

211 159



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO EXPLORATORIO ACERCA DE LOS CONOCIMIENTOS SEXUALES QUE POSEEN ADOLESCENTES CON DEFICIENCIA MENTAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARIA DEL CARMEN VALENCIA MORALES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
Historia de la Sexualidad	4
Investigación Científica	14
Concepto de Normalidad en sexualidad	24
Desarrollo Psicosexual del Púber-adolescente	26
pubertad	26
menstruación	27
eyaculaciones nocturnas	28
La adolescencia como fenómeno cultural	29
La psicología de la adolescencia	34
Expresión de la sexualidad en el adolescente	39
anticonceptivos	43
embarazo	46
CAPITULO II	
Definición de deficiencia mental	50
Causas de la deficiencia mental	54
Personalidad del deficiente mental	62
Sociedad y deficiencia mental	67
La familia del deficiente mental	71
Sexualidad en el deficiente mental	84
CAPITULO III	
Metodología	
Planteamiento del problema	94
Hipótesis de trabajo	95

	PAG.
Sujetos	96
Obtención de la Muestra	96
Tipo de estudio	99
Diseño	99
Escenario	100
Instrumento	101
Confiabilidad	105
Validez	108
Procedimiento	111
CAPITULO IV	
Resultados	120
CAPITULO V	
Conclusiones	132
Limitaciones	139
Sugerencias	140
Bibliografía	143
Apéndice A	
Apéndice B	

I N T R O D U C C I O N

El estudio de la deficiencia mental es un tema que en los últimos años ha despertado un gran interés entre los estudiosos de diversas especialidades, en donde se han investigado características biológicas, físicas y psicológicas del individuo deficiente mental que han marcado la pauta para orientar a los profesionales sobre el tipo de educación que se debe proporcionar a estas personas, a fin de que, se integren a la sociedad y sean capaces de vivir dignamente.

A pesar de los progresos observados en la actualidad, falta mucho por investigar al individuo con déficit intelectual ya que en muy pocos estudios es considerado como un ser que pueda vivir y expresar su sexualidad y mucho menos una persona que necesita ayuda en esta área tan importante de la vida; pues estas personas presentan una problemática muy seria ocasionada por sus propias limitaciones intelectuales, orgánicas, sociales y/o familiares, asimismo, a pesar de que su grupo primario esta conformado por dos seres sexuados, es decir, el padre y la madre; la mayoría de las veces éstos no transmiten información formal a sus hijos y, por lo tanto, éstos no la poseen para lograr un adecuado desarrollo psicosexual.

La sexualidad es un proceso integrativo de la personalidad, que forma parte de la vida cotidiana de cualquier ser humano, es un tema que ha sido abordado durante siglos, aunque con diferentes criterios, actitudes y enseñanzas depen

diendo del momento histórico-cultural en el que se viva.

Si la sexualidad durante siglos ha sido: ignorada, reprimida, prohibida, inhibida, suprimida o investigada por pensadores, teólogos, reformistas, padres, maestros o científicos debemos estar conscientes que estas actitudes del pasado han trascendido de manera importante en las actitudes y conocimientos que poseemos en el presente y que forma parte de nuestra forma de ser con uno mismo y con los demás.

Con base en los puntos anteriormente expuestos, con sideramos importante investigar que tipo de conocimientos -- acerca de sexualidad poseen los púberes-adolescentes con deficiencia mental, ya que probablemente dará alternativas para sugerir programas de educación sexual dirigidos a este ti po de personas con déficit en el desarrollo intelectual que sirvan de medidas de prevención y/o tratamiento de problemas como el abuso sexual, curiosidad insatisfecha, prostitución temprana, embarazos prematuros y dar la posibilidad a estas personas de que conozcan su propio cuerpo, así como, a human zar y vivenciar su sexualidad dignamente.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA SEXUALIDAD.

CHINA.

China ocupa una gran extensión en el este de Asia, - su situación geográfica aísla un tanto a este país del mundo - exterior.

La familia juega un papel importante en la organización social de China, al grado que el individuo queda sujeto - en gran medida al grupo formado por ésta en su sentido más - - amplio.

Por ser la familia la institución más importante para los chinos el emperador Fou-Hi fue quién instituyó el matrimonio. Antiguamente en China existían dos tipos de matrimonio completamente distintos, uno normalizado jurídicamente y otro - que era en realidad una simple unión.

INDIA.

La India forma un enorme triángulo con base en los - Montes Himalayas. Para esta cultura el matrimonio es una unión indisoluble ya que la mujer debe permanecer unida a un hombre, tanto en este mundo como en el más allá, sin interrupción.

De esta misma cultura, data el brevário más antiguo - de amor llamado "Kamasutra" que significa "Preceptos de Amor", - su objetivo consiste en hacer ver al varón que la participación de la mujer en el placer es uno de los ingredientes fundamentales de éste.

En este libro se describen sesenta y cuatro variaciones para efectuar el acto sexual, estas técnicas van encaminadas a procurar el placer tanto en el hombre como en la mujer; - para esta cultura el acto sexual, es un arte del cual se obtie-

ne el máximo placer y la consolidación de la vida conyugal se obtiene mediante el perfeccionamiento de la técnica estética.

EGIPTO.

La cultura egipcia se distinguió por proveer a su pueblo de diferentes tipos de leyes, las cuales se ejercían dependiendo del nivel social al cual se perteneciera.

Tal es el caso del matrimonio en torno al cual se regulaban disposiciones tendientes sobre los derechos de los herederos y las concubinas, leyes que protegían a las clases altas. Para el pueblo llano las únicas disposiciones se referían sobre el nacimiento de los hijos y disposiciones punitivas contra el aborto, ya que el Estado se interesaba en procurar el mayor número de hijos para obtener esclavos.

Más tarde, la plebe conquistó el derecho al matrimonio legal.

En la cultura egipcia, las relaciones incestuosas -- eran permitidas y desde esa época se empleaban como métodos anticonceptivos un supositorio vaginal confeccionado con majada de cocodrilo y miel, esta sustancia pastosa impedía la penetración del esperma al cérvix.

GRECIA.

Grecia fue una de las culturas más antiguas en la historia de la humanidad. La importancia de Grecia para el desarrollo de la cultura europea y de la mundial en general es extraordinaria, por ejemplo, sus normas estéticas aún son directivas para el arte moderno.

Tanto las normas estéticas como su filosofía y sus formas políticas poseen un carácter peculiar para el desarrollo de diferentes culturas, y la actitud de los griegos ante la se-

sexualidad no perdió su sello particular.

Para la cultura griega la sexualidad era una necesidad natural satisfecha libremente. El sexo para la cultura griega -- ... "tenía su valor propio y estaba ligada a la estética, no a la reproducción". (1)

La representación de la vida sexual de los griegos se manifestaba a través del arte, de la admiración del cuerpo de atletas y bailarines.

La homosexualidad fue una actividad sexual muy extendida que llegó incluso a ser regulada por diversas disposiciones legales.

La prostitución en Grecia era una actividad comúnmente practicada y llegó a tener un carácter religioso en el culto de Afrofita en Corinto, asimismo, la pedastería adquirió mucho auge entre los griegos.

Los griegos utilizaron para prevenir los embarazos una mezcla de incienso y de aceite de oliva así como materiales permeados con aceite que constituían un anticonceptivo, debido a que el aceite impedía el movimiento del esperma.

Las mujeres en Grecia tenían una posición completamente secundaria. En Atenas no podían intervenir para nada en la vida pública, y eran solamente las primeras servidoras de la casa.

Los griegos distinguieron tres tipos diferentes de mujer: la esposa que fungía un papel reproductor, hecho que le proveía al Estado de soldados, una concubina o prostituta para el placer sexual y una ágata para el intercambio social.

(1).- Giraldo, N.O. Explorando las sexualidades humanas. México, Ed. Trillas. 1983. p. 51

La organización política de Grecia se sustentó en un régimen aristocrático, a raíz de esta división de clases se dictan un sinnúmero de leyes, entre ellas se promulgó una en donde no se reconocía la validez de los matrimonios efectuados entre miembros de clase diferente.

ROMA.

En el siglo VII a. de C. se fundó la ciudad de Roma en la península que lleva su mismo nombre.

Para los romanos el instinto sexual era considerado como una fuerza de la naturaleza, para esta cultura la vida sexual debía gozarse con intensidad dentro y fuera del matrimonio por ambos sexos.

La vida sexual de los romanos quedó plasmada en mosaicos, pinturas murales y vasijas que enmarcaban las diferentes posiciones eróticas que eran usadas para el acto sexual. El sexo era tema de poetas, ejemplo de ello, es el libro de Ovidio - titulado "Ars Amatoria" en donde relata a los jóvenes cómo y dónde pueden conocerse y amarse sin tener que pensar en el matrimonio.

La sexualidad es uno de los elementos determinantes en la vida pública y privada de los romanos durante la época de su esplendor y de su decadencia.

El enorme imperio romano, requería de una administración unificada y estable, esto dio lugar a que se crearan leyes, es por ello, que el Derecho Romano se desarrolló mucho más allá de simples normas particulares, y establece definiciones y reglas de tipo general. Del cúmulo de leyes desarrolladas por los romanos, algunas de ellas protegían a la mujer en el caso de

que ésta fuera violada, este acto era considerado como un crimen público y recibía los más severos castigos; el divorcio fué legalizado.

La práctica de la homosexualidad era despreciada, aun que no se le prohibió legalmente; la prostitución estaba muy difundida. En cuanto al matrimonio, en Roma se celebran dos tipos diferentes, en uno la mujer entregaba cuerpo y bienes al poder de su marido, en el segundo, era un acto religioso en donde la mujer, en lugar de entrar a formar parte del marido permanecía en la casa de sus padres.

Para evitar la concepción, los romanos usaban materiales absorbentes y pociones de hierbas y raíces.

EDAD MEDIA

Con la caída del Imperio Romano de Occidente surge - la llamada Edad Media, la cuál, al cabo de varios siglos, transforma la actitud hacia la sexualidad.

La primera forma de organización social durante los - primeros siglos de la Edad Media, la constituyó el feudalismo.

Durante la época feudal la mujer dependía totalmente de la autoridad del marido, el permiso de matrimonio en la sociedad feudal era concedido por el señor feudal que tenía el derecho de desflorar a la muchacha recién casada.

Posteriormente, la religión cristiana cobra gran fuerza, ya que es utilizada como medida política para reforzar los imperios que se apoyaban en el poder de la Iglesia. En el siglo IV, la civilización judeo-cristiana predicó el desprecio del - cuerpo, creando toda una serie de prohibiciones y tabús.

En este período se alabo el celibato y la Iglesia con

denó todas las formas de actividad sexual destinadas a la cópula genital entre esposo y esposa sin el objeto expreso de tener hijos.

San Pablo, sentó las bases de este nuevo comportamiento sexual, en donde promulgó que todo lo referente al sexo era un pecado muy peligroso que apartaba el alma de la comunión con Dios.

Con las creencias de San Pablo se inició una etapa de exaltación de la castidad y la virginidad, siendo estas posturas de mayor pureza que la del matrimonio, y que permitirían a quienes guardan una continencia absoluta, lograrían la máxima perfección. Con estas creencias se inicia una represión sexual basada sobre la noción del pecado de la carne.

Al amor cristiano encaminado a la procreación sucedió un amor cortesano, el cual iba a la búsqueda del placer fuera del matrimonio, lo decisivo era la atracción sexual, no los hijos, ni la familia.

El culto a la relación sexual está presente en toda la producción literaria de la época, la poesía de los trovadores y las canciones de los juglares ensalzaban la figura de la mujer y la idealizaban.

Las relaciones entre jóvenes caballeros y las esposas de los señores feudales eran toleradas por la Iglesia y las autoridades, así pues, el instinto sexual no era frenado, sino únicamente se disimulaba. Como el matrimonio no podía ser disuelto en esa época, la reunión de los amantes se realizaba en secreto.

Al realizarse las Cruzadas que tenían por objeto li

berar los Lugares Santos, los cristianos tienen que ausentarse de su hogar y adoptan como medida el uso del cinturón de castidad, para preservar a la mujer legítima del adulterio. Este aparato se usó por toda Europa y se llegó a perfeccionar tanto que los hombres ricos mandaban hacer cinturones en oro con incrustaciones de joyas valiosas.

La prostitución fue una actividad muy practicada durante todo el medievo y las Cruzadas contribuyeron al aumento de ésta, ya que los guerreros no se abstendían de tener relaciones sexuales durante las campañas religiosas que duraban varios años. Era tal el ejercicio de la prostitución que varios burdeles pertenecían a la Iglesia, aunque las mujeres que en ellos trabajaban tenían que guardar cierta disciplina a la hora de los rezos.

Si las prostitutas decidían abandonar el oficio eran recibidas en centros de readaptación en los cuales se les preparaba para regresar a la sociedad.

Ante la confusión ideológica que se vivía con respecto al matrimonio y las relaciones sexuales y al leer los escritos de San Pablo, San Agustín se convirtió en un miembro influyente de la Iglesia Católica Romana. San Agustín estaba convencido que el estado más elevado de la vida era el celibato, es decir, la abstinencia total de la actividad sexual.

Para San Agustín, todo acto sexual, era pecaminoso, era un pecado manchado de culpa, aunque reconocía que el acto sexual, es esencial para la procreación, y éste era de hecho un mandamiento divino, pero él argumentó que tanto la conducta como las emociones eran lo que lo hacían ser un acto vergonzoso.

Santo Tomás de Aquino fue el escritor más importante de la Iglesia Católica y fue quién definió la posición de los cristianos con respecto a la sexualidad. El placer sexual era considerado para Tomás de Aquino un pecado, ya que no iba encaminado a la procreación que es el único fin del matrimonio.

Al escribir sus disertaciones sobre infinidad de formas de conducta sexual, Aquino consolidó la posición de la Iglesia con respecto a la sexualidad dándose a estas enseñanzas un carácter religioso que dominaron el pensamiento cristiano.

RENACIMIENTO.

Durante los siglos XV y XVI se desarrolló un movimiento intelectual y artístico que permitió una visión más amplia - del mundo, en rebelión al estrecho horizonte intelectual del feudalismo y que fue llamado Renacimiento, ya que era considerado - un renacimiento a las antiguas formas grecorromanas.

Es en este período que Leonardo de Vinci y Miguel Angel a través de sus pinturas y esculturas dan a conocer la belleza del cuerpo humano, esto permitió que después de varias centurias el hombre se viera tal como Dios lo hizo. Igualmente, la medicina produjo el descubrimiento del cuerpo, el cual pudo presentarse desnudo.

La literatura erótica del renacimiento, se avoco a un - tema específico: la virilidad; capacidad que se manifestaba por la potencia sexual; por otra parte la literatura se encargo de ridiculizar el matrimonio entre hombres senectos y mujeres jóvenes.

El acontecimiento de mayores consecuencias, para la vida sexual del renacimiento ocurre veintiun meses después del regreso de Cristobal Colón de América, en donde hace una brusca --

aparición en Nápoles una nueva enfermedad: La sífilis.

Los síntomas de esta nueva enfermedad fueron observados por el ejército francés y se le reconocía por medio de la aparición de un chancro suave sobre los órganos genitales externos que no producía dolor y que a los pocos días desaparecía, pero poco después se formaban placas mucososas en la boca y aparecían ulceraciones profundas en todas las partes del cuerpo.

En esta época se pensaba que la nueva enfermedad era un castigo de Dios, los médicos de la época se percataron que la enfermedad se contraía con las prostitutas, y quienes se abstentían de relaciones sexuales con ellas tenían posibilidades de escapar al mal Napolitano, cabe mencionar, que el nombre otorgado a dicha enfermedad era propuesto a manera de insulto dependiendo de la población a la cuál se quisiera afectar.

El Renacimiento y los descubrimientos marítimos, debilitaron poderosamente la fé en la Iglesia, grandes centros espirituales ya no querían seguir siendo sometidos a la estricta disciplina intelectual, política, económica, sexual y religiosa de la Iglesia. A raíz de estas inconformidades se promueve un movimiento llamado de Reforma, en donde se protesta por el celibato obligatorio. Dos pensadores importantes de este movimiento lo fueron Martín Lutero y Juan Calvino, quienes atacaron las ideas prevalecientes de castidad, celibato y matrimonio.

Lutero fue un reformador sexual, que abordó todos los temas relacionados con la sexualidad y llegó a pronunciarse en cuestiones tan peculiares como el número recomendable de coitos que había que efectuar un matrimonio.

Al encabezar Lutero este movimiento modifico la acti-

tud sexual que se tenía en esa época. Ejemplo de ello, lo es, su ideología acerca del matrimonio, en esa época la unión matrimonial era considerada un sacramento, acto mediante el cuál se -- pretendía responsabilizar a la gente que el matrimonio era una unión indisoluble. Lutero proclamó la libertad sexual y aceptaba la disolución del matromonio, en caso de impotencia del marido o esterilidad de la mujer. Asimismo, afirmaba que el matrimonio era una institución para todos los hombres y que debería ser un arreglo secular, que debía estar bajo la jurisdicción de las autoridades civiles y no de la Iglesia.

Lutero, creía que las relaciones sexuales eran un deber y un derecho tanto para el hombre como para la mujer.

Calvino, por su parte, propuso la noción de que el matrimonio debería ser una relación social en la que la esposa -- proporciona compañía a su esposo y no sólo dedicarse a los hijos de ambos y ser como fuente de deshago de las tensiones sexuales del marido, con este punto de vista, Calvino desafió la idea prevaliente en esa época de que el fin único del matromonio era -- la procreación.

Durante el siglo XVIII las ideas acerca del matrimonio no variaron en mucho, ya que este "... se volvió cada vez más una institución encaminada a poblar y a fortalecer la fuerza labo --
ral". (2)

EPOCA VICTORIANA.

El periodo comprendido entre 1819 hasta 1901 fue gobernado por la Reina Alejandra Victoria de Inglaterra.

(2).- Katchadourian, A.H. y Lund, T.D. Las bases de la sexualidad humana. México, Ed. Cía. Editorial Continental S.A. de C.V. 1983, p. 31

En esta época el placer era considerado inapropiado para cualquier sexo, y más marcado aún era para el sexo femeni no. La sexualidad fue reprimida a través del poder económico, - político y cultural a tal grado que se trato de restringir cual quier tipo de comportamiento sexual dentro del matrimonio.

En esta época la mujer se le desexualizo por completo ya que no debería demostrar ningún interés, ni placer sexual durante el coito.

La masturbación era vista como un pecado, que se castigaba su práctica con el "más allá", y el castigo más frecuente que se utilizaba en las mujeres era la extirpación quirúrgica del clítoris.

INVESTIGACION CIENTIFICA

Sigmund Freud.

El psiquiatra austriaco Sigmund Freud, se consagró a principios del siglo XX al estudio de la sexualidad y de su - represión. A lo largo de su práctica de la psiquiatría, Freud descubrió que buen número de las neurosis de sus pacientes tenían por origen la represión de los impulsos sexuales: dividi dos entre las exigencias y los imperativos de una rígida moral, por lo cual los enfermos reprimían su sexualidad. Tal conflicto interior provocaba un desequilibrio nervioso generador de neuro sis.

Para sustentar esta tesis Freud se baso en la utilización de diversas fuentes entre ellas: la observación que realizó de manifestaciones y actividades infantiles, el análisis de sujetos neuróticos adultos sometidos a tratamiento psicoanalítico en donde sus pacientes relataban sus recuerdos infantiles inconscien tes, con estos datos Freud (1905) argumento que el infante al na-

cer trae consigo al mundo su sexualidad, que manifiesta en diferentes actividades autoeróticas que corresponden a funciones fisiológicas de vital importancia, encontrando estas actividades un fin sexual bajo el dominio de una zona erógena, Freud define las zonas erógenas como ... "la parte de la epidermis o de las mucosas en las cuales ciertos estímulos hacen surgir una sensación de placer de una determinada cualidad." (3)

Con esta afirmación Freud puso fin a ciertos prejuicios, sobre todo en cuanto a la vida sexual de los niños. Hasta entonces se ignoraba sistemáticamente ... la sexualidad infantil, considerando patológicas o ejemplos de temprana corrupción sus eventuales manifestaciones.

Estaba tácitamente admitido, que los niños eran seres asexuados cuyas únicas funciones vitales eran la digestión y la excreción. Sin embargo, el concepto no era totalmente erróneo, pues Freud demostró que, en una primera fase, aquellas dos funciones satisfacían la necesidad de placer del niño. Ya que para él la sexualidad infantil es esencialmente autoerótica, ya que la obtención de placer se localiza en el propio cuerpo del niño y la organización de esta sexualidad es pregenital, entendiéndose se por esto ... "aquellas organizaciones de la vida sexual en las cuales las zonas genitales no han llegado todavía a su papel predominante". (4)

Freud analizó la conducta sexual durante la época infantil y observó que el niño encontraba placer en la succión. No

(3).- Freud, S. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas, Tomo II. España, Ed. Biblioteca Nueva. 1973. p. 1201

(4).- Ibid. p. 1209

negaba que si el infante mama es, ante todo, porque tiene -- hambre pero también se dio cuenta que ya en los primeros meses continúa succionándose los dedos, y otras partes de su cuerpo.

Partiendo de tal comprobación, Freud aseveró que la boca es para el niño una zona erógena, esto, como se menciona anteriormente las zonas que son capaces de procurar placer cuando se les estimula. Después, con el descubrimiento de otras zonas erógenas, el papel de la boca en la búsqueda de placer se desplaza progresivamente hacia la función excretoria.

Esta etapa se caracteriza ... "por el hecho de retardar el acto de excreción, hasta que la acumulación de las materias fecales produce violentas contracciones musculares, y su paso por el esfínter, crea una viva excitación de las mucosas".(5)

La persona que esta al cuidado del niño es la encargada de inculcarle normas de higiene, así es como éste aprende progresivamente a controlar sus necesidades naturales y a diferir el placer de expulsar los excrementos.

La higiene corporal produce resultados excitantes al contacto con la zona genital, durante esta época del segundo al quinto año, el niño entra al llamado período de latencia, en donde la excitación sexual sufre una detención, produciendo una acumulación de energía que utiliza, para fines distintivos a los sexuales, relegando la sexualidad al olvido por un tiempo.

Más tarde, la vida sexual infantil sufre cambios motivados por la aparición de la pubertad. "Con el advenimiento de -

(5).- Ibid. p. 1203

la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución normal. El instinto sexual, hasta entonces predominantemente autoerótico encuentra por fin el objeto sexual." (6)

Durante esta etapa las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital y aparece un nuevo fin sexual -- que Freud lo considero como ... "la conjunción de los genitales en el acto denominado coito, que conduce a la solución de la -- tensión sexual y a la extinción temporal del instinto sexual" (7)

Con el crecimiento de los genitales, y el desarrollo de los genitales internos hacen que éstos se hallen dispuestos al acto sexual. Es pues en la pubertad el momento en que el instinto sexual esta al servicio de la reproducción.

Con la creación de estos postulados teóricos Freud permitio una apertura al estudio científico de la sexualidad y demostró la presencia de la sexualidad desde la infancia.

Alfred C. Kinsey.

En 1937, la Universidad de Indiana estableció un curso sobre matrimonio y sexo; la impartición de dicho curso le fue encomendada a Alfred C. Kinsey.

Kinsey reviso material para su curso y descubrió que era practicamente total la carencia de estudios estadísticos -- fiables sobre la actividad sexual.

Esta carencia de información llevó a Kinsey a investigar la conducta sexual de la cultura norteamericana, para ello,

(6).- Ibid. p. 1216

(7).- Ibid. p. 1172

Kinsey y sus colaboradores aplicaron miles de cuestionarios a - personas de ambos sexos y profesionales como: industriales, médicos, actores, amas de casa, vagabundos y estudiantes, entre - las personas entrevistadas había una gran diversidad de edades, estado civil, localización geográfica y denominación religiosa, es decir, se entrevistó a casi todos los elementos de la población.

Una vez obtenida la información se recopilaron los da - tos en tarjetas que entraban a una tabuladora que traducía los relatos de conducta sexual humana en gráficas estadísticas. Los datos se separaban por edades, tipos de empleo, nivel de educa - ción, razas, profesiones y sexo.

Kinsey después de cinco años de investigación, publi - ca su primer libro: "La respuesta sexual del varón" y cinco años más tarde aparece su segundo libro titulado "La conducta sexual de la mujer". Estos dos libros analizan desde un punto de vista estadístico las actitudes y prácticas sexuales de la población norteamericana y Kinsey descubre que la conducta sexual varía - de unas clases a otras, asimismo, este científico planteó que el orgasmo forma parte tanto de la respuesta sexual masculina como femenina.

Kinsey, también concluyó que el patrón "normal" de con - ducta sexual está determinado por el grupo social al que se per - tenece, lo cual trae como consecuencia una gran variedad de hábi - tos y patrones de conducta sexual.

Las aportaciones de Kinsey, produjeron grandes contro - versias pero también provocaron innumerables investigaciones, el nacimiento de una nueva profesión: sexólogo y un punto de vista objetivo y realista de la sexualidad humana.

Masters y Johnson.

El médico William Master y su esposa Virginia Johnson investigaron en 1954 la conducta sexual humana con el afán de dar respuesta a la pregunta: ¿qué reacción física se desarrolla cuando el hombre y la mujer responden a una estimulación sexual efectiva?

Para ello, utilizaron un sinnúmero de sujetos masculinos y femeninos en donde se les interrogaba acerca de aspectos médicos, sociales y psicosexuales. En una primera instancia, se seleccionó una pequeña muestra utilizando como criterios: el coeficiente intelectual, experiencia diversa en prostitución, habilidad para relatar las experiencias, el grado de disponibilidad y cooperación. Durante toda la investigación se contó con el consentimiento de los sujetos para observar y registrar las respuestas anatómicas y fisiológicas al estímulo sexual efectivo.

La fuente de reclutamiento final para la investigación de Masters y Johnson, se realizó mediante un examen físico para comprobar la normalidad del aparato genital y una minuciosa entrevista. Esta monumental investigación se llevo a cabo en un laboratorio y el registro de los diferentes sujetos se realizó con cinta cinematográfica para realizar una observación más minuciosa.

Aunque las personas varían mucho en las maneras específicas de satisfacer sus impulsos sexuales, Masters y Johnson (1954), descubrieron que el cuerpo sexualmente excitado presenta una pauta consistente de respuesta fisiológica.

Esta pauta la dividieron en cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución, tanto en hombres como en mujeres.

La fase de excitación se inicia con la presencia de un estímulo sexual efectivo corporal, físico y/o sensorial, siendo la primera reacción en el hombre una erección penéana y en la mujer una lubricación vaginal, entonces podemos decir que la respuesta sexual humana se presenta en dos formas: una tensión muscular y congestión de sangre en los vasos sanguíneos.

Durante la etapa de meseta, los músculos del cuerpo siguen tensos y frecuentemente afluye sangre a la superficie del cuerpo ya que se da un incremento de la tensión sexual si el estímulo sexual continua siendo efectivo. El hombre presenta una pauta invariable: la excitación llega a un punto máximo, se nivela allí y se conserva así durante lapsos de tiempo variables. Las mujeres presentan varias pautas posibles: es posible que lleguen a la fase de meseta como el hombre, o que lleguen directamente al orgasmo, o bien que permanezcan en la etapa de meseta hasta la resolución sin orgasmo.

El orgasmo dura varios segundos y desempeña la misma -- función física en hombres y mujeres. Mitiga y da alivio a las zonas congestionadas y a los músculos tensos, que de otra manera -- provocarían malestar.

La última etapa de la respuesta sexual humana es la resolución. Durante esta etapa el cuerpo vuelve a su estado no excitado sexualmente, después del alivio de la congestión sanguínea, se relajan los músculos que anteriormente se habían puestos tensos.

