



72ej
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

“ A R A G O N ”

“UNA APORTACION PEDAGOGICA PARA LA ACEPTACION
DE LA VIDA SEXUAL DEL INDIVIDUO CON SINDROME
DE DOWN”

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PEDAGOGIA

Presentan:

J. LETICIA CUELLAR RIVERA

EVELIA FLORES VARGAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



“Por la Razón y el Saber”

México, D. F. 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

	Pags.
INTRODUCCION	1
Capítulo I. <u>EL SUJETO CON SINDROME DE DOWN</u>	
Consideraciones generales del retardo en el desarrollo.	5
Concepto de trisomía-21.....	12
Aspectos biomédicos.....	13
Características genéticas: clases de trisomía.....	13
Posibles causas de la trisomía.....	17
Prevención y diagnóstico.....	23
Morfología.....	27
Aspecto Psicológico.....	28
Anuncio del diagnóstico.....	28
Desarrollo.....	30
Lenguaje y pensamiento.....	33
El desarrollo cognitivo del trisómico-21.....	36
Aspecto educativo.....	37
Estimulación temprana.....	37
Integración escolar.....	39
Aspecto sociológico.....	40
Capítulo II. <u>LA SEXUALIDAD DEL SUJETO CON SINDROME DE DOWN</u>	
El desarrollo biopsicosexual del sujeto con síndrome de Down.....	46
La educación sexual en el sujeto trisómico.....	59
Restricciones sociales de la sexualidad del sujeto Down	66
Capítulo III. Propuesta.....	75

	Pags.
Capítulo IV. <u>MANUAL DE ORIENTACION E INFORMACION SEXUAL PARA EDUCA-</u>	
<u>DORES.....</u>	79
Introducción.....	80
Sexualidad.....	83
Anatomía sexual masculino.....	86
Genitales internos.....	90
Anatomía sexual femenino.....	95
Genitales femeninos internos.....	99
Mamas.....	109
Roles sexuales.....	113
Relaciones sociales.....	118
afecto y amor.....	119
Relaciones sexuales.....	122
Anticoncepción.....	126
Abuso sexual.....	143
Capítulo V. <u>FOLLETO INFORMATIVO PARA JOVENES CON SINDROME DE DOWN.</u>	147
Adolescencia.....	150
Higiene.....	158
Público y privado.....	165
Amigo o novio.....	170
Nacimiento de un bebé.....	174
Peligros y riesgos que puedes tener.....	182
CONCLUSIONES.....	189
BIBLIOGRAFIA.....	191
ANEXOS.....	197

INTRODUCCION

Actualmente existe un gran interés por la educación de los niños en un mundo donde las normas de comportamiento en todas las áreas, no sólo la sexual, están en un continuo desarrollo.

La "revolución sexual" se ha divulgado a través de los medios de comunicación y constantemente se plantean preguntas, sobre cuestiones que los adultos no se atreven a discutir. Los esfuerzos de los padres se diluyen cuando la información que les pudieran dar a sus hijos, referente a -lo sexual- en gran mayoría es diferente a otras opiniones.

La mayoría de los padres encuentran sumamente difícil hablar a sus hijos sobre sexo, ya sea en general, o peor aún, haciendo referencia a su propia experiencia.

Todos los padres quieren proteger a sus hijos de riesgos -- sin impedirles que se conviertan en adultos responsables y capaces de gozar. Muchos tienen posiciones morales que no querrían que sus hijos abandonaran -- ya sea creencias religiosas, consideración normal hacia los demás o simplemente una conducta sabia y prudente. Depende de cada uno de nosotros sostener los principios por los cuales vivimos y enseñárselo a los demás, principalmente a aquellas personas que por sí solas son incapaces de entender algún tipo de información.

Aunado a lo anterior, la educación sexual ha sido acusada en muchas ocasiones de excitar a los jóvenes y de movilizar los impulsos sexuales antes de tiempo, pero por el comportamiento general y la actitud de la sociedad, no por la educación sexual en sí. Los niños querrán "hacer sexo" sin que nosotros se lo insinuemos.

Los accidentes que ocurren no son por lo común resultado de un exceso de información, sino más bien de un saber insuficiente y a menudo equivocado, además de no haber encontrado franqueza en los adultos que podrían haber preparado a sus hijos para experiencias no previstas.

Por otro lado, no es nuevo y además está apoyado por investigaciones y experiencias de índole clínico, el hecho de que los problemas sexuales crónicos están relacionados directamente con la ignorancia sexual y la información errónea. Por consiguiente, podemos decir que la salud "mental" y el bienestar físico están íntimamente correlacionados con el ajuste sexual.

En este sentido la educación sexual es una parte en la enseñanza de las relaciones humanas y si una persona ejerce una relación humana desde que nace, en consecuencia deberá recibir una educación sexual desde su nacimiento, lo que seguramente evitaría que personas adultas experimenten agresión, angustia y culpabilidad cuando se les menciona el aspecto sexual o bien algunos términos que en ocasiones desconoce o de los cuales no tiene una definición clara. Parece ser que actualmente ya podemos decir que son historia, hechos tan increíbles, como en los cuales se afirmaba que las brujas copulaban con los diablos, o sucesos tan macabros como los que se presentaban en la primera mitad del siglo XVIII en París, donde fueron llevados a la hoguera homosexuales, -- por el hecho de serlo. Con el tiempo hemos superado la época inquisitorial -- donde los representantes de una religión eran preparados para someter a los varones casados a un interrogatorio con el fin de constatar si practicaban el sexo en la posición permitida.

En la actualidad ya los textos de primaria, traen una sección donde abordan la educación sexual, lo cual es muy alentador y nos hace pensar en que -- también los niños con retardo en el desarrollo deben recibir una educación -- académica, cultural, deportiva y de autosuficiencia.

Nosotros en lo particular, abordamos a las personas con síndrome de Down; sus características físicas, su medio y sus posibilidades de recibir una educación de índole sexual, así como las ventajas que pueden obtener de la misma, y aquí nos referimos a la confusión de valores y sentimientos que despierta -- la sexualidad sobre todo en la edad adolescente y sostenemos que podría res a-

Los accidentes que ocurren no son por lo común resultado de un exceso de información, sino más bien de un saber insuficiente y a menudo equivocado, además de no haber encontrado franqueza en los adultos que podrían haber preparado a sus hijos para experiencias no previstas.

Por otro lado, no es nuevo y además está apoyado por investigaciones y experiencias de índole clínico, el hecho de que los problemas sexuales crónicos están relacionados directamente con la ignorancia sexual y la información errónea. Por consiguiente, podemos decir que la salud "mental" y el bienestar físico están íntimamente correlacionados con el ajuste sexual.

En este sentido la educación sexual es una parte en la enseñanza de las relaciones humanas y si una persona ejerce una relación humana desde que nace, en consecuencia deberá recibir una educación sexual desde su nacimiento, lo que seguramente evitaría que personas adultas experimenten agresión, angustia y culpabilidad cuando se les menciona el aspecto sexual o bien algunos términos que en ocasiones desconoce o de los cuales no tiene una definición clara. Parece ser que actualmente ya podemos decir que son historia, hechos tan increíbles, como en los cuales se afirmaba que las brujas copulaban con los diablos, o sucesos tan macabros como los que se presentaban en la primera mitad del siglo XVIII en París, donde fueron llevados a la hoguera homosexuales, -- por el hecho de serlo. Con el tiempo hemos superado la época inquisitorial -- donde los representantes de una religión eran preparados para someter a los varones casados a un interrogatorio con el fin de constatar si practicaban el sexo en la posición permitida.

En la actualidad ya los textos de primaria, traen una sección donde abordan la educación sexual, lo cual es muy alentador y nos hace pensar en que -- también los niños con retardo en el desarrollo deben recibir una educación -- académica, cultural, deportiva y de autosuficiencia.

Nosotros en lo particular, abordamos a las personas con síndrome de Down; sus características físicas, su medio y sus posibilidades de recibir una educación de índole sexual, así como las ventajas que pueden obtener de la misma, y aquí nos referimos a la confusión de valores y sentimientos que despierta -- la sexualidad sobre todo en la edad adolescente y sostenemos que podría res.

-tar elementos que le servirían para fortalecer su dignidad, su respeto por sí mismo y a los demás. De igual manera su responsabilidad para relacionarse con la humanidad.

No podemos negar las inquietudes de carácter sexual, así como la curiosidad propia del ser humano, ni podemos negar que las personas con síndrome de Down son seres humanos, por lo cual, es necesario pensar que sería más adecuado darles una orientación acorde con sus capacidades desarrolladas de manera individual, en vez de dejar que ellos la busquen y la encuentren muy probablemente deformada o bien incompleta, con los compañeros de sus mismas características o bien con gente que convive y puede no estar capacitada para darle información o disipar dudas posibles.

En realidad, lo que pudieramos informarles es sumamente simple y básico, ya que en la mayoría de los casos vendría a fortalecer las enseñanzas familiares, consideramos que el método más adecuado es la elaboración de un manual, basado en las inquietudes y sugerencias, tanto de niños Down como de sus padres y profesionistas que de alguna manera estén involucrados con el tema. Dicho manual debe abarcar, tópicos como la identificación sexual, las partes del cuerpo, las funciones corporales y emocionales, la higiene del cuerpo, el embarazo y el parto, entre otros aspectos.

Para llegar a este punto tendremos a bien decir, la necesidad de fundamentar quién es y que características tiene la persona con síndrome de Down, tanto en el aspecto psicológico como en el educativo y evidentemente en el social.

En segundo término y el central, abordaremos la sexualidad del sujeto con síndrome de Down. ¿Cuáles son sus capacidades físicas?, ¿Qué manifestaciones presenta?, ¿Es capaz de sostener una relación de noviazgo?

Asimismo, a través de experiencias personales, se ha obtenido información de niños y jóvenes con síndrome de Down, padres de familia de los primeros y también de profesionistas que han tenido o tienen contacto de carácter

profesional con población Down. Finalmente, con la ayuda de jóvenes Down, -- padres de familia y profesionistas, se han elaborado dos manuales, encaminados a darie luz, tanto a los niños con síndrome de Down como a sus padres, -- para que se inmiscuyan en sus inquietudes y dudas sexuales con la intención de que alcancen un ajuste emocional que les permita desarrollarse con mayor facilidad en un ámbito social.

Esperamos que una educación sexual útil, pueda ser algún día, un derecho con el que todos nuestros congéneres deben nacer, incluyendo claro está a las personas con síndrome de Down.

CAPITULO PRIMERO
EL SUJETO CON SINDROME DE DOWN

1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL RETARDO EN EL DESARROLLO

En nuestra sociedad como en cualquier otra, los problemas que aquejan a la vida del hombre son muchos y de muy distinta índole, entre la lucha por la supervivencia y la necesidad que demanda día con día ser más aptos para el desempeño de una función, se emerge todo un mosaico de situaciones donde no siempre llegan a cristalizarse los sueños y esperanzas del individuo.

Ante la carencia de recursos -a veces materiales- y la falta de oportunidad que hoy en nuestro tiempo es tan común, sobresale un hecho que sin duda alguna es todavía poco considerable por la mayoría de los sectores de nuestra población y es la incapacidad que por origen orgánico o bien socio-cultural impide a algunas personas el poder integrarse a la sociedad por padecer el estigma del retardo en el desarrollo, como un rasgo particular de su idiosincrasia.

Es a partir de definir el término "retardo en el desarrollo", como nos introduciremos al estudio del síndrome de Down en sus aspectos: biomédico, psicológico, educativo y sociológico.

El retardo en el desarrollo a primera vista parecería que es un término específico que no guarda muchos problemas iniciales en su conceptualización, sin embargo, la participación de diversas disciplinas -como la medicina, psiquiatría, psicología, sociología, entre otras-, han generado gran controversia por el uso de su terminología al manejar palabras como: retraso mental, deficiencia mental, incapacidad mental que lejos de dar una descripción general del caso que permita su clara comprensión, sólo son el reflejo de una filosofía individual que etiqueta y margina al individuo, al considerar a la inteligencia como requerimiento relativo del sistema particular.

Así se han establecido tres criterios, que hoy en día ponen en evidencia el término inteligencia -al remitirse en diferentes definiciones estudiadas a "la descripción de ciertos tipos de comportamiento"- sin llegar a una explicación convincente de la conducta. Lo que nos lleva a cuestionar la verdadera utilidad de los test o pruebas de inteligencia.

Tales criterios son los siguientes:

- 1) Los resultados del sujeto en una prueba estándar de inteligencia -- tienen que estar por lo menos dos desviaciones estándar por debajo del promedio.
- 2) Debe tener una conducta de adaptación deficiente.
- 3) Dicha conducta tiene que aparecer durante el desarrollo" (1)

Así se han establecido tres criterios, que hoy en día ponen en evidencia el término inteligencia -al remitirse en diferentes definiciones estudiadas a "la descripción de ciertos tipos de comportamiento"- sin llegar a una explicación convincente de la conducta. Lo que nos lleva a cuestionar la verdadera utilidad de los test o pruebas de inteligencia.

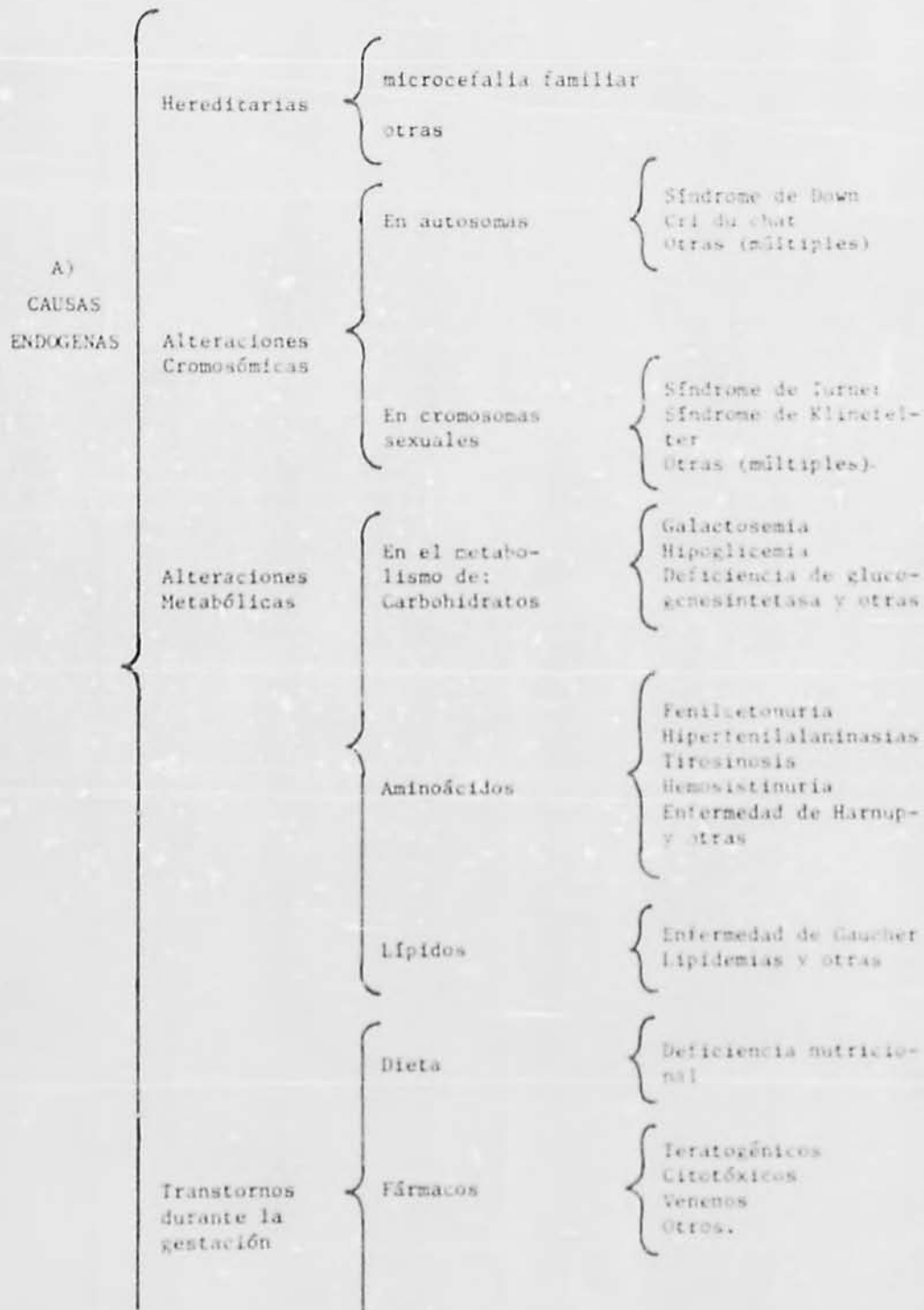
Tales criterios son los siguientes:

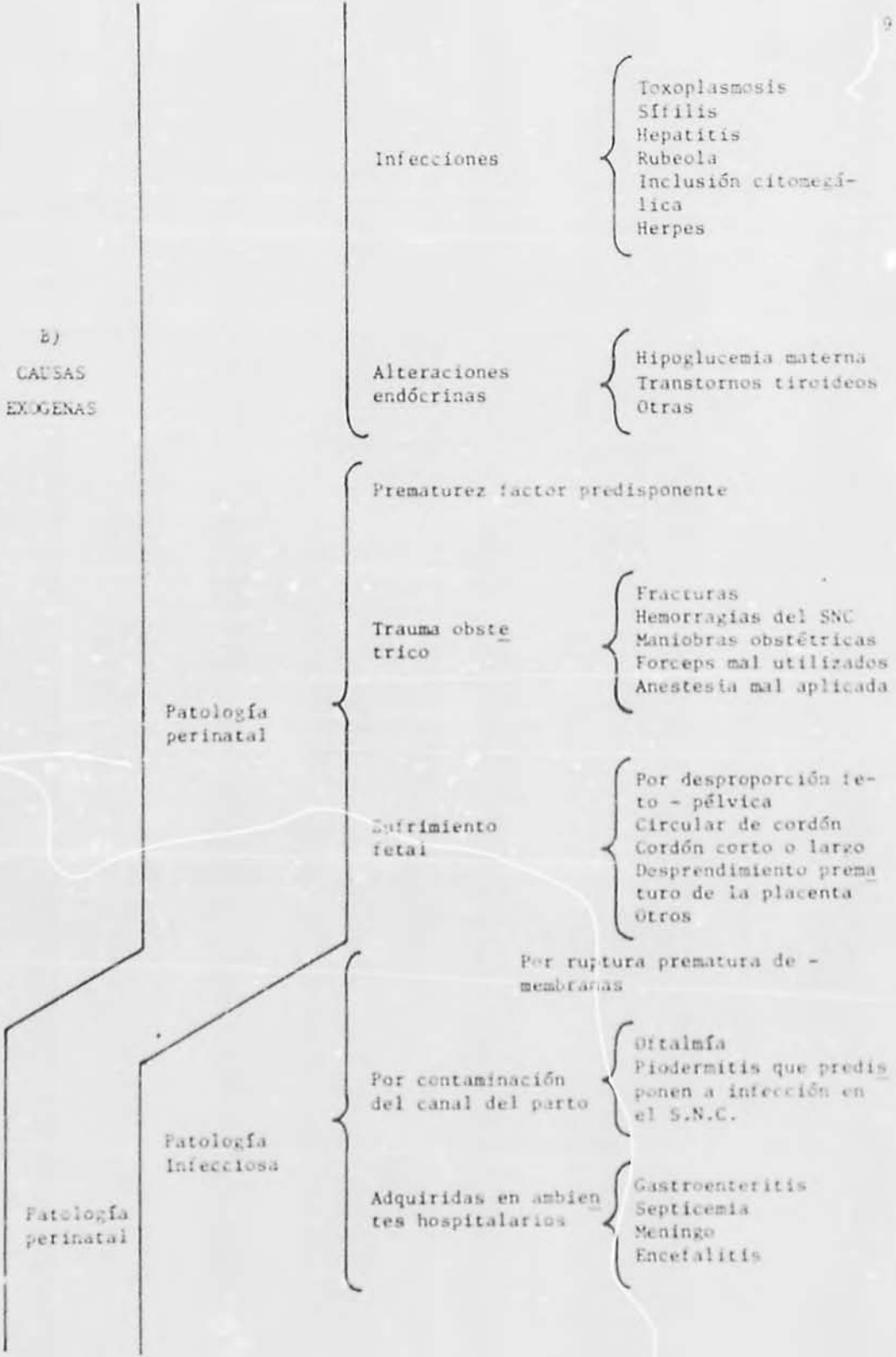
- "1) Los resultados del sujeto en una prueba estándar de inteligencia -- tienen que estar por lo menos dos desviaciones estándar por debajo del promedio.
- 2) Debe tener una conducta de adaptación deficiente.
- 3) Dicha conducta tiene que aparecer durante el desarrollo" (1)

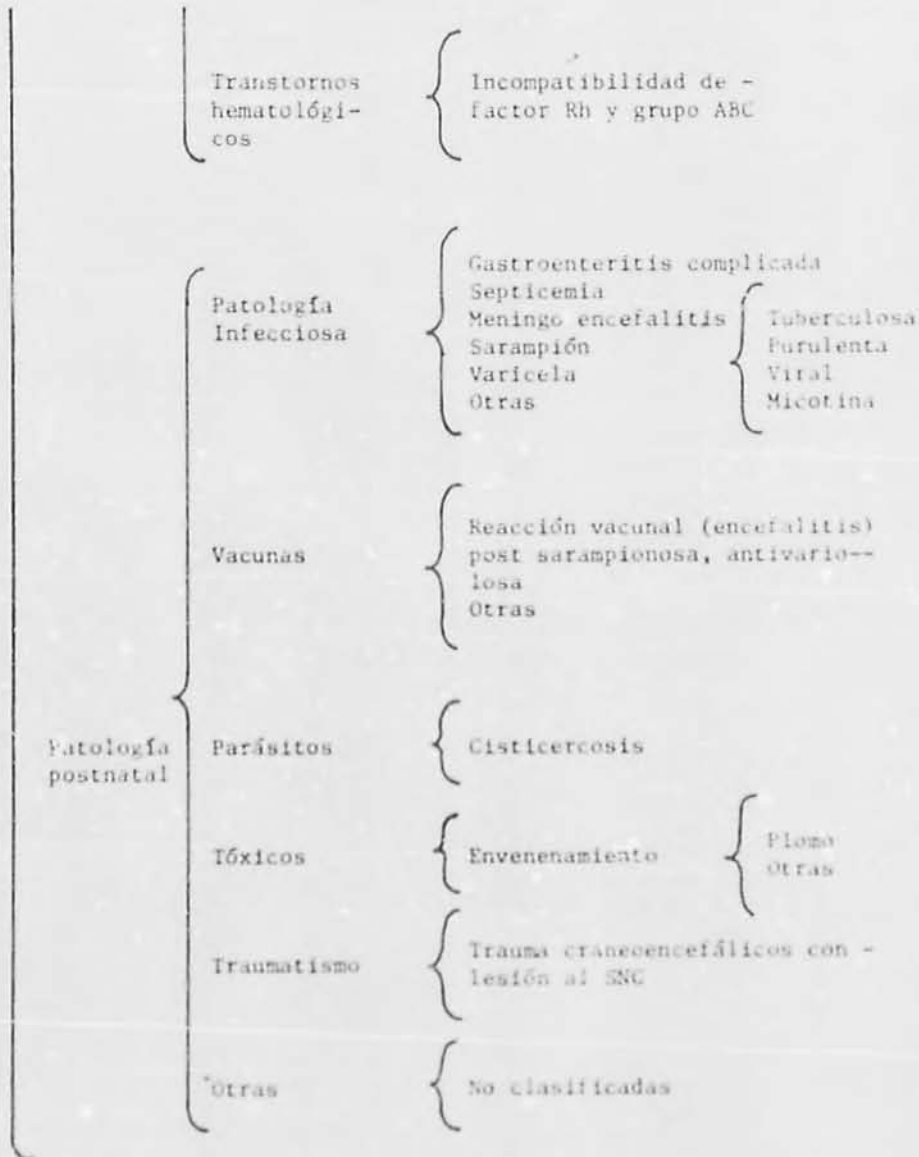
Es a partir de esta ausencia de criterios unificados, como surge la necesidad de replantear el concepto mentalista de retardo por uno que permita identificar más objetivamente la etiología de dicho padecimiento. Y es Bijou (1954) quien introduce el término reformista de retardo en el desarrollo, en base al análisis experimental de la conducta. Dicho término hace referencia a todos aquellos sujetos que presentan una conducta de inadaptación social como consecuencia de una desviación psicológica durante el desarrollo, en la que interactúan factores biológicos propios del individuo y condiciones medio ambientales en el que se desenvuelve él mismo. Es así como este nuevo enfoque abre la posibilidad de brindar en algunos casos una reeducación o bien la rehabilitación en un grado óptimo que le permita a estos individuos alcanzar la "normalización" y con ello su integración social.

