independientemente de la que esta sea- en la “descosificación” del otro, y en la búsqueda de una ética en la que la alteridad se convierta en parte de la diferencia, que al igual que la falta son inherentes a la compleja existencia humana.

El binomio normalidad /anormalidad como constructo histórico-social que conlleva a la diferencia “deficiente o alterada”

Michel Foucault (2000) analizó la genealogía de los procesos de exclusión e inclusión, -a partir de lo que se considera normal/anormal¹- de los individuos en la Edad

¹ La palabra “normal” como construcción, de lo no desviante o forma diferente, el tipo común o estándar, aparece en la lengua inglesa hacia 1840. La palabra “norma”, en su sentido de orden y

Media, en las medidas implementadas en relación a los leprosos y a los enfermos de peste. Indiana Vallejos (2009, p. 96) apunta que este binomio “emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos”. En sus estudios e investigaciones en torno a la sexualidad y la locura, Foucault instaura el concepto de discurso de poder, mismo que es construido y constituido por la cultura que a su vez, constituye las figuras de exclusión-alienación, los “otros deficientes”, en quienes se da por hecho que no cumplen con lo necesario para adaptarse a una sociedad en un tiempo y espacio determinado. De tal forma, que el supuesto orden social se basa en tres estrategias: “la constitución discursiva del concepto “anormal”, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad” (Vallejos, 2009, p. 96).

En “Historia de la sexualidad: voluntad de saber”, Foucault (2011, p. 24) señaló que en el siglo XVIII “nace una incitación política, económica y técnica a hablar de sexo, en cuanto análisis, contabilidad, clasificación y especificación, en forma de investigaciones cuantitativas o causales”. Es así como surge el análisis hacia las conductas o comportamientos sexuales derivadas de una sociedad burguesa, misma en la que el discurso científico se iba perfilando como el ideal a seguir y se impone el Discurso sobre el sexo, permeado y entretelado por la ciencia médica, particularmente por la psiquiatría (enfermedad de los nervios), y una multiplicidad de discursos que iban -y van- desde la demografía la biología, la psicología, la moral hasta la pedagogía, etcétera; con los cuales se pretendía hacer un análisis exhaustivo de lo catalogado y conceptualizado como anormal; “los excesos, el onanismo, la insatisfacción, la falta de procreación, las enfermedades mentales, pero sobre todo en las perversiones sexuales, que los denominaban y apalabraban como “posibles desvíos” (Foucault, 2011); es decir, lo anormal.

En sentido opuesto, la normalidad era la sexualidad económicamente útil, productiva y políticamente conservadora y que precisamente Foucault (2011) apunta que en este siglo tres códigos regían las prácticas sexuales:

- 1.- El derecho canónico.
- 2.- Pastoral cristiana.
- 3.- Ley civil.

Es así que en el siglo XIX, se impone la anormalidad en un sujeto, como “justificación científica, moral y social a las técnicas de clasificación, identificación e intervención correctiva (con eje en la medicina y pedagogía) y la punitiva (con eje en la justicia) de los anormales” (Vallejos, 2009, p. 99). Lo que continua perdurando hoy en día con los “anormales” que cada sociedad clasifica y determina, mismos que se encuentran “fuera de” y que Foucault (2011) definió como “sexualidades periféricas” que son aquellas que van “*contra natura*”, en las que se encuentran: la sexualidad de los niños, locos, criminales, homosexuales y que derivan en ensoñaciones, obsesiones, manías o furias, mismas que se concretaban en actos como casarse con un pariente próximo, sodomía, seducir a una religiosa, infidelidad, necrofilia, entre otras.

De tal manera, que la medicina crea toda una “patología orgánica” (Foucault, 2011), funcional o mental, propias de la anormalidad de la sexualidad o dicho de otra forma, de una sexualidad “anormal” y tales sexualidades erráticas e improductivas se clasificaron

conciencia, ha sido utilizada recién desde 1855, y “normalidad”, “normalización”, aparecen en 1849 y 1857 respectivamente (Davies, en Skliar, 2005).

bajo los siguientes instrumentos: examen médico, investigación psiquiátrica, informe pedagógico, controles familiares, entre otros.

La consolidación de las sexualidades periféricas, o sexualidades anormales, fuera de la regla determinaron las relaciones de poder y la sexualidad al mismo tiempo se empieza a ver como variada y no con una tendencia única o perpetua. Las mediciones, análisis y clasificaciones del cuerpo y de la conducta se posicionan en un lugar privilegiado para separar lo normal de lo anormal y el embate en nombre de la ciencia de este último.

De tal modo que la sexualidad se definió “*por naturaleza como un dominio penetrable por procesos patológicos que exigían intervenciones terapéuticas para acceder a la normalización*” (Foucault, 2011, p. 67), con dicha definición se justificaba la periferia de los sujetos con discapacidad.

Bajo este contexto social-cultural e histórico, la familia fue el factor principal de la sexualización de la infancia, ahí, dentro del núcleo de lo privado y de lo íntimo se reproducía el discurso de una moral normalizadora que traspasara a una práctica de lo considerado como normal; es decir, manteniendo los cánones establecidos en para la sociedad, la idea de familia erigida en el matrimonio, los hijos y el trabajo.