En esta última fase, se da un período refractario únicamente en el varón que consiste en una resistencia meramente fisiológica y temporal a responder a la estimulación sexual.

Esta investigación aporta valiosos datos para el conoci

miento de la sexualidad humana, ya que por primera vez se observó, registró y estructuró fisiológica y anatómicamente la respuesta sexual humana antes estímulos sexuales efectivos.

Igualmente, estos autores echaron por tierra diferentes falacias que se tenían con respecto al tamaño del pene, pues encontraron que el tamaño de éste no va relacionado con la efectividad del hombre durante el coito, así como, que la vagina -- normal o grande acomoda cualquier tamaño de pene sin la mayor dificultad, ya que la vagina posee la cualidad de ser un órgano distensible desde el punto de vista clínico.

"En la mujer el orgasmo es una entidad psicofisiológica de gran contenido psicosocial". (8) Ya que Masters y Johnson afirman que los factores psicosexuales tienen una influencia -- fundamental sobre la sexualidad humana, particularmente en lo -- referente a la obtención del orgasmo femenino.

Estos autores niegan la creencia de que la mujer añosa no presenta ningún interés sexual o que la relación sexual -- es inapropiada para una mujer de edad mediana, pues sustentan -- que ... "el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina". (9)

Las investigaciones de Freud, Kinsey, Masters y Johnson han permitido ampliar nuestros conocimientos sexuales, la -- desaparición de muchos mitos, el nacimiento de una nueva profesión, la realización de un mayor número de estudios acerca de -- la sexualidad humana y la creación de un lenguaje científico.

(8).- Master, W. y Johnson, V. La respuesta sexual humana. Buenos Aires, Ed. Intermédica. 1979. p. 115

(9).- Ibid. p. 220

Siguiendo esta línea de expresión que nos han aportado estos autores, nos abocaremos a conocer que se entiende por sexo y por sexualidad.

La palabra sexo ... "se refiere simplemente al hecho de que las personas estamos divididas en dos tipos macho y hembra". (10) Opinión que es compartida por Álvarez (1979) pero que agrega que estas características físicas están determinadas genéticamente.

Por lo tanto, al hablar de sexo nos referimos al conjunto de características biológicas, anatómicas y fisiológicas, con que está dotado el ser humano, es decir, son características -- innatas, fijas e independientes de la cultura.

Desde el momento mismo del nacimiento se lleva a cabo -- un proceso formativo llamado sexualidad a raíz de la asignación como niña o como varón; este proceso es resultado de la influencia familiar, social y cultural que orienta la vida del individuo para que se comporte como varón o como mujer para sí mismo y para los demás.

Monroy (1977) define la sexualidad como ... "un fenómeno bio-psico-social que forma parte del crecimiento de la personalidad del ser humano." (11)

Álvarez (1979), asevera que la sexualidad es ... "una serie de conductas que el individuo adopta para sí y en sociedad frente al hecho concreto que es el sexo". (12)

La sexualidad, es un proceso que principia con el na--

(10).-- Comfort, A. y Comfort, J. El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento. España, Ed. Blume. 1980. p. 25

(11).-- Monroy de V.A. El educador y la sexualidad humana. México, Ed. Pax-México. 1977. p. 17

(12).-- Álvarez, G.J.L. Elementos de sexología. México, Ed. Interamericana. 1979. p. 71.

cimiento y que acompaña al individuo hasta la muerte. Maideu (1981) Katchadourian (1983).

A partir del sexo, la familia y la sociedad transmite valores, normas, costumbres y comportamiento a sus miembros en crecimiento, en consecuencia, la sexualidad se va formando con la personalidad y se va modificando en forma constante a través de la experiencia y del aprendizaje de cada sujeto, que se da en edades y niveles diferentes.

Por tanto, la sexualidad viene a significar la expresión psico-social del sexo y es el resultado de la interacción del sexo con la cultura.

En síntesis, la sexualidad es el resultado de la influencia familiar, social y cultural; y término que por tanto engloba integralmente aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del sexo siendo esta conjunción un proceso formativo que da pautas de comportamiento sexual al individuo.

Como se menciona anteriormente la sexualidad se va formando con la personalidad y el ejercicio de ésta conlleva grandes repercusiones porque le permite al hombre ponerse en contacto de forma profunda y enriquecedora con sus semejantes que redundan en su satisfacción personal y en sus relaciones interpersonales, afectivas y recreativas que en consecuencia le crearán un sentimiento de bienestar, así como de responsabilidad y respeto por la propia sexualidad y la de los demás. Tuana y Moreni (1980) - Girardo (1983).

CONCEPTO DE NORMALIDAD EN SEXUALIDAD

Hasta este momento nos podemos percatar que nacemos con un sexo asignado desde el momento de la concepción y que el impacto sociocultural hace que nuestras actitudes, comportamientos y sentimientos nos transformen al hecho de vivenciarlos como hombre o como mujer para sí mismos y para los demás, - también, a lo largo de nuestra exposición hemos visto como las diferentes civilizaciones ejercen una influencia determinada sobre la actitud colectiva con respecto a la homosexualidad, las relaciones incestuosas, aborto, adulterio, sexualidad infantil, ritmo de las relaciones sexuales o las posturas adoptadas durante el acto sexual, estas controversias en el terreno de la sexualidad humana nos llevan a preguntarnos. ¿Cuál es el concepto de normalidad en sexualidad?

Si analizamos la palabra normal veremos que significa todo aquello que por ... "su naturaleza, forma o magnitud se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano." (13)

Este significado nos lleva a pensar que la normalidad se establece desde un punto de vista estadístico fijado por una cultura determinada con base a pautas deseables de comportamiento, en consecuencia, el concepto de normal y/o anormal según sea el caso, son conceptos subjetivos basados en el consenso de una mayoría. "Los conceptos de normalidad y anormalidad se basan más en actitudes sociales que en datos científicos." (14).

Por lo tanto, lo que puede ser normal para una cultura

(13).- Enciclopedia Salvat Diccionario. Tomo IX. España, Ed. Salvat Editores, S.A. 1971 p. 2427

(14).- Kaplan, H. El sentido del sexo. España, Ed. Ediciones Grijalbo, S.A. 1981 p. 145

puede ser anormal para otra, esto se debe básicamente a las normas impuestas por cada sociedad en su respectivo momento histórico. Entonces, ¿cómo definir la normalidad de la vida sexual? si ésta varía dependiendo de la herencia biológica del individuo, las vivencias familiares y sociales, las preferencias y la problemática personal de cada individuo perteneciente a una cultura determinada en un momento histórico específico.

La conclusión a la que han llegado los estudiosos de la sexualidad humana (Alvárez, 1979; Brookes, 1979; Kaplan, 1981) es a definirla en términos de respetar el derecho de terceros, o sea, que cualquier actividad sexual -- que se ejerza sea de común acuerdo, es decir, sin dañar o interferir en la libertad de la pareja, el respeto a la integridad estructural y funcional de cada individuo; lineamientos que si se llegan a cumplir le brindarán al sujeto una realización y el enriquecimiento de sus relaciones, sin importar a que cultura, raza, sexo, edad o religión pertenezca, es decir, crear una pauta de comportamiento sexual universal.

DESARROLLO PSICOSEXUAL DEL PUBER-ADOLESCENTE

Pubertad.

La pubertad es la edad que sigue a la niñez, es un período de transición que se manifiesta por un rápido desarrollo físico, que suele iniciarse entre los 10 a 12 en la mujer y entre los 11 a 14 años de edad en el varón, considerando -- que estos límites varían dependiendo de factores hereditarios, alimenticios y climatológicos del lugar donde se nazca y a la raza a la que se pertenezca.

La pubertad es una etapa eminentemente biológica en donde comienza el desarrollo de las características sexuales secundarias, es decir, aquellos rasgos físicos distintivos de la masculinidad y la femeneidad. Luego de un crecimiento relativamente lento en la niñez la pubertad ocasiona cambios notables en los órganos involucrados en el coito y la reproducción. Monroy (1977), Khan-Nathan (1978); Camerón (1982); McCary (1983) y Giraldo (1983).

McCary (1983), manifiesta que aunado a estos cambios físicos la pubertad se caracteriza por la posibilidad de reproducción en ambos sexos. "La pubertad señala el comienzo de la evolución que da al ser humano el poder de procrear." (15)

(15).- Camerón, N., et. al. La iniciación sexual. México, Ed. Compañía Editorial S.A. 1982. p. 57

Los signos de la pubertad en la mujer se caracterizan por:

- Crecimiento de los senos
- Ensanchamiento de cadera
- Aparición de vello púbico y axilar
- Prominencia del Monte de Venus
- Desarrollo de los labios mayores y menores
- Crecimiento de los ovarios
- Aparición de la primera menstruación.

Menstruación.

La menstruación es el signo más evidente de la pubertad en la mujer. Este fenómeno es un proceso mediante el cuál se libera un óvulo cada veintiocho días aproximadamente y consiste en un flujo de sangre que dura alrededor de tres a siete días; - este proceso acompaña a la mujer a lo largo de toda su vida hasta la menopausia, o la interrupción del ciclo debido a encontrarse embarazada.

"Este acontecimiento que experimenta la púber trae consigo la consciencia de la sexualidad y del significado del proceso reproductivo." (16)

Asimismo, la menstruación ... "es un rasgo peculiar de la pubertad femenina, que sirve de estímulo y de foco para las fantasías respecto de lo que significa convertirse en mujer". (17)

Para la joven la menstruación modifica de forma radical su status reproductor.

(16).- Rubin, I. y Kinkerdall, L. Cuándo el niño pregunta. México, Ed. Pax-México. 1984 p. 103.

(17).- Settlage, F.C. et. al. Adolescencia normal. Buenos Aires, Ed. Horme. 1966. p. 103.

"Para muchas jóvenes, la menstruación significa un - importante cambio en su relación con su propio cuerpo, dependiendo de las formas en que hayan sido instruidas sobre ellas mismas, sus cuerpos y su sexualidad." (18)

Al igual que la mujer, el varón sufre transformaciones físicas durante la pubertad como:

- Ensanchamiento de espalda
- Cambio de voz (está se hace más gruesa)
- Aparición del vello púbico y axilar
- Aparición de bellosidad facial (barba y bigote)
- Aumento del volumen de los testículos
- Aumento del tamaño del escroto y del pene
- Aparición de eyaculaciones diurnas y nocturnas

Eyaculaciones nocturnas

Las eyaculaciones nocturnas son el signo más elocuente de la pubertad en el varón, dichas eyaculaciones se manifiestan esencialmente en función de ensoñaciones de contenido erótico, en donde el pene tiene erecciones con facilidad y la erección es acompañada por fuertes deseos de eyacular.

Las eyaculaciones en el varón son la expresión de procesos funcionales a la potencia sexual del individuo. Estos - - cambios internos y externos que experimenta el púber provocan en él un sinnúmero de interrogantes en lo que a su cuerpo se refiere; ahora el cuerpo es percibido en términos de movimientos, sensaciones y necesidades que significan para el joven una serie de - experiencias para las cuáles frecuentemente no esta preparado.

La pubertad es el período durante el cuál se alcanza la

(18).- Gagnon, J. Sexualidad y Cultura. México, Ed. Pax-México. - 1980. p. 148

madurez sexual, la capacidad de procreación, en donde el deseo sexual despierta y crea nuevas necesidades que implican nuevas inquietudes y vehementes deseos de satisfacción. En este momento surge en el joven la problemática de aceptar su nuevo esquema corporal, su madurez sexual y su creciente tensión sexual, la forma como asimila estas experiencias y la influencia que ejerza la familia y la sociedad moldearán en gran parte sus -- preferencias, estímulos, gustos y respuestas sexuales de la vida sexual posterior en la etapa adulta. Giraldo (1983).

Durante este período se establece la sexualidad propiamente genital y es en esta fase del desarrollo en donde se inician una serie de cambios integrales que abarcan aspectos sociales, sexuales y psicológicos, que dependen de las exigencias externas que la sociedad impone a sus miembros en desarrollo y que se ha dado por denominar con el término adolescencia.

LA ADOLESCENCIA COMO FENOMENO CULTURAL.

Para Harrocks (1984), la adolescencia es un producto - de una época o cultura, así como de su pasado y presente psicológico y ambiental. Por otra parte, para Camerón (1982), es la búsqueda de independencia afectiva, económica, pedagógica, biológica, igualmente, es el período en donde se da la aceptación consciente de la sexualidad y la actuación agresiva por parte del joven hacia el mundo que lo rodea, estas conductas se encuentran orientadas hacia la eliminación de rasgos infantiles.

Chauchard (1980), define la adolescencia como una etapa indispensable de socialización en la que el individuo masculinizado o feminizado aprende a representar su papel de hombre o mujer en la sociedad. Y Rubin (1982), la conceptualiza como un -

período de transición en el desarrollo de la personalidad con grandes repercusiones individuales y culturales, en donde el adolescente sufre transformaciones psicológicas y sociales. "Socialmente, es una época en la cual el individuo debe pasar de ser un niño dependiente a ser un adulto autosuficiente. Psicológicamente, es un período en que tiene que hacer nuevos ajustes, aquellos que diferencian la conducta del niño de la conducta del adulto". (19).

Muss (1978), Firkel (1979), Tuana y Moreni (1980), coinciden en señalar que la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la vida adulta. Para el adolescente esta transición representa una crisis personal ya que ... "durante la infancia el niño y la niña obtienen un status de sus propias familias y basan sus actitudes, valores y fines en el marco de referencia establecido por la familia. Durante la adolescencia tienen que empezar a elaborar su propio status y elaborar sus propios valores y fines." (20)

Para Tordjam (1981) ... "el adolescente debido a presiones culturales tiene que llegar a una etapa adulta, y el camino hacia la madurez es asimismo tributario de un tiempo sociocultural, jalonado (sic) de etapas sucesivas que el niño, y posteriormente el adolescente debe franquear antes de acceder a la comunidad de los adultos." (21).

(19).- Rubin, I. y Kirkendall, L. Preguntas del adolescente en su desarrollo psicosexual. México, Ed. Pax-México. 1982. p.p. 47-48.

(20).- Ibid. p. 48

(21).- Tordjam, G. Realidades y problemas de la vida sexual. Enciclopedia de la Vida Sexual. España, Ed. Argos-Vergara. 1981. p. 11

En resumen, la adolescencia es un producto de una época o cultura, las experiencias, sentimientos y privaciones que se viven durante este período son el resultado de valores, demandas y condicionamientos de la cultura. "El carácter de la adolescencia no está determinado solamente por la pubertad, sino también por la naturaleza del ambiente familiar y cultural de cada adolescente". (22)

Para Stone y Church (1970), la adolescencia es un fenómeno cultural producto de la demora en la asunción de roles adultos. Por ende, la adolescencia es un período durante el cual se aprenden y refuerzan estereotipos culturales de lo masculino o de lo femenino, tanto la familia como la sociedad asignan roles al adolescente y éste los traduce en actitudes y comportamientos para adaptarse al mundo adulto y encontrar su identidad.

Los hábitos de conducta tanto del hombre como de la mujer en una sociedad determinada dependen de lo que la familia y la sociedad imponen a uno y a otro sexo, cualidades físicas y modelos a imitar, siendo estas pautas de conducta impuestas de manera tradicional y estereotipada.

Estos hábitos de conducta aprendidos por ambos sexos se le denomina con el nombre de rol sexual. El rol sexual es definido por López Ibor (1983), como todo lo que el individuo hace o dice para demostrarse que enviste la condición de hombre o mujer.

En la opinión de Álvarez Gayou (1979), la asignación -

(22).- Settlage, F.C.; et. al. Adolescencia normal. Buenos Aires, Ed. Horme. 1968. p. 32.

de un rol sexual comienza desde el embarazo, puesto que en el momento del embarazo existen ciertas expectativas con respecto al deseo de tener un hijo varón o mujer.

Al nacer el sexo del bebé es un hecho, a partir de este momento comienza el aprendizaje del rol sexual que se realiza a través del nombre que se haya seleccionado al hijo(a), los juguetes que se le compran, los regalos que se reciben, la forma en que se le viste, las palabras que empleen los padres para con sus hijos, en la manera en que se le trata, las rutinas que se le instauran, el tipo de disciplina que se ejerce y de los ejemplos que le imparten los adultos.

Las actividades, caracteres, costumbres, equilibrio sexual, satisfacción o insatisfacción de los padres determinan de manera substancial la conducta apropiada para el futuro rol de sus hijos.

Los padres son quienes inculcan el rol sexual a sus hijos y éste se desarrolla acumulativamente de manera que el niño va aprendiendo el criterio que debe abordar con respecto a su propio cuerpo y el tipo de relación recíproca que existe entre los varones y las mujeres no se deben a diferencias internas sino a lo que se les enseña como masculino o femenino.

En nuestra sociedad al varón se le asigna el papel de ... "emprendedor, tenaz, agresivo, generador de la fuerza motriz de la familia y consecuentemente de la sociedad misma: la razón y la inteligencia, el portador de la energía, el modelo a imitar." (23)

(23).- Giraldo, N.O. Explorando las sexualidades humanas. México, Ed. Trillas. 1983 p. 69.

Ante estos atributos deseados en el varón, éste se enfrenta a un mundo de competencia en donde se obtiene el reconocimiento y el afecto a través de la emulación de sus capacidades.

El estereotipo en el que se le ha clasificado comúnmente a la mujer es ... "como expectante del mundo que la rodea y de sí misma, sumisa y utilizable como fábrica de vida, apego y centro gravitacional del núcleo familiar; responsable de los errores de la deficiencia y el desequilibrio." (24) Desde temprana edad se alienta a la mujer a imitar las habilidades de su madre (lavar, coser, cuidar del hogar, cocinar) para dedicarse al servicio de los demás.

Las cualidades físicas exigidas por la sociedad para hombres y mujeres como patrones de conducta a imitar se ven esencialmente influidos por los medios masivos de comunicación -- (prensa, radio, televisión y cine) que en opinión de Khan-Nathan (1978), dictan moldes y normas estáticas que van dirigidos en gran medida a un sector tan amplio como los adolescentes.

La asunción de un rol sexual en nuestra cultura afecta la conceptualización que el individuo tiene de sí mismo como -- hombre o como mujer proceso que determina la configuración de intereses personales, la actitud hacia los papeles sexuales, la -- elección de actividades recreativas, la profesión, la forma de actuar y la forma de expresar los efectos.

En consecuencia, el aprendizaje de los roles sexuales

(24).- Ibid. p. 69

tiene una gran importancia en el desarrollo del individuo y en muchas ocasiones este ... "condicionamiento social hace que la mayoría de la gente reprima amplios sectores de sus potencialidades para adecuarse a su papel e imagen sexual." (25)

López Ibor (1983), afirma que la forma en que el individuo desde temprana edad asimile y molde la conceptualización de su rol sexual contribuye a formar la personalidad de base de cada persona.

La familia, la sociedad y los medios masivos de comunicación, dictan modelos del hombre o de la mujer que se debe ser, estas imagenes ideales repercuten en el comportamiento, actitud, vestimenta preferida, fantasías sexuales y eróticas del adolescente, así como el establecimiento de relaciones interpersonales con sus compañeros del mismo sexo y del opuesto.

Al imponer la cultura una serie de estereotipos ideales de lo masculino y de lo femenino el adolescente se enfrenta a alcanzar un cierto equilibrio "ideal" y en este proceso de socialización en opinión de Conger (1979), la cultura debería permitir a cada adolescente a que desarrolle su potencialidad única como ser humano, en tanto sea compatible con los derechos de los demás.

PSICOLOGIA DE LA ADOLESCENCIA

El proceso que se inicia en la adolescencia, es el conocimiento y transformación de la propia persona. Durante esta etapa el adolescente requiere tener claro su papel como hombre o

(25).- Figes, E. La psicología de la mujer. Amor y sexualidad. Hong-Kong, Ed. E.N.E.S.A. 1981 p. 189.

como mujer y su conducta se orienta a definir y a asegurar su identidad, el adolescente tiene que decidir, qué quiere ser y qué hacer en la vida.

Psicológicamente la adolescencia es una época de -- ajustes en la cual han de realizarse nuevas adaptaciones que - permiten diferenciar la conducta infantil de la conducta adulta.

La palabra adolescencia proviene del vocablo latín - "adolescere" que significa "crecer", pero más que crecer, el adolescente se encuentra en transición, en una transición de sus - valores, de su identidad sexual, de sus aspiraciones, de la toma de decisiones constructivas con respecto a una profesión, -- una forma de vida y un trabajo, estos retos y elecciones dan como resultado un estado de crisis en la conformación y búsqueda de una nueva identidad.

El camino hacia la identidad va aunada a una serie de experiencias, errores y regresiones por las que atraviesa el adolescente, pero que más tarde le proporcionarán su crecimiento - como individuo. "La tarea de construir e integrar una concepción de sí mismo es la labor más importante del período de la adolescencia." (26) En este período el joven infiere y construye conceptos de sí mismo que le sirven para entender su mundo exterior e interior.

Esta búsqueda de identidad significa para el adolescente madurez, aptitud que no es innata sino que se adquiere a través de un proceso de aprendizaje que se manifiesta en un contras

(26).- Harrocks, E. J. Psicología de la adolescencia. México, Ed. Trillas. 1984 p. 96.

te de ideas y opiniones de la crítica de sí mismo y de los demás.

Durante el proceso de búsqueda de identidad personal el adolescente espera encontrar la afirmación de sí mismo, esta autoafirmación comienza con la aceptación del propio esquema -- corporal que implica la aceptación de un cuerpo sexualizado.

El adolescente tiene que habituarse a un cuerpo renovado, con nuevas capacidades para la sensación y la acción, en -- consecuencia tiene que alterar la imagen de sí mismo en consonancia con ello. "El reconocimiento y la aceptación de lo que uno es física y biológicamente es un requisito para el logro de una -- identidad madura". (27)

Pero el logro de una identidad propia no concluye con la autoafirmación corporal. Esta búsqueda de identidad propia, le lleva al adolescente a realizar un examen y una crítica de los valores que le fueron inculcados en el seno familiar son aplicables al mundo de hoy tal y como él lo ve.

El adolescente al cuestionarse sus propios valores familiares, se replantea las relaciones que él tiene con su familia, situación que le permite definir una identidad independiente de -- la autoridad y el apoyo de sus padres.

Para lograr su independencia el adolescente se rebela, se opone y rompe con innumerables lazos con su familia, basados en la autoridad, el afecto, el respeto, la responsabilidad, la inmadurez, el trato íntimo, el dinero y los bienes materiales y la -- fuerza del hábito.

Al cuestionarse y querer romper con los valores de su

(27).- Settlage, F.C.; et. al. Adolescencia normal. Buenos Aires, Ed. Horme. 1968 p. 105.

familia el adolescente recurre frecuentemente al oposicionismo como una forma de conducta que le permite reivindicar su independencia, hecho que asume con duda y desafío ante los valores e instrucciones culturales.

Al adquirir el adolescente una mayor independencia - los vínculos con sus padres se vuelven cada vez más tensos, ya que por un lado el adolescente anhela cierta dependencia aunada con esfuerzos por alcanzar la independencia, hostilidad mezclada con amor y conflictos entre los valores dentro de la familia, la cultura externa y el comportamiento social por otra parte los padres se resisten al cambio, son reacios a abandonar viejos hábitos y adoptar otros nuevos.

Al encontrarse tensas las relaciones del adolescente con sus padres, ya no comparten los descubrimientos, problemas, proyectos y compañía de antaño y es el momento en que precisamente el adolescente necesita más el compartir con otros sus intenciones y a veces confusas emociones, así como sus dudas y sus sueños, es por ello que el grupo de amigos es sumamente importante para él; en cuanto le ofrece un sólido apoyo, una sensación de pertenencia y también de fuerza y poder.

A través de sus amigos, de sus compañeros, de sus ídolos y sus héroes personales el adolescente va imitando y/o identificándose con éstos como medio de adopción de un modelo con objeto de aumentar un sentimiento de personalidad. El grupo de amigos le ayuda al joven ... "a descubrir quién es, qué quiere, -

qué persigue, hasta donde y puede llegar." (28) Asimismo, le permite aprender a manejar sus propios sentimientos y los de los demás.

Los ídolos y los personajes personales del adolescente le sirven como modelos provisionales, para elaborar una imagen de lo que quiere ser.

En síntesis, ¿qué representa esta etapa de transición para el adolescente? Representa la aceptación de sí mismo, el aprendizaje de papeles sexuales que lo preparan en posibles opciones como la vida familiar y el matrimonio y desarrollar un sistema de valores e ideales. La independencia como medio de lograr la madurez psicológica, Giraldo (1983), es decir, la aceptación sexual, social, ideológica, vocacional y ocupacional.

Cabe destacar que dentro de las innumerables particularidades de la adolescencia, Tuana y Moreni (1980), mencionan -- que una de sus características primordiales es la dualidad, ya que el adolescente se encuentra inmerso en un doble mundo; en el cual no pertenece al mundo de los adultos con sus exigencias intelectuales y sexuales que la madurez conlleva; pero tampoco pertenece al mundo de los niños, con la dependencia afectiva y social que involucra la niñez.

Sumergido en esta dualidad el adolescente, descubre, - crea y realiza su propio mundo y es en este período cuando organiza su propio proyecto existencial.

(28).- López, I.J.J. Orientación sexual del adolescente. México, Ed. Universo. 1983 p. 58.

EXPRESION DE LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

Durante la adolescencia los impulsos y emociones cobran intensidad y logran su expresión en fantasías y en actividades sexuales (besos, abrazos, caricias, "petting", masturbación, homosexualidad, coito) para culminar con establecimiento de relaciones sexuales propiamente dichas. "La sexualidad adolescente no es un comienzo, sino un despertar, no es un nacimiento, sino un renacimiento, un resurgimiento patente de las realidades que durante años han conservado su dinámica latente" (29)

El juego sexual que practica el adolescente son actividades exploratorias que le permiten adaptarse a sus nuevas emociones y pensamientos, por otra parte, también le permiten reafirmarse como hombre o como mujer y lo preparan para la elección de una pareja. Conapo (1982), Camerón (1982) y Katchadourian (1983).

El acercamiento físico por medio de besos, abrazos y caricias le sirven al adolescente como conducta exploratoria y como una forma de expresar sus sentimientos.

En opinión de Harper (1982), las caricias son la primera fuente de excitación sexual específica, situación de la que aprende mucho el adolescente ... " sobre su cuerpo, sobre la respuesta sexual", (30) asimismo, a través de este contacto físico -

(29).- Amezcúa, E. Ciclos de Educación sexual. España, Ed. Fontanella. 1973 p. 17.

(30).- Katchadourian, A.H. y Lund, T.D. Las bases de la sexualidad humana. México, Ed. Compañía Editorial Continental, S.A. de C.V. 1983 p. 265.

los adolescentes ..." aprenden las reglas sociales y las costumbres de la conducta sexual." (31)

El paso del juego infantil al conocimiento real de la atracción sexual durante la adolescencia se realiza en forma -- progresiva empieza con abrazos, besos, intercambio de caricias, "petting", masturbación, conductas homosexuales y coito.

Si el primer contacto consiste en un apretón de manos, y la manifestación más excitante en ésta época es el beso, pronto los adolescentes intentan hallar más satisfacciones, inician caricias y besos pero con ciertos límites, estas caricias van aumentando cada vez con contactos mucho más íntimos como el "petting".

El "petting", es una palabra inglesa que se deriva del verbo "to pet", que significa "acariciar". El "petting" es un tipo de juego amoroso en que todo, excepto el coito, está permitido. (Camerón, 1982; López Ibor, 1983 y Claesson, 1980)

El "petting" comienza generalmente por besos y abrazos, en donde los cuerpos se unen estrechamente, el contacto se extiende al tocamiento de las partes genitales, que es el apogeo, pero también marca el límite de esta actividad sexual.