Hasta ahora los avances en el área de la medicina y la psicología ofrecen nuevas perspectivas de conocimiento y diagnóstico para la atención de estos sujetos. A este gran esfuerzo se suma la coparticipación de estudios genéticos, ya que en casos más severos se hace notoria la asociación de más de una causa, creando con ello un cuadro clínico difícil de tratar médicamente; en la que para su rehabilitación se requiere del apoyo de un equipo multidisciplinario por la variedad de causas atribuibles. Partiendo de este hecho y con la mejor intención de que el lector tenga un panorama general de las causas que pueden dar origen al retardo en el desarrollo, se presenta la siguiente clasificación.

"Causas de retardo en el desarrollo de origen orgánico"



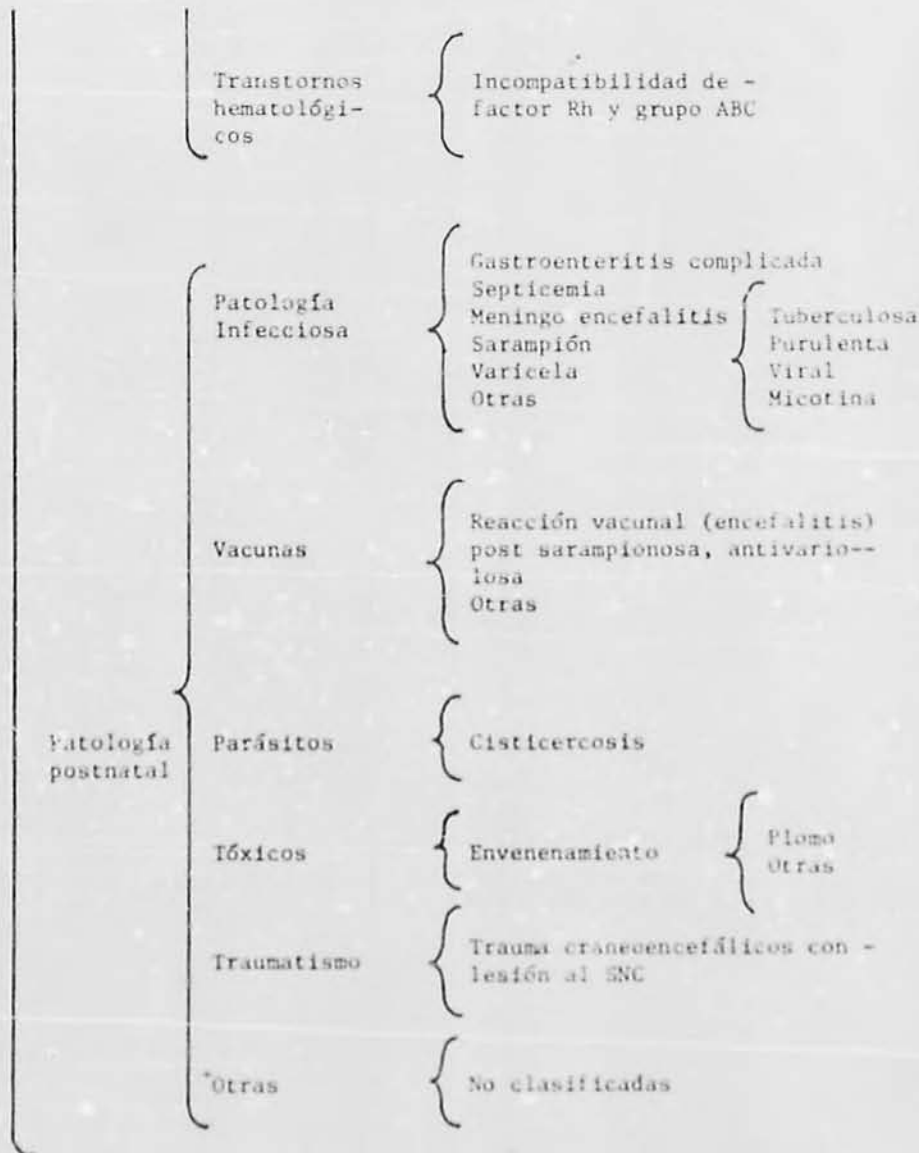




"Causas de retardo en el desarrollo de origen sociocultural"

B)
CAUSAS EXOGENAS
2)
Ambientales
(Socioculturales)

Constituyen el otro gran grupo de causas de retardo y dependen también de factores múltiples, que se dan a diversos niveles (individuo, familia, escuela, sociedad, etc.), actuando aquí elementos concretos como tradicionales, nivel de información, clase socioeconómica, componentes afectivos particulares, aceptación o rechazo al niño, etc.



"Causas de retardo en el desarrollo de origen sociocultural"

B)
CAUSAS EXOGENAS
2)
Ambientales
(Socioculturales)

Constituyen el otro gran grupo de causas de retardo y dependen también de factores múltiples, que se dan a diversos niveles (individuo, familia, escuela, sociedad, etc.), actuando aquí elementos concretos como tradicionales, nivel de información, clase socioeconómica, componentes afectivos particulares, aceptación o rechazo al niño, etc.

"Causas de retardo en el desarrollo de origen mixto"

C)
CAUSAS MIXTAS

Se da esta situación cuando se asocian una o más de las causas del grupo 1 - (orgánicas) con una o más del grupo 2 (socioculturales) lo que se traduce en una mayor agresión al paciente y mayores dificultades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (1)

"Causas de retardo en el desarrollo de origen mixto"

C)
CAUSAS MIXTAS

Se dá esta situación cuando se asocian una o más de las causas del grupo 1 - (orgánicas) con una o más del grupo 2 (socioculturales) lo que se traduce en una mayor agresión al paciente y mayores dificultades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (2)

En esta clasificación podemos observar en primer lugar, que las causas de retardo no solo se deben a factores endógenos -internos- de origen orgánico, sino también a factores exógenos -externos- siendo concretamente la influencia de condiciones sociales las que afectan en algunas ocasiones más directamente al individuo, llegando a hacer determinante su participación como motivo de retardo. En segundo lugar, que existe una gran variedad de síndromes y alteraciones hasta hoy conocidos, así como las posibles causas más frecuentes que las originan y que pueden ser controladas a tiempo. Y en tercer lugar, el retardo en el desarrollo no suele ser una patología propia de las clases socioeconómicas menos favorecidas aunque sí puede ofrecer un mayor riesgo, sin embargo, no evita que cualquier persona esté expuesta a adquirirla.

De todo lo anterior se puede concluir, que el retardo en el desarrollo que presenta un sujeto, no es el resultado de llegar más tarde a un estado de evolución natural sino que consiste en las características del estado final del desarrollo al que se llega, que es cuantitativa y cualitativamente diferente llegando a afectar a veces todo su desarrollo biológico como sucede en el caso particular de la trisomía-21 síndrome de Down, que en comparación con otros tipos de retardo generalizado hoy ofrece mayores perspectivas de educación.

2. CONCEPTO DE TRISOMÍA - 21

La trisomía-21, también denominada por el médico inglés John Langdon -- Down (1866) como mongolismo, ha existido desde aproximadamente 100 años, los estudios de su definición se remontaban antes del siglo XX, que pretendiendo demostrar si una enfermedad parecía tener un fondo genético, llevó a descubrir a Lejeune y colaboradores (1959) los primeros trastornos relacionados con anomalías cromosómicas. En realidad el término mongolismo por el que es más identificable esta población, no define en sí lo que es la trisomía-21, pero sí en cambio deforma la imagen de otros sujetos que no siendo retardados, presentan el rasgo más característico de su raza occidental mongol -el pliegue especial en el ángulo interior de los ojos-.

Por esta razón emplearemos a lo largo de esta exposición, la palabra - trisomía por no ser peyorativa.

Sin mayor preámbulo, la trisomía-21 la podemos conceptualizar como "la alteración cromosómica más frecuente que afecta el autosoma 21, con la presencia de un cromosoma suplementario"(3), generador de una serie de desórdenes a la vez somáticos y psicológicos en el individuo, confiriéndole un fenotipo muy característico que variará según la dominancia presentada en cada caso.

3. ASPECTOS BIOMEDICOS

Características genéticas :
clases de trisomía - 21

Una vez que se ha determinado el carácter genético de la trisomía-21, resulta importante conocer como y cuando se produce.

Este extraño fenómeno todavía inexplicable para muchos padres, tiene lugar en la reproducción celular que da origen a un nuevo individuo, es decir, en el momento mismo de la distribución cromosómica que define el crecimiento y desarrollo del futuro ser. En el caso particular de la trisomía Lejeune, Gautier y Turpin (1959) llegaron a advertir al estudiar las células de estos sujetos, la presencia irregular de un cromosoma extra en el par 21 que alteraba el orden dispuesto en la distribución. Lo que explica, que el óvulo una vez fecundado por el espermatozoide portador de 23 pares de cromosomas al igual que éste primero, al iniciar la distribución correspondiente no logra reducir el número de cromosomas del par 21 a uno solo como suele suceder normalmente, sino se queda con uno más. Esta adición espontánea da como resultado, la obtención de tres miembros de esta determinada pareja de cromosomas -dos provenientes de la madre y uno proveniente del padre-, que durante todo el proceso se triplicará hasta el punto de constituir todas las células del nuevo individuo 47 cromosomas. (Como se muestra en la figura A).

3. Serrano Peralta, A.

Patología del crecimiento y desarrollo del niño, p.87

"SINDROME DE DOWN"

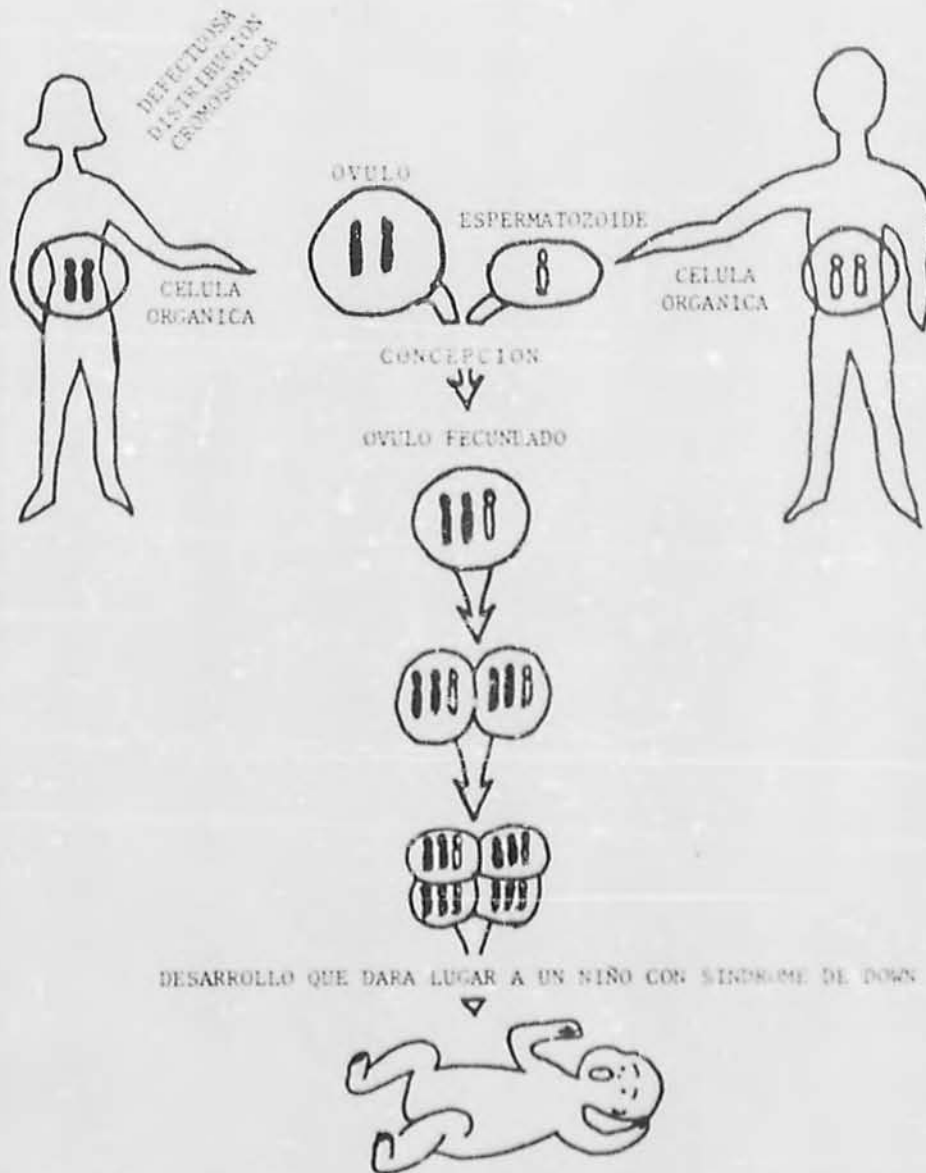


FIG. A.

A diferencia de este error de la distribución cromosómica, merece mención explicar como se lleva a cabo este proceso de distribución en las personas normales. Hoy sabemos que el hombre contiene 46 cromosomas en las células de su cuerpo; los cromosomas como portadores de información genética, provenientes de ambos padres -en un número de 23 pares por cada uno- están constituidos a su vez por miles de genes encargados de codificar dicha información que finalmente establecerá el funcionamiento y características del organismo. Durante la fecundación, los 46 cromosomas se unen para formar una nueva célula con 23 pares ordenados en forma ascendente del 1 al 23, de los cuales 22 son autosomas, y el par número 23 es el cromosoma sexual -XX en la mujer y XY en el hombre- que determina el sexo del individuo. De esta manera la nueva célula tiende a dividirse al mismo tiempo que crece y se reproduce hasta formar al individuo. (Ver figura B)

El conocer el momento en que ocurre esta alteración cromosómica nos proporciona datos importantes ya que permite identificar de que clase de trisomía se trata y además de los riesgos y dificultades que ofrece tanto al mismo individuo como a su familia. Desafortunadamente los últimos estudios a este respecto no han podido precisar el momento, ya que bien puede acontecer, durante el desarrollo del óvulo o del espermatozoide, ya sea inmediatamente después de su encuentro, o en el instante mismo de la concepción. Lo que sí parece ser determinante, es que cuanto más temprana sea la aparición de la célula trisómica las consecuencias pueden ser mayores. De así que se hable de tres clases de trisomía-21.

1. La trisomía-21 es la más frecuente, suele presentarse antes de la fertilización, durante la formación del óvulo o del espermatozoide, o bien en la primera división celular, este temprano error en la distribución cromosómica responsable del 90% de los casos de trisomía, presenta un estigma muy característico en estos sujetos, así como serias alteraciones en su funcionamiento biológico.

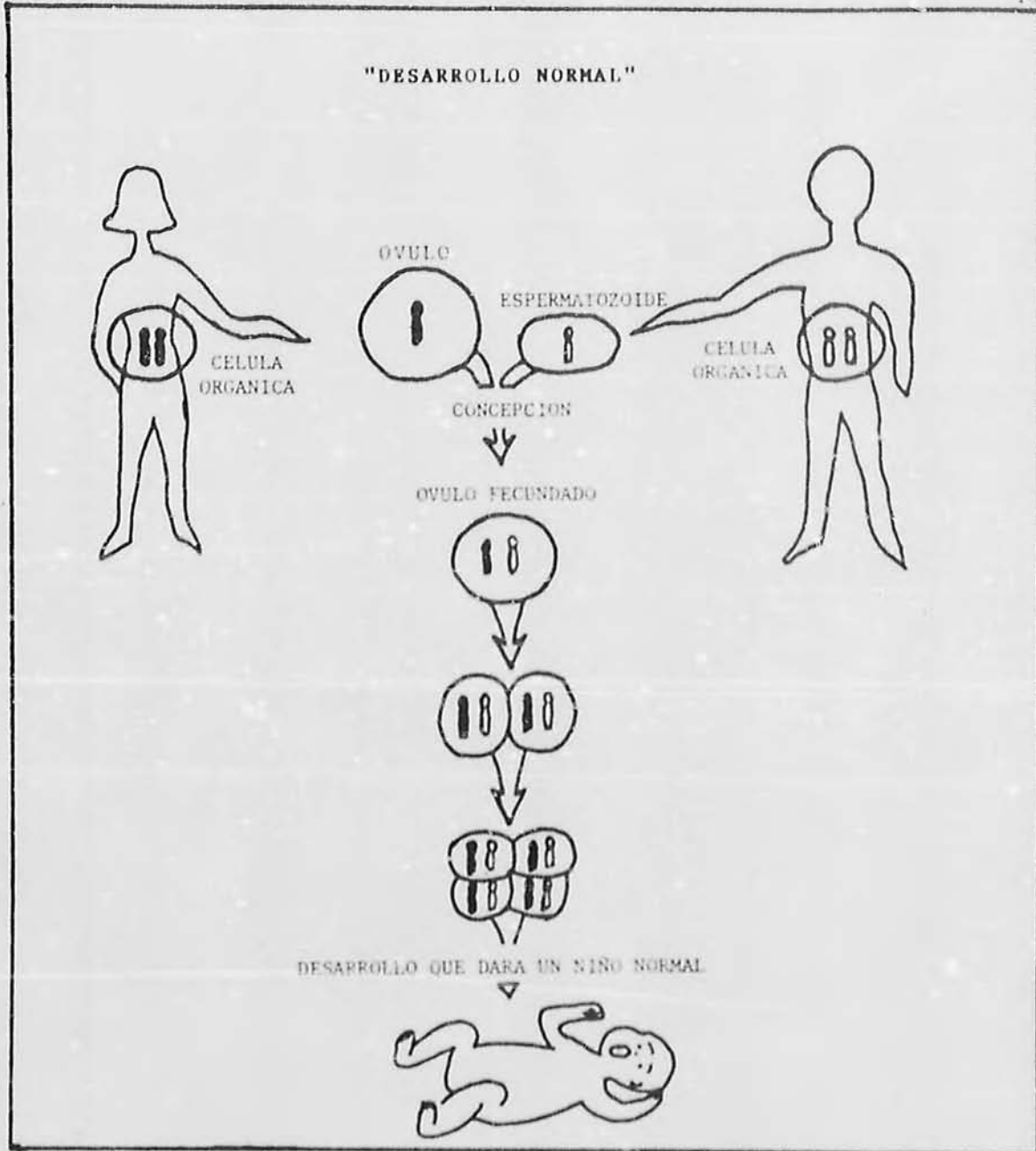


FIG. B

2. La trisomía-21 de mosaicismo presente en un 5% de los casos, se caracteriza por el mezcla de células normales, es decir, con 46 cromosomas y de células trisómicas produciéndose en la segunda división celular. Lo peculiar de esta aberración, es que estos sujetos pueden presentar un amplio rango de logro intelectual y físico, así -- como una apariencia casi normal o clásica del síndrome, dependiendo de la línea celular anormal.
3. La trisomía por traslocación , es la menos frecuente por no decir -- que la más rara. Consiste en la "fusión" de dos cromosomas durante la división celular; puede presentarse en la formación del óvulo o del espermatozoide, ya sea en la primera división celular después -- de la fertilización. Lo que indica que uno de los padres puede ser el portador de dicha traslocación aunque no necesariamente presente el fenotipo --características físicas-- de esta anomalía, acentuando el riesgo de que su descendencia pueda padecer esta trisomía.

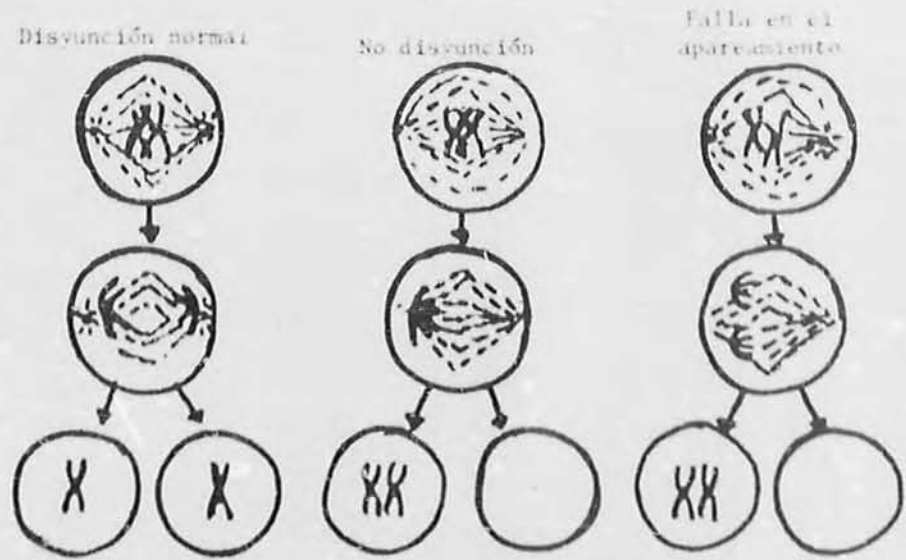
Dos de los momentos importantes en que puede ocurrir cualquiera de las tres clases de trisomía, se aprecian en las figuras (C y D).

POSIBLES CAUSAS DE LA TRISOMIA-21

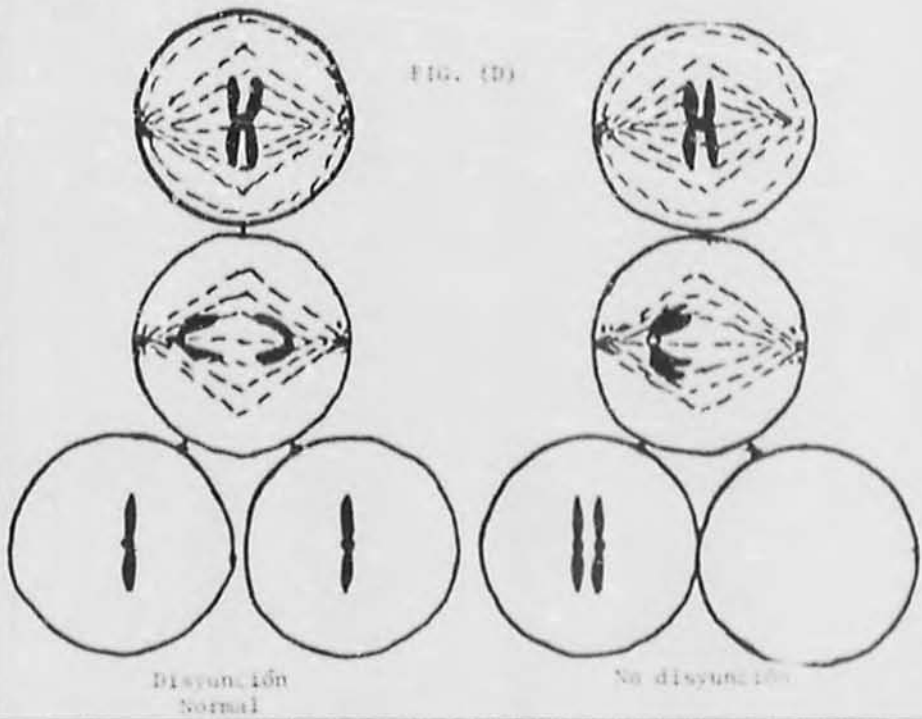
El interés por conocer la etiología de la trisomía después de su descubrimiento, condujo a teóricos e investigadores a plantear una serie de teorías a este respecto.

La primera propuesta es la de Crosshamk en 1912. La cual se basa en -- el estigma somático que parece coincidir con el mongol, que vendría a ser como el hombre de transición entre el hombre primitivo y el hombre normal. Hoy, a la luz de los estudios realizados, este razonamiento carece de fundamentación y por lo tanto de validez.

FIG. (C)



Errores que conducen a aneuploidía en la primera división meiótica. Fig. (C). Y errores que conducen a aneuploidía en la segunda división meiótica. Fig. (D).