Posteriormente, en el siglo XIX, la “*scientia sexualis*”, descrita por Foucault (2011, p. 67) como la “*producción de discursos verdaderos sobre el sexo*”, ajustando las reglas y normas a lo científico, a lo consensado como verdadero y real para esta época de las sociedades occidentales. La herencia del siglo XVIII se evidenciaba en una medicina con tendencia a lo perverso” a los programas de eugenesia (con base en la teoría darwinista de evolución y los postulados estadísticos de Galton) en un afán y búsqueda del control de lo “normal”, y es en la infancia donde se le puede analizar, amaestrar y modificar, ya que en estos tiempos –a pesar de los descubrimientos del psicoanálisis- era imposible asentir que los infantes tuviesen sexualidad y mucho menos placer.

Con las siguientes palabras define Foucault (2011) esta era: “la sexualidad está del lado del saber, de la vida, del sentido, de las disciplinas y las regulaciones”. A finales del siglo XIX, Foucault (2007) se remitía al desconocimiento de la sexualidad individual y de un “sobresaber” por parte de la sociedad, en la que varios discursos coexisten sin cuestionamientos. Lo anterior versa sobre el hecho de que la producción de discursos se iba ampliando, la inter y multidisciplinaredad de la que se hacían válidos los diagnósticos, clasificaciones, evaluaciones y explicaciones de lo normal/anormal, en contradicción, los sujetos en su individualidad desconocían –se continua desconociendo- por todo el cúmulo de creencias, ideas, mitos y estigmas que la sexualidad se ha implementado e instaurado como parte del deber ser y la precaución, velo y susurro con el que se han manejado la sexualidad en su integralidad.

Lo anterior es refrendado en el texto Los anormales (1999), en donde Foucault se propone realizar una arqueología de la anormalidad y sugiere que el anormal del siglo XIX es el descendiente directo de tres individuos particulares: el monstruo, el incorregible y el masturbador. Un anormal que va a seguir marcado por esa suerte de monstruosidad cada vez más difusa y diáfana, por esa incorregibilidad rectificable cada vez más cercada por ciertos aparatos de rectificación. Incluso la teratología, se instituyó como una rama de la medicina dedicada al estudio, investigación y análisis de lo “monstruoso”, de lo “anormal”, el cual tiene como fecha de nacimiento como “individuo psiquiatrizable” el año de 1876 (Foucault, citado en Casarella, 2010).

Discapacidad como categoría de la anormalidad

Con lo mencionado previamente, como antecedente del binomio normal/anormal para designar a los sujetos se encuentran dentro o fuera de las normas exigidas por los discursos de poder, y con la consolidación en el siglo XVIII de la psiquiatría como disciplina científica imperante, aunado al inicio de la era industrial, la cual enfatizaba su política en la producción, rubro en el que “algunos” sujetos no encajaban en el calificativo de productividad, los cuales eran calificados como monstruos, enfermos, locos, minusválidos, anormales, etcétera dando paso a la reclusión en instituciones de asistencia mental.

En este momento todavía no había ni existía como tal el concepto de discapacidad; sin embargo, existía la idea de que “algo podía no andar bien”² (Casarella, 2010). Los métodos de análisis, los conceptos y las teorías fueron los que definieron lo normal de lo anormal, misión encargada a la psiquiatría.

En el contexto socio-político “la intervención del Estado en el orden moral y la contribución de la pastoral cristiana reorganizan la familia y utilizan la escolarización como medio de influencia ideológica” (Casarella, 2010 p. 24), en donde resulta destacable que el origen de la escuela pública (que surge en las últimas décadas del siglo XIX), se convierte en una especialidad bien determinada y específica donde van a “confluir los criminales, los dementes y los niños, quienes era vistos como individuos próximos al mundo de lo animal, filogenéticamente hablando” (Álvarez-Uria, 1997; citado en Skliar, 2005, p. 142).

De acuerdo a lo anterior, en el siglo XIX en Occidente se erigen las relaciones parentales-familiares en la concepción de la sexualidad, del niño y de la discapacidad. La institución escolar tomó la estafeta de las ciencias positivistas, particularmente de los saberes médico, pedagógico y estadístico. De este último surgen las pruebas estandarizadas para medir, diagnosticar y clasificar a los sujetos, dependiendo de su “normalidad” así como la adaptación a la escuela. Heredera de la teorías evolucionistas de Darwin (y de la eugenesia propuesta por Galton, primo de Darwin); la estadística a fines del siglo XIX y principios del siglo XX se impone como reguladora social. Al respecto, Edith Peña (2003) señala que la categorización estadística de lo “normal” se encuentra en la media o tendencia general de un grupo social que estereotipa, mientras que lo anormal es la desviación con relación a esta media o del modelo que prevalece como la tendencia o ideal. Cada cultura define de acuerdo a sus modelos sociales, políticos e ideológicos lo que es normal y anormal, por ende se clasifica, categoriza y se busca la rehabilitación; una ortopedia social por así decirlo, para ajustar a la mayoría posible al rango de la media, lo considerado socialmente normal.

Dentro de este marco, surge también la Educación Especial, misma que “no ha podido desvincularse nunca de su relación con los saberes médicos y psiquiátricos”, es cierto que es heredera de aquello que Foucault llamó el “gran encierro” y que produjo “pequeños grandes encierros o internamientos por categorías” (Pérez de Lara, 1998; citada en Skliar, 2005 p. 125).

² La discapacidad (disability) hizo su aparición como concepto, después de la Segunda Guerra Mundial (lindando la década de los 60), en un inicio con los veteranos de guerra y posteriormente para designar a quienes presentaban un trastorno genético, congénito o juvenil tardío (Aznar y González, 2008).