Este juego de excitación es una actividad voluntaria - en donde se incluyen todo tipo de contacto físico entre los dos sexos pero que excluye voluntariamente la unión coital.

Mediante estas actividades los jóvenes buscan satisfacción sexual, algunas chicas utilizan esta forma de juego sexual porque quieren conservar su himen y el "petting" es una actividad

(31).- Ibid. p. 265.

que se mantiene en la antesala del coito.

Con el "petting" se busca la satisfacción sexual de --
ambas partes y propicia en la pareja el conocimiento de las rea-
cciones sexuales del otro. (Claëson, 1980).

Asimismo, es conveniente hablar de la masturbación co
mo un fenómeno propio de la adolescencia, en el sentido que du-
rante esta etapa de la vida adquiere un carácter plenamente se-
xual. Meeks y Burt (1983) la definen ..."como la manipulación -
deliberada de cierta parte del sistema reproductor esperando -
una recompensa erótica." (32)

Por otro lado, Gagnon (1980) la define como el..."pla-
cer sexual inducido por uno mismo." (33) Esta expresión de la se
xualidad a través de la autoestimulación de los propios genita-
les es una actividad pasajera pero normal, de la evolución se-
xual del adolescente. (Comfort y Comfort, 1980; Camerón, 1982;
Giraldo, 1983; Merín y Romaguerra, 1981).

La masturbación en la adolescencia funciona para descar
gar la tensión sexual. Asimismo, es una fuente de aprendizaje del
propio cuerpo y de la propia sexualidad, de igual manera la mas-
turbación durante la adolescencia sirve para aprender a entablar
relaciones sexuales más adelante con otra persona, esta situación
se logra a través de los ensayos que se efectúan en la fantasía.

Esta actividad sexual le da la posibilidad al adolesc
te de explorar y experimentar con sus nuevos sentimientos y capa-

(32).- Meeks, B. y Burt, J.J. Educación sexual, información y pla-
nes de enseñanza. México, Ed. Interamericana. 1983 p. 169.

(33).- Gagnon, J. Sexualidad y conducta social. México, Ed. Edi-
ciones Exclusivas. 1980 p. 96.

idades sexuales y descargar sus impulsos sexuales cuando no es posible una relación sexual completa. Ahora bien, hemos visto - que ante el nuevo deseo sexual el adolescente siente la necesidad de expresarlo, esta manifestación en algunas ocasiones surge a través de exploraciones físicas con compañeros del mismo - sexo, es decir, se expresa en conductas homosexuales.

La homosexualidad de la adolescencia, suele ser esporádica y transitoria; y sirve para dar salida a la emergente necesidad sexual. (López Ibor, 1983)

Estos contactos homosexuales es una forma de explorar el propio cuerpo pudiéndolo contrastar con el de los demás, estas exploraciones físicas llevan al adolescente y sus compañeros involucrados a descubrir sensaciones placenteras desconocidas - para ellos, conducta que se realiza con mayor frecuencia durante esta etapa por la dificultad que desde el punto de vista social entrañan las relaciones heterosexuales. (Monroy, 1977)

El aprendizaje de la comunicación sexual se logra - de igual manera que las actividades anteriormente mencionadas - en el coito, entendiéndose por esta actividad, el acto consistente en la introducción del pene en erección dentro de la vagina de la mujer; al culminar la descarga del impulso sexual a -- través del coito, involucra además de satisfacción placentera, una responsabilidad para sí mismo y para con la pareja referente a la capacidad de placer y procreación.

Ante esta última alternativa de procrear, se hace - indispensable que el adolescente conozca los métodos por medio de los cuáles puede decidir el momento de concebir un hijo.

A N T I C O N C E P T I V O S

Los métodos anticonceptivos o contraceptivos como se les llama actualmente son medios que a utilizado la humanidad desde tiempo inmemorial, para prevenir los embarazos no deseados. Asimismo, estos métodos "...permiten separar la sexualidad como fuente de placer de la sexualidad como medio de reproducción". (34)

Los métodos anticonceptivos son definidos como los métodos físicos, químicos o quirúrgicos que tienen la finalidad de impedir que el espermatozoide se una con el óvulo para evitar un embarazo no deseado. (Conapo, 1983; Mekks y Burt, 1983).

Para otros autores (McCary, 1982 y Katchadourian, 1983), sostienen que los métodos contraceptivos permiten a la pareja controlar el espaciamiento de los hijos, posponiendo el embarazo por razones psicológicas y/o económicas y como medio para que la pareja logre una compatibilidad sexual satisfactoria.

El hombre como ser único en el mundo, posee diferencias psicológicas y biológicas igualmente únicas, es por ello, que la decisión en cuanto al uso de los diversos métodos anticonceptivos tiene a ser diferente en cada individuo, porque cada uno posee características propias.

La decisión del uso de los métodos anticonceptivos es tomada por diferentes motivaciones personales, como las capacidades físicas y sociales para satisfacer las metas personales de cada pareja, la limitación del tamaño de la familia por causas económicas, o el evitar un embarazo fuera del matrimonio. (Katchadourian, 1983).

Los métodos anticonceptivos son clasificados por Gaona, (1983), dependiendo de su tipo, características, formas de acción, porcentaje de efectividad y ventajas (Ver Tabla No. 1).

(34).- Vallés, A.; Farró, M.; et. al. Cursos de Orientación Familiar. Tomo Sexualidad. España, Ed. Océano, S.A. 1981 p. 167.

A N T I C O N C E P T I V O S

Los métodos anticonceptivos o contraceptivos como se les llama actualmente son medios que a utilizado la humanidad desde tiempo inmemorial, para prevenir los embarazos no deseados. Así mismo, estos métodos ... "permiten separar la sexualidad como fuente de placer de la sexualidad como medio de reproducción". (34)

Los métodos anticonceptivos son definidos como los métodos físicos, químicos o quirúrgicos que tienen la finalidad de impedir que el espermatozoide se una con el óvulo para evitar un embarazo no deseado. (Conapo, 1983; Mekks y Burt, 1983).

Para otros autores (McCary, 1982 y Katchadourian, 1983), sostienen que los métodos contraceptivos permiten a la pareja controlar el espaciamiento de los hijos, posponiendo el embarazo por razones psicológicas y/o económicas y como medio para que la pareja logre una compatibilidad sexual satisfactoria.

El hombre como ser único en el mundo, posee diferencias psicológicas y biológicas igualmente únicas, es por ello, que la decisión en cuanto al uso de los diversos métodos anticonceptivos tiende a ser diferente en cada individuo, porque cada uno posee características propias.

La decisión del uso de los métodos anticonceptivos es tomada por diferentes motivaciones personales, como las capacidades físicas y sociales para satisfacer las metas personales de cada pareja, la limitación del tamaño de la familia por causas económicas, o el evitar un embarazo fuera del matrimonio. (Katchadourian, 1983).

Los métodos anticonceptivos son clasificados por Gaona, (1983), dependiendo de su tipo, características, formas de acción, porcentaje de efectividad y ventajas (Ver Tabla No. 1).

(34).- Vallés, A.; Farré, M.; et. al. Cursos de Orientación Familiar. Tomo Sexualidad. España, Ed. Océano, S.A. 1981 p. 167.

Tabla No. 1

Tabla No. 1.- Clasificación de los métodos anticonceptivos según sus características, forma de acción, inconvenientes potenciales y ventajas.

LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS *

TIPO DE METODO	CARACTERISTICAS	FORMA DE ACCION	INCONVENIENTES POTENCIALES.	% DE EFECTIVIDAD.	VENTAJAS
HORMONALES:					
<u>La píldora.</u>	Asociación de - numerosas sinté- ticas similares a las naturales	Substituyen la función de los ovarios impi- diéndoles que produzcan óvu- los.	Tendencia a ga- nar peso. Múscula matutina Nerviosismo Dolor de cabeza Problemas trom- boembólicos.	Práctica- mente el 100%	Alta efec- tividad. Obtención fácil. Administra- ción fácil
<u>La inyección.</u>	Hormonas sinté- ticas de acción prolongada.	Similar al an- terior.	Más tendencia a ganar peso. Sangrados inter- menstruales. Falta de sangra- do.	Práctica- mente el 100%	Igual que la anterior
MECANICOS:					
<u>Dispositivos Intrauterinos (D.I.U. "El aparato" "El coil")</u>	Aditamento de material plás- tico o metáli- co que se co- loca en el in- terior de la matriz.	Crean un esta- do de rechazo del endometrio contra el apa- rato de la fe- cundación o ni- locado del óvu- lo.	Sangrados inter- menstruales. Aumento de la - regla en cantida- d y duración. Cólicos ocasio- nales.	Aproxima- damente el 96%	Ne siendo medicamento no actúa a nivel gene- ral sino lo- cal. Ya co- locado, la usuario se olvide de él.
<u>Dispositivo Intrauterino Activos.</u>	Similares al anterior, adi- cionados de - cobre o proges- terona que pa- san al endome- trio paulatina- mente.	Más o menos pa- recido al ante- rior.	Más o menos pa- recido al ante- rior.	Pueden al- canzar el 98%	Igual que el anterior

LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS

TIPO DE METODO	CARACTERISTICAS	FORMA DE ACCION	INCOVENIENTES POTENCIALES	% DE EFECTIVIDAD.	VENTAJAS
QUIRURGICOS:					
<u>Salpingoeciasia.</u>	Corte y ligadura de las trompas de Falopio.	Impiden el paso de los óvulos a la matriz y con ello su unión con los espermatozoides.	Método definitivo.	Prácticamente el 100%	Ideal para parejas que han integrado su familia. Efectuada la cirugía no requiere cuidados posteriores.
<u>Deferentoclasia o Vasectomía.</u>	Corte y ligadura de los conductos deferentes.	Impide la salida de los espermatozoides durante la eyaculación.	Método definitivo.	Prácticamente el 100%	Igual que el anterior.
LOCALES:					
<u>Ovulos.</u>	Medicamentos ácidos que se colocan en la vagina antes del coito para inmovilizar a los espermias	Impiden la movilidad de los espermatozoides que al no penetrar al útero mueran.	La molestia de colocarlos.	Varía entre 70 y 80%	Muy útil como método transitorio mientras se programa uno más duradero. Su acción local no modifica la relación.
<u>Espumas y Jaleas.</u>	Igual que el anterior pero en diferente vehículo	Similar al anterior.	Igual al anterior.	Varía también entre 70 y 80%	Lo mismo que el anterior.

* Tomado de Gaona Arroyo Jorge, No Gestionarse, México, Ed. Ediciones Exclusivas - 1983. p.p. 138-139.

Olgún, P.C. y otros (1982) clasifican los métodos anticonceptivos dependiendo del sexo de usuario. Siendo su clasificación como a continuación se muestra:

METODOS PARA LA MUJER:

- D.I.U.
- Píldora
- Inyecciones
- Ovulos, jaleas y espumas
- Diafragma
- Ritmo
- Ligadura de Trompas.

PARA EL HOMBRE LOS METODOS A UTILIZAR SON:

- Preservativo o condón
- Coito Interrumpido
- Vasectomía

EMBARAZO

Todos los meses el aparato genital de la mujer se prepara para una eventual fecundación. "El momento de la fecundación se denomina concepción." (35)

Este proceso se realiza cuando el ovario libera un óvulo maduro que desciende hasta el tercio externo de la Trompa de Falopio y se une con un espermatozoide.

En el caso de que la pareja no utilice ningún control de la natalidad, el acto sexual entre un hombre y una mujer puede traer como consecuencia la vida de un nuevo ser.

La falta de educación, las relaciones sexuales sin in

(35).- Meeks, B. y Burt, J.J. Educación sexual, información y planes de enseñanza. México, Ed. Interamericana. 1983 p. 69.

formación adecuada sobre anticonceptivos, ocasionan que las jóvenes adolescentes se enfrenten en muchos casos a un embarazo no deseado.

El embarazo no deseado en las adolescentes tiene serias consecuencias psicológicas, sociales y económicas para las jóvenes madres, sus hijos, su familia y la sociedad. (Tuana y Moroni, 1980).

Desde el punto de vista psicológico, el embarazo premarital tiene un impacto muy severo en la joven adolescente, ya que la chica tiene que tomar decisiones en un tiempo muy limitado, como lo es el período de la gestación.

Semmens (1984), menciona que las decisiones que debe tomar la adolescente se refieren: a la aceptación o negación del embarazo, la participación de la familia, la opción de casarse o no, la cuestión de colocación para la adopción o retención del niño y la consideración del aborto legal en casos seleccionados, aunado a estas opciones este mismo autor considera que la confirmación del embarazo de la adolescente es un hecho que perturba emocionalmente a la joven y el grado de involucración con el padre de la criatura funcionan de manera importante en la toma de decisiones que debe asumir la adolescente.

Desde el punto de vista social, la adolescente es madre soltera con un hijo ilegítimo que no cuenta con el apoyo económico, social de un núcleo familiar consolidado.

Cabe agregar que el embarazo en edades precoces es considerado de alto riesgo, desde el punto de vista médico, ya que la madre adolescente se expone a problemas médicos durante el parto, como alumbramiento por cesárea, uso de fórceps y en es

te tipo de embarazos existe un alto porcentaje de mortalidad infantil.

"El embarazo de una adolescente crea problemas cuyas soluciones son todas conflictivas y generadoras de problemas en cadena: el matrimonio inmaduro, el aborto, la madre soltera." - (36)

La joven adolescente no se encuentra preparada para enfrentar sola estos problemas, en la mayoría de los casos tiene que abandonar la escuela y desistir de hacer una carrera profesional, en consecuencia, sus posibilidades de un trabajo sa--tisfactorio y bien remunerado se ven muy limitadas.

(36).- Tuana, B. y Moreni, de G.M. Manual para la educación sexual de nuestros hijos. Buenos Aires, Ed. Acali. 1980 p. 167.

CAPITULO II

DEFINICION DE DEFICIENCIA MENTAL

En nuestra sociedad actual con constantes procesos de tecnología y por consiguiente de evolución, la capacidad intelectual es de suma importancia para ir a la par de estos avances.

Si utilizamos la conceptualización proporcionada por Cytryn (1978), que expresa que es la capacidad con que cuenta el hombre para resolver problemas, adaptarse a nuevas situaciones, habilidad para formar conceptos y beneficiarse de sus experiencias, nos daremos cuenta, que la inteligencia forma parte vital del individuo.

Sin embargo, existe un amplio grupo de individuos cuyas limitaciones personales se deben esencialmente a que su capacidad intelectual no se desarrolla dentro de lo posible como para hacer frente a las exigencias del ambiente familiar y social, y poder así establecer una existencia independiente.

A estas personas se les ha denominado de diversas maneras tales como: deficientes mentales, retrasados mentales, incapacitados, discapacitados, insuficientes mentales, retrasados en el desarrollo o población atípica; en el presente estudio nos abocaremos a nombrarlos con el término: Deficientes Mentales, debido a que es un concepto más conocido en general y nos permite comunicar más ampliamente esta investigación.

La deficiencia mental hace referencia a ... "un funcionamiento intelectual general notablemente inferior a la media, que se da junto con un déficit del comportamiento adaptativo, y que se manifiesta durante el período de desarrollo." (37)

(37).- Lambert, J. Introducción al retraso mental. España, Ed. Universo. 1983 p. 18.

está definición proporcionada en 1977 por la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental, es la que con mayor frecuencia se utiliza en la actualidad.

La definición ofrecida por esta Asociación nos proporciona una descripción del:

A).- estado actual del individuo con respecto a su nivel de funcionamiento intelectual y

B).- comportamiento adaptativo; desglosando éstos dos términos comenzaremos por decir que:

- Para medir la inteligencia o Cociente Intelectual (C.I.), se realiza mediante la evaluación de uno o más sujetos a través de un test general de inteligencia administrado individualmente, los resultados arrojados en estas pruebas permiten apreciar en menor o mayor grado el nivel intelectual, de acuerdo a una escala de parámetros normales y ello ha servido a su vez como base para clasificar la deficiencia mental.

- Al hablar de comportamiento adaptativo se hace referencia a la eficacia con que un individuo posee la capacidad para lograr una independencia personal y responsabilidad social esperadas para su edad y su grupo cultural. (Lambert, 1983)

- Tanto el hipofuncionamiento intelectual como el déficit de la conducta adaptativa tiene que tener su inicio antes de los 18 años de edad.

Por lo tanto, la deficiencia mental engloba, una insuficiencia de la inteligencia general, la que no permite al sujeto con deficiencia mental asumir la plena responsabilidad de sus actos, es decir, un grado de autonomía, nivel profesional y la adaptación a la vida social. (Chiva, 1978)

Estas limitaciones en las capacidades del individuo con deficiencia mental tienen repercusiones importantes en su vida, en sus relaciones con los demás, y que son un obstáculo para su maduración, desarrollo y aprendizaje normal.

TABLA No. 2

CLASIFICACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL
DE DAVID WECHSLER

COCIENTE INTELECTUAL	CLASIFICACION
70 - 79	Límitrofe (borderline o fronterizo)
69 - 50	Deficiencia mental superficial
49 - 30	Deficiencia mental moderada
29 o menos	Deficiencia mental profunda

Fuente: Morales, M.L. Psicometría aplicada. México: Ed. Trillas, 1983 p. 105

A partir de la clasificación de la deficiencia mental podemos percatarnos que existen diferencias de carácter intelectual que provocan igualmente diferencias en la conducta del individuo, por lo tanto, la deficiencia mental es una forma de perturbación de la personalidad total y no solamente un déficit de inteligencia aislada, esto ocasiona que el individuo presente limitaciones para resolver por sí solo, total o parcialmente, las actividades normales de aprendizaje, impidiéndole en consecuencia solucionar sus necesidades individuales y sociales.

Todas estas limitaciones hacen que el sujeto deficiente mental difiera del sujeto normal, tanto cualitativamente como cuantitativamente, ya que su déficit intelectual y adaptativo provocan numerosos y diversos cuadros clínicos, aunado a problemas familiares, escolares y sociales. (Coronado, 1981)

La clasificación propuesta por Wechesler (1958) para la deficiencia mental es importante, ya que permite conocer el perfil de desarrollo y habilidades de los deficientes mentales, así como una orientación de la evolución del sujeto. Asimismo, nos permite una mejor descripción y comprensión de estos sujetos, el estudio de los diferentes grados de deficiencia mental también brinda la oportunidad de detectar las necesidades específicas de cada grupo para diseñar experiencias educativas a la medida de sus necesidades. (Ver tabla No. 2)

De igual manera, el objetivo de plantear una clasificación se basa en la gama de aplicaciones que pueden otorgar, desde estadísticas sanitarias, planificación de servicios, seguridad social para estos individuos y mayor auge en estudios de investigación.

En síntesis, la deficiencia mental es una anomalía permanente de la personalidad producido en un momento en que la maduración psicósomática no estaba terminada y que se traduce en un déficit de todas o algunas de las funciones intelectuales y adaptativas, cuyo resultado, esencialmente, consiste en una dificultad o imposibilidad de conseguir fines, de resolver situaciones nuevas, de obrar en consecuencia con los conocimientos adquiridos de poseer ideas y de mantener pensamientos que dificultan una adecuación social y la posibilidad de tomar decisiones de forma autónoma e independiente.

CAUSAS DE LA DEFICIENCIA MENTAL

Coronado (1981) en su libro titulado "La educación y la familia del deficiente mental", menciona que existen más de doscientas causas que pueden ocasionar una deficiencia mental

Investigadores como Moragas (1949), H. Hallas (1972) y Cytryn (1978) clasifican la etiología de la deficiencia mental desde diferentes perspectivas que para efectos de nuestro estudio nos parecieron las más completas.

Moragas (1949), clasificó la deficiencia mental basándose en un criterio relativista y establece en dos grandes grupos la etiología.

1).- Causas Endógenas o hereditarias, es decir, aquellas que están presentes antes de que se haya engendrado un nuevo ser.

Causas Endógenas

Factor de herencia.- debido a un gen patológico recesivo.

Factores cronológicos.- edad de la madre ya sea por inmadurez o senectud del óvulo.

Factores infecciosos.- tuberculosis, sífilis, paludismo.

Factores tóxicos.- alcoholismo agudo

Factores físicos.- aplicación de rayos X y radiumterapia en el abdomen.

2).- Causas Exógenas, es decir, aquellas causas que actúan sobre el nuevo ser engendrado, antes del nacimiento, durante el alumbramiento o en los primeros periodos posteriores al alumbramiento.

Causas Exógenas

A).- Causas durante la gestación

Infecciosas.- infecciones agudas que actúan a través de la madre.

Tóxicas.- Intoxicaciones de tipo industrial.

Físicas.- Aplicación de rayos X

Alimenticias.- Hipoalimentación, hipovitaminosis.

Endócrinas y Matabólicas

Neurovegetativas.- Angustia intensa y duradera, prematuridad.

B).- Causas durante el alumbramiento.

Traumatismo del parto.- Sufrimiento fetal en el parto.

C).- Causas posteriores al alumbramiento

Hemorragia del cordón umbilical

Infección meningítica

Traumatismos Craneales.

Las variedades clínicas de la deficiencia mental -

H. Hallas (1972), las clasifica como a continuación se enumera:

1.- Subnormalidad mental producida por procesos infecciosos:

a).- Gastroenteritis del recién nacido

b).- Meningitis

c).- Sífilis congénita

d).- Encefalitis

e).- Rubéola congénita

f).- Enfermedades por inclusiones citomagálicas

g).- Toxoplasmosis

2.- Subnormalidad mental debida a traumatismos o a agentes físicos:

a).- preeclampsia y eclampsia

b).- Irrradiación intrauterina excesiva

c).- Lesiones intraparto

- d).- Incompatibilidad
- e).- Acción de drogas y medicamentos
- f).- Intoxicación por plomo

3.- Subnormalidad mental debida a alteraciones del -
metabolismo:

- a).- Alteraciones del metabolismo lipídico
 - I).- Idiocia familiar amaurotica (degeneración cerebromacular).
 - II).- Enfermedad de Niemann-Pick
 - III).- Enfermedad de Gaucher
 - IV).- Leucodistrofia metacromática (lipidosis sulfatídica)
- b).- Alteraciones del metabolismo de los aminoácidos
 - I).- Fenilcetonuria
 - II).- Tirosinemia
 - III).- Homocistinuria
 - IV).- Histidinemia
 - V).- Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce
 - VI).- Enfermedad de Hartnup
- c).- Alteraciones del metabolismo de los carbohidratos
 - I).- Gargolismo
 - II).- Galactosemia
 - III).- Hipoglucemia
- d).- Alteraciones del metabolismo mineral y electrolítico.
 - I).- Cretinismo
- e).- Alteraciones del metabolismo endocrino
 - I).- Enfermedad de Wilson (degeneración de generación - hepatolenticular)
 - II).- Diabetes insípida
 - III).- Hipomagnesemia

f).- Alteraciones nutritivas

I).- Desnutrición

4).- Subnormalidad mental debida a procesos cerebra

les postnatales:

a).- Neurofibromatosis

b).- Síndrome de Sturge-Weber

c).- Esclerosis tuberosa

d).- Enfermedad de Schiber

5).- Subnormalidad mental ocasionado por enfermedades y procesos de origen prenatal:

a).- Craneostenosis

b).- Hidrocefalia

c).- Hipertelorismo

d).- Microcefalia

e).- Síndrome de Laurence Moon-Biedl

f).- Ictiosis

6).- Subnormalidad mental ocasionado por aberración cromosómica:

a).- Síndrome de Down

b).- Síndrome del maullido de gato

c).- Anomalías de los cromosomas sexuales

I).- Síndrome de Klinefelter

II).- Síndrome de Turner

III).- Síndrome Triple-X

IV).- Síndrome XYY

7).- Subnormalidad mental en los prematuros:

a).- Prematuridad

b).- Kernicterus o ictericia nuclear

c).- Parálisis cerebral

8).- Cuadros de subnormalidad o deficiencia mental no clasificados.

Cytryn (1978), clasifica las causas de la deficiencia mental en:

I.- Factores Prenatales

A).- Transtornos del metabolismo de Aminoácidos

- Fenilcetonuria
- Enfermedad de Orina de Jarabe de Maple
- Enfermedad de Hartnup
- Transtorno del metabolismo del ciclo de la Urea.

B).- Transtornos del Metabolismo de las grasas

- Degeneración Cerebromacular: Enfermedad de Tay-Sachs, otros tres tipos
- Gangliosidosis GM₂, GM₁, Gangliosidosis 1 y tipo 2
- Enfermedad de Niemann-Pick

C).- Transtornos del metabolismo de los carbohidratos.

- Galactosemia
- Enfermedad del almacenamiento del glicógeno

D).- Otros transtornos del metabolismo

- Hipercalcemia ideopática
- Hipoparatiroidismo
- Mucopolisacaridosis
- Cretinismo por deficiencia de Yodo

E).- Aberraciones Cromosómicas

- Síndrome de Down
- Síndrome del Lirido de Gato (cri-du-chat)
- Trisomía 13
- Trisomía 18
- Trisomía 22

- Síndrome de Klinefelter
- Disgenesia Ovárica (Síndrome de Turner)

F).- Transtornos Autosómicos Dominantes

- Distrofia Miotónica
- Esclerosis Tuberosa (Epiloia)
- Neurofibromatosis

G).- Infecciones Maternas Durante el Embarazo

- Sífilis
- Rubeóla

H).- Complicaciones del Embarazo

- Toxemia del embarazo
- Diabetes Materna no controlada
- Efecto Teratogénico de Fármacos

II.- Factores Perinatales.

A).- Prematurez

B).- Retraso del crecimiento intrauterino

C).- Trauma al nacer

- Daño cerebral traumático
- Factores anóxicos

D).- Kerniterus

E).- Eritoblastosis Fetal

III.- Factores Posnatales.

A).- Meningitis Purulenta

B).- Meningoencefalitis Viral

- C).- Meningoencefalitis Aséptica
- D).- Intoxicación con plomo
- E).- Transtornos convulsivos
- F).- Parálisis cerebral
- G).- Malnutrición

IV.- Factores Socioculturales

- A).- Problemas Médicos: malnutrición, pobre cuidado perinatal.
- B).- Deprivación Emocional
- C).- Retraso Mental Familiar.

Las clasificaciones antes expuestas, a groso modo en este estudio, nos permiten observar la gran variedad de etiologías, de las diferentes manifestaciones en los deficientes mentales, por lo tanto, nos darán una fenomenología clínica y patología diferente.

Ya sea que algunos autores den mayor o menor importancia a unas u otras causas, podemos concluir, que la falta de capacidad intelectual en estos individuos ... "se deriva de una limitación en el desarrollo del cerebro, de una enfermedad o de una lesión cerebral que se produjeron durante o inmediatamente después del nacimiento, o bien es la consecuencia de una falta de maduración debida a los estímulos ambientales provenientes de fuentes familiares y culturales han sido insuficientes para estimular el desarrollo". (38).

(38).- Kolb, R.C.L. Psiquiatría Clínica Moderna. México, Ed. Prensa Médica Mexicana. 1981 p. 691.

En opinión de Chiva (1978) el conocimiento de la etiología de la deficiencia mental, unida a los cuadros psicológicos de estos individuos, aportan datos para los estudiosos de esta afección en el sentido de que proporcionan un mayor conocimiento de estos grupos, una comprensión de la conducta de los sujetos, y desde un punto de vista práctico, permitiría una mejor previsión de su posterior comportamiento.

PERSONALIDAD DEL DEFICIENTE MENTAL

El Cociente Intelectual del deficiente mental es bastante limitado lo cual plantea diversos aspectos en cuanto a la inadecuación de su personalidad, por lo tanto, los diferentes factores causantes de esta enfermedad ocasionan diferencias en el grado de funcionamiento intelectual y adaptativo. A cada patología corresponden simultáneamente una estructura y un funcionamiento comportamental específico.