"Es Van Der Sheer quién con su teoría del origen amniótico, da un nuevo enfoque biológico a la investigación, al considerar que la causa de la trisomía es, una "parada" en el desarrollo fetal en donde el saco amniótico ejerce una presión sobre el mismo produciéndole estigmas característicos. Esta hipótesis al igual que la anterior, no resultó tener fundamento suficiente - al aplicarse al caso de los niños gemelos" (4)

"Otras más se fundamentan en factores familiares y hereditarios, que -- tratan de explicar como causa de la trisomía la edad avanzada de la madre, -- así como a deficiencias familiares acumuladas que pudieran incidir considerablemente en la trisomía" (5)

"Es finalmente con Jerónimo de Moragas, con su teoría del origen genético basada en los trabajos de Penroé, en 1939 que se realiza un estudio más específico sobre la anomalía cromosómica en un individuo de 45 años, que -- además de padecer el síndrome de Klinefelter, contenía en sus células 47 cromosomas que lo identificaban como un trisómico. Es entonces cuando esta teoría carente de un fundamento científico logra ser apoyada por grandes autores" (6)

No era difícil sospechar en ese tiempo que cualquier perturbación bioquímica, infecciones y parasitarias durante la etapa de gestación pudiera -- dar origen a este síndrome ahora tan estudiado.

4. López Melero, M.

Teoría y práctica de la educación especial p. 55

5. Idem.

6. Ibidem. p. 56

Koëning (1963), en su empeño de comprobar estas hipótesis, dedujo tres factores principales de la etiología de la trisomía-21,

1. La trisomía aparece en familias cuyos miembros presentan algunos caracteres aislados de esta patología.
2. Las madres que por su edad o cualquier circunstancia no están en el período normal de procreación, o porque su salud mental o psíquica es deficiente, dan lugar más frecuentemente al nacimiento de un niño trisómico.
3. Las enfermedades infecciosas, las crisis morales y psíquicas durante los tres primeros meses de gestación, pueden dar como consecuencia el nacimiento de un sujeto trisómico.

Estos intentos por definir el origen de la trisomía-21, sin éxito alguno, han conducido a ciertos investigadores a especular aún más sobre la posible participación de un sin número de factores etiológicos, que hasta el momento no han sido comprobados por carecer de una fundamentación científica agrupándolos la biología celular en:

- a) Factores intrínsecos
- b) Factores extrínsecos

Dentro de los factores intrínsecos son agrupados todos aquellos de carácter hereditario y los relacionados con la edad de la madre. En cuanto al primero de ellos; actualmente se tienen evidencias de que existe un mayor grado de recurrencia de dar a luz a un hijo trisómico cuando la madre es trisómica.

Otro caso asociado a este mismo hecho, lo constituye la translocación y el mosaicismo, aunque en una menor proporción pues aún no se ha llegado a establecer, si los padres de hijos normales o de hijos trisómicos son los responsables de la frecuencia.

El segundo factor de este grupo, mucho se ha argumentado de que la edad avanzada de la madre (35-45 años o más) es un antecedente determinante en el origen de la trisomía en la medida que ofrece un mayor riesgo. Sin embargo en los últimos años se ha comprobado que la juventud de la madre (15-17 años) también favorece la incidencia. Ambas situaciones crearon polémica entre -- los investigadores que como Köing (1959), trato de plantear, que en las mujeres de más edad se produce un proceso de involución ovárica o una disminución de la capacidad reproductora que favorece la aparición de la trisomía. Este fundamento aunque no muy distante en su momento, no resultó ser convincente para Wunderlich (1977), quién confiaba en la posibilidad de que en los casos de niños nacidos de madres jóvenes expuestas a radiaciones, en la medida en que aumenta su edad, el efecto de los mismos (aunque prácticamente en menor proporción), podían actuar junto con el proceso de envejecimiento biológico en la determinación de la trisomía. En otras palabras, significa que dada la constitución física y orgánica de la mujer, algunas resultan ser más vulnerables a los efectos de algunos agentes externos y provocar alteraciones tempranas en el organismo que en ocasiones se mantienen latentes o bien se aceleran conforme avanza la edad, llegándose a manifestar a veces en el momento de la concepción, tal y como ocurre en la madre joven. Sobre lo que aún no hay pruebas es el que la rutina diaria de la madre y su estado emocional pudiera ser una agravante en la causa de la trisomía.

Hasta el momento todo parece indicar que la edad de la madre no es un factor determinante en el origen de la trisomía.

Otras teorías que apoyan la aparición de la trisomía son las referentes a los factores extrínsecos, dentro de los cuales Lambert (1979) destaca: las radiaciones, el efecto genético de los virus, los agentes químicos mutágenos, diversos factores inmunobiológicos y quizás algunas deficiencias vitamínicas. La importancia de estos factores reside, en el efecto que tiene en el proceso genético. Se ha demostrado que existe una correlación entre el tiempo de intervención del agente externo y su reacción en dicho proceso, lo que dificulta su participación directa, sobre todo en las exposiciones a las radiaciones por la variabilidad del tiempo transcurrido entre la práctica de la misma y su efecto. Los restantes factores por su parte, ejercen su acción de manera indirecta al desencadenar distintos cuadros clínicos "como enfermedades"

El segundo factor de este grupo, mucho se ha argumentado de que la edad avanzada de la madre (35-45 años o más) es un antecedente determinante en el origen de la trisomía en la medida que ofrece un mayor riesgo. Sin embargo en los últimos años se ha comprobado que la juventud de la madre (15-17 años) también favorece la incidencia. Ambas situaciones crearon polémica entre -- los investigadores que como Köing (1959), trato de plantear, que en las mujeres de más edad se produce un proceso de involución ovárica o una disminución de la capacidad reproductora que favorece la aparición de la trisomía. Este fundamento aunque no muy distante en su momento, no resultó ser convincente para Wanderlich (1977), quién confiaba en la posibilidad de que en los casos de niños nacidos de madres jóvenes expuestas a radiaciones, en la medida en que aumenta su edad, el efecto de los mismos (aunque prácticamente en menor proporción), podían actuar junto con el proceso de envejecimiento biológico en la determinación de la trisomía. En otras palabras, significa que dada la constitución física y orgánica de la mujer, algunas resultan ser más vulnerables a los efectos de algunos agentes externos y provocar alteraciones tempranas en el organismo que en ocasiones se mantienen latentes o bien se aceleran conforme avanza la edad, llegándose a manifestar a veces en el momento de la concepción, tal y como ocurre en la madre joven. Sobre lo que aún no hay pruebas es el que la rutina diaria de la madre y su estado emocional pudiera ser una agravante en la causa de la trisomía.

Hasta el momento todo parece indicar que la edad de la madre no es un factor determinante en el origen de la trisomía.

Otras teorías que apoyan la aparición de la trisomía son las referentes a los factores extrínsecos, dentro de los cuales Lambert (1979) destaca: las radiaciones, el efecto genético de los virus, los agentes químicos mutágenos, diversos factores inmunobiológicos y quizás algunas deficiencias vitamínicas. La importancia de estos factores reside, en el efecto que tiene en el proceso genético. Se ha demostrado que existe una correlación entre el tiempo de intervención del agente externo y su reacción en dicho proceso, lo que dificulta su participación directa, sobre todo en las exposiciones a las radiaciones por la variabilidad del tiempo transcurrido entre la práctica de la misma y su efecto. Los restantes factores por su parte, ejercen su acción de manera indirecta al desencadenar distintos cuadros clínicos --como enfermedades--

en el organismo de la madre, que junto con otros padecimientos anteriores - provocan alteraciones durante la evolución de la gestación.

Lo cierto de todo esto, es que se registrarón muertes prematuras en -- Bruselas, entre el primero y segundo mes de vida. "Siendo que a partir de 1947, cuando entonces ya se garantizaba una mayor perspectiva de vida, al - alcanzar en 1960 el 14% de los trisómicos una edad de 34 años y el 3% de 45 años". (7) Actualmente la incidencia -el número de casos nuevos que aparecen- se mantiene estable, pero la que se ha modificado es la frecuencia -representa el número de casos identificados en una población- y esto como consecuencia de los progresos alcanzados por la ciencia médica.

7. Lambert, Jean y A. Rondal, J. El mongolismo. p.16

Prevencción y Diagnóstico

El que la trisomía-21 sea un síndrome irreversible, no evita su prevención que tiene como fin último disminuir la incidencia.

Actualmente se habla de un medio de prevención: la edad de la madre y de una técnica diagnóstica llamada amniocentesis.

La primera medida de prevención en relación a la trisomía, es la edad de la madre en el momento de la concepción, en este sentido, se puede evitar el riesgo de este accidente genético al informarle a todas las mujeres de la vulnerabilidad que representa tener un hijo a tan avanzada edad (35 a 45 años o más). Además de evitar vivir una experiencia dolorosa.

La amniocentesis como técnica diagnóstica se ha empleado desde 1930. A mediados de 1950 se demostró la posibilidad de determinar el sexo del feto en las células del líquido amniótico. Sin embargo, sólo durante los últimos años se ha impulsado significativamente este método tanto en la clínica como en la investigación, se inició su uso en la enfermedad hemolítica del recién nacido, sus aplicaciones más comunes son: para diagnosticar algunos errores innatos del metabolismo, en la determinación del sexo, para algunas pruebas enzimáticas y más frecuentemente para estudios cromosómicos y bioquímicos. La amniocentesis consiste en una punción uterina transabdominal practicada entre la semana decimocuarta y decimosexta de embarazo, bajo anestesia local y por control ultrasonido para determinar la localización del feto y la placenta. De la punción se extraen de 10 a 20 ml. de líquido amniótico que contiene células de tipo fetal "las cuales son cultivadas durante varios días en un proceso de bipartición celular ya avanzado, al ser tratadas químicamente detiene su crecimiento al grado de desintegrar las células para separar los cromosomas y ser observados a través del microscopio, en donde después de fotografiarlos son ordenados de acuerdo a su tamaño y proporción en el punto de estrangulación o centrómero del cromosoma, representando el conjunto total de los cromosomas del individuo" (8) (Ver figura 1 y 2)

Niña Normal

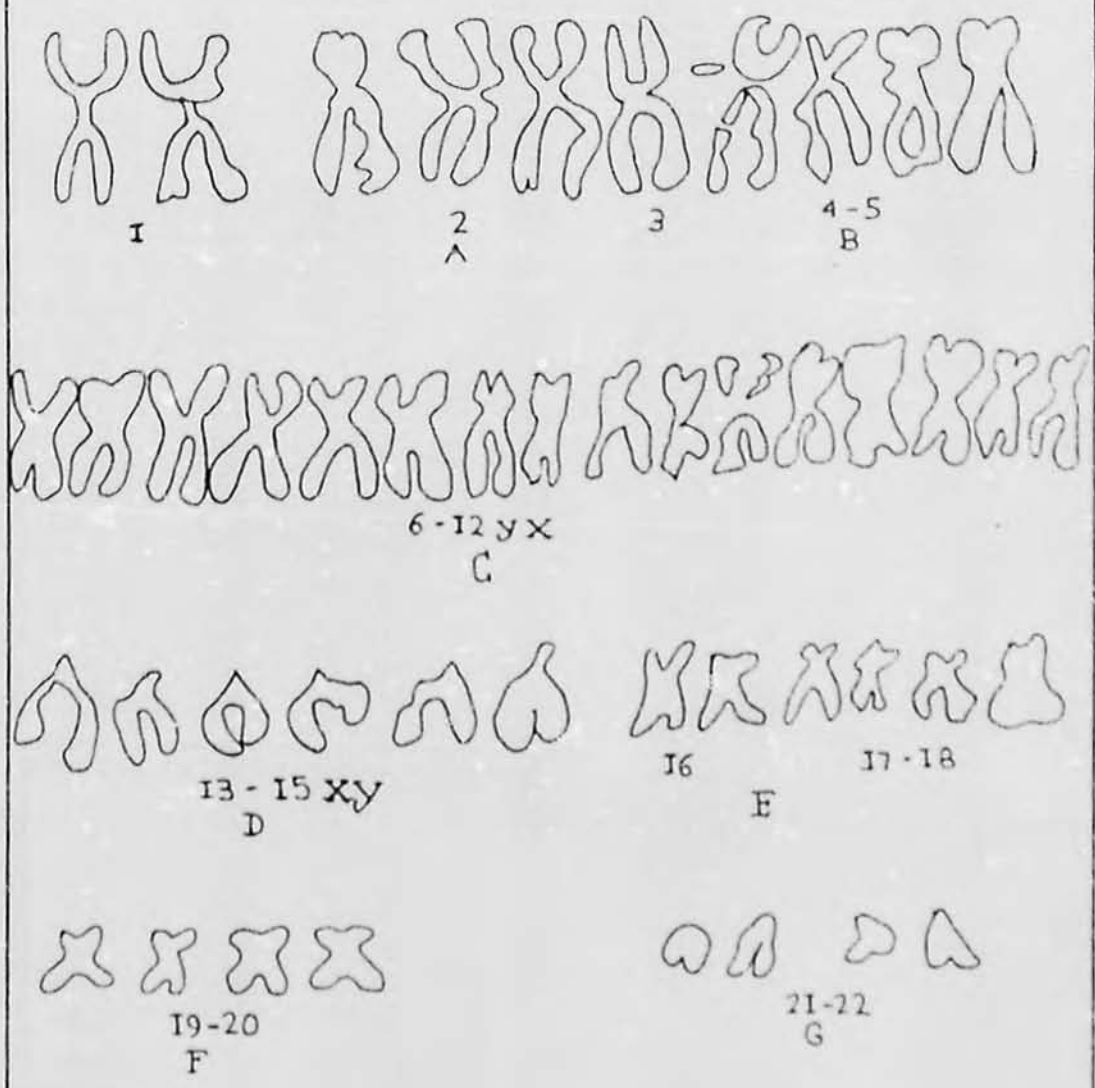


FIG. 1 Cromosomas de una niña normal. Ordenación de acuerdo a su tamaño.

NIÑA CON TRISOMIA-21

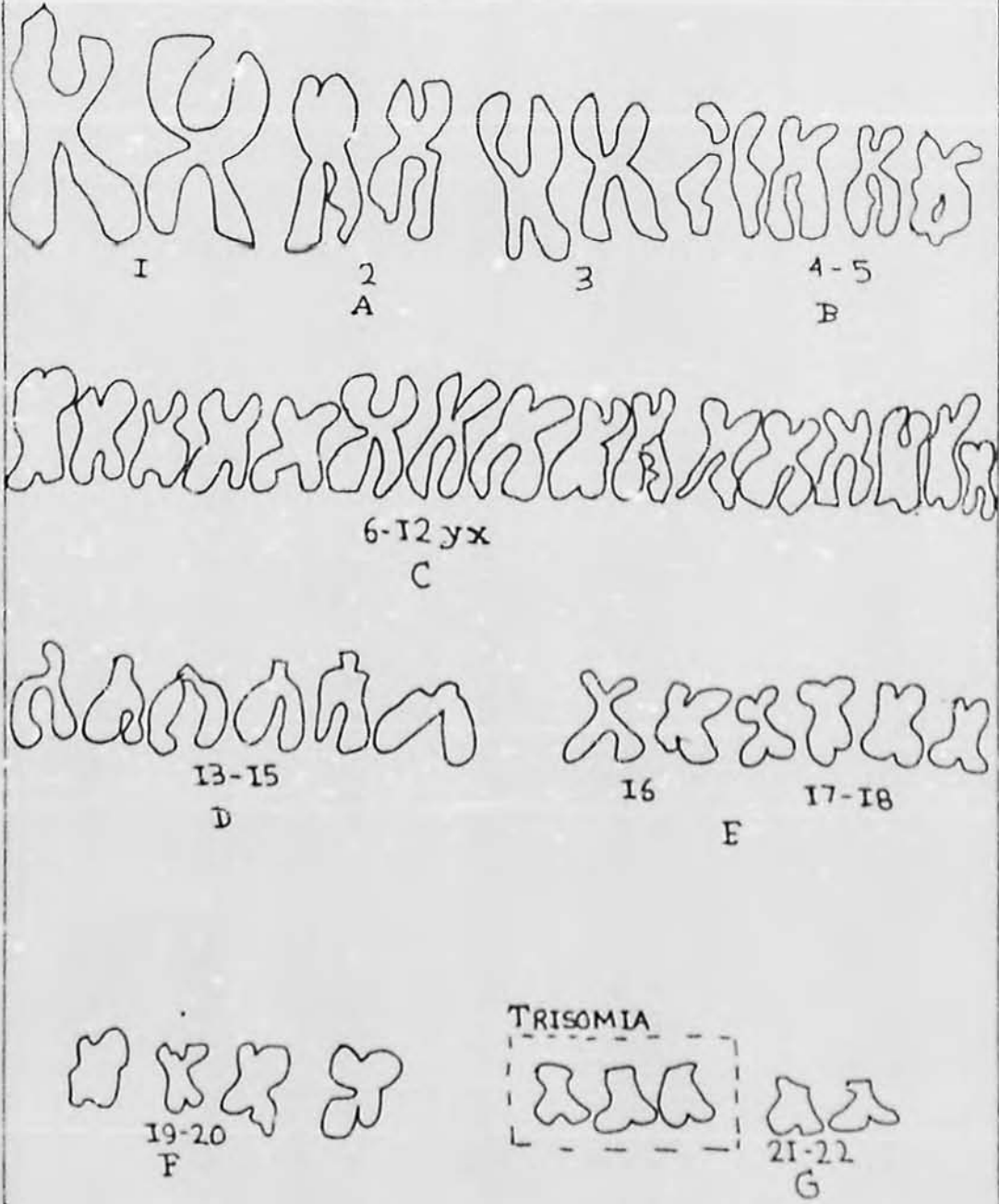


FIG. 2 Cromosomas de una niña con síndrome de Down. Aparece un cromosoma de más situación ésta que recibe el nombre de trisomía-21.

Si tomamos en cuenta la importancia de un diagnóstico como el que ofrece la amniocentesis durante la etapa de gestación, bien vale la pena que no únicamente las personas con solvencia económica puedan practicarlos, sino todas aquellas mujeres que aun careciendo de recursos, presenten el riesgo o se sospeche de alguna irregularidad en el desarrollo y crecimiento del feto. Esto es posible debido a que instrucciones como el ISSSIF o el IMSS efectúan dicho estudio gratuitamente a los derechohabientes que lo soliciten.

por traslocación".(9)

c) Cuando alguno de los padres sea portador de una trisomía

b) que exista en la familia ya un niño trisómico-21.

embarazos.

"a) Cuando la edad de la madre sea superior a los 38/40 años. Lo esencial sería hacer una amniocentesis en todos los --

siguientes casos:

Finalmente sobre las circunstancias en que se debe practicar la amniocentesis, hoy los países internacionales apoyan su realización en los siguientes casos:

Este interesante estudio, que además de costoso, requiere para su ejecución de un especialista hábil, permite informar a los padres del riesgo de tener un hijo trisómico. Sobre los riesgos prácticos comunes relacionados con esta técnica, en la madre son niños, en lo que concierne al feto, se ha planteado en algunos casos de un posible derrame de líquido amniótico que induce al aborto. Otros problemas asociados a esta técnica son: los de tipo social y religioso, que se suscitan ante el conocimiento y la decisión de impedir o no su nacimiento, en caso de que el diagnóstico confirme la trisomía. Este momento difícil para los padres, requiere de ciertas aptitudes por parte de la sociedad y la ley, que además de evitar los sufrimientos humanos disminuya el número de nacimientos de trisomía-21.

Ahora bien, el saber los padres mediante la amniocentesis que su hijo es trisómico, les permite prepararse psicológicamente e informarse de los cuidados y rehabilitación de su hijo brindándole la posibilidad de una mejor integración social.

Morfología

Como es peculiar cada uno de nosotros poseemos una personalidad que lógicamente difiere de la de cualquier otra persona lo que nos hace únicos.

El triómico sin embargo, parece no gozar de esta singularidad, ya que comúnmente se le estereotipa como una persona; alegre, sociable, un tanto obeso incapaz de manifestar rechazo o agresión que no siempre debe generalizarse pues existen excepciones. Lo cierto es que su apariencia regularmente se describe como: "individuos de cabeza más pequeña de lo normal, cuya parte trasera presenta un occipucio -parte de la cabeza por donde ésta se une con las vértebras del cuello- a menudo prominente. Las fontanelas -cada uno de los espacios membranosos que hay en el cráneo- suelen ser grandes y cerrarse más tarde que el niño normal. Su nariz es pequeña y con la parte superior plana. Los ojos son ligeramente sesgados con una pequeña capa de piel en los ángulos interiores. La parte exterior del iris de sus ojos, puede tener unas pequeñas manchas ligeramente coloreadas llamadas de Brushfield. Sus orejas habitualmente son pequeñas y de forma redondeada con el hélix enrollado en exceso. La boca es relativamente pequeña y la lengua es un tanto normal, pero la pequeñez de la boca combinada con el débil tono muscular del niño, puede hacer que la lengua salga ligeramente de la boca. Sus dientes son pequeños y a veces formados e implantados anormalmente, aunque también le puede faltar algunos dientes. Su cuello es típicamente corto y ancho. Las manos son pequeñas con los dedos cortos. A menudo la mano presenta un pliegue palmar en lugar de dos. Los dedos de la mano son en general cortos y anchos, el dedo meñique puede ser un poco más corto de lo normal y tener solamente dos segmentos en lugar de tres.

La parte superior del meñique está a menudo curvada hacia los otros dedos de la mano. Los pies pueden presentar una ligera distancia entre el primero y el segundo dedo del pie con un corto surco entre ellos en la planta del pie. Su piel parece ligeramente amarotada y seca, sobre todo a medida que el niño crece. Sus cabellos son finos y a veces ralos y lacios. Su tronco tiende a ser recto, el abdomen frecuentemente es abultado por la flacidez e hipotomía de los músculos parietales". (10)

Los rasgos descritos son los más significativos, aunque también es posible encontrar diferentes características durante su desarrollo que no distan mucho de los que se aprecian en un niño normal, mucho depende del tipo de trisomía y sobre todo de la estimulación temprana que reciba el niño. Sin que en ello intervenga demasiado los problemas de salud que regularmente se les diagnóstica -susceptibilidad a las infecciones, trastornos cardíacos, intestinales, sensoriales, visión auditiva y algunos problemas diversos pocos frecuentes- y que generalmente suelen ser controlados.

4. ASPECTO PSICOLOGICO

Anuncio del diagnóstico

En el diario andar por la vida, el hombre se enfrenta a diferentes situaciones que lo conducen a tomar algunas decisiones, no siempre agradables, pero que le hacen sentir bien.

Esta forma de actuar de manera diferente del individuo, es producto de todo un proceso de aprendizaje que se inicia muy tempranamente, y que va a influir decisivamente en su personalidad; la cual algunos autores la definen desde un enfoque sociológico como: la adaptación social que se va a reflejar en el comportamiento mismo del individuo.

10. Lambert, Jean y A. Rondal, J. El mongolismo, p.32-33.

Otros opinan que la personalidad es el resultado de la interacción entre la herencia, el ambiente y el tiempo, y que por lo tanto su desarrollo se considera un proceso que dura toda la vida, aún cuando indudablemente el período crítico de la formación de la personalidad se encuentra en los años iniciales de la vida. Este planteamiento llevó a cuestionar a algunos profesionistas sobre la posible influencia genética en la personalidad del sujeto con síndrome de Down; sin encontrarse en los pocos estudios a este respecto, pruebas que así lo confirmen.

Actualmente, la medicina ha demostrado que existe una influencia medio ambiental importante en la futura personalidad de un feto y que oscila principalmente en la actitud que asumen los padres ante el próximo nacimiento de su hijo, y que bien puede resumirse en dos claras situaciones:

La primera posición sería, que no existiendo antecedentes de trisomía en la familia de la pareja, ni señal alguna que el ginecólogo pudiera advertir a los padres de una posible irregularidad en el desarrollo del feto, -- resulta lógico pensar que si es un hijo deseado, su llegada al mundo causará felicidad a la familia. Todo parece tornarse difícil para los padres, -- cuando el médico ha diagnosticado que el niño nació con trisomía-21. La -- noticia inesperada en estas condiciones provoca generalmente en los padres reacciones de rechazo hacia su hijo y de culpabilidad, que pueden dejar honda huella en su desarrollo, si el médico, no orienta a los padres oportunamente sobre el caso, y las perspectivas de vida y rehabilitación que actualmente ofrece la medicina y la educación.

Munroe (1955), afirma que algunos interesados en explicar esta reacción tan negativa de los padres, se han apoyado en la teoría de Freud sobre la estructuración de la personalidad, para plantear que las agresiones que los padres demuestran a su hijo limitado, son reprimidas por el "Super-Yo", quién enterado de las obligaciones y deberes, crea en ellos un complejo de culpabilidad personal y social difícil de superar.