Hasta este momento los sujetos anormales, deficientes, “los otros” eran categorizados por su organicidad defectuosa, por la “falta” evidente de algún miembro, de raciocinio, de capacidad para adaptarse e igualarse a sus compañeros, etcétera. Las pruebas de inteligencia como la Binet-Simon a principios del siglo XX sirvieron óptimamente para este fin de apartar y excluir, al tiempo que también produjeron investigación sobre las pruebas psicológicas como elemento de diagnóstico, atención y clasificación de los educandos.

Discapacidad y sexualidad

Por antonomasia, los sujetos con discapacidad han pertenecido al grupo de la alteridad u otredad “deficiente o radical”; como la denomina Assoun (2001), misma que se ha estudiado, investigado y clasificado también de acuerdo a los diferentes discursos de poder por los que ha transitado la noción o concepto de lo diferente o anormal. Conceptos vienen y conceptos van, en los que la palabra tiene la función de asignar y designar un lugar y posición a partir de los siglos XVIII y XIX: “idiocia, imbecibilidad, invalidez, minusvalía, retraso, retardo, insuficiencia, etc.” (Jacobo, 2009, p. 213). Todos estos conceptos, no se quedan en abstracto, sino que trascienden en adjetivos que califican a un sujeto en concreto, un sujeto de carne y hueso, en quien los prejuicios y las mitificaciones coaguladas de la anormalidad se anquilosan.

De tal forma, que a los sujetos con discapacidad se les toma como un cuerpo “alienado”, “defectuoso” imponiendo socialmente uno de los mayores prejuicios sobre la discapacidad y su constitución: se les perpetúa la imagen de niño, como si por su condición se quedaran estancados en un cuerpo y mente infantil; lo que deriva en una asexualidad, que más bien pareciera una invisibilidad de lo imposible, ya que es una falacia la analogía que se hace con el arquetipo de ángel como infante (Tallis, 2010), puro e inocente con los sujetos con discapacidad, es una forma en que la sociedad –consciente o inconscientemente- priva a los sujetos de un desarrollo integral, así como imponiendo; de cierta forma intencionalmente, de la descendencia y heredabilidad, anteponiendo un prejuicio y destino funesto, del cual fueron juzgados a priori, desde el momento de su concepción y que “se les destinó a lo trágico” (Assoun, 2001), sin permitir siquiera su experiencia como sujeto.

Por lo anterior, la discapacidad es un concepto, “un significante itinerante, mutante, inalienable, que trasciende la opacidad de lo orgánico de lo natural, más bien es un constructo histórico-social, resultante de las representaciones sociales que determinan las prácticas” (Jacobo, 2009, p. 213) que implican actuaciones, ideas y creencias mismas que la historia ha atestiguado con el tránsito en continuum de los discursos de poder³.

Como se ha señalado previamente, en el ámbito de la discapacidad y la sexualidad, se han fundido algunos discursos de poder en las prácticas sociales. En este sentido, Guadalupe Ávila (2006, p. 164) menciona que “el hecho que la persona se sienta incompleta, no funcional rota, diferente, es suficiente para creer que esto no le permite tener una vida sexual satisfactoria, aunado a que se les considera “asexuales” se convierte en una experiencia alienante”, que la misma familia, educación y sistema social refuerza.

³ Definición de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS): 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”.

De igual manera, el rechazo social se mantiene como un factor alienante para que los sujetos con discapacidad mantengan relaciones sociales satisfactorias con personas que no “presentan” discapacidad y se mitifica el que “sólo pueden juntarse con alguien como ellos (los otros), y tener relaciones con los propios como ellos”, no con nos-otros, los normales.

Muchos años y acontecimientos sucedieron hasta la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y con la Declaración de los Derechos Humanos (finales de la década de los 50 e inicio de los 60), se ha considerado a las personas con discapacidad con el derecho a vivir con las mismas oportunidades con los que viven las personas sin discapacidad y sin ser visto como “anormales”⁴, aunque la realidad diste todavía de alcanzar esta meta.

Discapacidad intelectual

Es quizá una de las discapacidades con mayor mitificación y estigma que proviene desde tiempos remotos, ya que implicaba una inteligencia “por debajo” de lo normal o estandarizado; misma que se prejuicio -o prejuzga- en que las personas que la padecían, podían provocar problemas a la comunidad, burla, rechazo y la culpa en el entorno familiar. Sin embargo; en la modernidad, la teoría del racionalismo de René Descartes que tenía como premisa la frase: “cogito ergo sum”/Pienso luego existo”, con la cual que priorizo a la razón como la cualidad que define lo humano, el raciocinio se impone como característica cognitiva que debiese caracterizar y demostrar la “existencia humana”. Bajo esta premisa, muchos sujetos quedaron fuera “del acceso a la razón”, a la capacidad de abstracción; es decir, al pensamiento superior. De tal forma, que los sujetos con discapacidad intelectual han transitado en la historia con las marcas de exclusión, negación y un destino y juicio anticipado como señala Assoun (2001).