Debido a este hipofuncionamiento intelectual el sujeto deficiente mental sufre diversas perturbaciones no sólo cuantitativamente sino también cualitativamente. Dependiendo del grado de deficiencia mental puede no afectar en igual grado a todas las capacidades funcionales del paciente.

La problemática conductual del deficiente mental se manifiesta en diversas maneras:

A).- Déficit intelectual que se hace patente por su lenta ideación, dificultad para adquirir habilidades nuevas, estas características se hacen notorias porque el sujeto tarda en reconocer los objetos que le rodean, presenta problemas de atención y concentración, asimismo, presenta incapacidad de planear lo que debe hacer en situaciones específicas.

Por falta de comprensión el paciente no se da cuenta de las consecuencias de sus actos, su atención es lábil y se distrae con mucha facilidad.

En opinión de Coronado (1980), existen en el sujeto deficiente mental perturbaciones en la conceptualización y en el razonamiento que obstaculizan el aprendizaje de nuevos con-

ceptos y habilidades.

Este déficit intelectual que se traduce en anomalías o disminución de la atención, concentración, memoria y el juicio le impiden el aprendizaje al sujeto deficiente mental.

B).- Siendo el lenguaje uno de los atributos más significativos de la inteligencia sufre perturbaciones que se manifiestan en hipofuncionamiento, el paciente deficiente mental se caracteriza por desarrollo tardío del lenguaje, balbuceo con inversión de letras y sílabas y/o supresión de partes de la oración. El lenguaje suele ser mal articulado y falta de modulación y expresión, siendo el vocabulario muy reducido. (Mayer-Gross, 1967).

Coronado (1980), estudió a 1200 sujetos con deficiencia mental en todas sus modalidades (graves, moderados y superficiales) y encontró trastornos graves del lenguaje correspondientes a deficientes mentales profundos, en estos individuos el lenguaje se limita a expresiones guturales o labiales, gritos incomprensibles y agolalia.

En el 48% de los casos con trastornos del lenguaje correspondientes a deficientes moderados y ligeros encontró una amplia gama de variabilidad del lenguaje como: oligolalia, dislalias, disartrias, disgrafías y dislexias.

C).- Los problemas emocionales forman también parte de los trastornos conductuales del deficiente mental y se manifiestan en inestabilidad emocional que se caracteriza por rápidos cambios en la esfera afectiva.

Para Not (1978), el deficiente mental se caracteriza

por la expresión desproporcionada entre las causas y las manifestaciones de sus emociones.

La inmadurez afectiva del sujeto con deficiencia mental se expresa por fases de pasividad, inercia, depresión y en otras ocasiones fases de agresividad, por lo tanto, sus reacciones son impredecibles. La conducta del deficiente mental es insegura, irregular, son sujetos que se inquietan fácilmente excitables por las emociones, en ocasiones presentan explosiones de cólera y violencia.

D).- Los sujetos con deficiencia mental presentan alteraciones psicomotoras significativas, que se manifiestan - en torpeza para los movimientos finos y gruesos, notándose dificultad para caminar, correr o saltar; su inadecuada coordinación muscular se traduce comúnmente en falta de destreza ma --nual. La dificultad para comer, vestirse y bañarse solos, así como el control de esfínteres son consecuencia de su incoordinación psicomotriz, condición que se hace más patente en sus -reflejos, motilidad y marcha.

La disminución de la inteligencia aunada a proble--mas emocionales, de lenguaje y psicomotrices repercuten de manera significativa en la vida de relación del deficiente mental.

"Los trastornos psicosociales se presentan en to--das las formas clínicas de este síndrome y resultan de la imposibilidad del deficiente mental para adaptarse al ambiente social en que vive, como consecuencia de la desarmonía que existe entre su escaso potencial bio-genético y las condiciones --

adversas de su ambiente familiar y social." (39)

E).- Dado el bajo desarrollo intelectual, lingüístico, psicomotor y del área afectiva el deficiente mental presenta un déficit del comportamiento adaptativo que se manifiesta en serias dificultades para la adquisición de normas sociales y disciplinas escolares. Asimismo, su autonomía socio-económica y socio-profesional es deficitaria o nula, sus respuestas de interacción son pobres, el logro de un comportamiento autónomo y socializador es mínimo y está incapacitado para tomar decisiones, los conceptos de tiempo y dinero son difíciles de adquirir dadas sus limitaciones.

En conclusión, el deficiente mental dado su déficit intelectual, aunado a problemas físicos y de salud, va conformando una personalidad inestable, con un pobre desarrollo del lenguaje con problemas de comportamiento debidos a la inadaptación e inadecuación social, con experiencias limitadas tanto familiares como académicas y sociales.

Al analizar este breve esquema de la personalidad del deficiente mental no debemos olvidar que cuanto más profunda sea la deficiencia, más restringido se hallará el enfermo, es decir, el cuadro clínico del deficiente mental se incrementará con diversos trastornos.

Tanto la persona normal como la aquejada de deficiencia mental tienen limitaciones y posibilidades en mayor o menor grado para desarrollar su personalidad, y en la medida que conoz

(39).- Coronado, G. Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. México, Ed. C.E.C.S.A. 1980 p. 162.

camos sus potencialidades y limitaciones podremos programar la atención y educación del deficiente mental.

Cytryn (1978), expresa que a través del conocimiento de la personalidad del deficiente mental se pueden implementar estrategias tendientes a brindar a estos individuos un ambiente familiar debidamente estimulante, un entrenamiento educativo y vocacional para que el sujeto deficiente desarrolle una buena adaptación socio-cultural, que en consecuencia, le proporcionen la posibilidad de establecer interacciones y vinculaciones interpersonales adecuadas.

No obstante, menciona, que este proceso está lleno de riesgos a comparación del camino que tienen que recorrer los sujetos normales y que estos riesgos se incrementan en proporción directa al grado de deficiencia mental.

SOCIEDAD Y DEFICIENCIA MENTAL

Al nacer en el seno de la sociedad, somos parte integrante de ella, el individuo deficiente mental tiene su origen en la sociedad, y por lo tanto, es miembro de ésta.

Aunque en la actualidad, el deficiente mental se ve condenado a vivir una experiencia dramática de segregación, de aislamiento suyo y de su familia, por la sociedad.

Para el deficiente mental representa una ardua tarea adaptarse al medio ambiente social en que vive, como consecuencia de la disonancia que existe entre su limitado potencial cognitivo y biopsicogenético y las condiciones adversas de su ambiente familiar y social. (Coronado, 1981)

La inadecuación social aunada y propiciada en muchos casos, por la sociedad, dan como resultado que los individuos deficientes mentales experimenten muchas más frustraciones y fracasos que la mayoría de las demás personas. (Ingalls, 1982).

La actitud que guarda la sociedad con respecto al individuo deficiente mental fue estudiada en 50 familias por Ochoa y Rodríguez (1985), encontrando que el 84% de las familias manifestó que la sociedad rechaza al deficiente mental por creer que la enfermedad es contagiosa y que sus hijos normales pueden adquirir malos hábitos del deficiente mental y un 16% de los casos mostró una actitud de aceptación con respecto al deficiente mental.

La aceptación del deficiente mental por otros niños en el ámbito residencial, en escenarios donde se practiquen actividades recreativas y/o escolares, dependerá en medida considerable de las actitudes personales, el grado de tolerancia y -

comprensión expuestos por los padres de sus compañeros.

A partir de las actitudes de rechazo hacia el deficiente mental, se inicia un proceso de distanciamiento social y segregación en el que hasta los padres pueden participar en ciertas circunstancias. Sin saber que la integración social - del deficiente mental es de suma importancia para su desarrollo y la conservación de su personalidad.

Al hablar de la integración social del individuo con deficiencia mental se tiene que incorporar a su familia, a la comunidad, a los grupos de juego, la escuela y la vida pública, esto es, la integración social de los deficientes mentales es la integración a la sociedad en conjunto, es decir, la integración en la vida social conjuntamente con los no deficientes.

Al mismo tiempo, la integración social involucra fomentar cualidades personales y sociales que permitan el buen - entendimiento mutuo y faciliten la adquisición de una experiencia en todos aquellos aspectos diarios y prácticos de la vida, imprescindibles para vivir en comunidad.

A juicio de Edgerton (1980), debe proporcionarse un medio ambiente social y educativo estimulantes a los niños clínicamente retrasados, ya que de esta manera los individuos deficientes mentales participaran de las experiencias comunes de una colectividad.

Facilitar la integración de las personas deficien--tes mentales es tanto como facilitarles compartir las experiencias de otras personas en situación vital análoga con personas de su misma edad y en idéntico entorno social, salvo el aspecto de la deficiencia mental.

El proceso de socialización significa que el deficiente mental se identifique dentro de un grupo de personas, -- primero en la familia, luego en la escuela y posteriormente en la sociedad. Al identificarse como ser social el deficiente -- mental le permite saberse hombre o mujer, saberse parte de -- ciertas actitudes, que se esperan de él. Claro está, que esta integración social estará en gran medida condicionada por el -- tipo y el grado de deficiencia mental.

La integración social es llamada en Suecia desde -- 1969 como principio de normalización que consiste en instaurar formas de comportamiento que correspondan en el mayor grado po -- sible a las normas que rigen en la sociedad.

Lambert (1981), expone como aplicaciones del princi -- pio de normalización en Instituciones las siguientes:

1.- Instalación de un ritmo cotidiano normal, que -- corresponde a la sucesión de las actividades de los individuos no retrasados.

2.- Posibilidad de acceder a todos los tipos de ac -- tividades disponibles para los normales (trabajo, educación, -- diversiones).

3.- Organización de una sociedad heterosexual, en -- el seno de la cual las relaciones afectivas entre los sexos de -- ben ser idénticas a las que se encuentran en la sociedad nor -- mal.

4.- Adopción de medidas legales tendientes a permi -- tir a los retrasados que lleguen a ser ciudadanos plenos (liber -- tad de asociación, derecho de voto, ejercicio de su sexualidad, etc).

5.- Desarrollo de las instituciones en unidades residenciales, basadas sobre el tipo de la casa familiar, en las que las normas arquitectónicas respondan a las exigencias de la vida privada.

6.- Integración de los retrasados en la comunidad de un modo completo (residencias individuales o en pequeños - grupos) o parcial (posibilidad de desarrollar actividades socio-económicas durante el día como en el caso de los talleres protegidos).

Debemos estar conscientes que los objetivos de normalización no serán alcanzados en cuanto la sociedad no permita que el individuo deficiente mental se integre a la comunidad; en el momento en que el sujeto disminuido se integra verdaderamente es cuando entra en un proceso de interacción en el que - ambas partes (deficientes y no deficientes) tienen relaciones sociales recíprocas.

En conclusión, debemos respetar antes que nada la - individualidad de la persona rodeada de un contexto particular y propio y brindarle la oportunidad de vencer sus limitaciones hasta donde sea posible.

LA FAMILIA DEL DEFICIENTE MENTAL

La familia es de todas la influencia individual -- más importante para un niño en desarrollo. (Amezúa, 1973; Cytryn, 1978; Ingalls, 1982).

En consecuencia de acuerdo con Leñero (1976) - * - ... "la familia puede inhibir el desarrollo personal de manera tajante; otras, al contrario, puede favorecer el desarrollo social y humano en forma decisiva." (40)

La familia como unidad reproductora y como medio socializador le enseña al niño lo necesario para vivir en sociedad, lo prohibido, lo permitido, es decir, normas y valores, - es protectora de la salud, de necesidades físicas y psíquicas.

La manifestación de cariño entre los miembros del - núcleo familiar promueven un desarrollo con confianza, básica para el individuo. No obstante, la gama de variación es enorme, cuando las condiciones de vida son adversas varía la relación de la fórmula, donde su expresión se transforma y los conflictos comunes se agudizan.

Esto nos da una idea de la complejidad que implica la comprensión de la familia, ya que esta conformada por personas, en movimiento, que tienen tanto características sociales como particulares y cuya combinación da origen a formas específicas de ser, pensar y actuar.

(40).- Leñero, O.L. La familia. México, Ed. Edicol, S.A. 1976. p. 22.

Cada familia tiene su propia historia, un sistema de valores personales, modos de relación únicos con los que se rodea, sus tradiciones, esperanzas e ilusiones antes y después del nacimiento de cada uno de sus hijos, hábitos de vida, tipo de habilidad, la conjunción de estos elementos hacen en ella -- una microsociedad original.

El hombre y la mujer al unirse, depósitan todas -- sus metas, aspiraciones y esperanzas de conformar una familia feliz; estas expectativas se ven reflejadas con el advenimiento de los hijos.

La llegada de un hijo normal significa una alegría y una esperanza para los padres y familiares, cuando este hijo nace con una deficiencia mental, todo el andamiaje familiar su fre un fuerte impacto, ya que su mentalidad de triunfo y eleva das aspiraciones para con su hijo se ven frustradas.

Los padres al saber que tienen un hijo deficiente - mental les ocasiona un choque emocional que provoca incredulidad y rechazo ante la noticia, para los padres significa una - experiencia traumática ya que representa una imagen totalmente diferente a la que ellos se habían formado con respecto a - la formación de su hijo.

El tener un hijo que nunca podrá llenar sus necesidades de perdurabilidad, produce una frustración muy grande en los padres, de momento todo es tan desconcertante que no lo -- puede creer; esto los angustia mucho y el panorama que se les presenta es muy desconsolador.

La conmoción es la primera reacción que experimentan los padres al enterarse que su hijo es deficiente mental, reacción muy importante tanto, para los padres como para el niño, ya que surge el rechazo automático y por consiguiente la incapacidad emocional de atender al niño cuando más lo necesita, ya que desde esta etapa se generarán los sentimientos de seguridad y de confianza.

Ante esta confusión los padres se encierran en un estado emocional que les impide comprender, todo cuanto se les diga acerca de su hijo deficiente mental.

Los padres del niño deficiente mental, han de enfrentarse al hecho de que su hijo es así, claro está, que el surgimiento de esta toma de consciencia, varía en cuanto a tiempo; quizá se produzca súbitamente o en un período de años.

Pero una vez que los padres reconozcan este hecho, es probable que busquen la causa de tal tragedia. (Edgerton, - 1980).

Esta búsqueda de un diagnóstico va encaminado a encontrar algún medio para curar el retraso o para prevenir que suceda lo mismo a otros hijos que pudieran posteriormente tener; esta época de diagnóstico inicial, es experimentada con gran tensión y angustia, en donde se da una desorganización emocional cuya base es la ansiedad con los fallos comprensivos de la realidad, los mecanismos defensivos de los padres funcionan con debilidad o de forma exacerbada, esta alteración de los mecanismos de defensa da como consecuencia que se dificulte el reconocimiento de la realidad.

Una vez constatado el diagnóstico y aún teniendo, los padres pruebas tangibles, temen afrontar la verdad, creándose un estado de perplejidad, indecisión, confusión y una creciente ansiedad hacia la expectativa de curación del hijo deficiente mental, reacciones que afectan tanto a los padres y hermanos como al propio deficiente mental. (Kohler, 1981)

Al no aceptar los padres el diagnóstico, creyéndolo erróneo acudiran infructuosamente a la búsqueda de la opinión de un médico a otro, esta forma de actuar de los padres la realizan con la finalidad de una búsqueda desesperada de encontrar otra causa del fracaso del niño. (Erickson, 1981).

Tanto la búsqueda de un diagnóstico diferente, la espera de curas milagrosas o promesas de tratamiento, dan origen a tremendas erogaciones de dinero y crearse falsas expectativas, ... "aún cuando las familias invierten considerable tiempo en busca de la causa sería mejor que lo empleasen intentando evaluar el presente grado de deficiencia del niño y realizando proyectos relativos a su futuro." (41)

Las actitudes de los padres del niño deficiente mental al recibir la noticia de que su hijo tiene un impedimento intelectual y adaptativo son de: rechazo, culpabilidad, sobreprotección, vergüenza, ambivalencia y aceptación.

(41).- Edgerton, R. Retraso mental. España, Ed. Ediciones Morata. 1980 p. 61.

- Actitudes de rechazo

Ramón de la Fuente (1976), manifiesta que en la mayoría de los casos los padres rechazan al niño deficiente mental ya sea abiertamente o en forma encubierta.

Cabe mencionar, que las actitudes de rechazo pueden presentarse tanto en el padre como en la madre, esta actitud se presenta al nacimiento del niño deficiente mental que perturba la vida de toda la familia y destruye, en muchos casos, el equilibrio socio-familiar, al crear un sinnúmero de tensiones y problemas. (Raventos, 1969).

Coronado (1980), argumenta que las actitudes de franco rechazo de los padres coexisten con sentimientos de angustia, desesperación, rebeldía y deseos de muerte con respecto al hijo deficiente mental; presentándose un desencadenamiento de relaciones agresivas entre los miembros de la familia.

Este mismo autor, estudio la conducta de los padres con sus hijos deficientes mentales, en los resultados de su investigación encontró que los padres rechazaban y agredían a la vez a sus hijos en un 46%, los agredían y a veces con crueldad en el 25%, y los abandonaban física y moralmente en un 18% de los casos estudiados.

Por su parte, Ochoa y Rodríguez (1985), investigaron las actitudes de rechazo ante un hijo deficiente mental en cincuenta familias mexicanas, encontrando que el 64% de los casos percibe al hijo deficiente mental como generador de conflictos familiares, siendo en ocasiones el pretexto para que uno

de los cónyuges abandone el hogar, siendo éste por lo regular - el padre.

- Sentimientos de Culpa.

Después de atravesar por actitudes de rechazo con respecto al hijo deficiente mental, los padres se vuelven rencorosos y propensos a culparse el uno al otro. Otras veces se autoculpan por creerse responsables del déficit de su hijo. (Cassells, 1979).

Al surgir este sentimiento de culpa, los padres reaccionan tratando de investigar en cual de los reside el mal, y lo más común es que los padres se culpen unos a otros de su desgracia y difieran en lo que se debe hacer con el niño, y en lugar de acercarse más, se producen problemas que frecuentemente en algunos casos llegan a la desintegración familiar.

- Actitudes de Sobreprotección.

Los sentimientos de culpa de los padres hacen que actúen con sobreprotección hacia su hijo con deficiencia mental.

Esta forma de actuar es asumida por los padres para compensar la deficiencia de su hijo, para no proyectar abiertamente su agresión. En opinión de Edgerton (1980), el motivo de la sobreprotección de los padres hacia su hijo puede ser psicológico, ya que los padres temen que cualquier cosa que le pueda suceder al niño deficiente mental aumentará sus sentimientos de culpa.

La sobreprotección es utilizada por los padres como una forma de sobrecompensación por algunos comportamientos que

piensan que el niño no tiene.

La sobreprotección puede conducir a que se pierda - de vista las necesidades del niño deficiente y a incrementar - sus limitaciones. (Cytryn, 1978).

- Sentimientos de Vergüenza.

La actitud de rechazo hacia el hijo deficiente mental en algunos casos propicia que los padres se sientan avergonzados por tener un niño deficiente.

La vergüenza provoca el aislamiento de la familia - ante sus actividades, enclaustrándose y empobreciendo el proceso de socialización y de integración de su hijo.

- Sentimientos ambivalentes.

Muchos padres experimentan sentimientos ambivalentes con respecto a su hijo deficiente mental, en ocasiones sienten amor y en otros momentos se sienten aflijidos, angustiados y - hasta rechazantes; esto se debe a que, realmente quieren a su hijo, pero no aceptan sus impedimentos y sufren por ello.

Estos sentimientos de ambivalencia van apareados con actitudes similares con respecto a los métodos educativos de su hijo deficiente lo cual repercutirá en obstaculizar el desarrollo del niño.

Las reacciones anteriormente descritas, dependerán - fundamentalmente de la personalidad de los cónyuges, de la forma en que se den cuenta de la conducta de sus hijos la satisfacción en otras áreas de la vida, su situación económica, el

grado de adecuación de la relación matrimonial y el número de hijos en la familia. (Cytryn, 1978; Castells, 1979; Edgerton, 1980; Erickson, 1981).

Los cónyuges que antes del nacimiento del niño deficiente mental, desempeñan un nivel aceptable de adaptación, que poseen una autoimagen positiva y cuyo matrimonio es estable tendrán pocas dificultades para mantener el bienestar de todos los componentes del núcleo. Por el contrario, los cónyuges que estaban teniendo problemas en sus vidas por ser emocionalmente inmaduros y por estar dominados por conflictos psicológicos antes del nacimiento del niño seguirán teniendo problemas para enfrentar la situación precipitando en ocasiones al colapso familiar.

En éste último caso, donde las dificultades familiares ya existían antes del nacimiento del hijo deficiente mental, son justificadas a través del niño en donde se piensa que su llegada a traído consigo problemas psicológicos, emocionales y económicos, no es raro que al hijo deficiente se le asigne el papel de "chivo expiatorio". En estos casos, el niño deficiente mental no propicia nuevos problemas para la integración familiar, sino que solamente agrava los problemas ya existentes.

Las actitudes y sentimientos de los padres del deficiente mental agravan la situación de éste, ya que reaccionan irracionalmente al problema, ya que la confusión de ideas, reacciones y sentimientos los hacen incapaces de aceptar realísticamente al niño deficiente mental tal como es. (De la Fuen

te, 1976).

A juicio de Coronado (1980), los problemas de conducta del niño y del adolescente deficiente mental, obedecen a causas provenientes del mismo niño, pero esta causalidad, se ve incrementada por las actitudes de la familia de éste.

Ante los problemas vividos por la familia del deficiente mental, repercute de forma significativa en el bienestar y eficacia de toda la familia.

En nuestra sociedad, la familia tiende a ser patriarcal, otorgándose al padre el poder máximo sobre la esposa e hijos. Pero esta característica se conlleva con un signo contrario (matriarcal) en lo concerniente al cuidado de los hijos. Este hecho, se acentúa en la familia del deficiente mental, originándose una distribución de funciones de forma que el padre asume una mayor participación formativa respecto a los hijos sanos mientras que la madre tiende en general a dar más atenciones -- afectivas y cuidados a su hijo deficiente mental, relegando en algunas situaciones a los otros hermanos, que se sienten así desplazados.

Las crisis por las que atraviesan los padres así como la organización de roles con respecto al hijo deficiente mental producen invariablemente una serie de problemas que afectan al grupo familiar, tanto a los padres como a los hermanos del deficiente mental.

Sin lugar a dudas como señala Castells (1979), --
"Las actitudes y decisiones asumidos por los padres de un hi-

jo deficiente mental serán similares en los hermanos del niño con deficiencia mental." (42)

Ingalls (1982), en su libro titulado "El retraso mental, una nueva perspectiva" cita la investigación efectuada en 1972 por Grossman donde entrevistó a varios estudiantes de Bachillerato que tenían una hermano o hermano deficiente mental con la finalidad de conocer sus reacciones y encontró: que el 55% de los entrevistados sentía que la experiencia les había dañado, ya que expresaron tener sentimientos de culpa por tener mejor salud que su hermano(a), también remordimientos por tener sentimientos negativos hacia él, y algunos chicos manifestaron resentimientos por las atenciones y tiempo que no les dedicaron a los hijos normales a diferencia del -- hermano deficiente mental.

El porcentaje restante expresó que su hermano deficiente mental había sido una experiencia que les había beneficiado ya que aprendieron a ser más tolerantes, compasivos y -- sensibles, y a consecuencia de esta experiencia apreciaban más su inteligencia y buena salud. "Algunos también sentían que -- esa experiencia había unido más a la familia." (43)

Los padres que aceptan a su hijo deficiente mental están en capacidad de alentar a los hermanos del deficiente mental a comprender y aceptar al hermano disminuido y prepararlos

(42).- Castells, C.P. Los subnormales. Colección: Los marginados. España, Ed. Dopesa. 1971 p. 56.

(43).- Ingalls, R. Retraso mental: una nueva perspectiva. México, Ed. El Manual Moderno. 1982 p. 300.

para cumplir su rol de ayuda, con tacto, sin imponerlo como - una obligación, ya que puede resultar contraproducente.

- Sentimientos de Aceptación.

Los padres de un deficiente mental difícilmente pueden olvidarse de la serie de problemas a los que tuvieron que enfrentarse, acudiendo de médico en médico, posponer su vida social, por lo tanto, la aceptación de la situación es igualmente difícil.

Cuando finalmente los padres entran a la etapa de aceptación de la realidad, Castells (1979) se refiere al momento en ... "que los padres han acordado un cierto tipo de paz - que les permite encarar el futuro y que han llegado a un punto en el cual pueden aceptar ayuda." (44)

Este período de aceptación de la realidad significa que los padres ya son capaces de enfrentarse a la inválidez - psíquica, física e intelectual del hijo pudiendo adoptar actitudes constructivas, reduciendo el nivel de la carga emocional, este período difiere de familia a familia y en alguna de ellas nunca llegan a alcanzar este nivel, algunas otras lo logran con ayuda terapéutica.

En opinión de Edgerton (1980), la aceptación del hijo deficiente mental por sus padres involucra una reacción saludable ante este hecho, asimismo, la aceptación permite que - los padres estén plenamente conscientes tanto de las limitaciou

(44).- Castells, C.P. Los subnormales. Colección: Los marginados. España, Ed. Dopesa. 1971 p.p. 23-24.

nes como de las potencialidades de su hijo. Los padres que aceptan las capacidades de su hijo deficiente mental equilibran sus sentimientos, dejando fuera de sí, los sentimientos de vergüenza, compasión y culpa; creando con esta actitud el buen funcionamiento de la familia. Igualmente, esta actitud significa proporcionar al hijo deficiente mental los servicios específicos a sus necesidades tanto en el orden educativo, médico y recreativo. Y otorgándole el tiempo y atención que realmente requiere su hijo deficiente mental.

Para llegar a esta actitud de aceptación, se debe partir de la base de no ocultar al hijo deficiente mental, así como superar sus sentimientos de culpabilidad y vergüenza originados por la frustración de sus esperanzas.

En síntesis, la presencia en la familia de una persona incapacitada por deficiencia mental puede constituir una carga de tensión emocional e influir de forma desfavorable en el bienestar y eficacia de toda la familia.

La base para que los padres acepten al hijo deficiente mental es que tomen consciencia y acepten las incapacidades y limitaciones de su hijo.

La forma en que los padres se adapten a esta situación es crucial para el bienestar futuro no solamente del niño deficiente mental sino de toda la familia. Ya que una actitud negativa llega a veces a separar y a destruir a la familia.

En el momento en que los padres acepten la deficiencia de su hijo mayores serán las posibilidades de rehabilita-

ción, ya que si el niño deficiente mental se le otorgan los cuidados apropiados, una educación temprana adecuada a su problema, un ambiente acogedor y lo más normal posible, el problema intelectual ira atenuándose poco a poco hasta conseguir en la mayoría de los casos, una integración importante y satisfactoria.

En conclusión, el que los padres se ubiquen en la realidad de tener un hijo deficiente mental no es fácil, pero es imprescindible para evitar fracasos en las potencialidades reales de su hijo deficiente mental y en su actitud, está aceptación del hijo creará y fomentará un trato más humano que le permita a su hijo vivir su infancia, aún con limitaciones dentro de un clima de afecto y comprensión, tan necesarios para aspirar a resultados positivos en su adaptación, conducta y aprendizaje.

En el momento que los padres, acepten plenamente el hecho que su hijo es deficiente mental y que no experimenten angustia hacia este hecho, promueven la integración intrafamiliar y en consecuencia, la integración del individuo deficiente mental en la comunidad.

SEXUALIDAD EN EL DEFICIENTE MENTAL

La información acerca de la sexualidad y expresión de ésta entre los deficientes mentales se encuentra enormemente condicionada por una auténtica ignorancia en este campo. "Siempre que se habla de la sexualidad del deficiente mental pareciera que hubiera una barrera que impide investigar o "divulgar" la conducta sexual de éstos jóvenes." (45)

La idea de los deficientes mentales como niños que no progresan junto con el mito de que los subnormales son peligrosos han contribuido por igual a la actitud negativa que se tiene hacia su comportamiento sexual.