La segunda situación que se puede esperar, es que el médico ya conociendo algún antecedente de la trisomía en la familia y practicado a la madre el estudio de amniocentesis con resultados positivos, informe a los padres de lo que es la trisomía y sus implicaciones en la vida futura del niño y de la familia. Ya puestos en aviso, los padres pueden tomar una decisión que en todo momento debe ser respetada. En estas condiciones, las ventajas a favor del niño son mayores que en la primera situación, porque si se decide su nacimiento, es poco factible que su vida sea afectada por sentimientos negativos que obstaculicen su desarrollo físico y mental. Desafortunadamente en la vida diaria suele presentarse más comúnmente la primera situación.

Desarrollo

Frecuentemente, cuando se hace referencia al desarrollo suele manejarse y entenderse como sinónimo de crecimiento, que si bien es cierto que ambos términos convergen en el individuo constituyéndolo como unidad biopsicosocial, sí presentan una clara diferencia. Por crecimiento se debe entender, el aumento en tamaño y calidad; mientras que el desarrollo implica el proceso de transformarse, de maduración. De esta manera ningún individuo puede desarrollar un rasgo específico hasta que no se encuentre fisiológicamente preparado para hacerlo, es decir, cuando haya adquirido un cierto grado de madurez física, motora y mental, como se confirma en los seis principios sobre el estudio del desarrollo que a continuación se presentan.

1. Que sigue un patrón predecible, al determinar, el proceso de evolución del individuo, un ejemplo claro es, el desarrollo físico temprano de los niños.
2. El individuo desarrolla primero las respuestas generales y después, paulatinamente, las particulares; este principio resulta muy evidente al observar a un niño en sus primeros meses de vida y posteriormente, tratando de alcanzar un juguete.

3. Además el desarrollo es un proceso continuo, en donde no hay puntos específicos en donde la capacidad para realizar una tarea aparezca o desaparezca repentinamente.
4. El desarrollo en cada individuo tiene un ritmo diferente, por lo -- que a pesar del patrón de desarrollo que establece similitudes -- entre la mayoría de la gente, el tiempo necesario para que se dé -- puede variar de individuo a individuo.
5. Cada etapa tiene rasgos distintivos únicos. Cada etapa expresa en forma diferente, dependiendo del tipo de sociedad a la que el sujeto pertenece y del período de desarrollo por el que pasa.
6. El desarrollo temprano es más importante que el tardío, en el sentido de los estímulos que recibe el niño en los primeros años de vida". (11)

Partiendo de esta explicación, pasemos ahora a conocer como influye la actitud positiva de los padres, en la estructuración de la personalidad y - desarrollo del niño trisómico desde el momento mismo de su nacimiento.

Comenzaremos diciendo que el niño al nacer, como toda persona, se encuentra casi completamente indefenso, sus primeros movimientos aún no coordinados con precisión, responden a estímulos internos propios de su cuerpo y a estímulos externos que regularmente están a cargo de la madre y de la - influencia del medio ambiente.

La primera relación entre madre e hijo es de vital importancia para el futuro desarrollo del niño, ya que el acercamiento manifiesta de manera alguna aceptación y cariño por parte de la madre. Durante los primeros años, el niño se encuentra bajo control psicoterapéutico a la vez médico, pues el seguimiento de cualquier cambio en alguna de sus áreas es importante.

11. Engle, L.T. y Snellgrove, Louis. Psicología p.162.

Este control generalmente se ejerce a través de distintas técnicas psicológicas que registran ciertas actitudes, capacidades y aspectos de su conducta, lo cual ha sido poco aceptado por no ser lo suficientemente objetivo, además que en sus interpretaciones, en algunos casos puede reflejar la personalidad del explorador y su actitud hacia el niño. Sin embargo, hasta hoy resulta ser la única fuente de control psicológico -unida a la observación- del comportamiento que presenta el niño en su desarrollo.

Una vez que ha alcanzado la maduración que le permite ingresar a la etapa materna la relación de la diada madre-hijo se fortalece más, pues la confianza y la aceptación, son los elementos estimulantes que puede tener el niño. Cuando no sucede así, su crecimiento es afectado por sentimientos negativos que más tarde se manifiestan de diferentes formas, dificultando su adaptación.

Durante este período, el niño ya mantiene contacto con su medio ambiente, empezando a diferenciar lo agradable de lo desagradable a través de una variedad de respuestas, que lo introducen al desarrollo de aptitudes sociales -proceso de socialización-. Superada esta etapa, que es entre los 5-7 años, su coordinación motora, auditiva y de lenguaje, estimulado desde un principio, muestra un avance que le permite al niño desplazarse sin tanta dificultad, pudiendo darse cuenta de todo lo que pasa a su alrededor, aunque no en forma clara, dada su falta de abstracción. Al relacionarse con los niños advierte su diferencia y limitaciones.

Su comportamiento, diríamos que no difiere mucho de los demás niños, suele ser entusiasta, le agrada bastante demostrar su capacidad en algunas actividades, por lo regular es cariñoso, aunque también se puede mostrar molesto cuando algo no le agrada, le gusta tener amigos y conversar, tiende mucho a fantasear lo que le facilita su aprendizaje que es imitativo durante esta etapa. A veces se muestra triste cuando en una competencia no logra ganar.

Por otra parte, no suele presentar actitudes que sean difíciles de controlar o por lo que pueda considerarse peligroso e ineducable y mucho menos incapaz de adaptarse al medio ambiente, como frecuentemente se piensa.

Lenguaje y pensamiento

Es evidente que en el desarrollo del individuo trisómico, sobresalen - aspectos que por su particular trascendencia requieren ser precisados de manera individual. Es por ello que sin pretender ser exhaustos, presentamos a continuación una breve reseña que proporcione elementos de juicio, para la valoración de el desarrollo de este sujeto.

Sin duda alguna, el trisómico al igual que todos los hombres, manifiesta la necesidad de comunicarse con sus semejantes, de transmitir sus ideas, pensamientos, etc... Para alcanzar este nivel de desarrollo, antes se requiere de un lenguaje estructurado que subyace en el pensamiento, ambos como funciones del desarrollo cognitivo, le permiten al individuo conocer su mundo, como así mismo. Lo que conlleva a organizar los procesos de percepción del mundo exterior, y a la vez de atención que van a estar determinados por la comprensión del lenguaje que vaya adquiriendo el individuo. Lo importante de este complejo proceso, es que el sujeto adquiere la capacidad de abstracción y consecuentemente de imaginación, que redundará en su aprendizaje. A decir verdad, el desarrollo del lenguaje del sujeto trisómico dista mucho de alcanzar las capacidades descritas, lo sorprendente es -- que logra comunicarse verbalmente, aunque con algunas dificultades, esto es debido a su característica hipotónica muscular que también afecta los órganos fono-articulares -lengua, labios, mandíbula, paladar, carrillos y dientes- que asociados al retraso en el desarrollo del lenguaje, le hacen tartamudear, presentar trastornos articulatorios y de voz. Estas deficiencias en un principio fueron atribuidas a diferentes razones:

O'Connor y Spreen (1965) llegaron afirmar que esta deficiencia en el lenguaje del sujeto trisómico se encuentra condicionada a la edad cronológica de éste, que a la inteligencia como se suponía, de esta manera, se esperaba que al tener el individuo mayor edad, su lenguaje sería más comprensible.

Algunos investigadores no conformes, trataron de demostrar si existía - una característica especial que no fuera su condición de retardo la que influyera en tan especial alteración. Sin embargo, sus planteamientos no fueron del todo convincentes, por carecer de fundamentación teórica y metodológica.

El considerar que la edad cronológica marca un avance en el lenguaje -- del sujeto trisómico, así como el que éste estuviera determinado por el nivel intelectual, en realidad no dice mucho; pues hasta el momento no existen estudios que admitan que el C.I. -coeficiente intelectual- refleje el comportamiento del sujeto. Sería como pretender conocer que tan diferente es - el lenguaje del trisómico en comparación con el niño normal, sabiendo de antemano que existen diferencias significativas en el funcionamiento cognitivo y por ende en el desarrollo de el lenguaje del primero.

Los últimos estudios a este respecto se han encaminado a analizar las - variables que influyen en los diferentes aspectos lingüísticos de estos sujetos. "López Melero, por su parte se inclina en sus estudios no sólo a mejorar la expresión de estos sujetos, sino también su comprensión hasta ahora - limitada, pues considera que no es tan relevante que hable bien el sujeto -- trisómico, como el que exista coherencia lógica entre su pensamiento y su - lenguaje el cual es adquirido dentro de un contexto social, en donde la comunicación no solo significa transmisión de ideas, sino interacción = reacción como es el compartir ideas con otros individuos y responder de manera oral o escrita un mensaje ". (12) Este proceso de comunicación adquiere un valor - importante en su implicación con el aprendizaje que como es de esperarse pone en desventaja al sujeto trisómico.

En este sentido, es interesante conocer no tanto como habla, sino como lo aprende en el que radica su avance. Por principio de cuenta, se ha argumentado mucho la capacidad imitadora que posee este individuo, al grado de - superar en este aspecto al niño normal.

12. López Melero M.

Teoría y práctica de la educación especial, p.104.

La verdad es que no lo es tanto, tal vez esa facilidad que presenta se deba más a la estimulación temprana recibida por su madre en el hogar y la "privación" emocional, aunque también no se descarta la influencia que llegará a tener los diferentes patrones lingüísticos de sus maestros en su dificultad para la adquisición del lenguaje, al cual se le ha atribuido un período crítico por algunos autores al igual que al niño normal. "Este período crítico en el niño normal afirma Seron, acontece hacia los 4 y 5 años -- sobre las bases de predisposiciones heredadas y casi ya completamente establecidas hacia los 7 o los 8 años". (13) "Mientras que plantea, que se produce todavía un aprendizaje lingüístico importante en el niño más allá de los 7 años". (14).

En una investigación sobre el desarrollo de la especialización hemisférica en los niños y adolescentes trisómicos entre los 7 y los 19 años, Sommers y Starkey (1977), pudiendo demostrar que existe un débil predominio -- cerebral izquierdo en los sujetos trisómicos en comparación con los normales. Hay que añadir que entre los niños trisómicos, los que tenían un lenguaje más desarrollado tendían a estar más localizados cerebralmente en la izquierda para la percepción de los sonidos. Todo esto hace suponer que -- hay en realidad un período crítico para el desarrollo del lenguaje, la hipótesis más probable, en lo que concierne a estos sujetos, es que este período se extiende durante un intervalo de tiempo netamente más largo que para los sujetos normales, incluso se dice ser potencialmente infinito, no existiendo muchas pruebas suficientes que así lo comprueben.

Está comprobado que el niño trisómico aprenderá a expresar sus ideas y sentimientos en la medida que lo sienta necesario, de ahí lo importante -- que el medio ambiente estimule al individuo y le proporcione modelos lingüísticos adecuados, además de una estructura familiar funcional, que favorezca su lenguaje para no caer en los errores comunes de emplear algunas -- madres un lenguaje pobre y dirigido al control directo del niño al ser imperativo, sin darle oportunidad al niño de iniciar un intercambio verbal, como pudo observarse en el estudio de Kogan y Boditt y otros (1969).

13. Lambert, Jean y A. Rondal I. El mongolismo p.113.

14. Ibidem p.109

El desarrollo cognitivo del trisómico-21

Ya en el apartado anterior hemos hecho referencia de algunos aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo del individuo trisómico, ahora se hará mención de manera breve su funcionamiento que conlleva diferencias específicas importantes para su aprendizaje.

El sujeto trisómico desde su nacimiento, se ve expuesto al contacto con el mundo exterior, lo que implica enfrentarse a la tarea de captar todos los estímulos que yacen a su alrededor, y que favorecerán su desarrollo posterior. Este proceso de asimilación en el que además convergen otros procesos mentales aún más complejos, se encuentran afectados en el sujeto trisómico, por tal motivo su nivel de conocimiento se ve reducido a lo concreto -generalmente a las experiencias- dificultando su aprendizaje al no alcanzar el nivel de abstracción necesario para comprender cualquier conocimiento. Como resultado de esta deficiencia, su atención suele ser dispersa y por consecuencia su memoria un tanto deficiente, aunque no al grado de olvidar los más esenciales hábitos de higiene; por lo que presenta un coeficiente intelectual (C.I.) bajo que lo ubica dentro del grupo de sujetos con retardo en el desarrollo. No obstante las dificultades que presenta su desarrollo cognitivo, éste sigue un curso ininterrumpido de progresos, que se "diferencian lógicamente por el tipo de trisomía que presenta el sujeto y que definitivamente no suele ser igual a la trisomía-21 regular, a aquel cuya trisomía es por mosaicismo o traslocación". (15) lo que permite a algunos trisómicos alcanzar el nivel de las operaciones concretas así como capacidades cognitivas un tanto abstractas con el apoyo de aprendizaje diferenciados y significativos, siempre continuos que faciliten su "integración" social por medio del lenguaje, al tiempo que experimenta otros avances en diferentes áreas, poco a poco lo van habilitando hacia determinadas actividades de su vida cotidiana, configurándose más tarde en un ejercicio productivo compensatorio.

15. López Melero, M.

Teoría y práctica de la Educación Especial. p.42.

5. ASPECTO EDUCATIVO

Estimulación temprana

Estimulación temprana del niño trisómico comienza desde el momento mismo del nacimiento bajo la coordinación médica por ser la conocedora del problema, además de que frecuentemente es quién informa a los padres el diagnóstico y hacer ver a los mismos la importancia de dicha estimulación así como de la disposición familiar para sacar adelante a éste niño.

En esta coordinación también participan otros especialistas que pretenden como objetivo buscar la completa integración entre madre e hijo, ya sea a través de una terapia familiar que ayude a los padres y hermanos a aceptar al nuevo miembro al tiempo que se lleva a cabo un programa de ejercicios y de actividades de integración para el mejoramiento de su desarrollo en cinco áreas: la motriz, la cognitiva, la lingüística, de socialización e independencia, ajustando siempre dicho programa a las características de cada caso.

Una vez alcanzada la maduración necesaria y la familia el ajuste tan importante, se le informa y orienta a los padres acerca del cuidado y desarrollo de su hijo.

Cunningham (1975), a este respecto afirma que los padres de un niño retrasado no se encuentra ante un déficit preciso que afecte a un campo del comportamiento limitado, sino a un conjunto de retrasos que interesa a todos los aspectos del desarrollo. Por lo que es conveniente que el padre informe a los especialistas sobre los avances observados en el niño, de esta manera, se tiene una evaluación precisa de la evolución que va teniendo el niño en los primeros años de vida.

La práctica educativa de los niños Down para que resulte eficaz, toma en cuenta tanto su disfunción cerebral que le resta capacidad intelectual, -no pudiendo llegar al nivel de abstracción- como la hiperflexibilidad que se

-refleja en su hipotonía y otros, que no impidiendo su desarrollo, sí le hacen muy lento afectándolo permanentemente.

Otro aspecto de interés que se visualiza, es siempre la clara diferencia entre su edad mental y su edad cronológica, en la ejecución de algunas funciones, de ahí que aunque se pretendiera que asistiera a la estancia infantil de niños normales, por los estímulos que este le ofrece al niño trisómico, simplemente no funcionaría por las diferencias de edades, apesar de haber alcanzado la madurez requerida para su ingreso.

La estimulación temprana puede recibirla el niño trisómico en la estancia materna, al cuidado de un terapeuta especializado en coordinación con otros especialistas, o bien, la madre puede hacerse responsable de esta tarea, con asesoramiento y control del médico, pedagogo y psicólogo; facilitando con ello la evaluación periódica y oportuna del niño.

La importancia que reviste esta estimulación, es que durante esta etapa, el niño trisómico al igual que el niño normal, alcanza una madurez que solo la flexibilidad de sus estructuras físicas y psicológicas de su edad le pueden ofrecer, siendo la imitación la actividad que se manifiesta de manera dominante, por lo que aprovecharla ya desde este tiempo resulta beneficioso, sobre todo porque ésta actividad perdurará por un buen tiempo en el trisómico como eje de su aprendizaje.

Uno de los graves problemas que se suscita durante el control pedagógico terapéutico, es que el padre, en su afán de buscar una pronta mejoría en su hijo, lo sobreproteje sin tomar en cuenta que esta actitud le puede ocasionar serias dificultades en su desarrollo físico y emocional como inseguridad y falta de confianza.

Esta intervención temprana en cierta forma, podría asemejarse a la educación asistemática o familiar que los llamados "normales" recibimos de nuestros padres en los primeros años, con la diferencia de que esta educación es generalmente empírica, ya que no sigue un programa institucional, como en el caso de los trisómicos, y además se basa en experiencias que reflejan reca-

-larmente la educación de nuestros padres.

Integración escolar

Una vez que el niño trisómico ha adquirido la madurez de base, para responder a las exigencias que imponen los nuevos aprendizajes, comúnmente asiste a un centro educativo de integración a manera de educación especial con las mismas variables de aprendizaje que maneja el proceso de educación normal como es el que se plantea bajo un contexto socio-político y geográfico, intereses individuales, siguiendo una línea metodológica basada en objetivos generales propuestos para cada programa de acuerdo al caso, y contando además con el apoyo de materiales didácticos, cuyo uso es individual y variado para cada área; siendo por lo general de texturas diferentes, colores, formas, etc., siempre cuidando que sea accesible al manejo de los niños, y en donde la función del profesor exige paciencia, vocación y respeto por estas personas, así como un conocimiento profundo de lo que es la trisomía, por lo que la disposición que presente el niño para el aprendizaje dependerá en todo momento de la estimulación que reciba en todas las áreas.

Finalmente el contenido educativo impartido de manera gradual conforme a las características de el desarrollo del niño pretende, no estar delimitado por objetivos que rebasen o bien menosprecien las potencialidades de éste, aprovechando su buen humor para retroalimentar los aspectos necesarios.

En cuanto al aprendizaje de estos sujetos, algunos especialistas interesados en conocer un poco más sobre su desarrollo cognitivo y comprobar su posible relación entre las características somáticas y su desenvolvimiento intelectual, los llevo a "comprobar regularmente el nivel de senso-percepción, motricidad y conocimiento de vocabulario, no logrando cubrir el individuo trisómico, todos aquellos procesos particulares del funcionamiento cognitivo como es la codificación, mediación y regulación verbal del pensamiento, la estructuración de la percepción y aprendizaje de conceptos, abstracción y generalización".(16)

16. Lambert, Jean y Rondal, A.J. El mongolismo p.57

Demostrando una vez más su incapacidad para aprender incidentalmente - algunas cosas como los llamados "normales" lo hacemos.

García Escamilla (1986), asegura que es en base a sus limitaciones que el niño recibe una enseñanza individual y grupal, intentando constantemente un intercambio con el medio ambiente que le rodea, que bien puede exigir -- una respuesta motora, verbal o gráfica.

En lo que respecta a la lectura y escritura, el niño trisómico presenta un desenvolvimiento aceptable aunque en la lectura algunos sujetos no logran el nivel de comprensión por su ya característica dificultad de abstracción.

En cuestiones de aritmética como la adquisición del concepto de número, algunos sujetos suelen tener dificultades pero hay quienes realizan restas, multiplicaciones y divisiones de más de una cifra sin problemas, adquiriendo así un aprendizaje significativo que le facilite su integración social, en la medida que se provee de destrezas y habilidades que le permitan desempeñar algún oficio o actividad manual en su vida futura como adulto.

6. ASPECTO SOCIOLÓGICO

Sin lugar a duda, uno de los acontecimientos que causa un gran impacto social, es el nacimiento de un individuo con alguna alteración orgánica como lo es el estigmatizado con la trisomía-21, población que en número, en los últimos años ha crecido por los avances de la ciencia médica que les garantiza un mayor tiempo de vida.

Una vez llegado al mundo el niño como nuevo miembro de la familia, pasa a ser un integrante más de la sociedad; la cual ésta conformada de modo que todos los individuos puedan participar en forma activa en las distintas actividades, en las que se requiere además de habilidades y destrezas, de una capacidad y dominio de conocimiento, que le permita su aceptación y con ello su integración social.

Este principio que supone iguales oportunidades de superación personal, no es tan válida para todos aquellos que carecen de ellas, no obstante la -- educación especial recibida como se argumento en el punto anterior.

Lo más sobresaliente de este hecho lo constituye el proceso de socializa- ción que tiene lugar desde el momento mismo del nacimiento de un niño trisó- mico, teniendo como marco a la familia, que habitualmente en todo contexto - histórico, ha tenido una importante participación en la sociedad, en -- ella se entretajan las primeras relaciones humanas que dan inicio a dicho -- proceso, que implica aprender a actuar y vivir dentro de una cultura, confor- me a sus normas y valores, como miembro de ella; a veces, también se hace ne- cesario aprender a inhibir los impulsos, y en ocasiones especiales, se requie- re hacer cosas que puedan ser agradables a los demás. En este sentido la -- educación junto con la familia y el medio social son los promotores de lo- - grar en el individuo trisómico la socialización e integración a través de -- distintos programas encaminados a estimular las diferentes áreas de desarro- llo del sujeto. Lo que realmente resulta interesante es conocer la razón por el que es rechazado y marginado el individuo trisómico, por parte de la po- blación "normal" y poder constatar si verdaderamente la educación le permi- te lograr su integración al medio.

En nuestra sociedad, como en cualquier otro país el desarrollo y creci- miento del individuo se encuentra condicionado a ciertos patrones estableci- dos, que norman su comportamiento. De ahí, que se juzgue si una conducta es adecuada o inadecuada, aceptable o rechazable. Lo que si es reprobable es - que hoy en día se siga empleando el término "normal", cuando se sabe que nin- gún individuo, puede considerarse promedio en todas sus características. Una persona que tenga una estatura promedio para su edad, puede hallarse por de- bajo de lo normal en inteligencia. Esta normalización que actualmente se ma- neja como regla, es la que pone en desventaja al individuo trisómico. Por - consiguiente, el rechazo que manifiesta la misma sociedad hacia su idiosin- cracia, se explica a partir de la estructuración de la personalidad del suje- to, que afirma Freud, se encuentra influenciada por el medio ambiente natu- ral y social, en el que se desenvuelve el individuo.

En cuanto a la integración que ofrece la educación, y que podríamos -- afirmar que se inicia en la familia como institución social, ha sido muy -- discutida. Es cierto que la palabra integración tiene diferentes connotaciones y pseudónimos sobre todo a nivel escolar como las que a continuación -- se presenta:

- "1. Integración individual del niño trisómico-21, con niños normales en sus escuelas ordinarias.
2. Creación de aulas para niños trisómicos en colegios normales.
3. Construir escuelas especiales en el mismo lugar - donde se encuentra el colegio de niños normales, - con participación intercolegios.
4. Alumnos de escuelas especiales emprenden parte de sus estudios en escuelas ordinarias o en otros -- centros". (17)

De todas ellas la que verdaderamente cumple con la integración es la -- primera, quizás a ello se debe la preocupación de muchos padres que llegado su hijo a la edad adolescente o adultez, piensen sobre el futuro que les espera cuando ellos mueran y se encuentren aún siendo dependientes y no autosuficientes. A este respecto Lambert plantea cuatro factores importantes -- que determinan en cierto grado la vida futura del joven trisómico:

- "1. El número de conductas adquiridas durante la escolaridad, principalmente de la autonomía social.
2. Los servicios y las estructuras acogidas ofrecidas por la sociedad.

3. La presencia o la falta de los padres, no hay -- que olvidar que en muchas familias, o los padres son muy viejos o uno de los conyugues ha muerto.
4. El comportamiento del joven adulto. Aunque los autores coinciden en señalar la poca frecuencia de los desórdenes de conductas graves en los trisómicos (Menolascino, 1967), en ciertos casos -- unos trastornos importantes (neurosis obsesivas, síndromes depresivos) impiden momentáneamente o definitivamente el buscar una solución apropiada". (18)

sin lugar a duda, de acuerdo al planteamiento de Lambert, los sujetos trisómicos que se han visto favorecidos desde un primer momento por un control pedagógico-terapéutico adecuado y eficaz, así como un ambiente familiar armónico, tienen mucho más oportunidad de lograr una integración social a -- diferencia de aquellos que carecen de un apoyo y estimulación oportuna, como sucede en los sectores más desprotegidos de la sociedad en donde reina la pobreza y consecuentemente la ignorancia.