En este transitar de los saberes médico, psicológico, pedagógico, religioso, etc.; la discapacidad intelectual ha tenido –y tiene- múltiples definiciones. Por ejemplo, en el caso de la *American Association on Mental Retardation*⁵ (AAMR), que actualmente es la *Asociación norteamericana sobre las discapacidades intelectuales y del desarrollo* (AAIDD) define retraso mental de la siguiente manera:

El retraso mental alude a las limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual de una persona. Se caracteriza por un desempeño intelectual significativamente por debajo del promedio y el cual se da de manera simultánea a limitaciones relacionadas con dos o más de las áreas de habilidad de adaptación aplicables siguientes: comunicación, cuidado

⁴ En 1959, el Dr. Mikilsen, director de los Servicios de Retardo Mental, definió la NORMALIZACIÓN como: “la creación de una experiencia para la persona con discapacidad lo más cercana posible a las condiciones de vida “normal.” (citado en Hernández, López, Ávila, 2008).

⁵ En 1876, se llamaba Asociación de médicos de instituciones norteamericanas para idiotas y débiles mentales. Con el tiempo, ese nombre no fue considerado adecuado y se cambió por Asociación norteamericana sobre la deficiencia mental. A solicitud de las personas con discapacidad intelectual y sus familias, que consideran peyorativa la expresión deficiencia mental, la asociación paso a utilizar retraso mental en su nombre (American Association on Mental Retardation) (AAMR). En la actualidad, el mismo grupo de actores sociales solicitó que a organización, la más antigua en el mundo, cambiara una vez más su nombre para no convalidar nominaciones estigmatizantes. Ahora será conocida como Asociación norteamericana sobre las discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD es la sigla en inglés). www.aaid.org (Aznar y González, 2008).

personal, vida en casa, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, funcionamiento académico, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años de edad. (Sattler, 2003 p. 198)

Por su parte, *la American Psychiatric Association-APA a través del DSM-IV-TR* (2000), define el retraso mental como:

un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio, acompañado por limitaciones significativas en el funcionamiento de adaptación en por lo menos dos de las áreas de habilidad siguientes: comunicación, cuidado personal, vida en casa, habilidades sociales o interpersonales, uso de recursos de la comunidad, autodirección, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. (Sattler, 2003 p. 353)

Como se puede apreciar, en las dos definiciones no hay diferencias significativas; sin embargo en el DSM-IV-TR, se especifican cuatro niveles en la discapacidad intelectual:

- Retraso mental leve (nivel de CI de 50-55 a 70 aproximadamente).
- Retraso mental moderado (nivel de CI de 35-40 a 50-55).
- Retraso mental grave (nivel de CI de 20-25 a 35-40).
- Retraso mental profundo (nivel de CI por debajo de 20 o 25).

Asimismo, ambas definiciones indican que se consideren en conjunto dos criterios -grado de inteligencia y nivel de conducta adaptativa- para llegar a un diagnóstico, mismo que sólo debe hacerse cuando el individuo corresponda a la categoría de retraso mental en términos de funcionamiento tanto intelectual como de conducta adaptativa⁶. La inteligencia se evalúa mediante una medición objetiva y la conducta adaptativa a través de mediciones clínicas u objetivas; por ejemplo, las calificaciones conductuales.

Al respecto, Sattler (2003) expone que los principales *factores de predisposición*⁷ son la herencia, alteraciones tempranas en el desarrollo embrionario, problemas de embarazo y perinatales, afecciones médicas generales adquiridas durante la infancia o la niñez, influencias del entorno, entre otros.

En cuanto a los apoyos a las personas con discapacidad intelectual, estos se clasifican al igual que los cuatro niveles de gradualidad de la discapacidad intelectual, y son los siguientes (Sattler, 2003):

⁶ La American Association on Mental Retardation (AAMR-Asociación Estadounidense de Retraso Mental, 1992; actualmente AAIDD) define **conducta adaptativa** como la eficacia con la cual los individuos satisfacen las normas de independencia personal y responsabilidad social que se espera de las personas de su edad y grupo cultural. La evaluación de la conducta adaptativa se enfoca en dos cuestiones principales: a) el grado en que los individuos pueden funcionar y mantenerse de manera independiente y b) el grado en el que satisfacen las demandas culturalmente impuestas de responsabilidad personal y social.

⁷ Aproximadamente 1% de la población se clasificaría con discapacidad intelectual. De quienes padecen este trastorno, alrededor de 85% se hallan en la clasificación de retraso leve, 10% en moderado, entre 3 y 4% en grave y entre 1 y 2% en retraso profundo (American Psychiatric Association, 2000; citado en Sattler, 2003).

Nivel 1. Intermitente-leve. Los apoyos se dan con base en las necesidades (durante transiciones y crisis)

Nivel 2. Limitado-moderada. Los apoyos se dan de manera más constante que en el nivel intermitente (durante el entrenamiento para el empleo o en las transiciones de la escuela al trabajo)

Nivel 3. Amplio-grave. Los apoyos se dan diariamente en uno o más entornos y no tienen un límite temporal (apoyo vital en casa de largo plazo)

Nivel 4. General-profunda. Los apoyos se dan constantemente en muchos o en todos los entornos, de manera profusa, y su naturaleza es potencialmente de sustentación vital (atención médica de tiempo completo).

La evaluación de la discapacidad intelectual exige el uso de instrumentos de medición individual confiable, válido y completo; “además la valoración en su conjunto debe ser exhaustiva, ya que es posible que el retraso mental se presente de manera simultánea con otras afecciones discapacitantes”⁸ (Board, 1996; citado en Sattler, 2003, p. 355).