Las actitudes ante la sexualidad de los deficientes mentales son reflejo de las actitudes ante la sexualidad en general. Estas actitudes dependen de características personales tales como: edad, sexo, nivel educativo, religión y ocupación.

Es una idea muy arraigada en la gente que el comportamiento sexual del deficiente mental es de alguna manera diferente del de las personas normales. Hay quienes creen que los deficientes mentales carecen de pulsiones y deseos sexuales que tienen la sexualidad adormecida y por tanto el deficiente es considerado o bien como un niño inocente o como un ser inepto que no experimenta ningún sentimiento sexual.

Sin embargo, existe el punto de vista contrario, es

(45).- Ibid. p. 39.

decir, el deficiente mental está sometido a impulsos sexuales incontrolables. Hasta la fecha no existe ningún estudio que - a severe que estas dos condiciones son propias y exclusivas del individuo con deficiencia mental.

Kirkendall (1982), nos dice que "Tradicionalmente - hemos considerado la sexualidad del niño, especialmente en el mentalmente retrasado, como algo que no debería estar ahí, que debe ser eliminado, controlado, vencido." (46)

Los deficientes mentales son seres humanos dotados de sexualidad, no obstante, su forma de expresión esta condicionada a diferencias debidas a la edad, sexo, grado de deficiencia mental, características individuales y familiares. (Gordon, 1976; Gordon, 1981; Katz, 1985).

Lafon (1978) encontró en sus investigaciones con deficientes mentales que en la mayoría de los casos estudiados la fisiología genital del deficiente mental es normal; la edad de la pubertad no se retrasa mucho en general y la regularidad de la menstruación es satisfactoria. Asimismo, descubrió que la - expresión de la sexualidad en los deficientes mentales es difícil debido a sus limitaciones intelectuales y a la pobreza de su lenguaje, es decir, el comportamiento sexual va en consonancia a sus posibilidades intelectuales.

El desconocimiento de como encausar la conducta sexual de los deficientes mentales da como resultado un gran te-

(46).- Rubin, I. y Kirkendall, L. Preguntas del adolescente. Ed. Pax-México. 1982 p. 242.

mor a que éste la ponga en práctica, por ejemplo, en la práctica de comportamientos homosexuales y masturbatorios.

La homosexualidad, como lo analizamos con anterioridad en el capítulo primero, es una etapa del desarrollo normal, etapa que se da con mayor frecuencia en el deficiente mental debido a que la posibilidad de establecer relaciones heterosexuales son limitadas por su familia y por la sociedad, por lo tanto, los comportamientos homosexuales de los deficientes mentales son comportamientos sustitutivos por falta de otros a su alcance.

En opinión de Katz (1985), las relaciones homosexuales de carácter más duradero se dan especialmente en las instituciones de gente del mismo sexo donde no existe oportunidad de que se relacionen hombres y mujeres, al mismo tiempo que expone que ésta forma de sexualidad irá en disminución según se vaya dando a los deficientes mentales la posibilidad de llevar una vida lo más sana posible, dado que tienen derecho a ejercer su sexualidad.

Al igual que la homosexualidad la masturbación en el deficiente mental se presenta como único medio al alcance de posibilidad de descargar su tensión sexual, cabe mencionar que para la mayor parte de los deficientes mentales la masturbación suele ser el único modo posible de vivir y manifestar su sexualidad.

La familia como transmisor de ideas, valores y actitudes o como generadora de patologías, juega un papel muy -

importante en lo que respecta a la sexualidad del deficiente mental.

A juicio de Monroy (1977), la educación sexual es impartida por los padres en forma consciente o inconsciente - a través de las actitudes; entendiéndose por educación sexual la construcción de ... "actitudes y patrones de conducta sexual de modo que se vinculen a un vivir deseable en la comunidad, a la aceptación de una responsabilidad social y a las relaciones entre ambos sexos." (47)

Los padres con hijos deficientes mentales les niegan a éstos la educación sexual a veces por ausencia de conocimientos y en otras ocasiones tampoco la otorgan para protegerlos de las exigencias sociales, ya que estas son consideradas por encima de sus capacidades. (S. Bass, 1976).

En el momento en que se presentan intereses sexuales en el deficiente mental y los padres se percatan de ello, es el momento en que surgen en los progenitores temores de un posible abuso sexual a la hija, temor que incluye el miedo al embarazo y la participación de la conducta sexual anormal en el muchacho deficiente mental. (Simmons, 1980; Hall, 1980)

En estas circunstancias los padres optan por la negación total de la sexualidad de sus hijos, y cuando piensan que la conducta sexual es inminente optan por la esteriliza-

(47).- Ausubel, D.P.; Pressey, S.L.; et. al. Familia y sexualidad. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1965 p. 121.

ción de sus hijos, estos factores influyen para que los jóvenes tengan una carencia total de información sexual.

Las actitudes de los padres ante la sexualidad de sus hijos deficientes mentales se puede constatar por las investigaciones realizadas por Tarim (1979) en Valencia, España con 1767 padres de deficientes mentales, encontrando que el 12.78% de su población había proporcionado información sexual a sus hijos, el 22.41% de los padres no lo hizo porque argumentaban que no se atrevieron hablar sobre el tema y el 39.93% restante tampoco la transmitió porque consideraron que sus hijos no comprenden la información, al mismo tiempo, este investigador descubrió que el 90.21% de los padres no creen en la posibilidad de que sus hijos puedan establecer relaciones sexuales normales.

Otro estudio interesante de mencionar es el realizado por Aizpurúa (1985), donde investigó el grado de tolerancia de los padres con respecto a la sexualidad de sus hijos deficientes mentales. (Ver tabla No. 3).

Tabla No. 3

TABLA No. 3

Tabla No. 3 .- Escala de tolerancia de padres con hijos deficientes mentales con respecto a proporcionales información sexual.

Contenido (Items)	Porcentaje de aceptación
Proporcionar información sexual a sus hijos	82
Información sobre anticonceptivos	64
Aborto	63
Masturbación	61
Uso de anticonceptivos	60
Esterilización	60
Relaciones sexuales entre deficientes	55
Matrimonios entre deficientes	48
Homosexualidad masculina	39
Besos y caricias	31
"Petting"	16
Homosexualidad femenina	14
Dejarles establecer relaciones sexuales	6

Es importante señalar, que este autor encontró que la tolerancia de los grupos de padres dependen de sus características individuales como la edad, religiosidad y nivel educativo, así como las características de sus hijos tales como el sexo y el grado de deficiencia mental.

La conclusión a la que se llegó en este estudio - fue que existe una disminución de la tolerancia a medida que se generaliza la expresión de la sexualidad.

Las actitudes de los padres con respecto a la sexualidad de sus hijos deficientes mentales dan como consecuencia que éstos no posean de forma mínima información sexual correcta - de algún tipo.

Comúnmente la información que se enseña a los hijos consiste en ... "no confiar en los extraños, pero rara vez se especifica el crimen sin nombre que los amenaza." (48)

Otra actitud que se da frecuentemente en los padres es aislar a sus hijos deficientes mentales de sus contemporáneos ocasionando que se limiten sus oportunidades de relacionarse heterosexualmente.

Los temores de los padres, acerca del abuso sexual, la práctica de conductas sexuales inadecuadas y la explotación sexual, hacen que crean que la esterilización es la mejor alternativa de protección para sus hijos deficientes mentales.

Por otra parte, la sociedad espera que el deficiente mental adopte un comportamiento sexual, socialmente aceptable y que controle sus impulsos pero los padres y la misma sociedad no le ofrecen prácticamente ningún entrenamiento que lo capacite para dirigir su sexualidad de una manera responsable. (Gordon, 1981).

Debemos reconocer que la ignorancia en nada ayuda a la obtención de conductas adecuadas en los deficientes mentales, que ocasiona que sean fáciles víctimas de explotación y engaño, asimismo, su deficiencia mental y su falta de información sexual los hace ser sujetos aún más vulnerables de posibles peligros.

En conclusión, si mentalmente el deficiente no da un Coeficiente Intelectual normal, sexualmente no tiene porque presumirse que su capacidad sea subnormal. En cuanto a la ---

información sexual que posee y las posibilidades de establecer relaciones interpersonales heterosexuales son los aspectos en el que puede ser considerado como afectado por una mayor dificultad de expresividad y racionalidad si lo comparamos con el no deficiente mental. (Gordon, 1981).

La falta de otro tipo de satisfacción sexual es la causa más frecuente de la masturbación y homosexualidad del - deficiente mental. Las pulsiones sexuales de los deficientes mentales siguen frecuentemente otras direcciones cuando carecen de relación con el sexo opuesto y una adecuada información sexual.

El niño deficiente mental, tiene derecho a la educación sexual desde una edad temprana, no sólo para salvaguardar le de posibles peligros, sino para ayudarle a desarrollar su - potencial al máximo y a convertirse en un miembro activo de la sociedad en vez de una carga para ella.

Tanto los aspectos sexuales y sociales en la que se encuentra inmerso el deficiente mental deben de entablarse de manera formativa y comprensiva, dado que éstos aspectos no se pueden separar del ser total.(S. Bass, 1976).

El conocimiento sobre el funcionamiento sexual permitirá al sujeto deficiente mental comprender -claro está, - con sus limitaciones- sus impulsos sexuales.

Con respecto a la sexualidad del individuo deficiente mental hay muchas interrogantes que por falta de estudios - en esta área no se pueden contestar por el momento.

Las investigaciones que sean realizadas sobre este

tema nos brindarán la oportunidad de diseñar programas de educación sexual específicos para esta población y ante todo de no referirnos a que el deficiente mental posee una conducta sexual igual a la sexualidad del no deficiente, ya que tendemos a establecer comparaciones y en este caso la normatización no es equiparable, porque se trata de sujetos con diferentes características.

Por el contrario, con bases sólidas referirnos al hablar de la sexualidad del deficiente mental, como su propia sexualidad, la suya, tal y como él es capaz de vivirla como hombre o como mujer, tal y como le corresponde a él, a su personalidad, dentro de sus condiciones y circunstancias propias.

Ya que independientemente de la capacidad intelectual, todo individuo tiene el derecho al libre acceso a la información necesaria sobre sexualidad y a la expresión y el ejercicio de la misma.

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Por lo anteriormente expuesto, nos podemos percatar que las recientes investigaciones con respecto al individuo deficiente mental hacen referencia a un principio básico: La normalización, es decir, integrar al deficiente mental a la vida en comunidad abocándose a los aspectos familiar, social, educativo y recreativo. Sin embargo, el aspecto sexual del sujeto con déficit intelectual en pocos estudios es considerado como esencial.

Tomando como punto de partida que nacemos con un sexo asignado, que la sexualidad es parte integral del individuo sea éste deficiente o no deficiente mental y que vivimos en una sociedad heterosexual, consideramos una necesidad y un derecho el brindar información sexual a toda persona independientemente de su capacidad intelectual.

Ahora bien, esta necesidad surge de programar la educación sexual del sujeto deficiente mental ya que debemos estar conscientes que esta población es un sector aún más vulnerable al engaño y explotación sexual.

Para planificar esta educación sexual es prioritario explorar que tipo de información sexual poseen los deficientes mentales, para que con base a los conocimientos sexuales que éstos posean ubicarlos en grupos en donde el proceso de enseñanza sea satisfactorio y ayudarles a desarrollar sus

potencialidades para que puedan vivir y ejercer libremente - su sexualidad.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

Se encontrará mayor conocimiento sexual en los indicadores de Identificación Sexual, Funciones Corporales y Organos Sexuales en los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial a comparación de los indicadores de Embarazo, Area Emocional, Parto y Contraceptivos que en los púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

Sujetos:

El grupo de sujetos que participaron en nuestro estudio se componía de 10 hombres y 6 mujeres, 10 sujetos con deficiencia mental superficial y 6 con deficiencia mental moderada; cuyas edades fluctuaron entre los 10 años 6 meses a 25 años, todos inscritos en el Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan.

Obtención de la muestra:

Aunque en el proyecto de nuestro estudio se tenía planeado trabajar con una muestra representativa de púberes--adolescentes con deficiencia mental superficial y moderada --compuesta de 120 sujetos en total, esto no fue posible dado que las autoridades de los Institutos de Educación Especial negaron su autorización para llevar a cabo dicho proyecto; --pues argumentaron que los deficientes mentales son seres asexuados, que son sujetos sin problemas de tipo sexual, que son " niños " que no comprendían la información sexual pues no están en contacto con ella y que se tendrían demasiados problemas con los padres de familia.

De diez Instituciones a las que se dirigió una solicitud, solamente una Institución autorizó la investigación ofreciendo su colaboración de manera incondicional.

Las actitudes de rechazo y los prejuicios ante la sexualidad del deficiente mental restringió de manera determi

nante que el acceso a la población fuera tan restringida, y -- por lo tanto, no se logró conformar de manera aleatoria en -- vista de los obstáculos ya descritos, por lo cuál se recurrió a un muestreo no probabilístico de carácter intencional.

Tabla No. 1

Tabla No. 1.- Distribución de las características de la población de deficientes mentales según su edad, sexo y diagnóstico.

Sujetos	Edad	Sexo	Diagnóstico
1.-	10.6	Masculino	Def. mental superficial
2.-	10.6	Femenino	" " superficial
3.-	10.7	Femenino	" " moderada
4.-	10.8	Masculino	" " superficial
5.-	11	Masculino	" " superficial
6.-	12	Masculino	" " superficial
7.-	12	Femenino	" " moderada
8.-	13	Masculino	" " moderada
9.-	14	Femenino	" " moderada
10.-	14	Femenino	" " moderada
11.-	14	Masculino	" " superficial
12.-	14	Femenino	" " superficial
13.-	17	Masculino	" " superficial
14.-	17	Femenino	" " moderada
15.-	24	Femenino	" " superficial
16.-	25	Femenino	" " superficial

Para la obtención del diagnóstico de cada uno de los sujetos, el Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan; aplica una batería de test psicológicos para la admisión de alumnos, para los fines de esta investigación se utilizaron los datos -- arrojados por la escala Wipssi (Test de Inteligencia Wechsler para pre-escolares) y Wisc-R (Escala de Inteligencia Wechsler para escolares- forma revisada), que nos proporcionó el Cociente Intelectual de cada uno de los sujetos y en consecuencia, - su diagnóstico.

La integración psicológica de cada alumno del Centro contiene una historia clínica completa, a través de su revisión se encontraron datos significativos como problemas en el embarazo (amenaza de aborto) en el 50% de los casos. En el 75% de los casos existieron problemas en el parto: utilización de fórceps, doble administración de anestecia general, parto - prematuro, parto tardío, parto por cesárea a consecuencia de estreches pélvica y un 56% de los casos presentaron antecedentes patológicos familiares: sordera, sífilis, deficiencia mental, esquizofrenia, rasgos paranoides, "nerviosismo" , epilepsia, meningitis, problemas de lenguaje, Síndrome de Down y algunas enfermedades mentales no especificadas; el porcentaje -- restante de sujetos no reporto ninguna enfermedad en la constelación familiar.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó en la presente investigación esta clasificada como exploratorio ya que se planteó como objetivo recabar información para reconocer, ubicar y definir que tipo de conocimientos sexuales poseen los adolescentes con deficiencia mental superficial y moderada.

DISEÑO

Para la presente investigación se utilizó un diseño de una sola muestra ya que nuestro objetivo consistía en conocer algunos aspectos relativos a una población, siendo ésta los adolescentes con deficiencia mental.

ESCENARIO

Este estudio se llevó a cabo en el Centro de - Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan ubicado en San Juan de Dios No. 6 Colonia Hacienda de San Juan, en donde nos proporcionaron dos Cámaras de Gesell con suficiente iluminación y con medidas de: 1.50 metros de ancho y 2.50 metros de largo y -- la otra Cámara de Gesell con medidas de 1.50 metros de ancho y 2.0 metros de largo.

INSTRUMENTO

El instrumento utilizado en este estudio fue creado a partir de la experiencia reportada por Fisher y Birthich - - (1980), estos autores construyeron una guía para transmitir - información sobre materias sexuales al individuo con déficit en el desarrollo ya que a través de su experiencia clínica observaron que el sujeto deficiente mental posee una capacidad - diferente en lo que se supone aprender y entender los diversos conceptos de la sexualidad y conducta sexual.

Para la elaboración del instrumento de la presente investigación, se tomó en cuenta que el sujeto deficiente mental en la mayoría de los casos, independientemente de su grado de deficiencia presenta problemas de lenguaje, por lo tanto, el cuestionario que se aplicó cuenta con la característica de ser un instrumento de respuesta no verbal.

El instrumento consta de 25 reactivos que miden 7 - indicadores de conocimientos sexuales, distribuidos de la siguiente manera: (Ver tabla No. 2)

Tabla No. 2

TABLA No. 2

Tabla No. 2 Distribución del número de ítems por indicador del cuestionario de Conocimientos sexuales.

Indicadores	No. de Ítems
Identificación sexual	5
Organos Sexuales	4
Area Emocional	4
Funciones Corporales	7
Embarazo	3
Parto	1
Contraceptivos	1
TOTAL	25

Cada reactivo cuenta con 4 opciones para ser seleccionadas por los sujetos, cada opción es representada por una lámina, cada una de las láminas se elaboraron en un formato con medidas de 21.5 cm. de ancho y 28 cm. de largo, es decir, cada reactivo cuenta con un juego de 4 láminas; a excepción de los reactivos números 16, 17 y 25 en donde únicamente se presentó una lámina, ya que se considero que utilizar la misma presentación que los ítems anteriores podría sugerir la respuesta, esto es, que los sujetos contaron con el recurso de optar por señalar las diferentes partes de que se componía la lámina. (Ver Apéndice A).

Los indicadores a evaluar se definieron conceptualmente como:

Identificación sexual.-Identificación del sexo femenino y masculino, así como el reconocimiento de su propia identidad sexual por medio de rasgos faciales y caracteres sexuales secundarios.

Organos Sexuales.- Pene, pubis, tetillas y senos. Se consideran únicamente estas partes genitales y corporales ya que en ellas el púber-adolescente está más en contacto vivencial a nivel sensorio-perceptivo.

Embarazo.- Estado de la mujer durante el desarrollo en su seno del huevo fecundado, generalmente incluye el periodo comprendido entre la fecundación y la expulsión o extracción del feto.

Parto.- Acción de parir que consiste en una serie de contracciones uterinas que tienen el objetivo de dilatar el cuello del útero a fin de facilitar el paso del niño al exterior y de empujarlo a través de la vagina.

Area Emocional.- Forma de expresar afecto según el grado de intimidad de las relaciones interpersonales.

Funciones Corporales.- Funciones que involucran el desecho de sustancias (orinar, defecar, menstruar).

Contraceptivos.- Son todos aquellos métodos físicos y químicos que tienen la finalidad de impedir que el espermatozoide se una con el óvulo para evitar un embarazo no deseado.

Cabe mencionar, que para la elaboración de este instrumento se adecuaron las preguntas en un lenguaje muy sencillo para que fueran entendidas tanto por los deficientes mentales superficiales como moderados.

Las preguntas fueron elaboradas con base a una revisión bibliográfica alusiva al tema de sexualidad y pensando en las características de la población a quienes iban dirigidas.

El instrumento utilizado esta formado por una carpeta que consta de:

- Una ficha de datos generales, donde se recopilaron datos personales de los participantes.
- Un cuestionario de conocimientos sexuales.
- 27 juegos de láminas, que fueron utilizadas para que los participantes proporcionaran sus respuestas.
- Dos lápices
- 3 cubos de diferentes colores (rojo, amarillo, - verde)

CONFIABILIDAD

Se utilizó la fórmula 20 de Kuder-Richardson para determinar el índice de homogeneidad del instrumento, es decir, para medir la consistencia interna.

La fórmula usada fue: (K-R 20)

$$r_{kk} = \frac{N}{N - 1} \left[\frac{s^2_t - pq}{s^2_t} \right]$$

en donde:

N = Número de reactivos del instrumento

s^2_t = La varianza de los resultados (totales) del instrumento

p = La proporción de personas que pasan un reactivo

q = 1 - p = La proporción de quienes fallan un reactivo.

Se aplicó a 16 sujetos el instrumento de conocimientos sexuales que constó de 25 reactivos. Cada uno de éstos se calificó como 1 ó 0, con el 1 para las respuestas correctas y el 0 para las respuestas incorrectas.

Los resultados fueron:

$$\sum T = 218$$

$$\sum d^2 = 348$$

$$\sum pq = 5.42$$

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N} = \frac{218}{16} = 13.62 = 14$$

$$s^2 = \frac{(x - \bar{x})^2}{N} = \frac{348}{16} = 21.75$$

Al substituit en la fórmula:

$$rtt = \frac{n}{n-1} \frac{s^2 t - pq}{s^2 t}$$

$$rtt = \frac{25}{24} \frac{21 - 5.42}{21}$$

$$rtt = 1.04 \frac{21.75 - 5.42}{21.75}$$

$$rtt = 1.04 \frac{16.33}{21.75}$$

$$rtt = 1.04 (.750) = .78$$

$rtt = .78$ es el valor obtenido, lo cuál nos indica - que el instrumento en su totalidad posee un grado de consistencia interna moderadamente alto.

Asimismo, se obtuvo la consistencia interna de cada uno de los indicadores que componen el instrumento, dichos resultados se muestran en la Tabla No. 3

Tabla No. 3

Tabla No. 3

Tabla No. 3.- Valores obtenidos de consistencia interna para cada uno de los indicadores que componen el cuestionario de conocimientos sexuales.

INDICADOR	INDICE DE CONSISTENCIA INTERNA
Organos Sexuales	.87
Identificación Sexual	.64
Funciones Corporales	.63
Area Emocional	- .57
Embarazo	- .54
Parto	.14
Contracepción	.5

La confiabilidad obtenida en las áreas de Organos Sexuales, Identificación Sexual, Funciones Corporales, Embarazo y Area Emocional nos confirman que la consistencia interna de cada uno de estos indicadores es moderadamente alta.

Por último, los puntajes bajos obtenidos en los indicadores de Parto y Contraceptivos se debieron básicamente en que el número de reactivos fueron muy limitados, es decir, que a menor número de reactivos el coeficiente de consistencia interna disminuye.

VALIDEZ

El instrumento utilizado en la presente investigación contó con una validez de contenido, ya que mediante ésta se determinó el grado en que la muestra de ítems del cuestionario fue representativa de la población total. Para ello se contó con la colaboración de cinco sexólogos quienes rectificaron y ratificaron si cada uno de los ítems median conocimientos sexuales referentes a Identificación Sexual, Organos Sexuales, Funciones Corporales, Embarazo, Area Emocional, Parto y Contraceptivos. Asimismo, se contó con la asesoría de cinco psicólogos dedicados a la educación especial, quienes verificaron la redacción de cada uno de los ítems con la finalidad de que el lenguaje utilizado en el cuestionario de conocimientos sexuales se encontrará acorde a la población a quien fue dirigido.

La emisión de juicios en cada ítem se especifica en la Tabla No. 4.

Tabla No. 4

Tabla No. 4

Tabla No. 4 Porcentaje de acuerdos emitidos por diez jueces en cada ítem del cuestionario de conocimientos sexuales.

No. de Ítem	Porcentaje de Acuerdos.
1	100
2	100
3	100
4	100
5	100
6	80
7	80
8	80
9	80
10	100
11	100
12	100
13	90
14 (varón)	90
14 (mujer)	90
15	90
16	100
17	100
18	100
19	90
20	100
21	100
22	100
23	100
24	100
25 (varón)	90
25 (mujer)	90

Para la obtención del porcentaje de acuerdos con respecto a cada ítem del cuestionario de conocimientos sexuales se utilizó la fórmula:

$$\text{Porcentaje de Acuerdos} = \frac{A}{\text{No. de A} + \text{No. de DA}} \times 100 = \%$$

donde:

A = Número de acuerdos emitidos por los jueces

DA = Número de desacuerdos emitidos por los jueces

El porcentaje obtenido en cada uno de los ítems nos indica que la utilización de ítems del cuestionario de conocimientos sexuales está suficientemente refrendado ya que los expertos los consideraron adecuados para el fin que se pretendía.

Procedimiento:

Una vez obtenida la autorización del Centro de Educación Especial y Desarrollo Humano de la Universidad del Valle de México, Plantel Tlalpan; se procedió a revisar su archivo para obtener el diagnóstico de los alumnos ahí inscritos, los resultados de los test que les fueron aplicados y la historia clínica de cada uno de los sujetos. Encontrándose 16 casos - que reunían los requisitos para llevar a cabo la investigación.

En diferentes pláticas con el Director del Centro se llegó a la conclusión de que el procedimiento ideal era - que la aplicación del cuestionario de conocimientos sexuales lo realizarán personas ajenas a la presente investigación para evitar el factor expectativa de parte del sustentante del proyecto de tesis, asimismo, incluir aplicadores del sexo masculino ya que los sujetos con deficiencia mental en esta institución realizan programas de imitación de conductas, de esta forma los alumnos entrevistados por sujetos de su mismo -- .sexo podrían contestar con mayor facilidad el cuestionario.

Se contó con la colaboración inicial de siete pasantes de la carrera de licenciado en ^Psicología de la Universidad del Valle de México, cinco hombres y dos mujeres -cabe aclarar, que de estos colaboradores iniciales, únicamente -- tres fueron los que reunieron los requisitos para llevar a - cabo la investigación- a los colaboradores se les explicó el objetivo de la investigación, el instrumento a utilizar, las

instrucciones para la aplicación, asimismo, se les mostró y -
explicó detalladamente el cuestionario de conocimientos sexua
les.

Al mismo tiempo de dar la información antes mencio
nada. Esta información les fue leída en las instrucciones que
a continuación se exponen:

"Solicitamos tu colaboración para una investigación
conjunta entre la Universidad del Valle de México* y la Univer
sidad Nacional Autónoma de México para establecer lineamien
tos en población aquejada de deficiencia mental.

Dicho estudio se llevará a cabo en instalaciones
de la Universidad del Valle de México y consta de la aplica
ción de un instrumento.

Se te hará entrega de material consistente en 3 cu
bos de diferentes colores y una carpeta que contiene:

- Una hoja de datos generales
- Un cuestionario
- 27 juegos de láminas
- 2 lápices

Las instrucciones para la aplicación son las si
guientes:

- El instructor deberá pedirle al alumno que se -
siente frente a él, de tal forma que los dibujos presentados

*NOTA ACLARATORIA: Se incluyó el nombre de la Universidad del
Valle de México, por habernos permitido el
acceso a la Institución.

en el manual queden de cara al niño(a).

- Antes de hacer la evaluación es importante que el instructor establezca una relación grata con el alumno, es decir, establecer un rapport, cada instructor tendrá su propio - estilo para establecer dicha relación pero deberá hablarle del desarrollo de los seres humanos y sobre el cambio que experimentan sus cuerpos con las siguientes palabras:

Todos los bebés, van creciendo todos los días, sus cuerpos cambian primero poco a poquito y luego más rápidamente, es por eso que los niños aumentan de tamaño, igual que tú. El niño durante su vida, tiene diferentes cambios en su cuerpo y sobre éstos cambios quiero hacerte unas preguntas.

- Para establecer el rapport se tomará un tiempo máximo de tres minutos.

- El estilo de cada entrevistador se verá reflejado - en el momento en que el sujeto le haga alguna pregunta referente al tema, o le pida ejemplos y el aplicador deberá contestar de la manera más sencilla y tomando como referencia el texto anterior.

- Deberá de evitarse o minimizar la implicación existente de que se trata de una prueba.

- Las preguntas deberán hacerse en el orden en que aparecen.

- Deberá de evitarse cualquier expresión o señal que induzca al niño(a) a elegir la respuesta correcta.