Algunas de las conductas sociales del sujeto trisómico desde los primeros años de vida hasta su adolescencia son; la comunicación que existe con la madre a través de la sonrisa, la cual demuestra agrado y el gusto por las cosas, aprendiendo de esta manera, a diferenciar lo agradable de lo desagradable así como lo bueno y lo malo.

Durante su estancia en la escuela, convive con personas de su edad, ésta interacción le permite afianzar más su conducta social y comprender que -- tiene limitaciones que los demás no tienen, aceptando todos los estímulos -- familiares y ambientales que encuentra a su paso.

Una de las manifestaciones más características que presenta el adolescente trisómico, es el desarrollo de su interés por el sexo, al igual que el joven "normal" se inicia con la adoración de un ídolo, y más tarde con el cortejo de una chica o chico según se trate, con la posibilidad de culminar en una relación de pareja cuyo significado es tener un compañero o amiga, alguien que te regala cosas, especialmente alguien a quién cuidar y por quién ser amado, expresándolo con el contacto físico a través de abrazos y besos.

La asimilación de todas estas actitudes le conducen al adolescente trisómico a adquirir una madurez, que le permite comportarse adecuadamente en el medio. Sin embargo, parece ser que para la sociedad no es suficiente que el sujeto trisómico se comporte bien o al menos aceptablemente, sino aún falta algo más que haga posible su verdadera integración, y que se traduce para el individuo trisómico en brindarle iguales oportunidades que a los demás, y ser dignamente respetado.

De todo lo anterior podemos concluir que, lo que hasta hace unos años se descubrió como síndrome de Down, hoy también se le denomina trisomía-21. Este concepto, sin ser renovador permite describir con mayor objetividad dicha alteración así como los diferentes momentos en que acontece dando lugar a los tres tipos de trisomía que hoy se conocen:

- trisomía-21 regular
- trisomía-21 por traslocación
- mosaicismos

Ocupando uno de los primeros lugares de retardo en el desarrollo por su singular frecuencia.

Por otro lado, los avances de la ciencia médica en colaboración con otras disciplinas, han demostrado que la vulnerabilidad de tener un hijo trisómico en el caso de la mujer joven es la misma a la de la mujer avanzada, aunque hay que reconocer que ésta última tiene mayor posibilidad de riesgo, por lo que resulta oportuno practicar un estudio de amniocentesis cuando se sospeche de alguna posible irregularidad en el desarrollo del feto.

Un aspecto de notable interés en la estructuración de la personalidad y desarrollo del niño trisómico, es la actitud que manifiestan los padres, ante la notificación del diagnóstico, el cual se va a reflejar tanto en las primeras relaciones madre e hijo, como en la estimulación temprana y consecuentemente en el desarrollo de cada una de sus áreas repercutiendo más tarde en su estado psicológico y por ende conductual.

Entre las muchas otras ciencias que han aportado beneficios a los sujetos trisómicos, destaca la educación, que si bien no ha sido la panacea de todos los problemas que presenta el individuo trisómico, desde su infancia hasta la adultez pasando por la adolescencia, actualmente se le reconoce como la única vía de rehabilitación a este daño irreversible teniendo como fin alcanzar la aceptación a través de lograr su normalización, por medio de la educación especial individualizada. Constituyendo además el primer acercamiento de integración social, pero que hasta ahora no se ha logrado cristalizar por el persistente rechazo a su idiosincracia, por parte de la población que aún desconoce su capacidad de integración.

CAPITULO SEGUNDO
LA SEXUALIDAD DEL SUJETO CON SINDROME DE DOWN

2.1 EL DESARROLLO BIOPSIKOSEXUAL DEL SUJETO CON SINDROME DE DOWN.

Actualmente en nuestra sociedad, la sexualidad ha pasado a ser un tema de conversación de adultos, jóvenes y niños; la razón de éstos se debe no tanto a la gran aceptación de los diferentes sectores de la población, como a la amplia difusión de la misma a través de diferentes canales de comunicación -radio, televisión, prensa, etc.-, presentándola como un modo de consumo de particular interés despertando con ello aún más la censura y el rechazo que por tradición le ha caracterizado.

Al mismo tiempo se ha puesto de manifiesto una gran preocupación, por parte de padres de familia y profesionistas que ven peligrar la salud física y mental de sus hijos y de la ciudadanía en general, ante la serie de abusos y conductas sexuales inadecuadas que se han desencadenado como resultado de una sobreinformación muchas de las veces equivocada o bien por ignorancia. Lo que podría parecer que la actual educación sexual se encuentra en decadencia y requiere de una reestructuración que cambie la visión y actitud de la población, y permita comprender y aceptar la sexualidad de todo individuo, sea anciano, homosexual, minusválido físico y principalmente de los minusválidos mentales, en donde se ubica el sujeto con síndrome de Down, que hoy ha pasado a constituir un problema social y de orden educativo como a continuación se expone.

Hasta hace poco tiempo el sujeto normal y el retardado no tenían una vida sexual, sino que ésta se desarrollaba aparentemente entrada a la adolescencia donde ejercen su influencia los impulsos sexuales. Esta equivocada impresión provocó que ciertas conductas sexuales tempranas en los niños, como el tocarse los genitales fueran vistas por los adultos como sacias y vergonzosas al punto de reprimirlas sin sospechar que esta primera forma de aprendizaje cuyo carácter es sexual fuera el inicio de un proceso de madura

-ción biopsicosocial en el individuo.

Este pensamiento tan arraigado tuvo una explicación hasta finales del siglo pasado, gracias al interés mostrado por científicos y especialistas en estudiar los cambios producidos por los impulsos sexuales durante la adolescencia e hizo posible que más tarde se investigara lo que ocurría en el individuo en el transcurso de la niñez a la adolescencia, llegando a descubrir lo que Freud denominó desarrollo psicosexual; y que explica como el proceso que se manifiesta durante las primeras etapas de la niñez, como juegos sexuales cuya característica es "la satisfacción erótica inconsciente, es decir, no "pensada" no teniendo una finalidad precisa como sucede en los adultos". (19) Centrando esencialmente su interés en las primeras necesidades orgánicas del niño, que tienen como fin el placer generado por un impulso sexual y que se presenta de diferentes formas, durante los distintos períodos de la vida del individuo. Es a partir de este razonamiento que Freud define a la sexualidad como, "el amor por sí mismo y por los otros y el desarrollo de energías destinadas eventualmente a la actividad adulta y la productividad en los demás aspectos de la vida del hombre". (20)

Introduciendo así los términos de libido y zona erógena como pilares bajo el cual se estructura su teoría y cuya validez es universal en todos los seres humanos, sean excepcionales, impedidos o deficientes.

El desarrollo psicosexual por el que atraviesa el niño y la niña, es caracterizado por cinco etapas que se identifican según las partes del cuerpo que son fuente primaria de satisfacción -zona erógena- en correspondencia al período de crecimiento en el que se ubica al niño. Se tiene que la primera etapa llamada oral se produce desde el nacimiento hasta los 12 y 18 meses de vida, en la cual el niño recibe gratificación a través de su boca, por lo que la acción del chupeteo que se rige por la búsqueda de placer

19. Dallayrac, Nicole

Los juegos sexuales de los niños p.17

20. Morgestein, Murry

El desarrollo psicosexual del retardado p. 2

-va a ser la actividad más predominante en el niño, sin que necesariamente se tenga que nutrir.

En la etapa anal, que comprende entre el primero y el tercer año de vida, la zona erógena que le ofrece placer al niño se ubica en el ano, enfocándose principalmente en el control de los esfínteres, lo que marca la primera afirmación eficaz de independencia por parte del niño, en donde se recrean sentimientos conflictivos entre los deseos de la madre y la curiosidad y el sentimiento de posición del niño.

Con el ingreso a la etapa fálica, que acontece a partir de los tres años hasta alrededor de los 5 a 6 años, el interés erótico se ubica en la zona de los genitales, estableciéndose los conflictos de los impulsos edípicos y la asociación de ansiedades de castración y de envidia del pene en las niñas.

El período de latencia, que se puede identificar entre los 6 años y la iniciación de la pubertad, ha sido considerada por Freud como una etapa de relativa calma sexual, por mantener los impulsos instintivos controlados por el super-yo, y encontrarse la curiosidad del niño dispersa en otras actividades.

Finalmente la etapa genital, que comprende la adolescencia y un poco entrado ya en la adultez, los impulsos sexuales que en la etapa anterior se encontraban bajo control, ahora resurgen con mayor fuerza como producto de la maduración de factores biológicos, encaminándose a afirmar la autonomía frente a los padres.

Es importante señalar que los eventos de cada una de las etapas que marca el desarrollo psicosexual del individuo, se encuentra determinado por la interacción de estímulos hormonales y de factores genéticos y ambientales que inciden considerablemente en todo su desarrollo.

Una breve descripción de la manera como actúan y se combinan dichos factores en las primeras etapas de la vida, permitirá comprender la conducta sexual del individuo en etapas subsecuentes de su vida.

La estimulación hormonal, que para muchos parecería activarse una vez llegada la pubertad como resultado de la organización estructural y funcional del sistema neuroendocrino, mismo que obedece a la información genética proveniente de los padres, tiene lugar durante la vida intrauterina, en donde los cambios citológicos que presenta el feto provocan que los testículos produzcan una sustancia androgénica llamada testosterona que estimula el desarrollo de los genitales masculinos. En el caso del ovario fetal sucede todo lo contrario, la ausencia de andrógenos impide la secreción de estrógenos desarrollando así el patrón de conducta sexual femenino.

En la infancia, este mismo proceso hormonal continúa operando, en esta ocasión secretando niveles bajos de testosterona y de estrógenos a partir de los 3 a los 7 años aproximadamente. Conforme avanza de edad el individuo, esas mismas secreciones que producen los testículos y los ovarios se elevan gradualmente en ambos sexos, hasta cerca de los 10 años, en donde comienzan a manifestarse cambios físicos específicos propios de una nueva etapa de crecimiento y desarrollo que es la adolescencia.

La adolescencia ha sido considerada por los educadores como un momento de desconcierto, confusión y conflicto, que propicia una pausa reflexiva sobre su continuo ejercicio formativo del niño en crecimiento.

Por consenso general, la adolescencia ha sido definida como "el período de la vida que comienza con la aparición de caracteres secundarios y termina con el crecimiento somático". (21)

21. Masters y Johnson, V.

Tratado de medicina sexual. p. 34

-caracterizándose concretamente en los cambios biológicos que comprende la esfera del crecimiento físico y la maduración sexual.

En este sentido, la adolescencia puede ser definida de muy distintas formas y su manifestación puede diferir de una cultura a otra. Lo importante de esta época, es el período de maduración biológica llamada pubertad, en el que se generan cambios anatomofisiológicos interesantes en el que destaca la aceleración del crecimiento del esqueleto y el desarrollo de las características sexuales secundarias como son:

- "- desarrollo del pecho y aparición del vello púbico en las chicas.
- aparición de la menstruación.
- crecimiento del clítoris y de los labios de la vulva.
- crecimiento de los testículos y el pene.
- crecimiento del vello púbico y facial en los chicos.
- primera eyaculación, frecuentemente en sueños (poluciones nocturnas).
- cambios de voz, tanto en chicos como en chicas.
- cambios del cuerpo hacia formas más adultas.
- aumento de la fuerza muscular en los chicos.
- problemas dermatológicos (acné) en algunos chicos y chicas". (22)

Anteriormente se consideraba que existía una edad cronológica normal en que se presentaban los cambios puberales; aproximadamente entre los once y trece años.

Actualmente se ha confirmado que existe una gran variabilidad en la forma y el momento en que se inicia y finaliza dicho proceso, como efecto de la interacción de factores; biológicos, psicológicos y sociales. Ampliando el límite, se acepta como límite inferior normal, la edad de nueve años y los diecisiete años, como límite superior normal. Por consiguiente, "los casos que quedan fuera de este rango, son considerados anormales por lo general, - estos desórdenes suelen aparecer antes de los nueve años con el nombre de -- pubertad precoz y después de los diecisiete años como pubertad tardía, ambas alteraciones son atribuidas a problemas de origen endocrinológicos". (23) -- particularmente de las gónadas femenino -ovario- y la masculina -testículo- que cumplen dos funciones aparentemente separadas, pero estrictamente vinculadas, y son tanto la producción de células germinales óvulo y espermatozoide como la producción de hormonas; estrógenos-progesterona esencialmente que crean y mantienen los caracteres secundarios del hombre y de la mujer.

Hasta el momento, aparecen ser todavía desconocidos los factores que regulan el inicio de la pubertad, se "sugiere de acuerdo a una observación -- hecha a las niñas premenárquicas, que ésta comienza en la última fase de la infancia con la interacción entre el sistema nervioso central y el hipotálamo en maduración, donde tienen lugar una serie de cambios concomitantes que se manifiestan con la salida de secreción hormonal de ovarios, testículos y glándulas suprarrenales en la corriente sanguínea y tejidos", (24) producto de la interacción cíclica hipotálamo-hipófisis-gónadas.

Para comprender como opera el proceso endócrino que integra la función sexual y reproductora del ser humano, es importante explicar un poco el componente estructural que lo conforma y determina su acción.

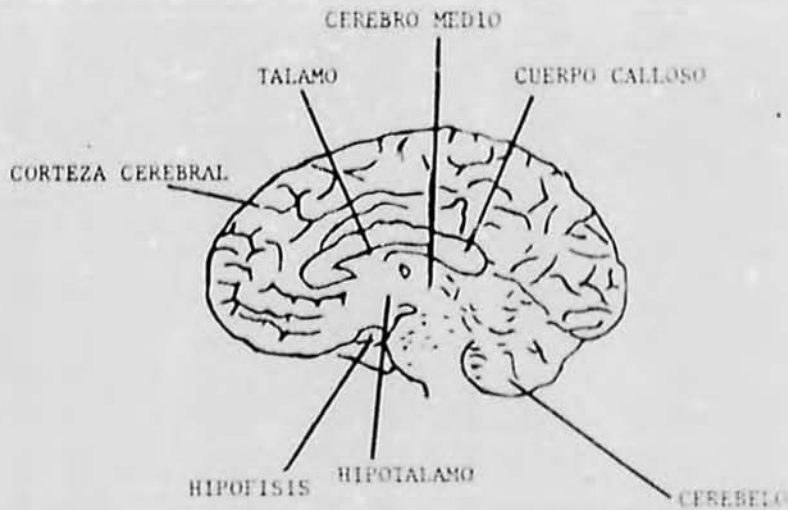
23. Masters, H. y Johnson, V.

Tratado de medicina sexual, p.65

24. Idem.

El hipotálamo anatómicamente, es una pequeña región o entidad anatómico-funcional que forma parte de varias estructuras glandulares situadas alrededor del tercer ventrículo, su ubicación por arriba del tallo de la hipófisis la pone en contacto con ésta, tanto por el tallo como por los vasos sanguíneos formando una red vascular llamada "sistema hipofisiario".

En cuanto a la hipófisis se refiere, ésta es una glándula mixta que -- consta de tres partes: La porción anterior, la porción posterior y la -- "pars" intermedia, que se encuentra situada en un comportamiento fibro-óseo en la base del cráneo conectada al hipotálamo por medio de fibras nerviosas, presentando variaciones en pesos y medida entre hombre y mujer, sobre todo durante el embarazo donde su peso aumenta", (25) como efecto de la función reguladora que ejerce el sistema endócrino, en la producción y/o secreción de algunas sustancias u hormonas que actúan a distancia, ya sea sobre otra glándula para estimularla o inhibirla o bien sobre alguna otra parte del organismo dando lugar a determinadas características.



Esquema mostrando algunas de las regiones del cerebro humano en corte longitudinal, relacionadas con la regulación de la función ovárica y testicular.

25. García, Viveros Malacara.

Fundamentos de endocrinología clínica.
p. 258.

En el siguiente cuadro se puede apreciar como cambia la estructura de los dos sexos y la funcionalidad de las mismas que abre la posibilidad de la actividad reproductiva a través de la menstruación o menarquía en la mujer, y la eyaculación en el varón como manifestaciones de los procesos de ovulación y espermatogénesis, que incrementan el impulso sexual y regula la actividad hormonal desencadenada poco tiempo antes.

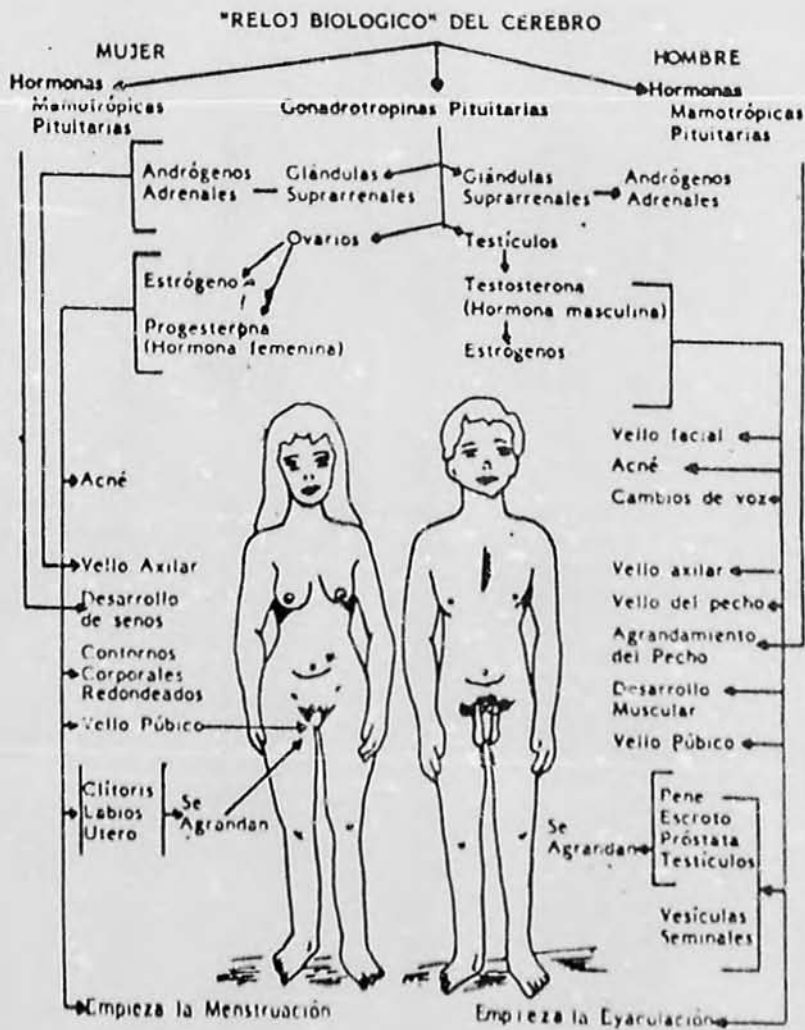
Como consecuencia de este mismo proceso, el adolescente ante su nueva condición de joven, desencadena un desequilibrio emocional que se añade a toda una serie de exigencias psicosociales que le demandan desarrollar responsabilidades e independencia, pero que debido a las restricciones contradictorias que a menudo impone la sociedad, pocas veces alcanza su desarrollo personal, conduciéndole a adoptar en ocasiones un comportamiento defensivo y negativo hacia su propia personalidad; alterando significativamente la dinámica familiar y escolar.

Pareciera que en punto se produce, una ruptura en la continuidad de sus aproximaciones educativas y entran los educadores junto con el adolescente, en una crisis de relación provocada por los profundos cambios que éste comienza a manifestar en todos los aspectos de la vida.

"No es de extrañar que el adulto educador, sea padre o maestro, experimente de alguna manera una confrontación con éstos. En la historia de su propio desarrollo personal, estas experiencias han quedado muy atrás veladas por un aparente olvido -decimos aparente olvido, porque a pesar de todo siguen siendo elementos que estructuran la personalidad del adulto, aunque no las reconozca-, que le permite identificar en sus hijos o alumnos la misma angustia o desorientación que vivió frente a su propio crecimiento. Al enfrentarse con el adolescente, estas viejas experiencias vuelven a aflorar dando paso a actitudes hacia el adolescente, en ocasiones confusas o contradictorias, que son productos de procesos de identificación, en lo que el educador por un lado, establece una alianza con él en contra de su autoridad o con la autoridad en contra del adolescente". (26)

26. Dirección General de Educación Especial.

Educación sexual en los centros de capacitación, p.9



Esquema obtenido de J. Gagnon. Sexualidad y Cultura. Ed. Pax-México, México. C.R. 1980.

Por otra parte, el deseo y el interés por todo lo sexual aumenta marcadamente en este período y ello puede acarrear dificultades, puesto que no -- son muchos los "escapes" o "salidas" sexuales aprobadas por nuestra sociedad.

La masturbación, los besos, abrazos y caricias son reconocidas como las formas más corrientes de expresión sexual en la adolescencia, sin embargo, -- "constituyen pasos cruciales en la fundamentación de su sexualidad, que aumenta su confianza en la capacidad de formar nuevas relaciones y ayudan a establecer pautas eróticas y sociales fuera de la familia". (27) En este sentido, la actividad sexual, durante la adolescencia puede tomar direcciones -- muy diferentes. Serenson (1973) identifica varias razones por las que un -- chico o chica adolescentes puede encoger ser sexualmente activo: por placer físico, como medio de comunicación, para experimentar nuevas sensaciones, como indicación de la maduración personal, como manera de igualarse a sus compañeros, como reto a los padres y a la sociedad, como premio o castigo, como escape de la soledad o como huida de otras tensiones.

Lo importante en este renglón es destacar, que la edad cronológica no -- determina la conducta sexual, y por consiguiente, ésta puede presentarse en cualquier momento de la vida, y en cualquiera de sus diferentes manifesta-- ciones.

El propósito de haber expuesto el desarrollo psicosexual del individuo "normal", a partir de la teoría freudiana, es porque a pesar de que muchas -- de sus conceptualizaciones, ya no signifiquen puntos de partida especialmente útiles para algunas disciplinas, todavía en nuestros días tiene vigencia dado que no existe hasta el momento una teoría intrapsíquica unificada que -- explique claramente el proceso de desarrollo sexual en la infancia. En esta ocasión la retomaremos una vez más, para distinguir las irregularidades que a este respecto presenta el individuo trisómico.

27. Carrera, Michael.

S e x o. p. 150.

El desarrollo psicosexual del sujeto Down, aunque dentro de ciertos límites, sigue las mismas pautas que el sujeto "normal", con la diferencia -- afirma Morgentern y Gordón (1973) de que el niño trisómico requiere más tiempo de avance de una etapa a otra como consecuencia de su deficiencia.

Al inicio de la vida, el niño trisómico como el "normal", experimenta las mismas necesidades de autoconservación --alimentación, evacuación, sueño y evitación del dolor-- y placer --que las caricias le proporcionan--. "El bebé aprende a amar y comprender que es algo aparte de su madre. Experimenta la atención y relajación así como el reconocimiento del mundo externo a través de aquellas necesidades que no le son autogratisficadas". (28) solo con mayor dificultad que el niño "normal", pues "cada estadio de maduración involucra un desgaste de energía y de fuerza del yo, el cual puede ocurrir -- en cualquier etapa del desarrollo y momento de la vida del niño". (29)

Con estas discrepancias, el niño trisómico es capaz de aprender a reconocer su propia individualidad, aceptar el mundo externo, y su propia vulnerabilidad así como el significado de la gratificación diferida. Conforme -- crece, adquiere habilidades motoras y perceptuales a fin de manejar algunas actividades necesarias para la vida independiente".(30) Pero hay que recordar que para que el niño logre este nivel de maduración, son importantes las experiencias tempranas y una educación adecuada que mejore sus perspectivas futuras del mundo.

De esta manera se debe comprender, que las irregularidades que el sujeto trisómico presenta en su desarrollo, no es un hecho fortuito, sino el resultado de diferencias individuales producto de la anomalía cromosómica que padece, y además junto con otros procesos limitan algunas de sus habilidades, reflejándose en fracasos que aumentan su dependencia y dificulta una separación emocional como pudiera ser la de sus padres.

28. Morgestern, Murry.

El desarrollo psicosexual del retardado. p. 3.