En las últimas décadas, las investigaciones sobre la inteligencia y el retraso mental han cambiado la idea que se tenía de ambos conceptos lo cual se ejemplifica en el siguiente párrafo:

A quienes en algún momento se les veía como insalvables ahora se les percibe como personas que pueden aprender y realizarse. En el siglo en curso, hay razones para esperar que se explique de manera más amplia más completa la conexión que hay entre inteligencia y retraso mental. Los progresos en la genética, la imagenología cerebral y el registro y las neurociencias tal vez permitan hacer una conexión entre los datos conductuales recabados en los últimos 50 años y los procesos biológicos subyacentes. (Detterman, Gabriel y Ruthsatz, 2000; citados en Sattler, 2003 p. 361).

Como parte de la valoración, se emplea la evaluación funcional para visualizar qué factores del entorno podrían modificarse para mejorar el funcionamiento y desarrollo de un niño con discapacidad intelectual⁹.

⁸ Entre los instrumentos útiles para valorar el retraso mental leve se hallan la Stanford-Binet: IV y la WISC-III, la WPPSI-R y la WAIS-III. Ni la Stanford-Binet: IV ni las pruebas de Wechsler se diseñaron para evaluar a niños con retraso mental grave o profundo.

Los niños con retraso mental suelen tener un ritmo cognitivo lento, capacidades de lenguaje expresivas y receptivas limitadas, habilidades adaptativas precarias, pocas experiencias y un rango de atención reducido, tienden a distraerse y poseen un estilo concreto literal al realizar las tareas.

Los niños con retraso mental tal vez muestren índices de aquiescencia más elevados que los niños sin retraso: por tanto, el evaluador no debe basarse principalmente en preguntas que exijan sólo una respuesta afirmativa o negativa.

⁹ Entre los procedimientos de evaluación funcional se encuentran: a) los cuestionarios, las listas de verificación y las entrevistas para evaluar la conducta adaptativa; b) el análisis de tareas, y c) la observación sistemática y ensayos de instrucción controlada. Al formular el informe psicológico y elaborar sus recomendaciones, considérelos antecedentes familiares, el desarrollo del niño, los resultados médicos, las descripciones de los padres, los expedientes escolares, las valoraciones psicológicas anteriores, los servicios necesarios y los servicios de transición.

La mirada psicológica de la discapacidad intelectual y un acercamiento a la sexualidad

Las personas con discapacidad -como he señalado previamente- se encuentran marcadas por su cuerpo, mismo que se ha preponderado sobre todo lo demás que implica un sujeto, quien también es inaprehensible e incompleto según las teorías psicoanalíticas y antropológicas. De tal suerte que cargando con el estigma de un cuerpo defectuoso, de una alteridad deficiente, el cuerpo incompleto es donde se deposita la valía de un sujeto, la representación ante el y los otros, lo cual genera una distorsión en la “imagen corporal, el sexo y los roles genéricos que se supone desarrollen” en la sociedad en que se desarrollen y en ese tenor Peña (2003), argumenta que a partir de

nuestra corporeidad, que generamos el primer contacto con los otros, al comunicarnos y relacionarnos producimos un código sociocultural que está permeado en una serie de juicios de valor, normas y matices que van más allá de la moralidad, tornándose la sexualidad en un derecho que posibilita el saber y ejercicio en un momento dado, más no por ello se ubica como éticamente amoral. (Peña, 2003 p. 22)

Por su parte, Celia Duacastella (citada en Tallis 2010, p. 42) señala que “en la crianza de los hijos con retraso mental se produce un trastocamiento y desorden de las funciones. Se produce un desfallecimiento de deseos y expectativas”. Su desalojo de lo filial, se convierte en un “muñeco roto” (Mannoni, 1994), incompleto, defectuoso en los que ambos padres, pero sobre todo la madre se cuestionan el cómo ellos pudieron engendrar a alguien (o algo) con tales características. De esta forma, la socialización y sexuación de la persona en cuestión se realiza de modo fallido; por decirlo de alguna manera.

En las áreas que presenta mayor problemática la persona con discapacidad (Schorr, 2010) son, la imagen corporal alterada, amor propio disminuido, alteración de identidad sexual y dificultades del papel social así como dificultad en la toma de decisión y asumir responsabilidades.

Albert Schorr (2010, p. 61) señala que “una persona con discapacidad tiene similares necesidades que una personas sin discapacidad”; con base en ello es necesario repensar y reconsiderar la sexualidad y extenderla más allá del cuerpo y la genitalidad, al igual que con cualquier persona.

En los sujetos con discapacidad intelectual, señala Norma Filidoro (2010, p. 64) que no se los supone con la “posibilidad de situarse en una posición sexual, como hombres o mujeres”. Se los excluye y la sospecha de tal posibilidad produce “horror y rechazo”. Se adjetivan como niños, que no saben, no entienden o no se dan cuenta de lo que implica la sexualidad. Por ende, al ser un “niño eterno, también los padres se estigmatizan como eternos, cuidadores eternos, maestros eternos” (Aznar y González, 2008, p. 152)

Una de las fantasías -y perjuicios- más presentes es que se espera que nada pase con ellos al llegar a la adolescencia que se mantengan estáticos, impávidos, sin cambios y con la “aparente inocencia” que supone la infancia.

Cabría preguntar e investigar si la institución escolar también esta implicada en la obstaculización de la salida de la infancia del niño con discapacidad intelectual.

Aznar y González (2008) señalan que la discriminación de las personas con discapacidad intelectual consiste, principalmente, en que reciben una mirada de desvalorización, ya que en ausencia de una diferencia física objetiva, el hecho de ser mirado como persona con discapacidad es suficiente para la construcción de la distancia; se podría retomar aquella frase freudiana de “lo diferente, lo extraño, angustia” (Casarella, 2010), y tal situación pareciera presente cuando nos encontramos con un sujeto con discapacidad intelectual, que pareciera y se prejuzga que “no entiende”, “es lento”, y que confronta al otro en cuanto construcción de sí mismo, como anormal y perturbadora.