- La duración de la aplicación está estimada en una hora aproximadamente para cada alumno, sin embargo, no es necesario cumplir con este requisito debido a las características de los sujetos a evaluar.

- La ficha de datos generales se te entregará con to dos los datos personales del sujeto, solamente deberás checar su nombre.

- Encontrarás un cuestionario que esta marcado con el nombre de "Cuestionario de educación para la vida".

= En el reactivo A tienes que usar tres cubos de diferentes colores que deberás colocar enfrente del sujeto y preguntar: Señala el cuadro rojo, en este caso lo importante es - que el sujeto señale alguno de los cubos no importando el color, ya que este reactivo sirve para cersiorarse de que el sujeto posee la conducta de señalar; en caso contrario, se pasa al reactivo B y C que servirán como medio de comunicación con el sujeto en caso de que presente estas conductas.

- En caso de que el sujeto no posea las conductas - de mover la cabeza hacia arriba y hacia abajo para firmar y hacia el lado derecho y el izquierdo para negar se suspende el - interrogatorio y se le dan las gracias por su ayuda y se le inca que la sesión ha finalizado.

- Si el sujeto posee la conducta de señalar, durante todo el interrogatorio la aplicación se llevará a cabo con

la redacción de las preguntas tal como se encuentran en el -- cuestionario.

- Si por el contrario el sujeto sólo presenta conductas de señalar como se solicitan en los reactivos B y C, la redacción de los reactivos se modificarán a decir:

Mueve la cabeza hacia arriba y hacia abajo para decir sí cuando yo te señale (se preguntan los reactivos omitiendo únicamente la palabra SEÑALAR a excepción del reactivo:

No.	Debe preguntársele
20	Mueve la cabeza hacia arriba y hacia ab <u>a</u> jo para decir sí cuando yo te señale don <u>d</u> e de debe usar la niña el kotex.

- Al momento de ir preguntando reactivo por reactivo el juego de láminas se tiene que desplegar de forma tal que el sujeto pueda ver cada dibujo y tú (entrevistador) debes de señalar con el dedo índice en la parte media superior del dibujo.

- En los reactivos números 6, 7, 8 y 9 se encuentran un dibujo de un hombre y de una mujer en forma de rompecabezas, al preguntar el reactivo No. 6 deberás colocar enfrente del sujeto del lado izquierdo el dibujo de la mujer y del lado derecho las cuatro partes de los rompecabezas en el orden de las - respuestas que se encuentran en el cuestionario en el lado derecho. Si el sujeto no presenta la conducta de colocar como lo pide el reactivo, tú deberás preguntar que te señale cuál de - las cuatro piezas corresponden a:

- Deberás señalar la parte superior de la mujer y enñ

seguida anotar la respuesta del sujeto.

- En seguida preguntas y señalas la parte inferior del dibujo y deberás continuar las mismas indicaciones con los reactivos Nos. 8 y 9.

- En el reactivo No. 20 a todas las figuras les falta una pieza y en la portada del lado izquierdo de la carpeta encontras una pieza que deberás colocar enfrente del sujeto - para que él (ella) lo coloque en la lámina que guste.

- Cuando el sujeto señale o mueva la cabeza hacia arriba y hacia abajo (según sea el caso) tú debes tachar con una cruz la respuesta del sujeto dentro de las cuatro opciones que se encuentran al lado derecho del cuestionario.

- En el reactivo No. 25 existe una sola lámina y en este caso debes señalar con el dedo índice la boca, los senos, el pubis y la mano derecha de la mujer, y debes de anotar en el espacio en blanco la respuesta.

- En los reactivos Nos. 16, 17, 26 y 27 deberás preguntar conforme al sexo del sujeto a entrevistar.

Muchas gracias por tu colaboración."

Una vez leída y explicadas las instrucciones a cada uno de los pasantes de psicología, cada uno aplicó el cuestionario de conocimientos sexuales a la investigadora titular y las dudas que tuvieron en el momento de la aplicación les fueron resueltas. Considerándose este ensayo la forma de selección de los aplicadores que poseían mayor habilidad para establecer

un rapport, preguntar cada reactivo, un tono de voz alto, buena dicción y su actitud hacia el instrumento.

De los siete pasantes de psicología, se considero - que tres, dos mujeres y un hombre poseían las características idóneas para aplicar el cuestionario de conocimientos sexuales.

A éstos tres sujetos se les interrogó si les intersaba la investigación y si deseaban cooperar con la aplicación del cuestionario a lo cual respondieron afirmativamente.

Se calendarizo las fechas de aplicación para cada - uno de los sujetos con deficiencia mental dependiendo del horario de sus actividades escolares y el horario en que cumplían su servicio social los pasantes de psicología. Las aplicaciones se efectuaron en horario matutino a excepción de dos, ya que - éstos alumnos del Centro efectuaban su ciclo de educación especial en horario vespertino.

El tiempo de aplicación fue de una hora.

El procedimiento para la aplicación del cuestionario de conocimientos sexuales consistió en que el aplicador llamaba al sujeto por su nombre y le pedía que lo acompañará con él - (ella), el aplicador llevaba al sujeto a una cámara de Gesell y lo sentaba de espaldas al espejo de la cámara; debido a que el espejo reflejaba la imagen, él(lla) aplicador(a) se sentaba frente al sujeto, acto seguido, establecía el rapport que consistía en saludar al púber-adolescente, preguntarle su nombre y detalles referentes a sus labores escolares, este rapport tuvo una duración máxima de tres minutos.

La finalidad de realizarse las aplicaciones en cámaras de Gesell tuvieron dos objetivos: primero, que los sujetos no estuvieran expuestos a ningún distractor físico (ruidos, voces, interrupciones) y segundo, que fuera observada la aplicación por la investigadora titular para reportarse, en su caso, cualquier variable extraña. Cabe mencionar que no se presentó tal caso.

Posterior al establecimiento del rapport, el aplicador(a) leía el siguiente párrafo:

"Todos los bebés, van creciendo todos los días poco a poquito y luego más rápidamente, es por eso que los niños aumentan de tamaño, igual que tú. El niño durante su vida, tiene diferentes cambios y sobre éstos cambios quiero hacerte unas preguntas."

En seguida el aplicador(a) colocaba en la mesa tres cubos de diferentes colores y le solicitaba al sujeto que señalará el cubo rojo, este reactivo tuvo la finalidad de conocer si el sujeto poseía la conducta de señalar.

Una vez confirmado el repertorio conductual del sujeto a entrevistar se prosiguió a preguntar reactivo por reactivo, las respuestas de los sujetos fueron marcadas en el cuestionario de conocimientos sexuales.

Finalizando el interrogatorio se le daban las gracias al sujeto por su cooperación y se le regresó a su sesión

CAPITULO IV

RESULTADOS

Para la obtención de rangos percentilares de cada sujeto dentro del grupo específico que se estudió se utilizó el procedimiento de Morales (1979), este tratamiento estadístico de datos se realizó con la finalidad de elaborar una tabla de Baremos para ubicar el grado de conocimientos sexuales dependiendo del puntaje crudo obtenido por cada uno de los sujetos, Baremos que en futuras investigaciones pudieran ser ampliados y en consecuencia estandarizados.

El primer paso para la obtención de los rangos percentilares consistió en ordenar todas las calificaciones en orden de menor a mayor. Se tabulo la frecuencia con que apareció cada calificación.

Después se localizó la frecuencia acumulada a través de cada una de las frecuencias de las calificaciones, posteriormente se sumo la frecuencia de la calificación más baja con la frecuencia inmediata, y así sucesivamente, hasta llegar a la frecuencia de la calificación más alta.

Con los resultados anteriormente recopilados se localizo el punto medio de cada una de las frecuencias acumuladas, el resultado de esta suma se dividió entre dos, y ése resultado nos indico el punto medio.

El siguiente punto medio se obtuvo sumando la frecuencia acumulada más baja con la frecuencia acumulada y se dividió este resultado entre dos, este procedimiento se continuó hasta llegar a la frecuencia acumulada mayor.

Posteriormente se convirtió el porcentaje acumulado

mediante la fórmula:

$$Pc_{pm} = \frac{100 (fc_{pm})}{N}$$

donde:

Pc_{pm} = Porcentaje acumulado del punto medio

fc_{pm} = Frecuencia acumulada del punto medio

N = Número de casos

100 = La constante que multiplica sucesivamente a los valores del fc_{pm} .

El procedimiento para la obtención de rangos percentuales en púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial se muestra a continuación:

P.C.	f	fa	Pmfa	$\frac{Pmfa}{N}$	$\frac{Pmfa}{N}$	100
23	1	10	95	.95		95
22	0	9	9	.9		90
21	0	9	9	.9		90
20	1	9	8.5	.85		85
19	1	8	7.5	.75		75
18	0	7	7	.7		70
17	1	7	6.5	.65		65
16	2	6	5	.5		50
15	2	4	3	.33		33
14	0	2	2	.2		20
13	0	2	2	.2		20
12	2	2	1	.1		10

A continuación se muestra el procedimiento para la obtención de rangos percentilares en púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

P.C.	f	fa	Pmfa	$\frac{Pmfa}{N}$	$\frac{Pinfa}{N}$	100
12	1	6	5.5	.92	92	
11	0	5	5	.83	83	
10	1	5	4.5	.75	75	
9	1	4	3.5	.58	58	
8	1	3	2.5	.42	42	
7	2	2	1	.17	17	

Como se menciona anteriormente, se elaborarán unas tablas de Baremos para ubicar el grado de conocimientos sexuales que poseen tanto el grupo de púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial como deficiencia mental moderada, los resultados se muestran a continuación: (Ver Tablas Nos. 5 y 6))

Tabla No. 5

Tabla No. 6

Tabla No. 5

Tabla No. 7.- Baremos para clasificar el grado de conocimientos sexuales en púberes-adolescentes - con deficiencia mental superficial.

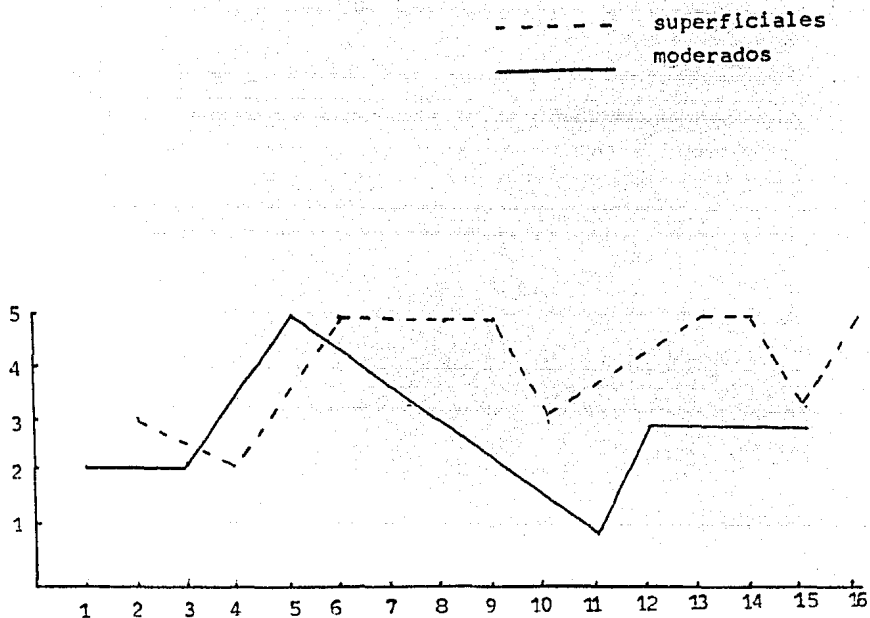
PERCENTIL	DIAGNOSTICO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES.	PUNTAJES CRUDOS
0 - 19	Muy Inferior	12 - 13
20 - 40	Inferior al Término Medio	14 - 15
41 - 64	Término Medio	16
65 - 84	Superior al Término Medio	17 - 19
85 - 95	Muy Superior	

Tabla No. 6

Tabla No. 6 Baremos para clasificar el grado de conocimientos sexuales en púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

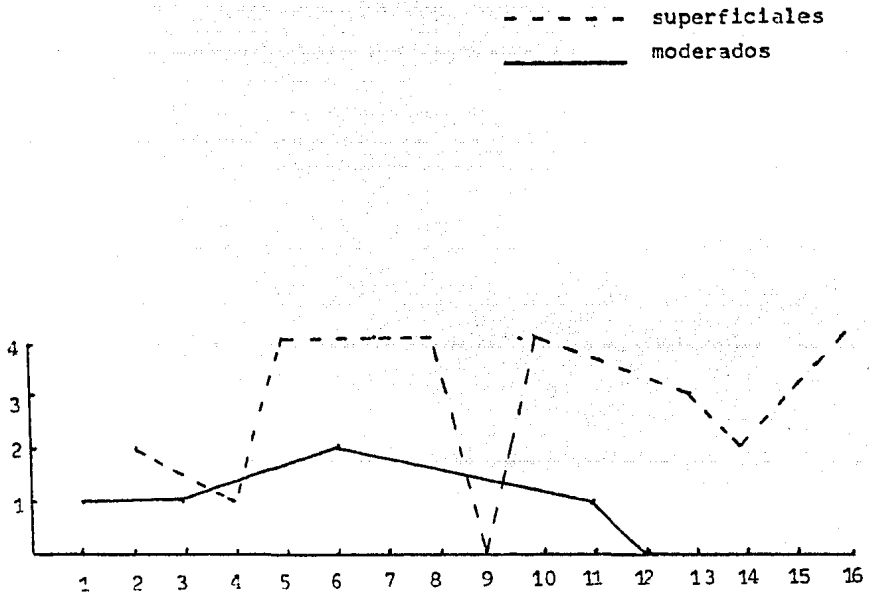
PERCENTIL	DIAGNOSTICO DE CONOCIMIENTOS SEXUALES.	PUNTAJES CRUDOS
0 - 17	Muy Inferior	7
18 - 42	Inferior al Término Medio	8
43 - 74	Término Medio	9
75 - 82	Superior al Término Medio	10
83 - 92	Muy Superior	11 - 12

GRÁFICA No. 1



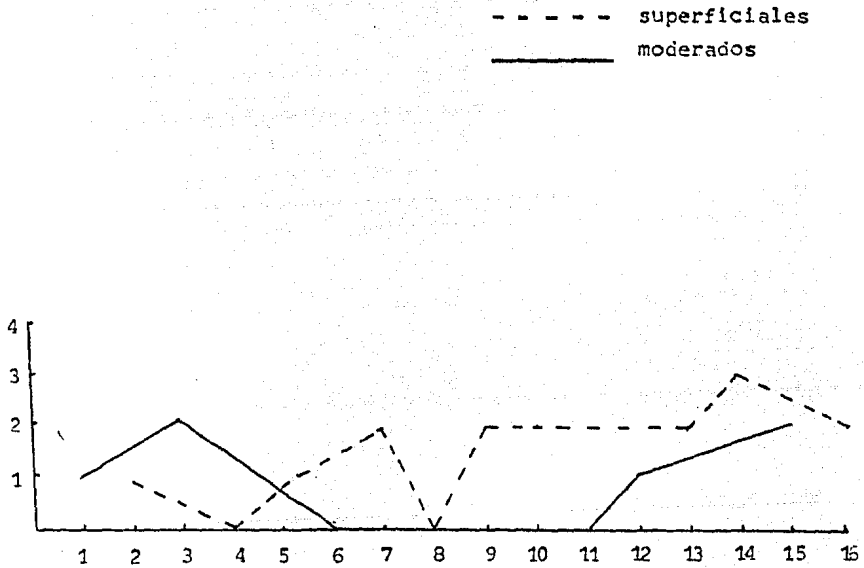
Gráfica No 1. Comparación de conocimientos sexuales referentes al área de Identificación Sexual entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

GRAFICA No. 2



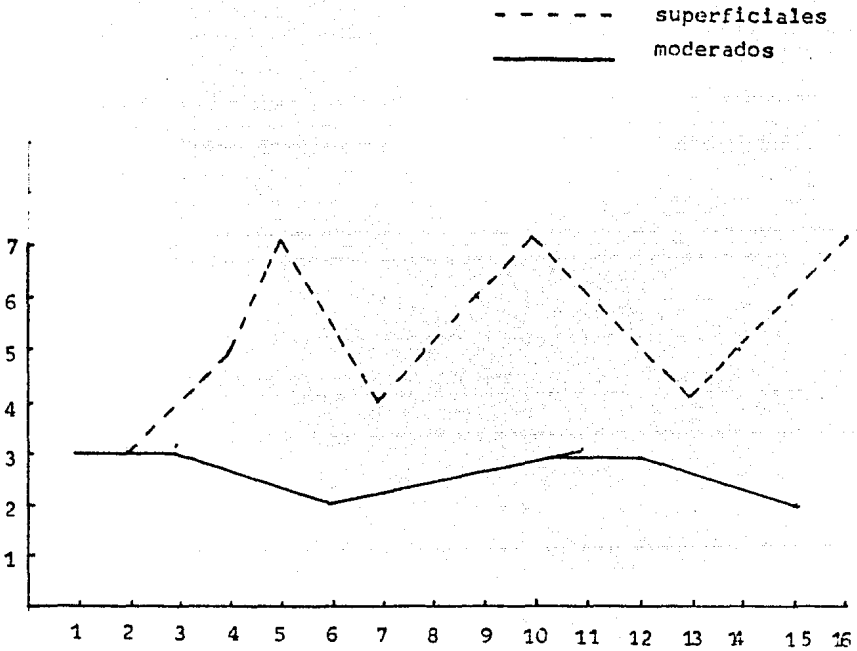
Gráfica No. 2 .- Comparación de conocimientos sexuales entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada referentes al área de Organos Sexuales.

GRAFICA No. 3



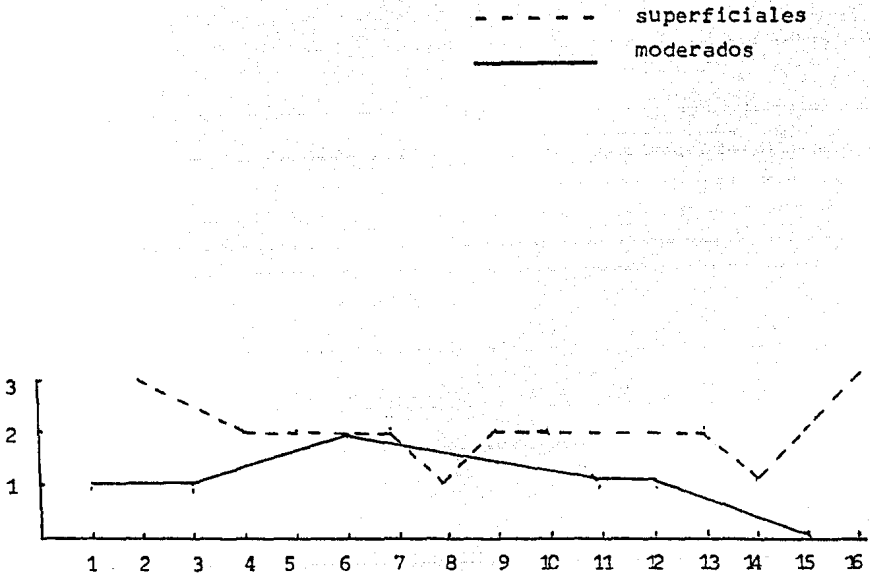
Gráfica No. 3 .- Comparación de conocimientos sexuales referentes al área Emocional entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

GRAFICA No. 4



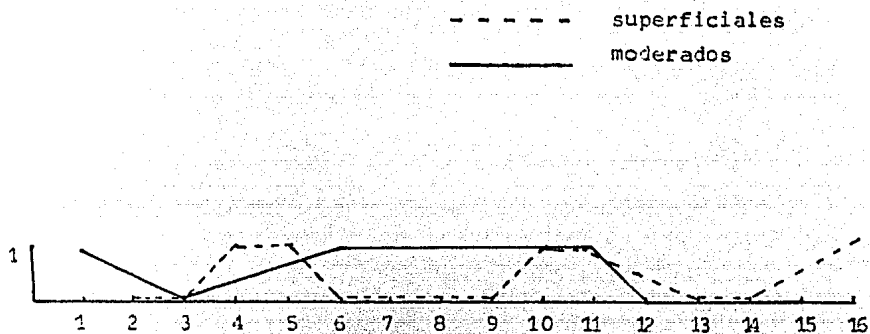
Gráfica No. 4 .-- Comparación de conocimientos sexuales referentes al indicador de Funciones Corporales entre púberes adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

GRAFICA No. 5



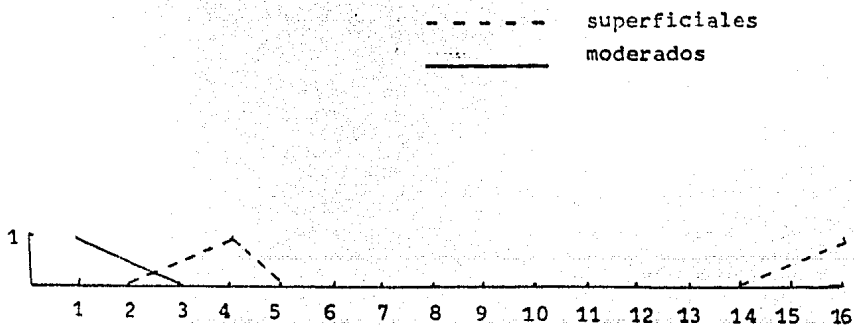
Gráfica No. 5 .- Comparación de conocimientos sexuales referentes al indicador de Embarazo entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

GRAFICA No. 6



Gráfica No. 6 .- Comparación de conocimientos sexuales referentes al indicador de Parto entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

GRAFICA No. 7



Gráfica No. 7 .- Comparación de conocimientos sexuales referentes al indicador de Contracepción entre púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y moderados.

Las gráficas anteriormente presentadas, nos muestran en su conjunto que los indicadores de Identificación sexual, Organos sexuales, Funciones Corporales, Area Emocional y Embarazo los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial poseen mayor información sexual con respecto a la identificación de la identidad sexual del sexo femenino y masculino, los caracteres sexuales secundarios de hombres y mujeres, las diferentes manifestaciones de la expresión sexual, funciones corporales de su propio sexo y el opuesto y el período de gestación de un producto en la mujer a comparación de la información sexual que poseen los púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

Asimismo, no se encontraron diferencias significativas entre el grado de conocimientos sexuales que poseen los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial y moderada con respecto a los indicadores de Parto y Contraceptivos; estos datos obtenidos específicamente en estas dos últimas áreas indican que en la elaboración de un programa de educación sexual para esta población debe brindárselas mayor énfasis.

CAPITULO V

C O N C L U S I O N E S

El ser humano desde que nace esta dotado de características biológicas, anatómicas y fisiológicas que son innatas, fijas e independientes de la cultura a la cuál se pertenece, características que no excluyen al individuo deficiente mental.

Por lo tanto, la condición sexual, es decir, la condición de hombre o mujer, es un atributo inseparable de cada persona como la vida misma, a través del contacto con uno mismo y con los demás podemos observar, por ejemplo, la diversidad de tipos de vestimenta. El propio niño, como varón o como mujer, le es enseñado que por su condición femenina o masculina debe ataviarse así, los deficientes mentales son participes de estas observaciones como los individuos no deficientes.

Aún más, desde que nacemos llevamos consigo un sexo asignado, que la sociedad impregna de normas, valores y actitudes para vestir la condición de hombre o mujer, roles que la sociedad transmite a través del tipo de vestimenta o actitudes que son deseables para uno y otro sexo.

El concebirse como hombre o como mujer dependerá del reconocimiento de la identidad sexual que cada individuo posea. Este reconocimiento de la propia identidad sexual así como la de los demás es identificable por medio de rasgos faciales y caracteres sexuales secundarios.

A través de los resultados de la presente investigación se encontró que esta identificación sexual es más perceptible en los púberes-adolescentes con deficiencia mental super-

ficial que en los púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

La hipótesis de trabajo sustentada en la presente investigación se comprobó, ya que se planteó en términos - de que se encontraría mayor conocimiento sexual en la muestra de púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial en los indicadores de Identificación Sexual, Funciones Corporales y Organos Sexuales.

Esta hipótesis fue planteada dado que los recursos intelectuales de los sujetos en cuestión, le permiten poseer mayores elementos para el reconocimiento de la identidad sexual a través de rasgos faciales y caracteres sexuales secundarios tanto del sexo femenino como masculino.

Asimismo, en los indicadores de Organos Sexuales y Funciones Corporales las partes genitales y corporales del púber-adolescente se encuentra con una mayor posibilidad de vivenciarlos ya que poseen más conductas de autocuidado o aseo corporal.

Cabe mencionar, que este conocimiento sexual es aún más perceptible por el desarrollo físico que experimenta en diversas etapas el ser humano.

A esta evolución de la niñez sigue un período de transición que se manifiesta por un rápido desarrollo físico con cambios biológicos que ocasionan transformaciones notables en los órganos involucrados con el coito y la reproducción, - en esta etapa llamada pubertad el crecimiento de los genitales internos y externos hacen que éstos se hallen dispuestos

al acto sexual, asimismo, la pubertad se caracteriza por la posibilidad de reproducción en ambos sexos.

La menstruación o las eyaculaciones nocturnas y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en la pubertad permiten vivenciar el cuerpo en término de sensaciones y nuevos hábitos de higiene corporal, este contacto vivencial a nivel sensoperceptivo de partes genitales (pene o pubis) y corporales (tetillas o senos) es mayor en los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial que en los deficientes mentales moderados, según los datos arrojados en nuestra investigación.

Esto es, que los deficientes mentales superficiales cuentan con un mayor grado de conductas de autocuidado y/o aseo corporal como en el caso de las funciones corporales que involucran el deshecho de sustancias (orinar, menstruar, defecar, eyacular).

Estos cambios físicos, biológicos, psicológicos y culturales son experimentados tanto en el sujeto deficiente mental como en el no deficiente, es decir, que el ser humano posee dos elementos básicos: uno biológico, es un ser sexuado desde su nacimiento, social el otro, esto es, que como ser sexuado tiene una vinculación con la vida de la colectividad porque forma parte de ella.

Esto significa por un lado, que estas transformaciones corporales y biológicas implican un deseo sexual con su correspondiente necesidad de satisfacción y que la expresión de la sexualidad de una cultura ya sea ésta a través de besos, caricias, abrazos, etc., son susceptibles de -

observadas por los individuos deficientes mentales, es decir, que los aspectos sexuales y sociales en los que se encuentra inmerso el deficiente mental no se puede separar de su ser total, este hecho queda demostrado en los resultados de la presente investigación, ya que se encontró que existe un mayor conocimiento en los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial en la forma de expresar afecto según el grado de intimidad de las relaciones interpersonales a comparación de los púberes-adolescentes con deficiencia mental moderada.

Con el advenimiento de la pubertad, como se menciono anteriormente, se alcanza la madurez sexual y por tanto la capacidad de procreación, asimismo, la necesidad de descargar el impulso sexual provoca que la expresión de la sexualidad sea a través del acto sexual, esta conducta sexual tiene dos finalidades: una el placer, la otra la reproducción.

En el caso de la primera donde no se contempla la reproducción, es básico poseer información acerca de los métodos físicos y químicos que tienen la finalidad de impedir que el espermatozoide se una con el óvulo para evitar un embarazo no deseado. Información que a través de nuestros resultados es casi nula tanto en los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial como en los deficientes mentales moderados.

Al término de la gestación del huevo fecundado la mujer experimenta una serie de contracciones uterinas que tienen el objetivo de dilatar el cuello del útero a fin de -

facilitar el paso del niño al exterior y de empujarlo a través de la vagina, este concepto de parto se encontró en los resultados que tanto los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial como moderada desconocen esta información.