29. Iden.

30. Iden.

En período de latencia, los impulsos sexuales, no suelen provocar trastornos considerables en el sujeto trisómico por canalizarse hacia otras -- áreas que le distraen. Con el paso del tiempo, su interés por el aprendizaje sexual empieza a incrementarse lentamente al igual que el púber "normal", sólo que con menos oportunidades de expresarla, pues se le ha estereotipado de hiposexual o hipersexual confiriéndole cierto grado de patología, lo que ha propiciado aún más el rechazo que siente la sociedad para su idiosincracia y la censura, hacia cualquier manifestación de su conducta sexual. Un caso que ilustra este tipo de reacciones es el siguiente:

"Un muchacho Down, sorprendido en un juego sexual con otro muchacho en el baño de la escuela nos da una idea de lo que sucede en estos casos. El director demandó acción inmediata del padre para transferirlo, institucionalizándolo (internándolo en un hospital) o castigarlo. El muchacho iniciado en el sexo aparentemente por muchachos mayores que él, negó haber tenido experiencias similares con muchachas, pero admitió haber disfrutado esta experiencia con otros muchachos y participó voluntariamente, cuando se le pedía, en juegos sexuales colectivos en los baños de la escuela. Fue severamente castigado por el padre, quien se enfureció todavía más cuando descubrió posteriormente que su hijo se masturbaba". (31)

Actitudes como ésta, parecen indicar que aún prevalece en nuestro contexto social, la idea tan arraigada de que un daño o lesión a nivel de las - capacidades intelectuales pueda afectar considerablemente el desarrollo bio-psicosexual de la persona Down, sobre todo en la adolescencia.

Lo cierto es que en la actualidad se ha confirmado que la gran mayoría de individuos con retardo mental en niveles de leve o moderado logran una madurez sexual tal que le permita alcanzar un desarrollo reproductivo básicamente igual al de los sujetos sin retraso.

31. Ibidem. p. 45.

Desde esta perspectiva se puede afirmar que al llegar a la adolescencia, el individuo trisómico atraviesa exactamente por los mismos cambios biológicos que el joven "normal", experimenta alteraciones endocrinas a nivel anatómico y fisiológico, incrementando su impulso sexual. "En todo caso, la diferencia fundamental entre un adolescente trisómico y uno considerado "normal", es en el varón, los genitales que son pequeños y la secreción hormonal es menor. Como consecuencia de esto, se ha llegado a decir que son estériles, lo cual no está del todo confirmado por la ciencia. En el caso de la mujer, el establecimiento de la menarquía es un poco tardía en algunas jóvenes, pero -- en muchas de ellas suele ser normal". (32)

Otra de las diferencias que presenta el chico trisómico es en el nivel cognitivo y de socialización. Es sabido que la posibilidad crítica que se establece con el acceso al pensamiento formal, no es alcanzada por el sujeto trisómico, de modo que al llegar a lograr una identidad, generalmente lo hace adquiriendo roles femeninos y masculinos estereotipados por la cultura.

De acuerdo a Morgenstern (1982), el adolescente con deficiencia mental, empieza a luchar por su identificación con sus amigos "normales", quiere verse y parecerse igual que los otros, quiere incorporar lo que ve y oye en la calle, en la casa y en los medios de comunicación acerca de los jóvenes, desea hacer citas, ir a fiestas, ser como los muchachos que viven cerca de su casa. Incluso para mantener la ilusión de ser igual a los demás, se jacta -- de tener novia (o) y hasta de haber tenido relaciones sexuales, a pesar de no haber tenido ninguna de estas experiencias.

Durante esta etapa, las tareas del desarrollo para el chico trisómico -- son muy parecidas a las de los muchachos "normales", es decir reforzar o fortalecer su sentido de identidad, asumir su rol sexual, y alcanzar un cierto nivel de independencia.

32. Dirección General de Educación Especial. Educación sexual, p.25.

Con frecuencia sus padres caen en crisis al sentirse sobrepresionados - por las manifestaciones de desarrollo y crecimiento físico y sexual de sus - hijos, y también por su fracaso al no alcanzar su independencia como conse-- cuencia de sus problemas adaptativos y de contacto social. Sin embargo al - mismo tiempo fomentan la necesidad del muchacho o muchacha de ser dependien-- te, a través de acciones basadas en conflictos de sus propios sentimientos - hacia él, y preocupándose por su incapacidad para responsabilizarse de sí -- mismo cuando ellos hayan muerto o sean viejos para cuidarlos.

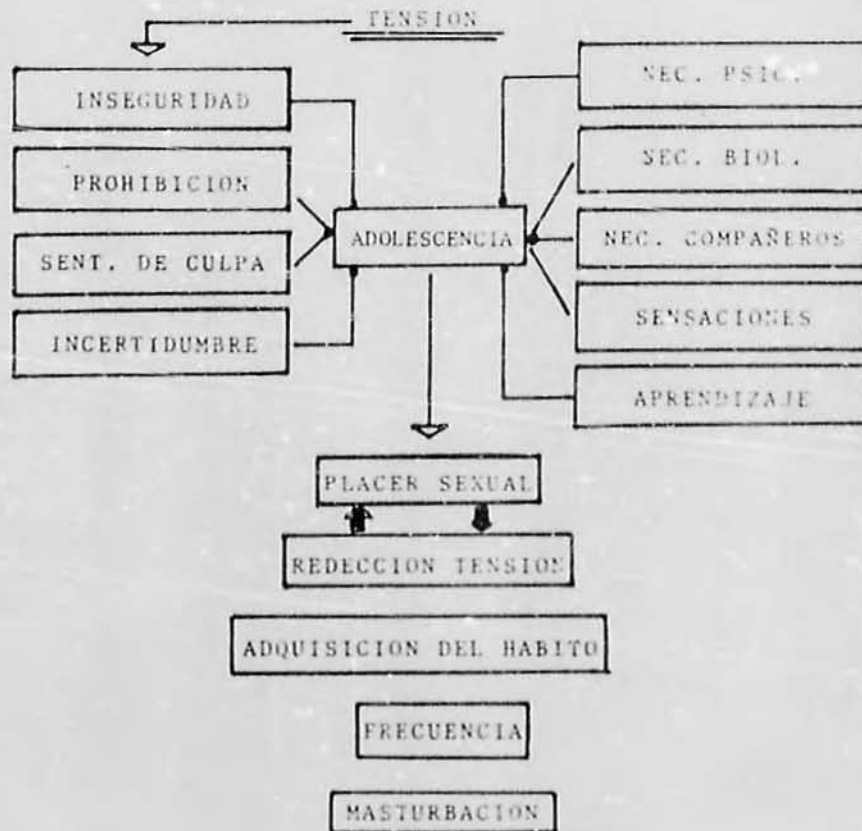
Por otra parte, el adolescente presenta una serie de conflictos emocio-- nales, acompañados de castigos, regaños y recriminaciones por conductas y -- lenguajes inaceptables, ante todo por la masturbación. El chico trisómico, - empieza a sentir una inquietud al ver pasar una muchacha por la calle, o a - emocionarse con la presencia de sus compañeras de clase o aún con la misma - maestra, sin embargo, puede ser que no tenga a alguien con quien compartir - sus sentimientos. Generalmente tienen poca libertad para actuar en la calle y cuando lo hacen es a condición de estar vigilado.

Lo expuesto anteriormente plantea una reflexión y análisis por parte de los interesados en el trabajo con estos sujetos, así como por la misma socie-- dad, en lo que a ella le toca, como es la educación familiar y escolar para finalmente poder emitir un juicio a este respecto.

2.2 LA EDUCACION SEXUAL EN EL SUJETO TRISOMICO

En nuestra cultura, es muy común que la palabra sexualidad se relacione con el aspecto puramente biológico, como son los órganos genitales y la re-- producción, centrande así su reconocimiento al estudio de la anatomía y fi-- siología, la cual ha reducido su entendimiento a la estructuración y funcio-- namiento del sistema sexual femenino y masculino, sin llegar a explicar las implicaciones psicológicas y sociales que se generan en el individuo y en -- general en toda su personalidad.

De tal suerte que todavía suele ser más permisible la masturbación en --
 los varones que en las mujeres, cuando no debiera ser así, siendo este un --
 ejemplo más de los tantos mitos que existen al respecto.



El noviazgo y la idea del matrimonio, al igual que en cualquier adolescente, también están presentes en el joven y la chica Down.

La idealización que se da en el enamoramiento adolescente refuerza la autoestima y seguridad de manera recíproca, es un elemento indispensable para la superación de las crisis propias de su edad, que se les negaría cuando el adulto sólo pensará en las relaciones coitales, dejando de lado todo lo demás.

Esta idea de enfocar la sexualidad, es la que indiscutiblemente ha creado confusión y fricción entre los padres de familia como principales educadores y en el mismo sujeto, al ver acortadas sus expectativas de conocimiento, sobre todo en la infancia por considerarlo un tema propio de adultos.

Si nos remontamos a la historia, se encontrará que el término sexualidad ha tenido diferentes acepciones, como expresión de una cultura, una política y una religión, manifestándose en una gama y variedad de valores y prácticas sexuales determinadas por:

- "a). El comportamiento sexual
- b). Los papeles masculinos y femeninos
- c). La importancia de la virginidad
- d). La menstruación
- e). La exhibición del cuerpo y
- f). El punto hasta el cual la sexualidad es considerada en términos de alegría, satisfacción y autoexpresión, o simplemente desde el punto de vista de la reproducción".(33)

Lo que explica el porque muchas de las conductas sexuales que podríamos considerar extrañas, y a veces hasta anormales sean vistas tan naturales y comunes en otras sociedades y épocas. De ahí que no existe un concepto universal y único para definir la sexualidad, ya que no se trata de una cuestión que deba sólo ajustarse al criterio del mejor experto.

Sin embargo, esto no sugiere que se siga aceptando el enfoque biologista para definir lo sexual, aunque así lo maneje la lexicografía -diccionarios- que la definen como "el conjunto de caracteres especiales, externos e internos que presentan los individuos y que son determinados por sus sexo"(34) Pues si vemos, una vez más se remite a lo que es sexo y no propiamente a la sexualidad.

33. Eudald, Maideu Pnig.

Reflexiones para un proyecto global de
Actuación en el campo de la sexualidad
p.12

Por fortuna, ya existe un número considerable de literatura que trata este tema, con un cambio en su conceptualización, al definirla como la expresión biopsicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada.

Como solución a la ambigüedad y discrepancia que todavía pesa en torno a este término, el Consejo Nacional de la Población (1984), puso en marcha la integración de un concepto de sexualidad amplio, claro y objetivo al definirla como "el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y socio-cultural que diferencian a cada individuo como varón o como mujer en un grupo social".(35) Lo que permite entender, que lo sexual no se limita únicamente a determinadas zonas del cuerpo -genitales-, sino a todo él, y por lo mismo la reproducción no es el fin último, de ahí que abarque todas las etapas del desarrollo del individuo; como niño, hombre y anciano. Y además se identifique como un canal de comunicación, integración y placer al que todo individuo tiene derecho, y es posible alcanzar a través del aprendizaje que la educación puede brindar.

En nuestro entorno social, la educación sexual, ha estado siempre presente en la formación del individuo; como educación informal -asistemática- bajo la influencia del medio ambiente y la interacción con los demás, y como educación sexual formal -sistemática- impartida por la escuela. Sin embargo, la preocupación que se ha venido manifestando tiempo atrás por la sexualidad, propició que a partir de la reforma educativa instaurada en 1972, y de las reformas al artículo cuarto constitucional se introdujeran en los programas y textos escolares algunos aspectos de la educación sexual, con la intención de orientar las conductas sexuales de los alumnos en su escuela y en su casa, adjudicándole de esta manera a la educación sexual formal, un papel importante en la formación integral del individuo tanto normal como aquél con alguna atipicidad.

34. Dallayrac, Nicole.

Los juegos sexuales de los niños. p.14

35. Dirección General de Educación

La educación sexual. p.5

Especial.

Hasta el momento, la experiencia educactiva en esta materia ha revelado, por un lado, no ser lo suficientemente adecuada al remitir su contenido a una mera información de los aspectos anatómicos y fisiológicos del individuo, referizando así los modelos tradicionales sobre lo sexual en las diferentes áreas y asignaturas; en ocasiones porque son omitidas determinadas cuestiones, otras porque se destaca como algo específicamente sexual, acentuando más la duda y confusión sobre el verdadero significado de la sexualidad. Y por otro lado, ha manifestado la desconfianza de muchas personas, a través de una serie de objeciones hacia la implementación de dicho programa por considerar que:

- "- La educación de la sexualidad es una función exclusiva de los padres.
- El sexo es un proceso natural y por lo tanto no tiene que ser enseñado, se aprende solo.
- La educación sexual aumenta la conducta sexual precoz.
- El sexo es algo maravilloso. Enseñarlo lo hace fisiológico y destruye su misterio y su belleza".(36)

Demostrando de esta manera, su temor ante el desconocimiento de lo que realmente significa la educación sexual en los diferentes géneros y que -- ahora se define como el proceso por el cual, la persona adquiere y hace propias normas, valores y pautas de conducta referidas a la sexualidad (Conapo, 1972).

Por lo que, no solo se trata de una labor informativa acéptica como se viene dando, sino también de la incorporación de elementos actitudinales -- como: el respeto, la igualdad entre los sexos, la paternidad y maternidad responsable, etc.; y de la integración de la propia corporalidad como algo positivo que hay que cuidar y valorar, en todo momento de la vida, desde -- que nace, hasta que muere el individuo.

36. Monroy de Velasco, Anameli.

El educador y la sexualidad p.34-35.

Por lo tanto impartir educación sexual, no es únicamente una tarea que le compete cumplir al maestro o educador sexual como frecuentemente se cree, sino le confiere principalmente a los padres, por tener sobre sus hijos una mayor obligación moral. El maestro en este caso, es quien orienta, corrige y complementa los elementos positivos o negativos que se inculcan en el hogar. Por lo que es importante su preparación y actualización en esta área, pues en la actitud y disposición está parte de la solución al mismo, que ha pasado a ser un problema de salud sexual, como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sin embargo, para tener una actitud consciente de responsabilidad reproductiva, no basta contar con la participación del mejor experto en la materia; se requiere además, de una definida acción pedagógica que se fundamente afirma Wittwer (1980) en un estudio y análisis de los temas relacionados con la sexualidad, con el propósito de lograr una actitud consciente hacia la sexualidad y sobre todo, acorde a los lineamientos de orientación general ideológica, de tal suerte que permita comprender la visión individual y subjetiva que posee el individuo de su propia sexualidad, en relación con los demás en sus diferentes manifestaciones como efecto de las experiencias acerca de lo corporal y lo social, que no se reduce a un conocimiento, sino también a una emoción. Pues es bien sabido, que no existen "fórmulas" o "procedimientos" definidos, por los cuales se pueda dirigir la enseñanza de la sexualidad de los diversos niveles socio-culturales.

Desde este ángulo, todo parecería tornarse diferente para los sujetos con necesidades especiales, pero por suerte no es así, al menos para la educación especial. La sexualidad de estas personas al igual que cualquier otra, tiene la misma oportunidad de expresión y consecuentemente de ser orientada y aceptada como parte importante de su desarrollo. De esta manera la educación especial contempla los mismos objetivos que la educación formal en el sentido de brindarle la oportunidad a estos sujetos de alcanzar un desarrollo armónico que le permita integrarse a los diferentes sectores de la actividad humana y conjuntamente compartir la normalidad, que por derecho humano tiene. Centrándose hoy en tres fines específicos.

- "- Promover un cambio de actitud en los padres de familia y personal de los servicios de educación especial, favorable al reconocimiento de la sexualidad de las personas - con necesidades especiales, para que ellos a su vez incidan en la comunidad.
- Propiciar que los adultos que están en contacto con los sujetos de educación especial hagan consciente su papel de educadores sexuales, y lo asuman como tal.
- Capacitar al individuo con necesidades especiales para - que logre una autodeterminación consciente y responsable de su sexualidad, partiendo de sus potencialidades físicas y mentales". (37)

Lo cual demanda para su ejercicio, de una metodología de enseñanza, - - aprendizaje apropiadas a las características de los educandos y de apoyos didácticos adecuados, pero ante todo de un cambio de actitudes tanto de los -- especialistas que los atienden, como de su núcleo familiar; pues aunque ya - se hable de la posibilidad de que los trisómicos puedan captar los princi- -- pios de la educación sexual y algunos expertos se muestran optimistas, la -- verdad es que aún muchos padres no están convencidos de que éstas personas - puedan ser enseñadas a usar métodos de control natal, piensan que gran parte de ello depende del método y nivel intelectual del usuario, garantizando su éxito cuando son supervisados de cerca.

El que los educadores de las personas con síndrome de Down, tengan conocimiento de estas alternativas, les ayuda a prevenir posibles estados de depresión en que pudieran caer algunos adolescentes, al ser sometidos a alguna intervención como puede ser la esterilización cuando se les practica bajo engaños.

Lo que hasta el momento se ha podido verificar personalmente a través de algunas visitas a centros de educación especial, entrevistas con el profesorado y con los mismos alumnos, es que aún prevalecen actitudes reprobables para hablar de la sexualidad. Por parte de los maestros, se observó una falta de conocimiento sobre el tema, y la duda de cómo abordarlo. En cuanto a los padres de familia, generalmente temen ver peligrar sus valores morales y provocar un "libertinaje" que tenga peores consecuencias.

El hacer generalizaciones a este respecto, sería también muy aventurado. Hemos tenido la oportunidad de visitar un centro cuya labor informativa acerca de la sexualidad, no solo se limita a los alumnos, sino también se extiende a los padres y personal docente, al sensibilizarlos de lo importante que es su actitud y preparación en la formación de una justa y verdadera autonomía, que le permita a los sujetos trisómicos actuar en base a sus propias decisiones y con responsabilidad, evitando caer una vez más en ese supuesto "control" que inhibe su libertad de poder elegir y manifestar su sexualidad.

2.3 RESTRICCIONES SOCIALES DE LA SEXUALIDAD DEL SUJETO DOWN

Todas las sociedades imponen restricciones a la conducta de sus miembros, en función de los valores apreciados en cada cultura se define el más alto nivel deseable o reprobable.

Existe sin embargo, un valor universal presente en el interior de todos los grupos humanos, que es el de cooperación y solidaridad, en lo que se refiere a aspectos esenciales de la sobrevivencia, por ello se condenan las conductas que van en contra de la vida de sus miembros, y se reprueban también, las que se consideran una amenaza o un atentado contra la integridad del grupo en sí mismo, ya sea porque erosionan o corrompen sus bases mismas de convivencia.

"Cuando esas conductas son poco frecuentes, de tal manera que se les -- pueda aplicar sin mayor dificultad las sanciones establecidas, o se esté en posibilidad de aislar a sus autores en instituciones penitenciarias o de salud, se considera que son excepcionales compatibles con el buen funcionamiento de la salud". (38)

Las prohibiciones culturales respecto a la actividad sexual en nuestro medio social, ha provocado que ciertas conductas sexuales durante la adolescencia, sean vistas por los adultos como tendenciosas y sucias en la infancia, de ahí se despliegan los muchos conceptos erróneos que hoy enfrenta el joven de su propia sexualidad.

En tanto el cuerpo de los muchachos y muchachas empiezan a cambiar, las personas que los rodean comienzan a comportarse frente a ellos de manera drásticamente distinta; las reglas del intercambio social se transforman cuando -- las manifestaciones evidentes del crecimiento hacen aparecer al adolescente -- como una persona sexuada, el crecimiento del busto en ellas, y el cuerpo musculoso y varonil en ellos, son individuos de un potencial sexual que los adultos le atribuyen --aunque ellos no lo hayan asumido aún totalmente--, de manera que los educadores empiezan a mostrar interés y actitudes de protección -- hacia quién saben, que peligrosos fantaseados o roles, en ocasiones llegan al extremo de inmovilizar al adolescente al tratar de no perderlos de vista, sobre todo en situaciones que el adulto considera relacionados con la actividad sexual.

La actitud que el educador asume frente a su propia sexualidad --ya sea la de aceptación o conflicto--, la proyecta sobre la sexualidad que empieza -- a inrumpir en el joven. Es por ello que uno de los puntos principales de la ruptura generacional, del choque entre adolescentes y adultos sea un conflicto que se ubica en el terreno ético como un enfrentamiento de valores.

Algunos padres se encuentran atados por actitudes morales y religiosas - muy estrictas en cuanto a conductas sexuales. En algunas familias pueden oírse cosas como éstas; "mi hijo tiene el mismo derecho que todo el mundo a una vida sexual natural" (Goodman, 1971).

Los padres que llegan a esta situación de claridad, juzgan de manera realista al trisómico, como un ser complejo, respetan su individualidad, y su condición de ser humano, así como su derecho a la vida. Dicha actitud, refleja la adaptación de los padres a las cuestiones sexuales. Otras familias reaccionan a partir de la base de una comprensión limitada para ver a la persona trisómica como un individuo total.

En sí se ha tratado a la sexualidad de un modo represivo y como un medio de control, y esto es lo que produce una gran cantidad de conflictos. Se ha prohibido tanto la discusión como la evaluación realista de ciertos aspectos de la sexualidad que contribuyen al incremento de los tabúes, de inadecuada información y prejuicios.

No obstante, la importancia cada vez mayor que se da a la educación sexual, a la gran variedad de anticonceptivos e información sobre ellos, a las investigaciones sobre los problemas sexuales del adolescente, nuestros índices acerca de las enfermedades sexualmente transmisibles en adolescentes, el embarazo fuera del matrimonio y el aborto continúan aumentando.

Gerome T. Y Shen (1972), opina sobre su propia experiencia clínica, el que muchos padres estén muy confusos con su propia sexualidad, y la sexualidad de sus hijos es debido a que los problemas sexuales son retomados por los mismos padres, como dificultades de ellos.

Normalmente la sexualidad ha constituido un aspecto fundamental de la conducta humana y que no tiene como función primordial la reproducción.

Los seres humanos buscan constantemente formas de lograr una vida sexual satisfactoria y ello es bien visto socialmente. Sin embargo, la visión de la sexualidad cambia cuando nos referimos a las personas trisómicas.

En este sentido, las necesidades y conducta sexual que experimenta el -- adolescente trisómico, hoy sigue siendo desvalorada y estereotipada por la -- misma sociedad, como por algunos profesionales de la salud, en particular lle vados de una imagen que tiene mucho más de mito que de realidad, pues aún pre valece la idea de que son seres hipersexuados o bien hiposexuados, por no -- poseer un control de sus instintos e impulsos.

El contacto con estos jóvenes durante sus actividades escolares y de ru tina, así como la plática con sus maestros y algunas madres de éstos mismos, -- han desdeñado las falsas ideas en torno a la sexualidad del individuo trisómi co. Aunque resulta paradójico, se admite que vive y disfruta las mismas nece sidades y emociones que cualquier joven de su edad, que se dice "normal" pue de experimentar: como el masturbarse, las expresiones de cariño hacia los de más, el cortejo, el noviazgo y la idea de casarse con todo lo que con ello in plica --procrear hijos-- con la diferencia de tener menos oportunidades de -- manifestarlo, y de ser más sancionados.

Durante su desarrollo, el niño trisómico y posteriormente el joven, es -- frecuente que dé muestras de cariño y afecto hacia las demás personas, sean -- varones o mujeres de su misma edad, o bien adultos. Esta conducta hasta an-- tes entrado a la pubertad, puede ser inadvertida e indiferente para algunos -- padres; pero deja de serlo, una vez que éste ha adquirido la madurez sexual y las características propias de un joven próximo a convertirse en adulto. Desde ese momento la preocupación de muchos padres se hace patente ante el te mor de que su hijo siga manifestando esas mismas expresiones de afecto indis criminado, y pueda adoptar una conducta desviada y anormal como se le ha deno minado a la homosexualidad.

Si nos remitimos concretamente a las interrelaciones que sostiene con los demás chicos el joven "normal", se notará que pasa mayor parte del tiempo con sus amigos varones, sin que esto signifique un cambio o irregularidad en su personalidad. De igual modo sucede con el joven trisómico quien lucha por esta identificación, y lo más importante, que no sólo con amigos de su misma idiosincracia, sino también con jóvenes "normales". Lo que demuestra una vez más su capacidad de relación social y adaptación.

Sin embargo, la homosexualidad vista de manera tan natural en nuestros días, no ha podido ser comprendida, pues aún persisten conceptos equivocados que intimidan e inhiben la actividad sexual imprimiéndole un carácter patológico y singular a la personalidad del individuo homosexual, de tal forma que todos parecen iguales.