La sexualidad en la discapacidad intelectual moderada

Como se ha mencionado a lo largo de este escrito, la familia es la principal educadora y transmisora de valores, y en “niños con discapacidad intelectual, los padres deben promover lo que desean que los hijos aprendan, incluyendo a la sexualidad” (Hernández, López, Ávila, 2006, p. 178) no como un tema tabú o prohibido, sin heredar los prejuicios, miedos y represiones clásicas, sino más bien, como un aspecto inherente a la condición de todos, en el que existen normas y límites para su ejercicio satisfactorio.

En este sentido, José Luis Suárez (2006, p. 37) señala que “el significado de daño corporal discapacitante es interiorizado por la persona con discapacidad y su familia”, se derivan actitudes de negación ante la posibilidad de algún día ser personas, lo cual genera perturbaciones en la identidad psicosexual y en este rubro, los prejuicios se tornan una constante sobre el ejercicio de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, algunos de los que enuncia Edith Peña (2003) son:

- No puede tener relaciones sexuales por su condición
- Son dependientes y una carga
- Sólo pueden relacionarse sexualmente con otros como ellos
- Son incapaces de cuidarse a sí mismos, razón por la cual no pueden tener y educar hijos
- La discapacidad intelectual genera más discapacidad intelectual.

Con lo anterior, se exponen dilemas éticos en torno a la autonomía y subjetividad del otro, en aspectos como la anticoncepción, la esterilización, la adopción, etc. los cuales responden a algunas de las ideas que se consideran “adecuadas” para los sujetos, sobre todo para las mujeres que tienen discapacidad intelectual de moderada a severa, ya que es a ellas principalmente es a quienes se les somete a los procedimientos invasivos de esterilización. Al respecto, Edith Peña (2003, p. 66) comenta que

“la familia experimenta temores y miedos sobre posibles ataques sexuales, noviazgos o la propia experimentación de la sexualidad y que ocurra un embarazo no planeado, el cual conlleva el estigma de una carga, una perpetuidad de la discapacidad, el no sólo cuidar a la madre con discapacidad, sino también al hijo”, entre otras muchas.

Al mismo tiempo, Edith Peña (2003, p. 133) sugiere que

“la gran mayoría de las personas con discapacidad intelectual leve y moderada (denominados funcionales) pueden aprender conductas referentes a la limpieza y cuidado del cuerpo, lo que implica invertir tiempo

pues es una labor ardua con base en la enseñanza, repetición y reforzamiento de las conductas, que requieren tiempo y dedicación; sin embargo, por las condiciones sociales; los padres y familiares no tienen la disposición”...

...el tiempo o el agotamiento que implica la travesía médica, psiquiátrica, psicológica, pedagógica es extenuante y lleva a la desesperanza y frustración. Por ello, es importante señalar que la persona con discapacidad intelectual, sobre todo en la leve y moderada:

tienen derecho a recibir una educación que se adapte a su nivel cognitivo (que le permita asimilar) y a su nivel social (que le permita ejecutar) para desarrollar una relación de respeto hacia los demás, posibilitar un intercambio con sus iguales, poder responder a las exigencias sexuales de su entorno, una autonomía que le permita vivir y manifestar su deseo de tener o vivir en pareja, usar el método anticonceptivo que le acomode y ser independiente. (Hernández, López. Ávila, 2006 p. 189).

El ámbito de la planificación familiar es sumamente importante, y desafortunadamente se le da poca prioridad a los sujetos que tienen discapacidad física, intelectual o sensorial (Arellano, 2006). En este sentido, el control de la natalidad es una decisión personal tomada en pareja, así como el uso de los métodos anticonceptivos “el más recomendable para mujeres con discapacidad intelectual leve o moderada es el DIU” (Arellano, 2006, p. 258); esto por la facilidad de colocación, así como también los efectos secundarios que ocasiona son mínimos y las relaciones sexuales no se ven perjudicadas, lo cual impacta en que las personas con discapacidad intelectual pueden regular su sexualidad y ello depende en gran medida de la índole y gravedad de la discapacidad, así como del tratamiento que reciben y del entorno en que viven.

Como ejemplo de organización civil en México, que se ha interesado en elevar la calidad de vida y buscar la mejora integral de las personas con discapacidad intelectual (sobre todo leve y moderada) a través de una rehabilitación integral en áreas como la educación, el trabajo, la integración a la comunidad y la interacción con personas similares a ellas, en un ambiente de pertenencia, se encuentra *CADI (Capacitación y Desarrollo Integral, A.C.)*, fundado por el Dr. Gregorio Katz Guss, médico y psiquiatra que ha desarrollado investigaciones sobre la discapacidad intelectual (previamente llamada retraso mental).

A través del *Programa de Vida Independiente*, se ayuda a los jóvenes a desarrollar habilidades académicas, sociales y laborales, para poder ser productivos y sentirse satisfechos consigo mismos, por eso en CADI se les proporciona una guía para que alcancen el máximo nivel de autonomía de acuerdo a su condición individual. Uno de los objetivos es establecer un vínculo entre la sociedad y los alumnos que asisten al CADI¹⁰, el cual se puede alcanzar con el desarrollo de habilidades en cuatro áreas específicas:

a) Académico-prácticas.