En conclusión, los resultados arrojados en la presente investigación nos muestran en primer lugar: que a pesar de que padres y educadores piensen que el deficiente mental es un ser asexuado, éste cuenta biológicamente con la capacidad de reproducción, su cuerpo crece y se desarrollan sus caracteres sexuales primarios y secundarios y que al unísono de su crecimiento vivencian su cuerpo y sus transformaciones biológicas y corporales.

En segundo lugar, dado que el individuo deficiente mental posee un Coeficiente Intelectual más elevado que el deficiente mental moderado, los primeros cuentan con mayores recursos intelectuales, conductuales y observacionales para poseer mayor información sexual.

Esta diferencia entre el grado de información sexual que poseen los púberes-adolescentes con deficiencia mental superficial con respecto a los deficientes mentales moderados se hace indispensable planificar la educación sexual para cada grupo en específico, si tomamos como base que la experiencia de aprendizaje debe ser graduada, planificada a diferentes niveles de deficiencia mental en consonancia al cúmulo de información sexual que el grupo posea, de tal forma que este proceso de enseñanza pueda ser asimilada por el individuo con dé-

ficit intelectual.

La pedagogía nos dicta una norma educativa: comenzar donde está el alumno, por lo tanto, es prioritario -- ubicar el grado de conocimientos sexuales que posea cada individuo deficiente mental para incorporarlo a un grupo donde el aprendizaje resulte satisfactorio y se logren los objetivos educativos de un programa de educación sexual, ya que en la medida en que conozcamos las limitaciones y potencialidades del individuo deficiente mental, podremos programar la -- atención y educación de éstos, esto es, que el individuo con déficit intelectual es un ser sexuado que vive en sociedad -- que por lo tanto se le deben proporcionar los elementos para establecer interacciones y vinculaciones interpersonales adecuadas.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación consistió en evaluar el tipo de información sexual que posee el individuo deficiente mental, ya que es la base fundamental para planificar la educación sexual de éstos, -- brindarles esta información les ayudará a éstos jóvenes a -- prepararlos para conocer y en algunos casos resolver problemas sexuales que inevitablemente de una u otra manera, se -- presentan en la vida de todo individuo y aún más en este -- sector de la población ya que mantenerlos ignorantes en el terreno de la sexualidad humana en nada ayuda a la obtención de conductas adecuadas en los deficientes mentales, por el -- contrario se propicia que sean fáciles víctimas de explotación y engaño sexual.

Por lo tanto, la educación sexual que sea impartida a esta población deberá ser una experiencia de aprendiza

je graduada no siendo introducida de manera forzada, artificial o arbitraria. La información sexual debe ser proporcionada al niño cuando éste manifieste la necesidad de ella, la planificación de la educación sexual en su contenido estará condicionada a los conocimientos sexuales que el deficiente mental posea y su capacidad de comprensión.

En síntesis, el conocimiento del grado de información sexual que posea el individuo deficiente mental será la base fundamental para planificar un programa de educación sexual, programa que surge de la necesidad de integrar al deficiente mental a la sociedad, integración social que es de suma importancia para su desarrollo y conservación de la personalidad del individuo con déficit intelectual.

LIMITACIONES

Este es un tema que anteriormente no había sido motivo de investigación, en consecuencia, no se contarón con -- puntos de referencia concretos dados en nuestros país para eg estructurar un instrumento ciento por ciento confiable y válido como se hubiera deseado.

- La educación especial otorgada al deficiente men tal es concebida por autoridades de instituciones como por -- maestros únicamente en el ámbito familiar, laboral y social - negando la sexualidad de los educandos, sin tomar en cuenta - que la sexualidad es parte integral de la personalidad trátase de un individuo con deficiencia mental o sin ella. El punto de vista tanto de autoridades como de educadores consiste en conceptualizar al deficiente mental como un ser asexuado, esta - actitud impidió de manera determinante que la muestra pudierá ser más extensa.

- La población necesita ser indiscutiblemente más - numerosa, es decir, contar con un mayor número de casos para poder realizar generalizaciones.

- Dada la limitación del tiempo, no fué posible - incrementar el número de reactivos primordialmente por no con tar con los apoyos visuales necesarios.

SUGERENCIAS

- Estructurar un instrumento con un mayor número de reactivos referente a cada indicador evaluado.
- Incrementar el rango de conocimientos sexuales, es decir, ampliar los indicadores referentes a otras áreas de conducta sexual.
- Ampliar la muestra de forma tal que ésta sea representativa de la población.
- La actitud de los responsables de la educación de los deficientes mentales fue determinante para que esta investigación se viera limitada en el acceso a la población, por ello se considera importante que el educador o maestro sea incluido en un proceso de sensibilización con respecto a la sexualidad del adolescente deficiente mental.
- La educación básica en México, en fechas recientes se ha abocado a incluir la enseñanza de la sexualidad durante todos los ciclos básicos escolares, esto es, en población "normal", consideramos un derecho igualmente prioritario otorgar información sexual a una población doblemente importante como lo son los deficientes mentales, ya que como lo analizamos a través de esta investigación estos individuos no cuentan con los recursos intelectuales para obtener un fácil acceso a este tipo de información ya sea de manera informal o formal.
- Para otorgar cursos de educación sexual a los deficientes mentales se hace indispensable evaluar la información

sexual que poseen éstos por lo cuál el instrumento propuesto en esta investigación tendrá que ser estandarizado para tal fin.

- En la medida en que se incrementen las investigaciones con respecto al desarrollo psicosexual del adolescente deficiente mental nos brindarán la oportunidad de diseñar programas de educación sexual específicos para esta población.

- Por otra parte, el cúmulo de información permitirá que se elaboren programas educativos tanto en sus niveles preventivos como correctivos que se adecuen a las necesidades propias de esta población atípica.

- Las instituciones que tengan como objetivo la educación del sujeto deficiente mental deben incluir en sus servicios la educación de la sexualidad, programas otorgados por personal capacitado.

- Crear cursos de orientación familiar para promover que los padres afronten el hecho de la sexualidad de sus hijos deficientes mentales.

- A nivel institución debe fomentarse el estudio de la sexualidad del deficiente mental; ya que a través de la investigación sistemática se adquirirá un conocimiento real de la conducta de estos individuos con una base científica, es decir, libre de prejuicios o elaborados sobre juicios de valor e ignorancia.

- La corriente de normalización del deficiente mental propuesta en diversos países, debe ser extendida igualmente.

te a nuestro país a través de los padres y educadores, es decir, promover la integración del individuo deficiente mental en el orden familiar, social, educativo, recreativo y sexual.

- El formato en que fueron presentadas las láminas de apoyo del cuestionario de conocimientos sexuales se adaptaron a las limitaciones intelectuales, perceptivas y de lenguaje de la población de deficientes mentales superficiales y moderados, esto es, que el sujeto deficiente mental para -- comprender un concepto se le tiene que representar gráficamente, es decir, no haciendo referencias tajantemente abstractas, sino por el contrario, darle representaciones concretas u observacionales del fenómeno en cuestión, siempre y cuando está representación se realice lo más apegado a la realidad.

- Tomando en cuenta las limitaciones del tipo perceptivo que poseen algunos deficientes mentales, las láminas de apoyo deberán elaborarse en un formato, que permita ser lo más fácilmente observables, a su vez que estas láminas permiten - obtener respuestas no verbales de sujetos que presentan problemas de lenguaje.

Por lo tanto, al proporcionar información sexual al adolescente deficiente mental se hace prioritario contar con materiales de apoyo que coadyuven al logro de los objetivos propuestos en programas de educación sexual, ya que en la medida que los materiales de apoyo sean diseñados y/o adaptados a esta población se les proporcionarán mayores elementos para comprender la información sexual que les sea transmitida.

BIBLIOGRAFIA

- Aízpuruá, Z.I. Análisis comparativo de las actitudes de los padres y educadores. Revista Cero, Enero-Febrero. No.97 España. 1985.
- Alvárez, G.J.L. Elementos de sexología. México, Ed. Interamericana. 1979.
- Amezúa, E. Ciclos de Educación sexual. España, Ed. Fontanella, 1973.
- Ausubel, D.P.; Pressey, S.L. et. al. Familia y sexualidad. Argentina, Ed. Paidós. 1965.
- Brookes, M. ¿Qué es normalidad sexual?, Amor y sexualidad. Hong-Kong. Ed. E.N.E.S.A. 1979 págs. 136-137.
- Camerón, N.; et. al. La iniciación sexual. México, Ed. Compañía Editorial S.A. 1982.
- Castells, C.P. Los subnormales. Colección Los marginados. España, Ed. Dopesa. 1971.
- Claëson, B.H. Información sexual para jóvenes. España, Ed. Ediciones Lóquez. 1980.
- Comfort, A. y Comfort, J. El adolescente: sexualidad, vida y crecimiento. España, Ed. Blume. 1980.
- Conapo. Manual de la Familia. México, Ed. Talleres Gráficos de - la Nación. 1982.
- Conger, J. Adolescencia presionada. Colección La psicología y tú. México, Ed. Harper & Row Latinoamericana, S.A. 1980.
- Corner, G.W. Tú y el sexo, para la joven. México, Ed. Pax-México. 1978.
- Coronado, G. Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. México, Ed. Pax-México. 1980.
- Coronado, G. La educación y la familia del deficiente mental. México, Ed. C.E.C.S.A. 1981.
- Cytryn, L. y Lourí, R.S. El retraso mental: sus causas, diagnóstico y prevención. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1978.
- Chauchard, P. El Progreso sexual, educación del cerebro y sexualidad adulta. España, Ed. Pablo del Río Editor, S.A. 1980.
- Chiva, M. El diagnóstico de la debilidad mental, débiles normales y débiles patológicos. España, Ed. Pablo del Río Editor S.A. 1978.

- Christian, G. Historia de la sexualidad. México, Ed. Posada, - S.A. 1973.
- Edgerton, R. Retraso Mental. España, Ed. Ediciones Morata. 1980.
- Enciclopedia Salvat Diccionario. Tomo IX. España, Ed. Salvat Editores, S.A. 1971 p. 2427
- Erickson, J.M. Cómo es el retardado y cómo enseñarle. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1931.
- Figes, E. La psicología de la mujer. Amor y sexualidad. Hong-Kong Ed. E.N.E.S.A. 1979. págs. 187-189.
- Firkel, H. W. La sexualidad en el amor. Colombia, Ed. Círculo de Lectores. 1979.
- Fisher, L.H.;Krajideck, J.M.; et. al. Educación sexual para el - deficiente mental. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1981.
- Freud, S. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas, Tomo II, España, Ed. Biblioteca Nueva. 1973.
- Fuente, M.R. de la Psicología Médica. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. 1976.
- Gagnon, J. Sexualidad y conducta social. México, Ed. Pax-México. 1980.
- Gagnon, J. Sexualidad y cultura. México, Ed. Pax-México. 1980.
- Gaona, A.J.L. No gestionarse. México, Ed. Ediciones Exclusivas. 1983.
- Girardo, N.O. Explorando las sexualidades humanas. México, Ed. Trillas. 1983.
- Gordon, S. Para una educación sexual del deficiente mental. Servicio de Información Internacional sobre subnormales San Sebastian. 1976 págs. 23-27.
- Gordon, S. Los derechos sexuales de los incapacitados. New York, Ed. Centro Internacional de documentación sobre fertilidad adolescente. 1981.
- Hall, E.J. Sexualidad humana: conceptos médicos básicos. en Green R. México, Ed. Interamericana. 1981.
- H. Mallas, Ch. Asistencia y educación del subnormal. España, Ed. Científico Médica. 1972.

- Harrocks, E. J. Psicología de la adolescencia. México, Ed. Trillas. 1984.
- Ingalls, R. Retraso Mental: Una nueva perspectiva. México, Ed. El manual moderno. 1982.
- Kaplan, S.H. El sentido del sexo. España, Ed. Ediciones Grijalbo, S.A. 1981.
- Katchadourian, A.H. y Lund, T.D. Las bases de la sexualidad humana. México, Ed. Compañía Editorial Continental S.A. de C.V. 1983.
- Katz, G. La vida sexual de los deficientes mentales. Revista - Cero, Enero-Febrero. No. 97. España. 1985.
- Khan-Nathan, J. y Tordjam, G. Sobre la sexualidad. España, Ed. Laia. 1978.
- Kohler, C. Deficiencias intelectuales en el niño. España, Ed. Planeta. 1981.
- Kolb, R.C.L. Psiquiatría Clínica Moderna. México, Ed. Prensa - Médica Mexicana. 1981.
- Lafón, R. Sexualidad y procreación en el deficiente mental. Revista Cero. Enero-Febrero. No. 91. España. 1985.
- Lambert, J. Introducción al retraso mental. España, Ed. Herder 1981.
- Leñero, O.L. La familia. México, Ed. Edicol, S.A. 1976.
- López, I.J.J. El libro de la vida sexual. España, Ed. Danae. 1976.
- López, I.J.J. Orientación sexual del adolescente. México, Ed. Universo. 1983.
- López, I.J.J. Informe sobre lo masculino y femenino. México, - Ed. Universo. 1983.
- Masters, W. y Johnson V. La respuesta sexual humana. Buenos Aires, Ed. Intermédica. 1979.
- McCary, J.C. y McCary, S.P. Sexualidad humana. México, Ed. El Manual Moderno. 1983.
- Meeks, B. y Burt, J.J. Educación sexual, información y planes de enseñanza. México, Ed. Interamerica. 1983.
- Monroy, de V.A. El educador y la sexualidad humana. México, Ed. Pax-México. 1977.

- Moragas, J. de Niños oligofrénicos. España, Ed. Publicaciones Médicas. 1943.
- Morales, M.L. Psicometría aplicada. México, Ed. Trillas. 1979.
- Muss, E.R. Teorías de la adolescencia. Buenos Aires, Ed. Paidós. 1978.
- Not, L. La educación de los débiles mentales. España, Ed. Herder 1978.
- Ochoa, U.E. y Rodríguez, B. Alteraciones más frecuentes en la familia del deficiente mental. México, Tesis Profesional. U.N.A.M. Facultad de Psicología. 1985.
- Raventos, F.J. El subnormal miembro de nuestra comunidad. España, Ed. Dopesa. 1969.
- Rubin, I. y Kirkendall, L. Preguntas del adolescente en su desarrollo psicosexual. México, Ed. Pax-México. 1982.
- Rubin, I. y Kirkendall, L. Cuando el niño pregunta. México, Ed. Pax-México. 1984.
- Rubio, A.E. Educación de la sexualidad y retraso mental. Cuadernos para educadores sexuales No. 7. Bogotá, Ed. Asociación Mexicana de Educación sexual. 1984.
- S. Bass, M. y Malvin, G. Derecho a la sexualidad y responsabilidades del deficiente mental. España, Ed. Fontanella. 1976.
- Semmens, H.D. El mundo del adolescente. España, Ed. Dopesa. 1980.
- Simmons, G. Sexualidad humana: conceptos médicos básicos. en Grenn R. México, Ed. Interamericana. 1981.
- Tarín, F. Esquema de investigación en nuestra provincia sobre el subnormal adulto. Revista Cero. Septiembre-October. No. 71. España. 1980.
- Tordjman, G. Realidades y problemas de la vida sexual. Enciclopedia de la Vida Sexual. España, Ed. Argos-Vergara. 1981.
- Tuana, E. y Moreni de G.M. Manual para la educación de nuestros hijos. Buenos Aires, Ed. Acali. 1980.
- Vallés, A. ; Madiu, J.M.; et. al. Cursos de Orientación Familiar Tomo Sexualidad. España, Ed. Océano, S.A. 1981.

A P E N D I C E A

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

CUESTIONARIO DE EDUCACION PARA LA VIDA

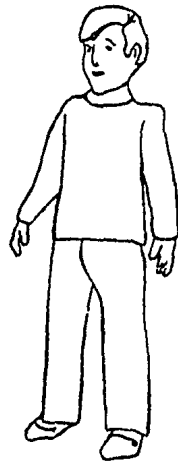
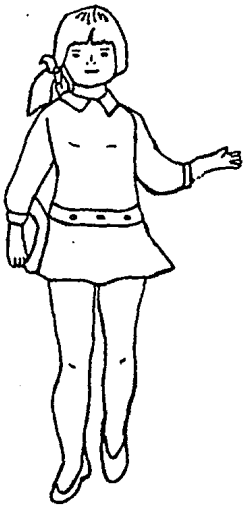
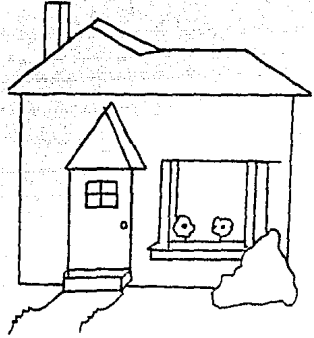
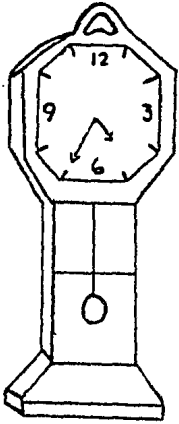
A.- Señala el cuadro rojo.

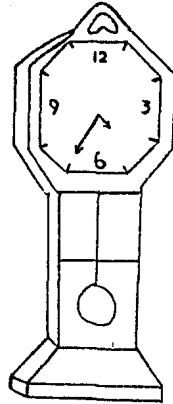
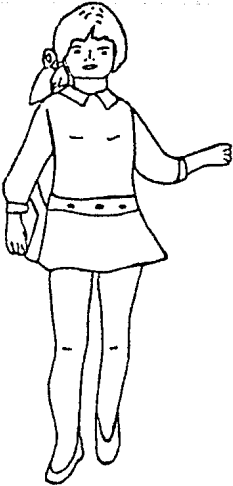
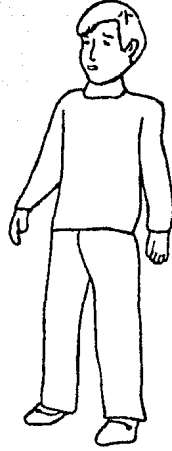
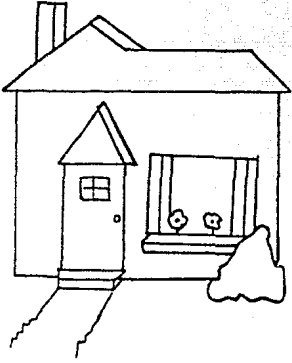
B.- Mueve la cabeza hacia arriba y hacia abajo para decir sí.

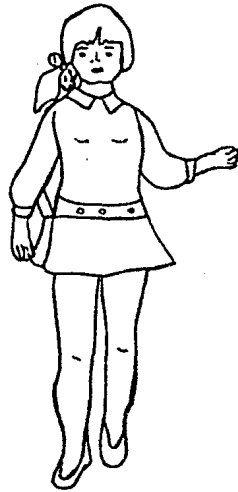
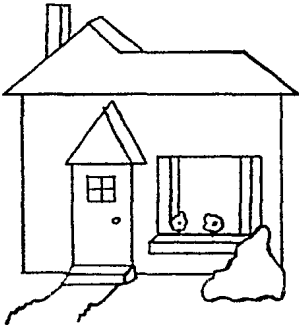
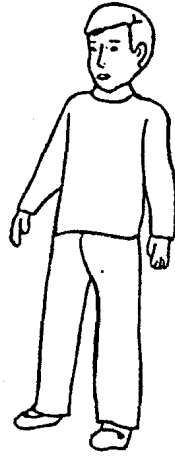
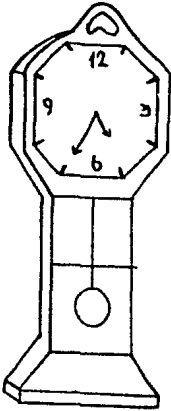
C.- Mueve la cabeza hacia un lado y el otro contrario para decir no.

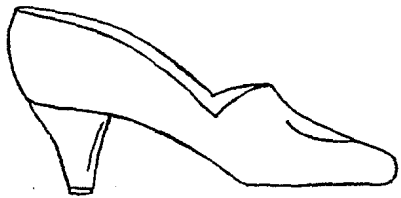
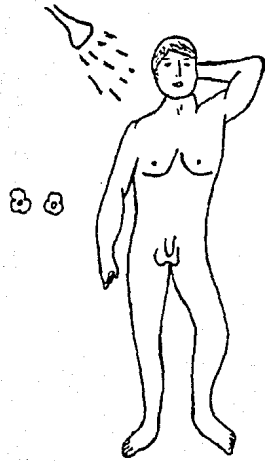
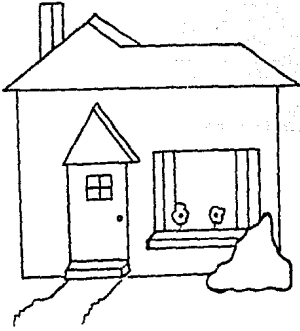
-
- 1.- Señala un niño. (reloj-casa-niña-niño)
 - 2.- Señala una niña. (casa-niño-niña-reloj)
 - 3.- Señala el dibujo que sea como tú. (reloj-niño-casa-niña)
 - 4.- Señala un hombre. (casa-hombre-mujer-zapato)
 - 5.- Señala una mujer. (hombre-reloj-mujer-zapato)
 - 6.- Coloca las partes que le faltan
a la mujer -senos- (pubis-pene-senos-tetillas)
 - 7.- Coloca las partes que le faltan
a la mujer -pubis- (tetillas-pubis-senos-pene)
 - 8.- Coloca las partes que le faltan
al hombre -pene- (pubis-tetillas-pene-senos)
 - 9.- Coloca las partes que le faltan
al hombre -tetillas- (pubis-senos-tetillas-pene)
 - 10.- Señala las personas que se es-
tan besando. (caricias-beso-petting-coito)
 - 11.- Señala las personas que se es-
tan abrazando. (caricias-beso-petting-coito)
 - 12.- Señala las personas que se es-
tan tocando. (coito-beso-petting-caricias)

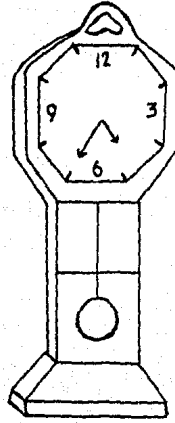
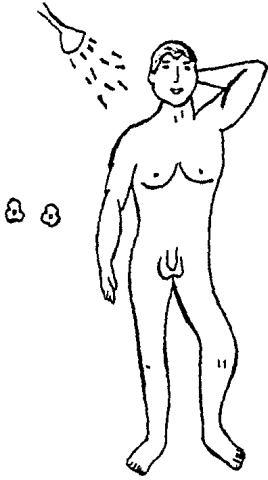
- 13.- Señala las personas que tienen relaciones sexuales. (beso-petting-coito-caricias)
- 14.- Señala el niño que esta haciendo pipí. (jugar-orinar-dormir-comer)
- 15.- Señala la niña que esta haciendo pipí. (jugar-escribir-orinar-comer)
- 16.- Señala la parte de tu cuerpo que más te gusta tocarte (varón) _____
- 17.- Señala la parte de tu cuerpo que más te gusta tocarte (mujer) _____
- 18.- Señala un kotex. (zapato-reloj-kotex-casa)
- 19.- Señala quién usa los kotex (perro-mujer-vaca-hombre)
- 20.- Ponle el kotex a la niña - donde debe usarlo. (moño-menstruar-preendedor-sacudir)
- 21.- De qué color se pone el ko tex después de que se usa. (negro-azul-rojo-verde)
- 22.- Señala cómo se hace un bebé (coito-petting-beso-abrazo)
- 23.- Señala de quién salen los bebés (hombre-perro-mujer-vaca)
- 24.- De dónde vienen los bebés o niños chiquitos. (cigüeña-mujer-flor-avión)
- 25.- Señala por dónde salen los bebés. _____
- 26.- Señala que debes hacer en caso de que no quieras tener un bebé. (No comer-no besar-no petting preservativo).
- 27.- Señala que debes hacer en caso de que no quieras tener un bebé. (Contraceptivos-no petting-no comer-no besar).