Lo cierto es que tanto los hombres como las mujeres homosexuales, constituyen un grupo tan diverso como el de los heterosexuales en "cuanto a ocupaciones laborales, educación, estilo de vida, características de la personalidad y apariencia física. Por consiguiente su orientación sexual, va a -- "marcar" una preferencia y atracción por los miembros del mismo sexo", (39) y no siempre va a estar limitada al contacto sexual como muchos autores lo describen. Por el momento no se ha encontrado ninguna anomalía genética o cromosómica que justifique su etiología, sólo existen teorías con poco fundamento científico.

Dado que nadie sabe a ciencia cierta el origen, ni como prevenir la -- homosexualidad, Freud recomienda en una carta que escribiera a una madre de un adolescente homosexual lo que hoy se consideraría desde nuestro punto de vista, la orientación más acertada para los padres de adultos homosexuales -- trisómicos o no; aunque en la literatura no reporta casos concretos de individuos trisómicos que suponemos que existen, lo es sobre todo por la socie-- dad en general que ha marcado desde hace tiempo diferencias entre la conduc-- ta homosexual y heterosexual humana que están regidas más que por la cons-- ciencia, por leyes y cohesión social.

39. Masters y Johnson, V.

Tratado de medicina sexual, p. 338.

"Con toda seguridad, la homosexualidad no es ninguna ventaja, pero tampoco es algo de lo que hay que avergonzarse; no es un vicio, no representa ninguna degradación y no puede ser clasificada de enfermedad; nosotros la consideramos una variante del desarrollo sexual. Muchos individuos respetados en los tiempos antiguos y en los modernos, han sido conocidos homosexuales, y entre ellos se encuentran algunos de los más grandes y admirados (Platón, Miguel Angel, Leonardo de Vinci). Es una gran injusticia perseguir la homosexualidad como un crimen, y constituye también un acto de crueldad"⁽⁴⁰⁾

Otra de las conductas por demás estudiadas y sobre la que mayores presiones sociales ha recibido, es la masturbación, también denominada onanismo, autoestimulación o ipsación. Consiste en la estimulación corporal por medio del frotamiento o manipulación de los órganos genitales fundamentalmente, y de otras partes del cuerpo susceptibles de proporcionar placer (zonas erógenas).

Este comportamiento natural y universal que es practicado por el individuo como fuente de desahogo sexual, durante la adolescencia, ha sido objeto de preocupación y rechazo de padres de familia y adultos, por ocasionar supuestamente efectos negativos físicos y emocionales, así como una disminución del deseo sexual, lo cual es totalmente falso.

Afortunadamente el adolescente trisómico, también experimenta la masturbación, sólo que con mayores restricciones producto de la ignorancia.

Desde el punto de vista médico y psicológico, se ha comprobado que la masturbación, no sólo es inofensiva, sino que es la expresión de un comportamiento sexual saludable o sano y por lo tanto no produce alguna alteración psíquica o física. Como diría Giral Neira (1981), la masturbación desde la infancia tiene un significado emocional afectivo, mucho más positivo que negativo, -- quizás porque no es posible amar a los demás, sin un fuerte contenido de amor a sí mismo.

40. Ibidem. p. 339.

Este aspecto positivo puede convertirse en negativo por la prohibición y castigo paterno de asociar culpa y sexualidad. En este sentido, la masturbación la vive el adolescente trisómico con mayor censura, pues antepone a su sensibilidad de poder amar, odiar y dar muestra de gusto y de disgusto, sus limitaciones que a decir verdad, no afecta su capacidad emocional, como frecuentemente se piensa.

Un estudio que ilustra como se manifiestan las sensaciones sexuales en el sujeto con retardo, es el presentado por Gebhard (1973), respecto a la conducta sexual de varones encuestados en el instituto para retrasado mentales; de 84 sujetos de edades comprendidas entre los 11 y 50 años. En comparación con el grupo control formado por 477 varones normales, sin ningún antecedente delictivo ni psiquiátrico, se obtuvo que el porcentaje de deficientes mentales que habían participado en juegos heterosexuales prepuberales era menor (40%) al de los sujetos del grupo control (52%), en cambio el porcentaje de quienes habían participado en juegos prepuberales de carácter homosexual era mayor entre los deficientes mentales (50%), que entre el grupo control (41%). Estos datos ratifican la explicación anterior a la homosexualidad en el sujeto Down, así como la susceptibilidad a presentar fantasías y sueños, que quizás no sean eróticos, pero que al igual que la masturbación le ayudan a reducir sus tensiones psicológicas generadas ya sea, por una falta de afecto significativo, ansiedad, miedo o bien soledad, proporcionándole placer, y no obsesión en algunos casos. Por lo que pudiera adquirir su ejercicio un carácter enfermizo.

Algunas observaciones y entrevistas con las madres, revelan que, la masturbación al parecer es agradable para sus hijos trisómicos, pues la practican frecuentemente, sólo que en ocasiones no bajo las condiciones de higiene y de respeto que se espera; como el que se practique en privado y a solas lo que implica además de la predisposición biológica con que se nace, una parte de aprendizaje social que es transmitido a través de la cultura, educación, la religión y los prejuicios, moldeando finalmente la conducta sexual.

Entonces se piensa en la separación de los adolescentes trisómicos y en la esterilización en la mujer, como una solución al problema del adulto, sin tomar en cuenta el cambio emocional que pudiera tener. Generalmente no contemplan los padres y adultos a la educación sexual como una alternativa complementaria a la situación que vive el joven.

A todo esto, no se debe olvidar que al prohibir las posibilidades de -- una relación de pareja, los jóvenes acuden a otras formas alternativas posibles para manejar sus impulsos sexuales. De aquí deviene la insistencia en regular, restringir y controlar la conducta sexual en un momento determinado, pues el índice de variantes sexuales respecto a la norma, cada día va en aumento.

El planteamiento de la factibilidad de que las personas con síndrome de Down puedan ejercer sus posibilidades de comunicación profunda con una pareja, es algo que hasta ahora no ha sido abordado en el campo institucional, - ni siquiera como posibilidad. Valdría la pena empezar a plantearse en serio esta situación, para valorar que viabilidad real existe de que esto pueda -- ser trabajado dentro de la institución. Parece ser que uno de los principales obstáculos para que se comience a pensar en ello, está relacionado con - la reproducción y sus consecuencias para las personas con síndrome de Down. Este punto nos remite a otra problemática difícil y delicada por las repercusiones que tiene; para los sujetos con deficiencia mental y sus familias - la esterilización.

El punto controversial sobre si las personas trisómicas son capaces de educar a sus hijos si los tuvieran, no se ha terminado de discutir. Pero el hecho es que, cuando los educadores confunden los términos de sexualidad y - procreación, les limitan otras posibilidades de expresión sexual factibles - de ser vividas en pareja, tales como: la experiencia de amar y ser amados, - tocados, acariciados y valorados por otros.

Todas estas consideraciones, dan más validez a la preocupación de fundamentar y elaborar investigaciones y guías prácticas, para fortalecer la educación sexual de los adolescentes, en especial la del adolescente trisómico, que es el tema que nos ocupa. Si retomamos las características físicas -genitales- debemos hacer un llamado a los padres para que acepten la sexualidad de sus hijos, sexualidad que podrá ser desarrollada desde la autosatisfacción -masturbación- hasta la copulación, pasando por el contacto corporal, no necesariamente orientada genitualmente; es innegable que los jóvenes Down, busquen compensaciones afectivas, las cuales de no ser orientadas adecuadamente, suelen convertirse en problemática, y esto sería en los niveles menos profundos. Por lo que debemos aceptar que una mujercita Down, puede llegar a ser embarazada y no precisamente por un joven Down.

PROPUESTA

De acuerdo a un estudio realizado con personas Down, padres de familia y profesionistas del Centro de Educación Down, A. C., "CEDAC", con respecto al nivel de conocimiento sobre la sexualidad y la aceptación de la sexualidad -- del joven Down, se pudo saber que los profesionistas, opinan que se debe educar a las personas Down de igual manera que a los adolescentes "normales, -- dado que la sexualidad es una para todo género humano, sin olvidar que pudieran ser necesarias algunas adaptaciones a las características individuales de los jóvenes Down.

La mayoría de los profesionistas consideran que los jóvenes Down pueden convivir con personas normales en el aspecto sexual, aunque lo ideal sería -- que esto fuera sólo con personas de sus mismas características físicas. Así mismo coinciden que debe haber un maestro especial, con la preparación indicada para impartir los temas de la sexualidad, además debe ser emocionalmente estable, y estar sensibilizado en las peculiaridades del síndrome de Down. También sugieren que la labor sea encomendada a un grupo interdisciplinario -- formado por; médico, psicólogo y pedagogo.

Por otro lado es importante considerar la manera en que los profesionistas trabajarían con los padres de personas Down el tema de la sexualidad; a -- esté respecto argumentan que: primero hay que consentizar a los padres en -- que sus hijos son seres sexuados por lo cual deberán utilizarse pláticas, entrevistas y cuestionarios. Sin embargo la mayoría de los profesionistas en -- su práctica profesional no ha orientado a sus alumnos, y los que han hecho se han valido de láminas con dibujos poco representativas haciendo énfasis en -- donde y en qué momento realizar ciertos comportamientos sexuales.

Inevitablemente se le cuestiona también a éstos la conveniencia de que -- la institución o centro donde acueden a laborar, deba impartir educación -- sexual; a lo que asumen que sí, porque es parte integral de la educación básica, el desarrollo físico y emocional le van creando dudas que la educación -- sexual resolvería, evitaría comportamientos inadecuados, se armaría para evi-

-tar vejaciones de lo que son posibles víctimas, pero también sugieren que se debe pedir autorización a los padres.

En general, los profesionistas, están de acuerdo en que las personas -- Down vivan en pareja y formen un matrimonio, siempre y cuando no haya pro- -- creación. Y además les dan muchas perspectivas a las personas Down en el -- área sexual, siempre y cuando cuenten con el apoyo de sus padres principal- -- mente.

Ellos opinan que debe existir un manual básico de sexualidad dirigido a personas Down y a sus padres, que incluya información desde la anatomía de -- los órganos genitales hasta la procreación, así como la prevención de enfer- -- medades sexualmente transmisibles.

Es evidente que no todos los profesionistas tienen una concepción clara de lo que es la sexualidad, así como lo que es la educación sexual, esto lo -- persivimos de sus respuestas, que denotan ambigüedad y poca claridad en sus -- conceptos, aunque hay algunos profesionistas que aportan valiosas opiniones -- y sugerencias.

En lo que respecta a las respuesta de algunos padres; son un tanto va- -- riadas, en general manifiestan estar de acuerdo en que sus hijos necesitan -- una educación de tipo sexual; siempre y cuando los niños estén en edad para -- entenderlo y además que esta información sea dada por personas capacitadas y -- sencibilizadas respecto al problema de sus hijos. En cuanto a los temas que -- se les darán a sus hijos, dicen que sean temas básicos, tales como: la hixie -- ne personal, nacimiento de un bebé, el noviazgo, la menstruación, la mastur- -- bación y otros, descartando en gran parte toda lo referente al acto sexual.

Por otro lado, los padres apoyarían a sus hijos en caso de que quisie- -- ran contraer matrimonio, pues eso les daría felicidad a sus hijos. Aunque -- sugieren que debe evitarse la procreación. Además cabe mencionar, que los -- padres entrevistados están de acuerdo en el uso de método anticonceptivos, -- sobre todo de alguno que sea practico y de fácil adaptación, no descartando la

posibilidad de recurrir a los métodos de la esterilización, hoy ofrecen mayor seguridad.

En síntesis podemos decir que los padres tienen conocimientos muy ambiguos sobre la sexualidad, debido a esto, ellos aceptan que es necesario impartir cursos de orientación e información de tipo sexual, que dé respuesta a las preguntas que quizás no directamente les plantean sus hijos. Pero no dejan de crear inquietud, así como prejuicios.

Entre los temas que les gustaría a los padres que se les informara se encuentra ¿Qué es la sexualidad?, Desarrollo sexual masculino y femenino, concepción, embarazo y parto.

En cuanto a los comentarios de los jóvenes Down, tenemos que; la mayoría reconoce las partes de su cuerpo, pero llamándoles por algún nombre popular, como por ejemplo: pájarito. En lo que se refiere a las funciones de éstas, poco saben de ellas, por ejemplo: Cuando se refieren a la función que desempeña el pene dicen que sirve para hacer "pipi". Así mismo existe identificación con personas de su mismo sexo, a todos les agrada bañarse, y lo relacionan con la limpieza, esto lo realizan con la supervisión de sus padres. Por otro lado son muy sociables, les gusta tener amigos (a), demuestran con frecuencia el afecto hacia los demás. La mayoría manifiesta sentir atracción hacia alguien de sus mismas características físicas, o les gusta fantasear con alguna estrella de cine.

También les gusta que los acaricien y acariciar, en general sienten deseos de casarse cuando crezca, aún cuando dicen que sus papás se molestarían, dicen que si formasen una pareja, ellos colaborarían trabajando para ella y la protegerían.

En su mayoría los jóvenes Down, saben como nace un bebé y donde se aloja, pero esto de manera un tanto confusa. En lo que se refiere a la menstruación, sólo conoce su significado aquéllas adolescentes que están en edad de presentarla, y saben cómo deben cuidarse en éstos días.

La masturbación es un concepto que desconocen como tal, sin embargo la mayoría gusta de acariciarse y tocarse su cuerpo incluyendo genitales, la mayoría lo hace a solas en su recámara o en el baño; aunque hay quién menciona que lo ha hecho acompañado de alguien.

Por todo esto, reiteramos la necesidad de dotar a estas personas de armas para desarrollar su sexualidad.

Y es por ello que hemos elaborado dos manuales de orientación e información sexual; uno dedicado a las personas con síndrome de Down y otro dirigido a padres de familia y profesionistas interesados en el área de la sexualidad de estos sujetos.

MANUAL DE ORIENTACION E INFORMACION
SEXUAL PARA EDUCADORES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INTRODUCCION

En algún momento de nuestra vida, ya sea como padres de familia o educadores, nos ha tocado tener que responder a preguntas como estas:

- ¿ Por qué tengo pene y mi hermanita no ?
- ¿ Por qué está gorda la señora Pérez ?
- ¿ Cómo nacen los niños ?

Quizá para algunos padres el abordar este tema les resulte molesto, por carecer de la información adecuada, no poder brindar una explicación clara y sencilla, o bien por considerar que hablar de la sexualidad les parezca penoso, sucio y hasta en ocasiones estar en contra de sus principios morales y religiosos.

Quando el adulto responde a estas preguntas generalmente no tiene en mente que quienes las plantean esperan de él una respuesta convincente y honesta, difícilmente de dar aún cuando tratamos de persuadir al niño de estar diciéndole la verdad, cuantas ocasiones no hemos caído en incoherencia y contradicciones, como por ejemplo:

Un niño le pregunta cómo nacen los bebés y usted le dice: "que la cigüeña los trae". Al día siguiente el niño regresa a decirle: "el papá de Pablo que es licenciado, dice que los médicos traen a los bebés; que las mamás y los papás los hacen".

El no aceptar frente al niño que nos hemos equivocado o bien escudarnos bajo el pretexto de su corta edad "no" le permite "comprender", puede provocar que el niño pierda confianza en nosotros y recurra a otras personas ajenas a él, que no siempre le hablarán con la verdad.

Es importante que los adultos comprendamos que la sexualidad no es un aspecto particular de una etapa de desarrollo (adolescencia)-sino un proceso biológico, psicológico y social continuo que se inicia con la vida y culmina con la muerte.

Por lo tanto, el que un niño de cuatro años o adolescente manifieste inquietud acerca de su sexualidad, es tan normal como positivo, pues demuestra que está adquiriendo conocimiento sobre su propio cuerpo y madurez.

Algunos chicos presentan dificultad para expresar su sexualidad más -- que otros, y esto debido a una disminución física o mental, que pocas veces se encuentra relacionada con una alteración biológica de su sistema sexual. Estos, al igual que cualquier otro, manifiestan necesidades sexuales, sentimientos y capacidad que no todos aceptamos y respetamos. Pero sin embargo, están presentes y necesitan de una educación y orientación no siempre del -- dominio de los educadores, pues se ha demostrado que no es suficiente con -- poseer un conocimiento exacto y verdadero de la anatomía y fisiología del -- cuerpo humano, sino que se requiere además de sutileza y disposición por -- parte del educador para comprender la sexualidad en todas sus dimensiones y así poder brindar una orientación sexual adecuada y oportuna, capaz no sólo de satisfacer las necesidades de ese momento, y lo más importante; permita a toda persona expresar su sexualidad "como una fuente digna y positiva de enriquecimiento y felicidad personal". Para lo cual ha sido diseñado el -- presente manual de orientación e información sexual para educadores, donde los temas a tratar son, entre otros:

- Sexualidad
- El desarrollo sexual
 - Anatomía sexual masculina
 - genitales internos
 - genitales externos
 - Anatomía sexual femenina
 - genitales internos
 - genitales externos
- Roles sexuales
- Relaciones sociales
 - Afecto y amor
 - Relaciones sexuales
- Anticoncepción
 - Métodos naturales
 - Métodos artificiales
 - Métodos quirúrgicos
- Abuso sexual

En cada uno de estos temas se propone al lector un análisis de algunos aspectos de la sexualidad a partir de su propia sexualidad.

Sabemos que cambiar de actitud ante un tema tan polemizado como es la sexualidad, no es fácil, por los sentimientos y experiencias que se encuentran implícitas y que han condicionado por mucho tiempo nuestra conducta. Sin embargo, cuántas veces no hemos sentido la inquietud o curiosidad por saber, si nuestro comportamiento sexual como adultos es el correcto o bien es la causa de muchos de los conflictos emocionales que de manera personal o como pareja se padecen.

La oportunidad de disfrutar una sexualidad plena está en nosotros mismos, conozcámosla.

SEXUALIDAD

Todos en algún momento hemos escuchado o hablado en relación a esta -- palabra. Se ha preguntado usted que tanto conoce acerca de este término.

En la actualidad muchas personas identifican la sexualidad únicamente con los actos genitales o procesos reproductivos. En algunas publicaciones se describe como forma de excitación y de autorealización, pero ¿Cuál es el concepto de sexualidad?

Para responder a esta interrogante, realice el siguiente ejercicio:

Retrocediendo un poco en el tiempo, recuerde si de niño y adolescente -- se le dijo algo con respecto a la sexualidad, no importa que tan correcta o no sea la información.

Si pudo recordar algo, en una hoja anote la edad que tenía y la idea -- que escucho decir, tratando de reproducirla lo más fielmente posible. Des-- pués, en la misma hoja, escriba su propio concepto lo que entiende por sexualidad, aquí es necesario honestidad de su parte, ya que no se admite hacer -- alusión a conceptos bibliográficos.

Ahora observe la primera idea, tal vez habrá quién no halla escrito nada, porque no se le permitía hablar de ello.

Para quienes si anotaron, lea detenidamente su idea y diga sinceramente si está de acuerdo con ella, y que tan aplicable es a su realidad. Es conveniente que las conclusiones a las que llegue, las anote por escrito para que al final usted mismo ratifique y/o rectifique su posición.

En cuanto al concepto que tiene de sexualidad, es probable que no hubie se escrito algo, si así fuese , se respeta su decisión.

En el caso contrario, seguramente usted ya maneja algunos términos -- sexuales independientemente de haber recibido información preliminar durante su infancia o adolescencia.

En esta parte del ejercicio lo que interesa por el momento es que sea capaz de reconocer si experimentó a la hora de tratar de escribir su concepto de sexualidad, ansiedad o temores, si así fué, anote cuáles fueron y trate de explicar su razón. Aunque puede suceder también que no haya manifestado ninguna sensación que dificultara su expresión.

Si comparamos los conceptos y las sensaciones registradas, se dará -- cuenta que cambia de un tiempo a otro. Este hecho, es más observable si -- el ejercicio es realizado en parejas o en un grupo pequeño de amigos de diferente edad. Lo que demuestra que no existe un concepto universal y único para definir la sexualidad.

Y si en cambio, es muy probable que prevalezcan en muchos de los casos ideas equivocadas acerca de este término, que hagan sentir a la persona molesta o temerosa, sobre todo cuando se piensa que la sexualidad comprende -- solamente una parte del cuerpo humano, como es el sistema sexual, también -- conocido como genitales.

Sin embargo, no por ello debemos admitir que la sexualidad no existe -- como piensan algunos, o bien remitirla a una simple definición que pudiera ser parecida o bien diferente a muchas otras, pues evidente que cada persona la vive y expresa de distinta manera, no obstante su edad, sexo, religión y cultura.

En otras palabras, la sexualidad comprende a la persona en su totalidad como hombres y mujeres que piensan y sientan y que además necesitan, tienen y buscan relaciones.

Una forma muy importante de expresar nuestra sexualidad, es la actividad genital, pero no por ser la única, sino porque se le ha otorgado un mayor reconocimiento.

En algunas ocasiones hemos escuchado decir a jóvenes durante sus pláticas con sus amigos en referencia a sus genitales palabras latinas como estas:

Para el pene.....pito, polla, verga, picha,
 Para el escroto.....pelota, huevos, cajones,
 Para el esperma.....semen, leche,
 Para la erección.....empalmarse,

Para muchos padres estas palabras podrán ser tiladas de "groseras" o "sucias", pero a decir verdad, no lo son; si buscamos su significado en el diccionario, observamos que sólo son nombres de otras cosas que se usan para indicar algo sexual.

Sin embargo, lo más adecuado es referirse a los órganos sexuales masculinos como cualquier otra parte del cuerpo, en términos más apropiados que permitan saber a toda persona de que se está hablando, aún cuando los chicos parezcan no tener la edad suficiente para comprenderlo, o bien padezcan alguna disminución física o mental. Pues es evidente que el medio ambiente que les rodea estimule a cada momento su curiosidad y les haga experimentar nuevas necesidades y temores acerca de su propio cuerpo.

Para poder orientarles acerca de sus genitales es importante que el educador y el padre de familia tenga el conocimiento básico de la anatomía y fisiología del sistema sexual masculino, femenino.

DESARROLLO SEXUAL

"ANATOMIA SEXUAL MASCULINO"

Con frecuencia muchos hombres adultos que dicen conocer sus atributos sexuales suelen considerar como únicos genitales masculinos; al pene y el escroto, por encontrarse hacia el exterior del cuerpo y ser más visibles. Sin embargo, no es así además de estos órganos se encuentran otras estructuras más complejas que por su ubicación reciben el nombre de genitales internos, y estos son: los testículos, los epidídimos, los vasos deferentes, las vesículas seminales, la glándula prostática, los conductores eyaculadores, las glándulas de Cowper y la uretra.

El pene como órgano externo, está formado básicamente de una cabeza llamada glande, y un cuerpo o eje. En el extremo del glande se halla el orificio uretral, a través del cual sale del cuerpo la orina y el semen. El glande está cubierto por un pliegue o piel llamado prepucio que funge a su vez como capuchón que tiene a replegarse hacia atrás para dejar al descubierto la cabeza del pene, excepto en los niños recién nacidos. En algunos niños tiempo después de su nacimiento es estirpada esta piel mediante un procedimiento llamado circuncisión, el cual evita que el pene pueda contraer infecciones o presentar inflamación por falta de higiene.

Durante la adolescencia, los jóvenes tienden a manifestar preocupación por el tamaño de su pene. Por ahí se escucha que lo tienen pequeño en comparación al de su amigo, hermano o bien más grande que otros. Esta inquietud a veces surge también en los adultos varones que no han tenido relaciones sexuales. Pues temen que su pene no funcione adecuadamente por su tamaño.

En realidad el tamaño del pene depende del crecimiento alcanzado durante la etapa de la pubertad, donde ejerce su influencia el sistema hormonal, aunque se dice que en el estado de flacidez puede alcanzar un tamaño de 10 a 12 cm. de largo y 2 ó 3 de diámetro, no es posible precisarlo, pues factores medio ambientales y físicos como el aire frío, el agua fría, el miedo a la angustia, así como la ansiedad pueden provocar que el pene- y el escroto y testículos- se retraigan hacia el cuerpo acortando su longitud.

Durante la estimulación física, psicológica o ambas, los vasos sanguíneos que constituye el tejido esponjoso del cuerpo o eje del pene se llenan de sangre hasta alcanzar un volumen considerable que produce la erección, -- por varios segundos o bien lentamente, llegando a alcanzar un tamaño aproximado de 12 y 18 cm., de longitud. Aunque existen variaciones normales, dentro de estas medidas que no guardan relación con la capacidad del hombre -- para dar placer a su pareja o para su propio goce.