Técnicas diseñadas para niños con problemas de aprendizaje, en el que se enseñan habilidades prácticas de lectura, escritura y aritmética, administrar un presupuesto doméstico, manejar una casa, etcétera; instrumentos indispensables para interactuar y adaptarse a la sociedad.

¹⁰ Disponible en <http://cadi.org.mx/QueEsCADI.html>,

b) Integración a la comunidad

Enfocada en el desarrollo de habilidades personales para alcanzar la autonomía y el correcto funcionamiento en su entorno. Abarca aspectos como el uso del transporte público, las actividades domésticas básicas, el empleo adecuado del tiempo libre, el autocuidado de la salud y la implementación de medidas de protección y seguridad.

Incluye también el desarrollo de habilidades sociales para establecer y mantener relaciones interpersonales; en donde se enseñan las conductas sociales necesarias como la capacidad de entablar una conversación. Asimismo, se le enseña a conocer y manejar su sexualidad, y a distinguir conceptos como amistad, cariño y amor. El programa desarrolla en el alumno una conciencia cívica y del ambiente.

c) Empleo remunerado

Para integrarse laboralmente la persona con discapacidad intelectual, tiene que superar las barreras presentes en una sociedad que no está adaptada a sus necesidades. En CADI se cuenta con talleres de capacitación y producción tales como fabricación de puntos de venta, carpintería, bisutería, terciopelo, papel reciclado, panadería, jardinería, costura, cocina y acrílico.

d) Vida independiente o autonomía

Una vez que los estudiantes logran los objetivos de las tres primeras áreas, se pueden integrar a la residencia, que son departamentos para seis personas donde tienen la oportunidad de vivir de manera independiente en un ambiente de integración con gente con discapacidad intelectual similar. En esta etapa reciben capacitación práctica para el desarrollo de habilidades domésticas para la vida independiente.

A manera de conclusión...

“Es necesario volver a mirar bien, volver la mirada más hacia la literatura que hacia los diccionarios, más hacia los rostros que hacia las pronunciaciones, más hacia lo innombrable que hacia lo nominado...”

Carlos Skliar

Con el recorrido previo, se pudieron vislumbrar el alcance que tienen los discursos de poder dominantes en los diferentes contextos socio-históricos. Es sumamente interesante el regreso a la historia, a entender los cómo y los por qué, para comprender como es que ahora vivimos y actuamos de determinada manera. Es precisamente la historia, la disciplina que brinda los elementos para comprender que la sexualidad y la discapacidad juntas, van más allá de conceptos abstractos, sino que se funden en personas quienes lo viven a diario en todo momento. Esta situación resulta una vorágine en cuanto a bagaje sociocultural, creencias, mitos idiosincrasias, etcétera; mismas que en la actualidad se pueden vislumbrar y aceptar como grandes retos teóricos, metodológicos, epistemológicos, pero sobre todo éticos, ya que un sujeto con discapacidad intelectual leve o moderada, a pesar de los discursos, continúa viviendo al margen de un desarrollo de una sexualidad integral y plena, en base a los derechos humanos; incluso el programa de CADI busca el ajuste, una estrategia ortopédica, -por denominarla de alguna manera-, para que sean ellos (los otros) quienes se ajusten a nos-otros, los normales.

Continúa siendo complejo el tema de las definiciones, así como el de la evaluación del grado de la discapacidad intelectual, misma que puede determinar y por ende estigmatizar a un sujeto “*a priori*”, y se le destine con antelación de cualquier experiencia, tal como diría Paul Laurent-Assoun (2001).

Es fundamental el trabajo y dedicación de la familia a la persona con discapacidad, especialmente de los padres, quienes también deber librarse de mitos y estigmas como “eternos cuidadores de un niño eterno”, ya que esta idea sólo existe en el imaginario, no en lo real, no en lo tangible, que es ese hijo o hija que les demanda amor, cariño, comprensión y por ende educación integral, así como la orientación y guía en cuanto a la sexualidad, la cual se vuelve fundamental, como con cualquier otra persona. *En este sentido, Guadalupe Ávila (2006, p. 174) plantea que: “la propuesta es brindar a las personas con discapacidad intelectual un sistema de apoyos organizados en una planificación centrada en la persona, a través de la cual se generen inquietudes, se busquen caminos accesibles y se hagan viables los sueños”.*

Bajo esta perspectiva, los actores escolares que son quienes conforman la Institución educativa¹¹, pueden favorecer el logro de la sensibilización y el involucramiento de todos, no sólo como un deber cívico y político, sino que trascienda a un deber ético y ciudadano.

Es necesario posicionar una “pedagogía de la diferencia” -como señala Carlos Skliar (2005)-, en donde se reivindique la mirada de la otredad (los otros) y la mismidad (nosotros), en donde los apoyos que se brinden a una persona con discapacidad intelectual leve o moderada vaya en función de sus capacidades y características, sin etiquetar, sin crear roles fijos, simplemente dejando ser al otro, con los cuidados y precauciones que no invadan su espacio ni mermen su autoestima.