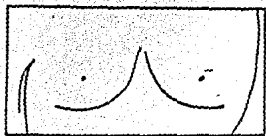
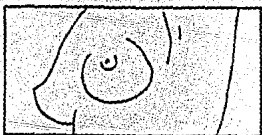
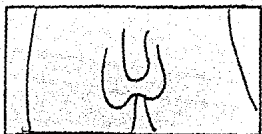
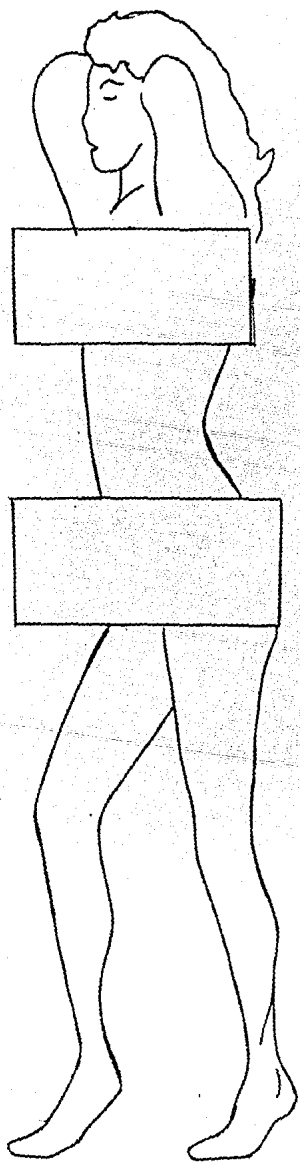


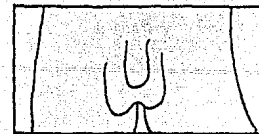
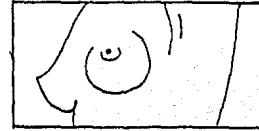
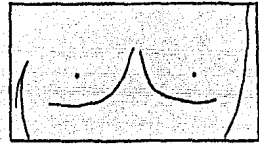
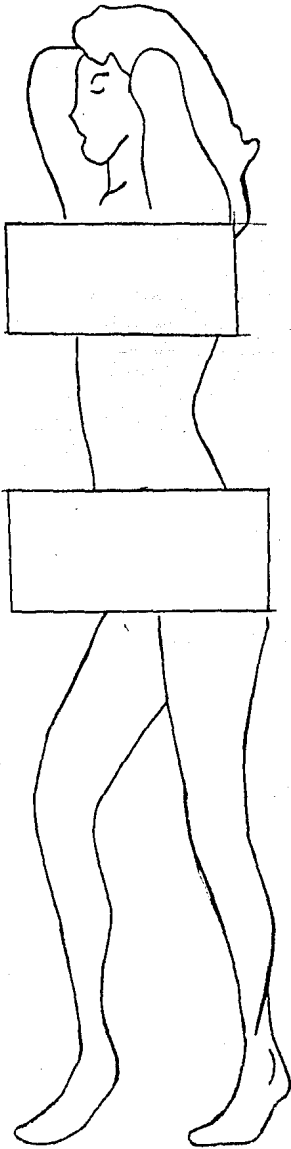


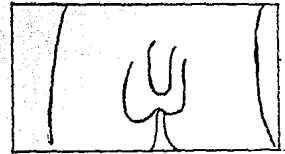
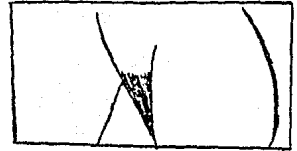
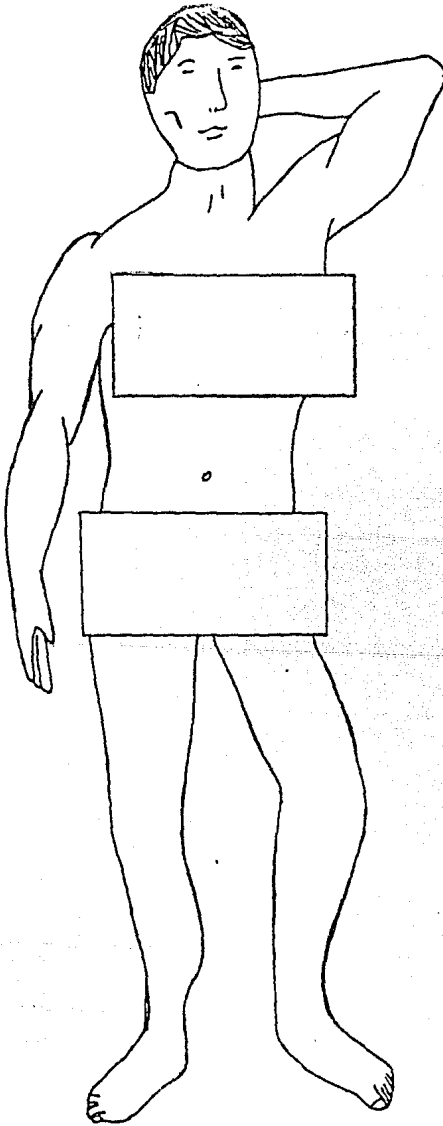


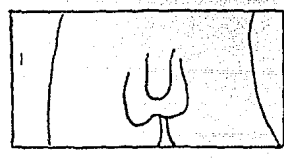
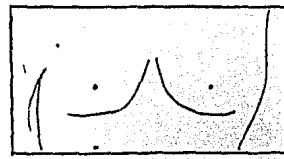
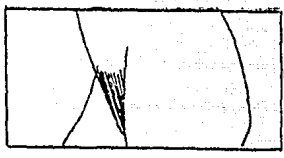
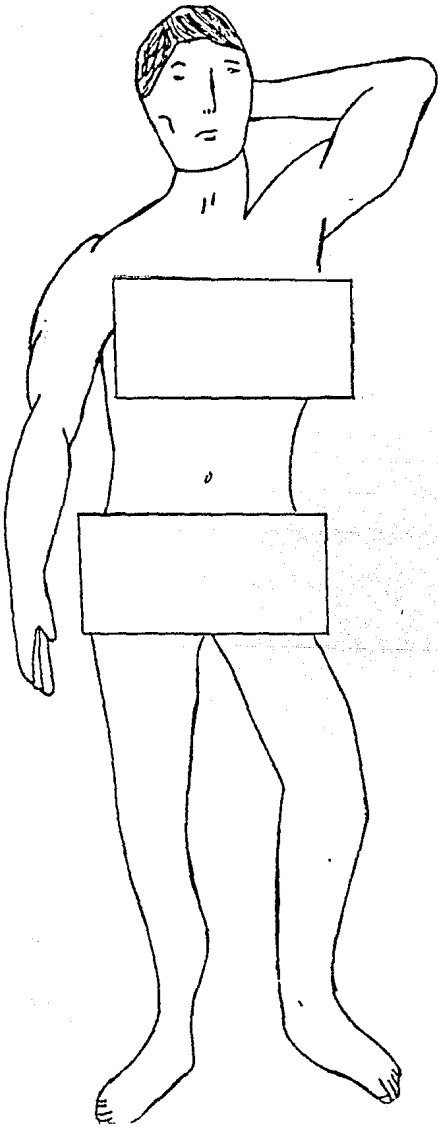


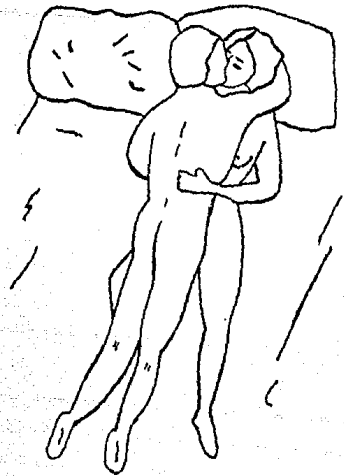
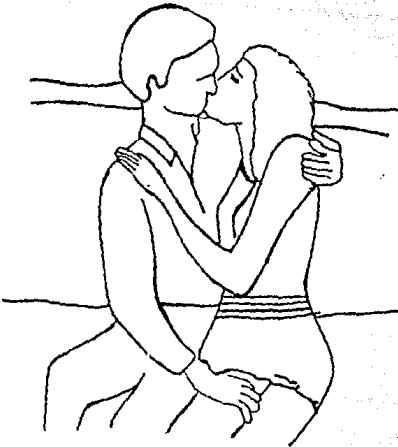
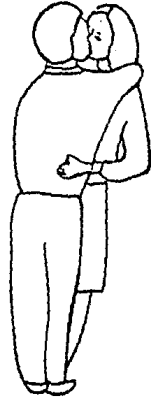
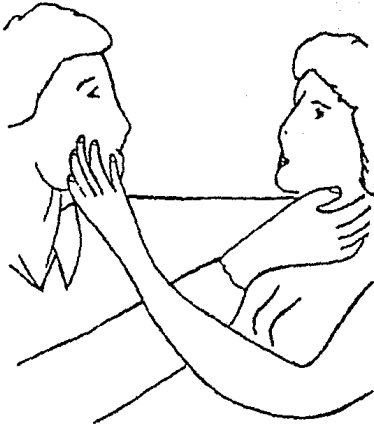


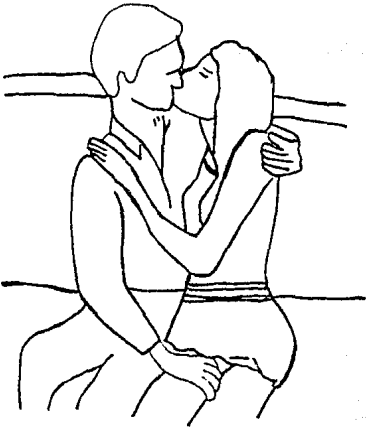
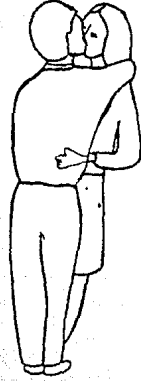


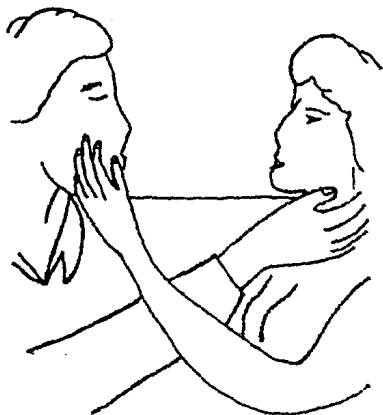
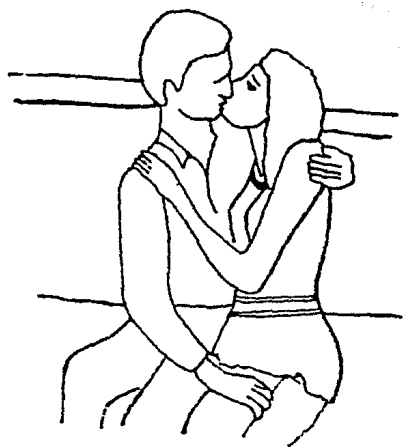
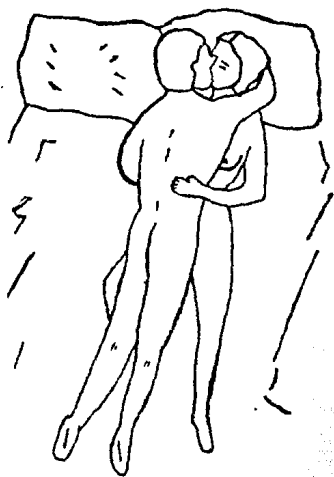


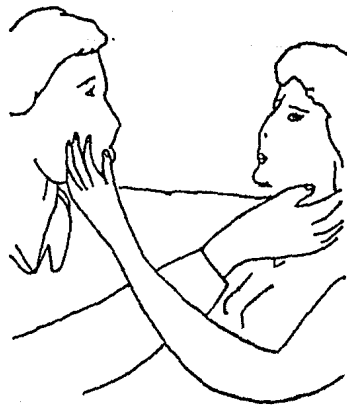
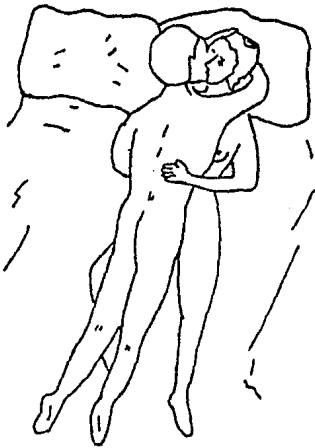
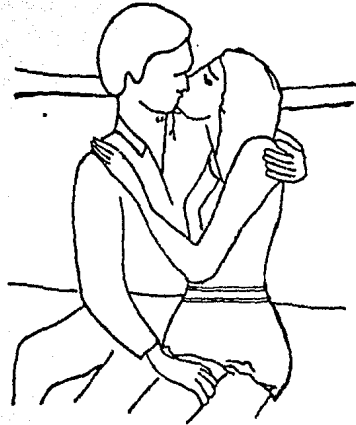


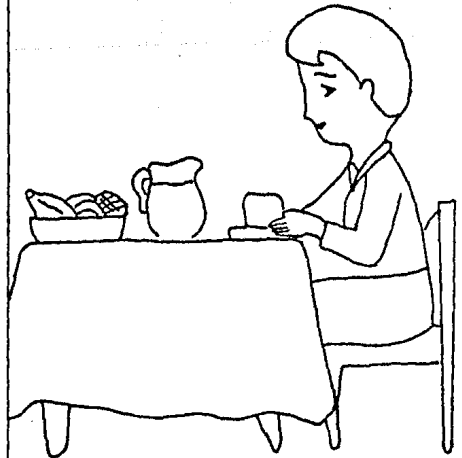
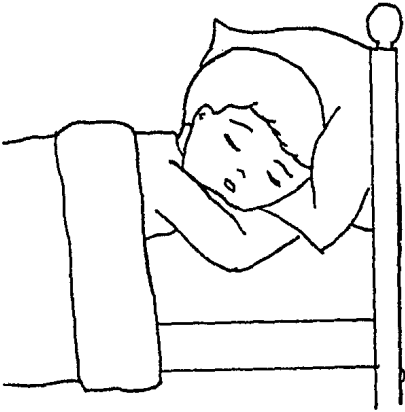
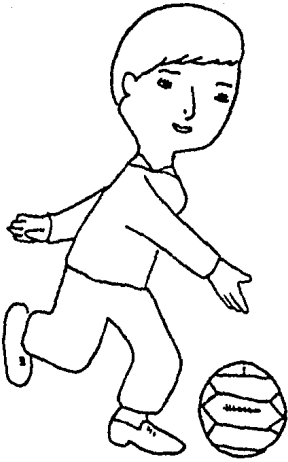


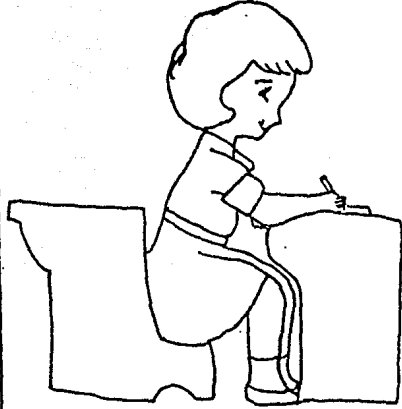


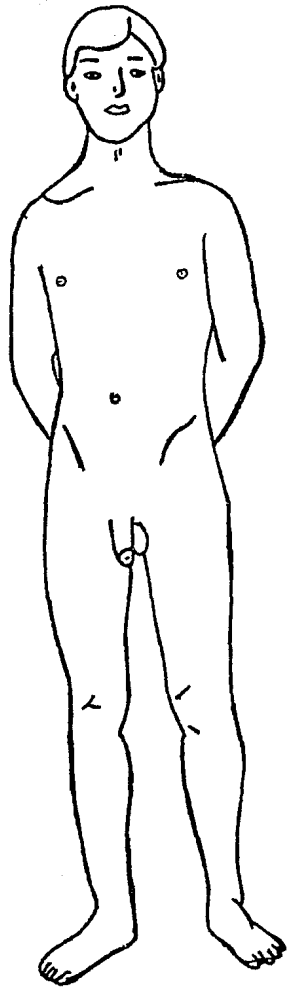


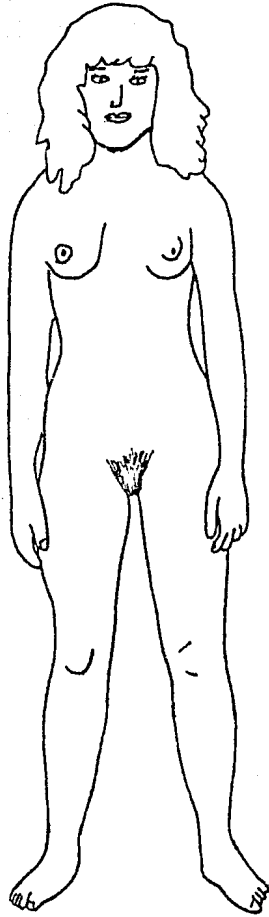


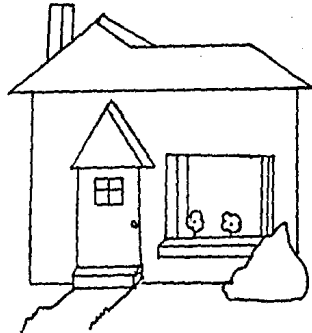
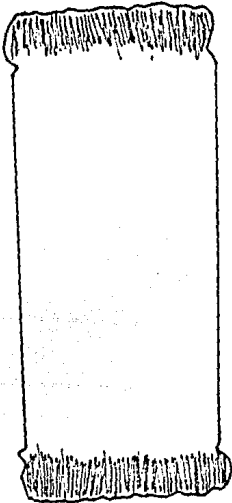
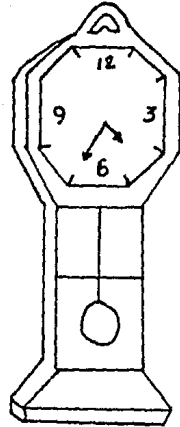


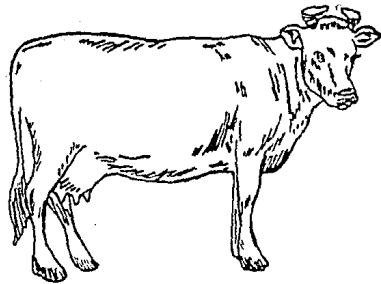
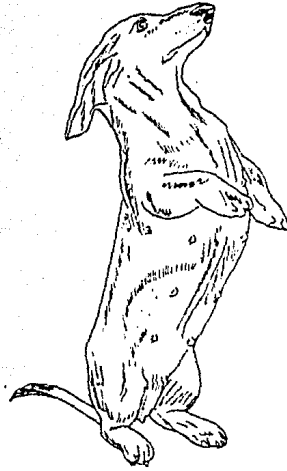
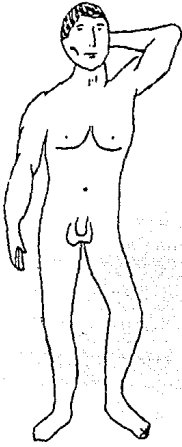


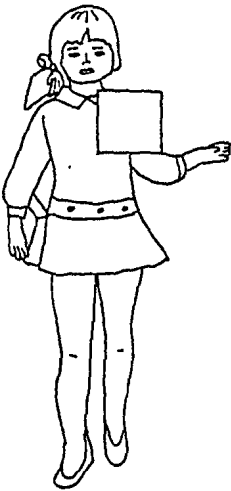




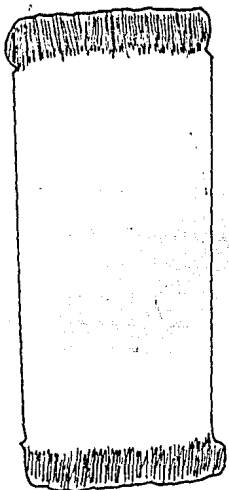




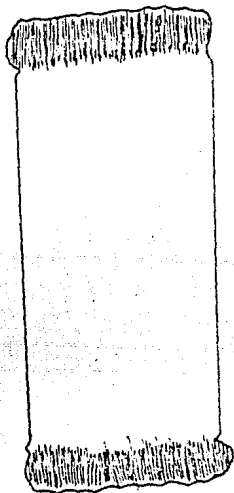




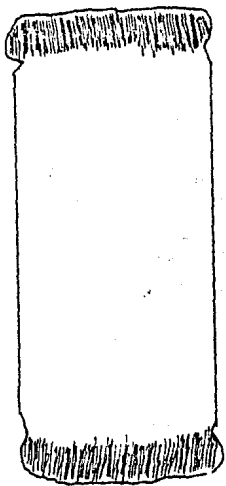
NEGRO



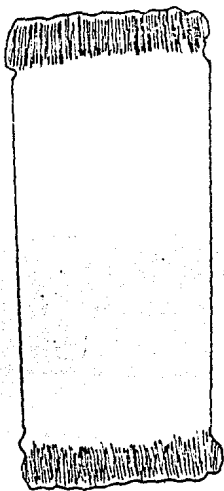
AZUL

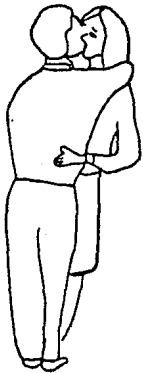
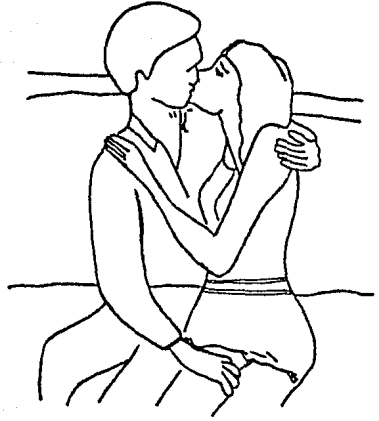
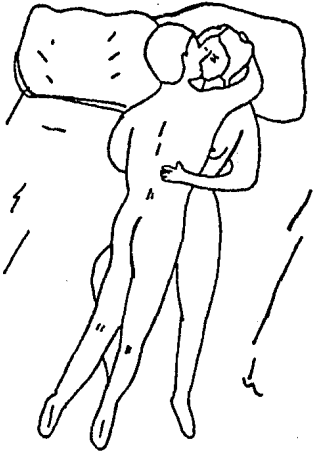


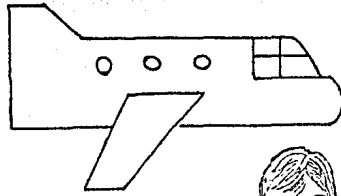
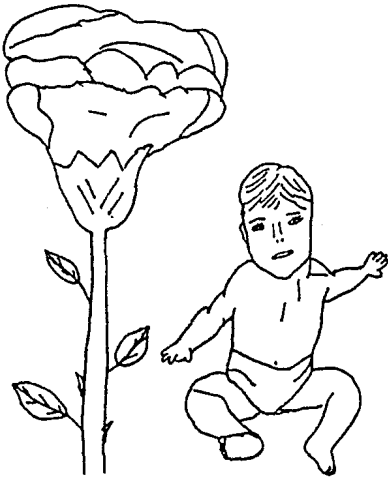
ROJO

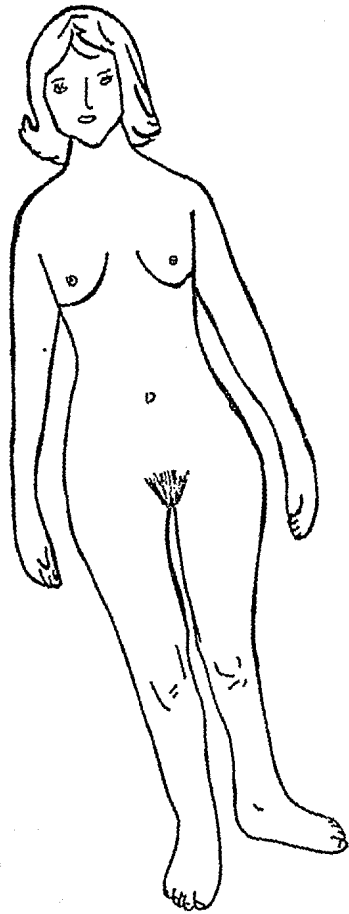


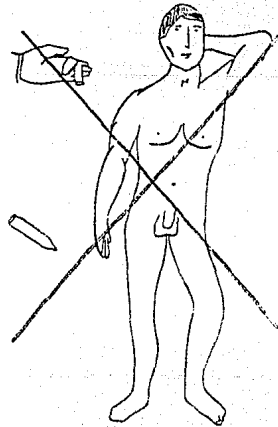
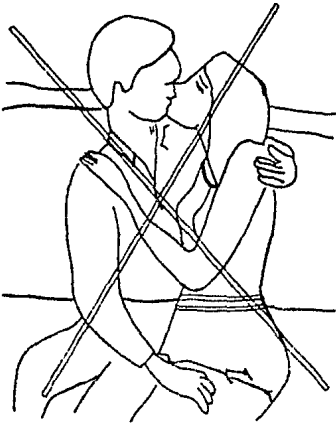
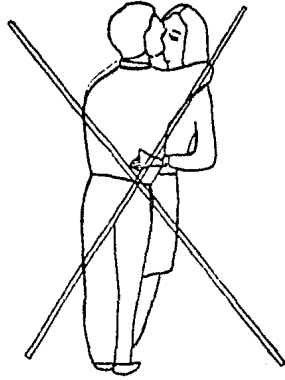
VERDE

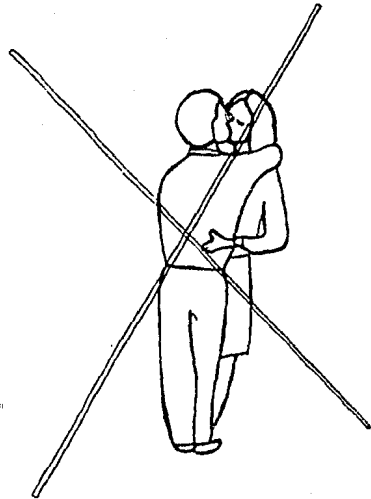
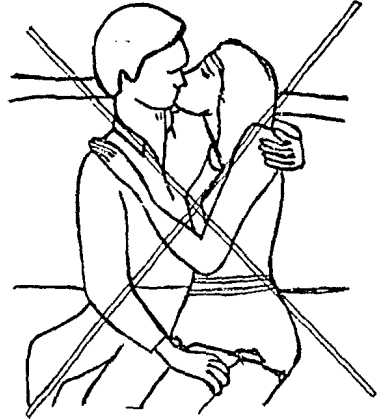
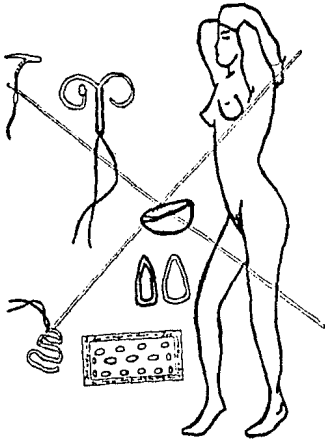












A P E N D I C E B

PLANTILLA DE RESPUESTAS Y FORMA DE CALIFICACION

PLANTILLA DE RESPUESTAS.

- 1.- Niño
- 2.- Niña
- 3.- La respuesta correcta de este reactivo dependerá del sexo del sujeto entrevistado, en el caso del varón la respuesta correcta es Niño; en el caso de una mujer la respuesta correcta es Niña.
- 4.- Hombre
- 5.- Mujer
- 6.- Senos
- 7.- Pubis
- 8.- Pene
- 9.- Tetillas
- 10.- Beso
- 11.- Abrazo
- 12.- Caricias
- 13.- Coito
- 14.- Orinar (varón)
- 15.- Orinar (mujer)
- 16.- Se representa gráficamente que parte de la lámina debe señalar el sujeto para que la respuesta sea computada como correcta. (Ver lámina A)
- 17.- Se representa gráficamente que parte de la lámina debe señalar el sujeto para que la respuesta sea computada como correcta. (Ver lámina B)
- 18.- Kotex
- 19.- Mujer

20.- Menstruar.

21.- Rojo

22.- Coito

23.- Mujer

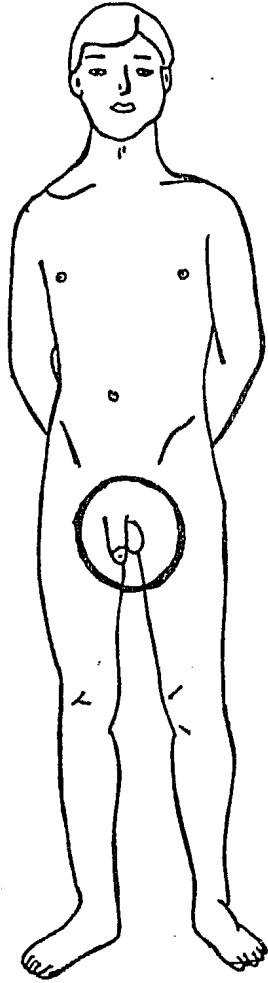
24.- Mujer

25.- Se representa gráficamente que parte de la lámina debe señalar el sujeto para que la respuesta sea computada como - correcta. (ver lámina C).

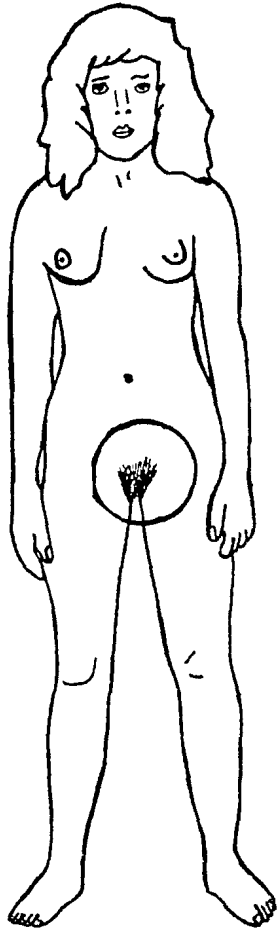
26.- Preservativo

27.- Contraceptivos.

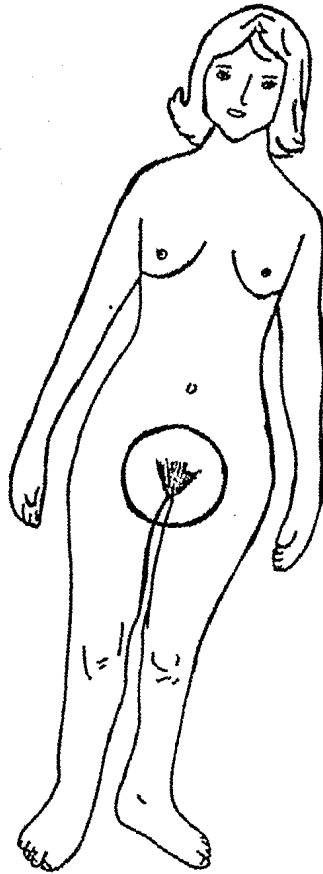
LAMINA A



L A M I N A B



LAMINA C



CALIFICACION

El cuestionario de conocimientos sexuales es calificado con valores de 1 ó 0, es decir, la puntuación de 1 para respuestas correctas y 0 para respuestas incorrectas.

Respuestas correctas.- Se refiere a aquella respuesta señala en la lámina de apoyo correspondiente a ese ítem, la -- cuál está sustentada en un conocimiento surgido de estudios científicos sobre sexualidad humana.

Respuesta Incorrecta.- Se refiere áquella respuesta señalada en la lámina de apoyo correspondiente a ese ítem, la -- cuál representa una carencia de información sexual, la cual refleja a su vez un conocimiento parcial o distorsionado del fenómeno en cuestión.