Hay un largo camino por recorrer; sin embargo, los cimientos están contruidos en las Políticas públicas internacionales y nacionales; en el vagar de la historia, en el divagar de la filosofía, en las prácticas de la pedagogía, psicología, antropología, así como en todos aquellos discursos que han marcado pautas para que la discapacidad intelectual y el acercamiento a la sexualidad no se tornen en prejuicios que deriven en perjuicios y mucho menos en un destino fatídico. Los cambios que son un continuum paradigmáticos y sobre todo la experiencia a través de las prácticas han demostrado que los sujetos con discapacidad intelectual leve y moderada pueden alcanzar sus metas en cualquier ámbito, claro, es mucho más fácil cuando existe el apoyo del otro, la comprensión del otro, el trabajo del otro. Del otro, quien corrobora y brinda la posibilidad de la existencia a través de asumir, apreciar y comprender el principio de la diferencia como la característica inherente a la condición humana.

¹¹ El Modelo de Atención de los Servicios de Educación Especial (MASEE, 2011), define a la Educación inclusiva como un proceso que implica identificar y eliminar barreras para impulsar la participación de todos los alumnos y alumnas, a través de reconstruir las políticas, culturas y practicas de la escuela y del aula con la intención de asumir la centralidad del aprendizaje en una Escuela para Todos, la cual deriva de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos (Jomtien, Tailandia, 1994). Se aprobó la Declaración Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Acción para satisfacer las Necesidades básicas de aprendizaje. Participaron 155 países convocados por la UNESCO, la UNICEF el PNUD y el Banco Mundial (MASEE, 2011).

Referencias bibliográficas

Arellano, I. (2006) “Planificación familiar en personas con discapacidad” En Torices, I. y Ávila G. *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*. México: Trillas.

Assoun, P. (2001) *El perjuicio y el ideal. Hacia una clínica social del trauma*. Argentina: Nueva visión.

Ávila, G. (2006) “Actitudes de la persona con discapacidad ante su sexualidad”. En Torices, I. y Ávila G. *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*. México: Trillas.

Aznar, A., González D., Aloe A., Moreno M., Schalock R. (cols.). (2008) *¿Son o se hacen? El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. Argentina: Noveduc.

Barthes, R. (1988) *Mitologías*. México: Siglo XXI Editores.

Capacitación y Desarrollo Integral A. C. (CADI) Disponible en <http://cadi.org.mx/QueEsCADI.html>, <http://cadi.org.mx/QuienesTrabajamos.html>, <http://cadi.org.mx/Tratamiento.html>, <http://cadi.org.mx/FAP.html>, <http://cadi.org.mx/DesarrolloSocial.html>, <http://cadi.org.mx/CapacitacionLaboral.html> y <http://cadi.org.mx/Residencia.html>

Casarella, J. (2010) “Mejor hablar de ciertas cosas”. En Tallis, J. (comp.) *Sexualidad y discapacidad*. Argentina: Miño y Dávila. Colección Retardo mental y educación especial.

Duacastella, C. (2010) “Las familias en el desarrollo de la sexualidad en los hijos. Puntuaciones sobre una práctica”. En Tallis, J. (comp.) *Sexualidad y discapacidad*. Argentina: Miño y Dávila. Colección Retardo mental y educación especial.

Filidoro, N. (2010) “La escuela: cuando los niños crecen”. En Tallis, J. (comp.) *Sexualidad y discapacidad*. Argentina: Miño y Dávila. Colección Retardo mental y educación especial.

Foucault, M. (1999) *Los anormales*. México: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2000) *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México: Fondo de cultura económica.

Foucault, M. (2007) *Sexualidad y poder (y otros textos)*. España: Editorial Folio. Colección Grades Ideas.

Foucault, M. (2011) *Historia de la sexualidad*. Tomo 1: La voluntad de saber. México: Editorial Siglo XXI.

Hernández, M., López, I., Ávila, G. (2006) “Participación de la familia para rehabilitar sexualmente a la persona con discapacidad”. En Torices, I. y Ávila G. *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*. México: Trillas.

Jacobo, Z. (2009) “Lo histórico social como constituyente a la discapacidad. Prejuicio y perjuicio”. En: Brogna, P. (comp.) *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de cultura económica.

Mannoni, M. (1994) *El niño retardado y su madre*. Argentina: Paidós.

Peña, E. (2003) *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*. México: CONACULTA-INAH-EDUFAM.

Sattler, J. (2003) “Conducta adaptativa” y “Retraso mental”. En *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales y clínicas*. Vol. II. México: Manual Moderno.

Secretaría de Educación Pública (SEP) y Dirección de Educación Especial (DEE). *Modelo de atención de los servicios de Educación Especial (MASEE)* (2011).

Schorr, A. (2010) “Discapacidad motora y sexualidad”. En Tallis, J. (comp.) *Sexualidad y discapacidad*. Argentina: Miño y Dávila. Colección Retardo mental y educación especial.

Skliar, C. (2005) *¿Y si el otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Argentina: Miño y Dávila srl.

Suárez, J. (2006) “La imagen corporal y su construcción bio-psicosocial”. En Torices, I. y Ávila G. *Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad*. México: Trillas.

Tallis, J. (comp.). (2010) *Sexualidad y discapacidad*. Argentina: Miño y Dávila. Colección Retardo mental y educación especial.

Vallejos, I. (2009) “La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social”. En Rosato A. y Angelino M. *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Argentina: Noveduc.

Para Citar este Artículo:

Vega Juárez, Heidi. Acercamiento a la sexualidad en personas con discapacidad intelectual moderada. Rev. Pas. Num. 3. Julio-Diciembre (2016), ISSN 2448-5659, pp. 22-37.

REVISTA PASAJES

RIIE – UIICSE – FESI - UNAM

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Pasajes**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Pasajes**.