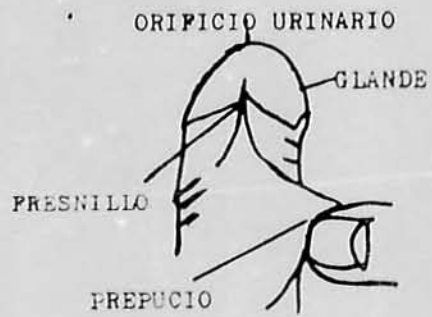
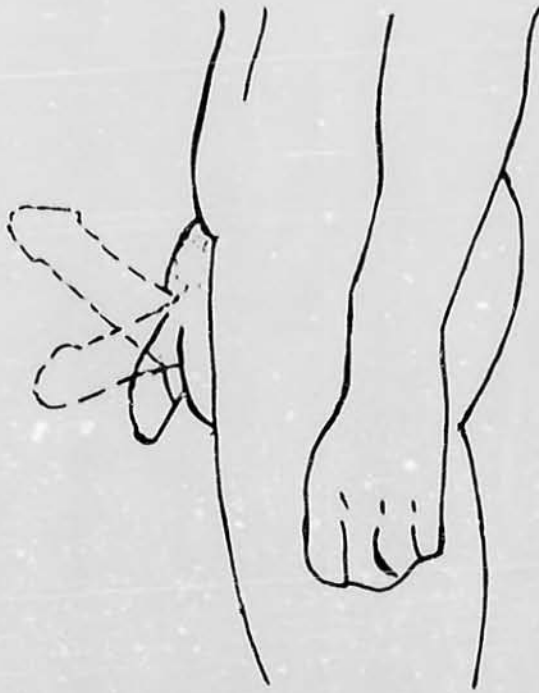
El hacerle notar a cualquier chico esta diferencia natural en lo que -- respecta al tamaño del pene, cuando éste manifiesta preocupación, le ayudará a disfrutar posteriormente de una vida sexual placentera.

Aunque abiertamente el niño Down o cualquier otro chico con alguna tipicidad no exprese inquietud por el tamaño de su pene, es importante tomar en cuenta esta recomendación, pues hasta el momento no se ha demostrado que el sujeto Down presente incapacidad para obtener una erección que sea suficiente para realizar el coito.

En el caso muy especial de que la persona le hayan amputado el pene por algún accidente o bien por enfermedad -cáncer de pene-, existe la posibilidad de reconstruir el pene a través de una operación llamada faloplastia que permite la salida de la orina, la penetración durante el coito, pero no la erección normal, por no ser de tejido eréctil.

El escroto o saco escrotal por su parte, es una estructura muscular en forma de bolsa de color más oscuro al resto de la piel del cuerpo, donde -- se encuentran contenidos los testículos. Su localización en la base del -- pene, entre los muslos, permite controlar y mantener la temperatura natural de los testículos, esta función se percibe cuando hace frío o calor. En el primer caso, las fibras musculares del escroto provocan que el saco -- se contraiga o se encoja acercando los testículos al cuerpo para mantenerlos más calientes. En situaciones contrarias, es decir, cuando hace calor, o se encuentra relajado, el escroto se vuelve más flojo y suave permaneciendo los testículos más alejados del cuerpo manteniéndose frescos.

En las siguientes figuras se puede apreciar a un pene erecto y flácido así como el escroto.



GENITALES INTERNOS

De los órganos internos que conforman el sistema sexual masculino; los testículos han adquirido una enorme carga simbólica a través del tiempo, se les ha considerado la esencia de la masculinidad y su ausencia significa - para muchos falta de superioridad que se asocia con el afeminamiento. ¿ Pero qué hay de cierto en todo esto ?

Los testículos como genitales externos, son dos pequeñas bolas que -- cuelgan dentro del escroto, se dice que son lisos ovalados y miden alrede-- dor de 4 cm. aproximadamente por 2 de grueso y 3 de ancho. Normalmente un testículo suele colgar un poco más que el otro, y casi siempre es el -- izquierdo. Este hecho no representa cuidado alguno, al menos que uno de -- los testículos sea demasiado pequeño o grande que el otro pudiendo dar -- origen a alguna complicación.

Al igual que cualquier otro órgano de nuestro cuerpo, los testículos -- tienen una función definida muy importante, que es la producción de una -- hormona sexual masculina llamada testosterona y de espermatozoides. La hor-- mona masculina es producida por células llamadas de Leydig que se encuen-- tran en numerosas cantidades en cada uno de los testículos desde los prime-- ros meses de embarazo, pero es a partir del nacimiento cuando la segregación de dicha hormona por los testículos comienza a regular el desarrollo sexual masculino, actuando principalmente en el impulso y el interés sexual al in-- crementar su producción durante la pubertad, determinando así los distintos cambios que el adolescente presenta.

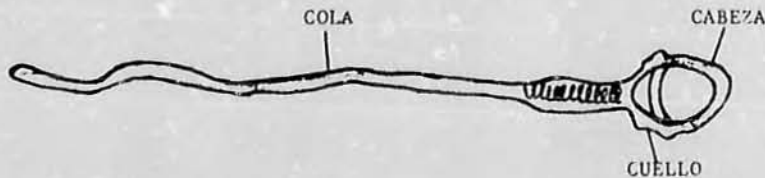
Los espermatozoides por su parte, son producidos continuamente desde -- la pubertad por unas estructuras llamadas túbulos seminíferos mediante el -- proceso conocido como espermatogénesis cuyo tiempo de duración es de 70 -- días.

Para que esto suceda, los testículos deben encontrarse a una temperatura inferior a la del cuerpo, ya que de no ser así la producción de espermatozoides se atrofia provocando esterilidad en el hombre.

Una vez que el espermatozoide ha madurado, es transportado a través de unos conductos que lo ponen en contacto con otros órganos igualmente importantes, para finalmente ser expulsados por el pene. Si los espermatozoides no llegaran a ser eyaculados son destruidos y absorbidos por el mismo tejido de los testículos sin producir daño alguno o dolor.

Pero usted se preguntará ¿Cómo son los espermatozoides que no han podido ser vistos a simple vista por el ojo humano ?

Simplemente son muchísimos más pequeños que el óvulo unos 0.06 milímetros de longitud y con un volumen miles de veces menor que el óvulo- por lo que sólo pueden verse con la ayuda del microscopio, pudiéndose apreciar de él tres partes; la cabeza, un cuello y la cola como lo muestra la figura.



La cabeza contiene material genético, es decir, 23 pares de cromosomas; el cuello y el cuerpo están dotados de materia energética que le permite movilidad para desplazarse hacia adelante y hacia atrás y de esta forma poder avanzar por la vagina.

Existen varios mitos en relación a la eyaculación de esperma como que:

- el hombre pierda fuerza y energía si eyacula frecuentemente.
- pierde capacidad de producir esperma llegados a determinada edad (50 ó 60 años).
- si el hombre tiene demasiadas eyaculaciones en un período - corto de tiempo puede quedar sin esperma.

Hoy sabemos que ninguna de estas ideas son verdad. Lo que sí puede convertirse en un serio problema; es el que uno o los dos testículos no descendan del cuerpo al escroto cuando el niño es todavía pequeño, hay niños que -- nacen con uno de los testículos dentro del cuerpo y no en el escroto donde de be permanecer, sino que bajan por sí solos tiempo después. Cuando no sucede así, en ocasiones se requiere de un suministro hormonal que le ayude a descen-- der al testículo, o bien de una intervención quirúrgica. En estos casos es -- muy importante la supervisión médica oportuna, es decir, que se atienda antes de la pubertad, de lo contrario, su capacidad para producir espermatozoides -- será nula, conociéndole a este estado como cliptorquidia, la padecen algunos varones con síndrome de Down cuyos testículos son pequeños, de escroto o pene hipoplásicos y horizontalidad de vello púbico. Existen varias conjeturas en base al estudio del semen, que indican que la libido de los varones Down se -- encuentra disminuida como resultado de un número reducido de espermatozoides incapaces de engendrar, de ahí la idea de que para muchas personas sean esté-- riles los varones Down, aunque no se ha confirmado a ciencia cierta.

Otras estructuras no visibles pero igualmente importantes y complementa-- rias, son los epidídimos, los vasos deferentes y las vesículas seminales. Su forma tubular permite a los epidídimos almacenar una parte de los espermato-- zoides, mientras éstos maduran para posteriormente ser trasladados en los -- vasos deferentes, donde se mezclan con los fluidos de las vesículas seminales y de la glandula prostática en el conducto eyaculador, proporcionándole de -- esta manera a los espermatozoides los nutrientes necesarios que aumentan su -- capacidad de movimiento. Una vez formado el semen o esperma, éste pasa por -- la uretra que además de permitir su salida, hace posible a la orina fluir des-- de la vejiga hasta el exterior del pene.

Muy cerca de la uretra por debajo de la próstata, se encuentran dos -- glándulas bulbouretrales, mejor conocidas como glándulas de Cowper. Durante la excitación sexual estas glándulas segregan una pequeña cantidad de fluido alcalino que contiene algunos espermatozoides, por lo que existe el riesgo - de producirse un embarazo aún sin antes haber el hombre eyaculado.

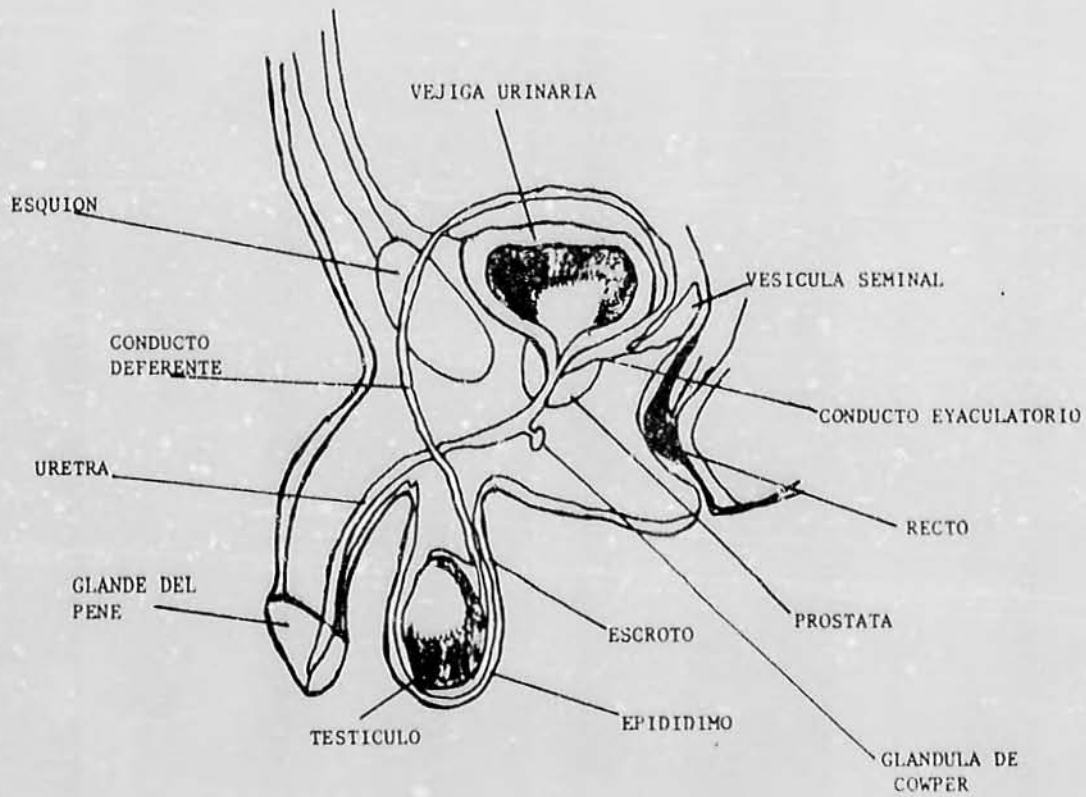
El conocer el funcionamiento de este sistema, consideramos que debe ser de interés para toda persona, sea varón o mujer, sobre todo por el cuidado - de la salud, pues a este nivel puede presentarse alguna disfunción sexual. Como puede ser el caso del varón, si llegará a sufrir una operación de próstata, ya que puede volverse impotente o estéril.

No es fácil para ningún hombre aceptar cualquiera de estas condiciones -la impotencia o la esterilidad-, por muy informado que esté acerca de su - sexualidad, ya que generalmente su vida íntima se ve dañada. Para afrontar una situación así es necesario e importante además de la información médica, que la pareja, en este caso la mujer, sea comprensiva y le ayude al hombre a adaptarse a su nueva situación a través de mantener una comunicación abierta que ayude a ambos a descubrir nuevas formas de expresión sexual y haga frente al mal carácter, resentimiento y depresión de su pareja, con el objeto de hacer su vida más llevadera.

Es indudable que tanto el paciente que se va a someter a una operación de próstata como su pareja deben ser informados por el médico acerca de las posibilidades repercusiones sexuales, pero lo más importante es que la pareja tenga presente estas indicaciones antes y después de la cirugía que debe basarse en varios diagnósticos antes de su realización.

Aunque los problemas prostáticos afectan generalmente a los hombres de más de 50 años, es factible que también un adolescente o un hombre de 20 a 30 años presente un problema de la glándula por una infección, gonorrea o - uretritis.

En la siguiente figura aparece el corte vertical del aparato reproductor masculino.



ANATOMIA SEXUAL FEMENINO

En la mujer siempre existe cierta vanidad que le lleva a cuidar de su imagen corporal, es decir, de sentirse bien con su aspecto físico y de preocuparse por lo que piensan los demás que la observan. Aunque esta cuestión es muy subjetiva, rara es la mujer que no se mira frente a un espejo para admirar su belleza física. Hay mujeres que aún sabiéndose poco atractivas se sienten agusto con sus cuerpos, y también existen quienes están siempre angustiadas e incómodas con su aspecto, pero, ¿Conoce verdaderamente su cuerpo, o bien el de su pareja? ¿Cuál es la razón por la que cuida de su figura? ¿Tiene para usted algún valor el cuerpo de la mujer o solo determinadas zonas de él?

Trate de contestar lo más sinceramente a estas interrogantes, anotando en una hoja lo que piensa. Es muy probable que esta reflexión genere en usted dudas o ansiedades, pues aún existen muchas mujeres que no se han mirado nunca sus genitales, por consiguiente no son capaces de nombrar correctamente ni localizar las partes de su sistema sexual. Algunos términos inapropiados con los que suelen referirse a ellos son los siguientes:

Para referirse a :

Los órganos genitales
femeninos externos

- Coño, raja, papo, almeja, castaña,
chocho, conejo, hijo, mochuelo.

Mamas

- Pechos, tetas, tetorras, delanteras,
limones, escaparate, pitones, senos.

Si usted se encuentra en esta situación, realice el siguiente ejercicio.

Desnuda observese frente a un espejo, ponga atención a cada parte de su cuerpo, principalmente a sus senos y genitales, quizás le inquiete algo que antes no le había llamado la atención, no diríamos nuevo porque siempre ha estado ahí, pero que ahora le interesa por su dimensión, aspecto, molestia o simplemente por curiosidad.

En los genitales externos a simple vista se puede observar; la vulva, - la cual consta de: monte púbico, labios mayores, labios menores, el clítoris y el vestíbulo.

El monte púbico también llamado monte de venus es una zona de tejido -- graso cubierta de piel, se encuentra situado encima del hueso púbico. Durante la pubertad se cubre de vello.

En seguida un poco más abajo, se aprecian dos pliegues gruesos de piel graso, llamados labios mayores, cuando no hay excitación los labios mayores se unen en una línea media protegiendo los labios menores, la abertura uretral, es decir, por donde sale la orina y el vestíbulo de la vagina. Durante la excitación los labios actúan en sentido contrario, se hinchan y aplanan dejando descubierta la abertura vaginal. Un rasgo muy característico - de ellos, es que después de la pubertad se cubren de vello.

Dentro de los labios mayores se localizan otros dos pliegues de tejido graso y de piel más delgada sin vello, nos referimos a los labios menores, - que al igual que los anteriores se unen para cubrir otras estructuras internas pero aún visibles -la abertura vaginal, la uretra y el clítoris- en particular sobre el clítoris formando una capucha. La sensibilidad que ofrecen la estimulación de los labios menores, ha constituido para muchas mujeres - una fuente importante de placer. La manifestación de ello es el cambio de color de los labios, conocida como "piel sexual" e indica que esta a punto de producirse un orgasmo si continua la estimulación, este momento es poco detectable por el mismo observador.

Ahí justo donde se fusionan o juntan los labios internos menores, está el clítoris, el cual es un órgano cilíndrico formado de una cabeza o glándula y un eje o cuerpo, cuya única función es el proporcionar placer a la más mínima estimulación. Su tejido eréctil muy parecido al del pene, le permite al ser estimulado aumentar de tamaño normal, que es aproximadamente de un - hueso de cereza para encontrarse bajo el capuchón, una vez que se aproxima al orgasmo.

Es por esta razón que algunas personas pierden el contacto con el clítoris al estar haciendo el amor.

Si hubiese necesidad de extirpar el clítoris -practicar una clitoridectomía-, por alguna razón, la mujer puede seguir experimentando placer y orgasmo, el único inconveniente serían las consecuencias psicológicas que podría producirle a la mujer, cuando no ha sido informada con anticipación.

Finalmente llegamos a observar el vestíbulo, es decir, la abertura de la uretra, que se localiza debajo del clítoris y por encima del orificio vaginal ubicada debajo de la uretra pudiéndose apreciar mejor si se separan los labios

Ahora que ha realizado el ejercicio del espejo ¿Cómo se siente? ¿Se encuentra a gusto al conocer exteriormente sus genitales? o sigue pensando que es algo sucio y desagradable?.

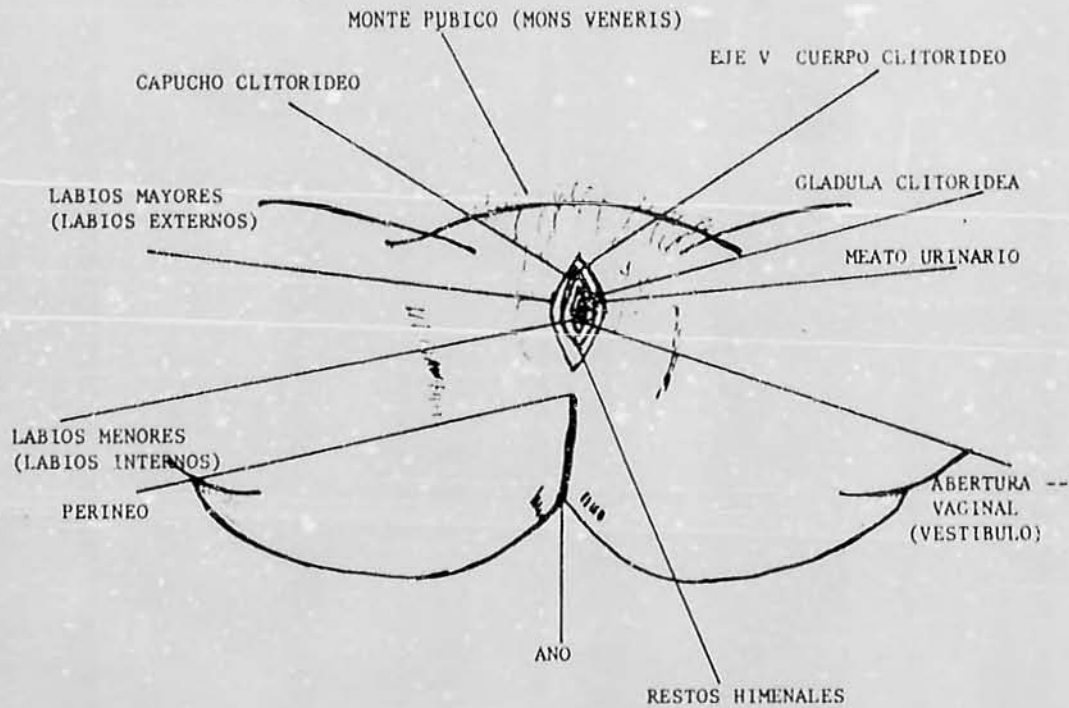
Trate de ser sincera con usted misma, y anote en una hoja todas las emociones que ahora siente por su cuerpo y en especial de sus genitales externos.

Es importante tomar en cuenta que los genitales externos de cada mujer, pueden ser diferentes unos a otros, en cuanto a su aspecto, "hay diferencia en tamaño, forma y color de los labios, en el color textura, abundancia, y -- distribución del vello púbico, aún como en la apariencia del clítoris, la -- abertura vaginal y el himen"(1) A excepción de la mujer Down, que desde niña sus genitales externos suelen mostrar importantes variaciones; los labios mayores tienden a ser de tamaño exagerado y a veces los labios menores aumentados de tamaño, haciendo igualmente protusión. El clítoris casi siempre está agrandado.

1. Masters William y otros.

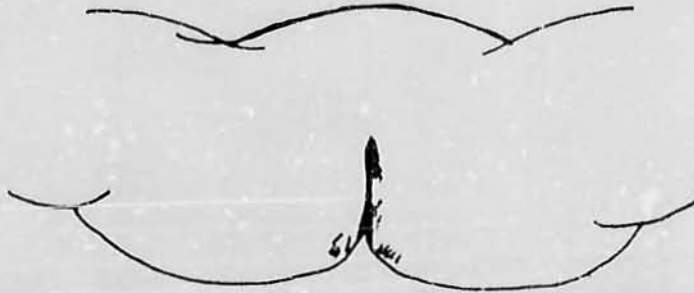
La sexualidad humana. p. 65

De ahí en fuera no debe alarmarse si algún órgano de sus genitales externos no es semejante al que se observa en la figura, pues estas son solo representaciones gráficas que orientan e ilustran la explicación



Para verificar que tan bien conoce ya los genitales externos, sin mirar las figuras anteriores, dibuje en el esquema las siguientes partes:

- a) Montes púbico
- b) Labios mayores
- c) Labios menores
- d) Clítoris
- e) Vestíbulo



Una vez que halla terminado verifique si lo hizo correctamente, si -- cometió algún error, revise nuevamente la información para esclarecer sus dudas.

GENITALES FEMENINOS INTERNOS

Consideramos que toda mujer, alguna vez ha sentido la inquietud o curiosidad de querer saber ¿Cómo es, y de que manera funciona ese órgano llamado vagina u ovarios o cualquier otra estructura que forma parte del sistema sexual interno, que se dice culturalmente importante o bien está causando problemas de salud considerable.

Dando respuesta a estas interrogantes, pasemos a describir las partes -- que conforman los genitales internos de la mujer: a) himen, b) glándulas de Bartholín, c) uretra, d) vagina, e) cérvix, f) útero o matriz, g) tubas uterinas... y h) ovarios.

1. Himen

El primero de ellos es el himen, también conocido como "velo de la virginidad". Es una fina membrana que cubre parte de la abertura vaginal, permitiendo únicamente la salida del flujo menstrual, a través de una o varias de las perforaciones que suele presentar. Hasta el momento científicamente no se le reconoce ninguna función biológica, sin embargo, la importancia cultural que todavía le atribuyen muchos pueblos como símbolo de la virginidad, ha provocado en la mujer ansiedad e inseguridad acerca de su propio cuerpo y de su conducta, al hacerle creer que toda mujer debe mantener su himen intacto, mientras que no contraiga matrimonio, pues de encontrarse perforado es señal de que ya ha tenido actividad sexual. La sanción por este supuesto hecho o falta podía ser desde el desprecio hasta la muerte en otras culturas.

Si esta idea fuera cierta, cabría entonces preguntarse ¿qué sucede con aquellas mujeres que nacen sin himen?. Pareciera todo esto un gran misterio. Lo cierto es que en primer lugar, el himen existe en diversas formas, tamaños o grosores, según las distintas mujeres. Su perforación puede producirse por el ejercicio físico, por la introducción de un tapón durante la menstruación, el coito o simplemente sin razón aparente, causando una pequeña hemorragia y algo de dolor.

También puede ocurrir que el himen no haya sido perforado durante el coito por su flexibilidad, a éstas mujeres se les practica la himenectomía, que consiste en romper el himen quirúrgicamente antes del primer parto.

El aceptar este hecho le ayudará a la mujer a sentirse más liberada de los viejos mitos, así como a recuperar la seguridad en sí misma. Y en el caso del hombre aprender a valorar a la mujer, no por su cuerpo o lo que lleva dentro, sino por otras virtudes.

2. Las glándulas de Bartholin

Situadas a cada lado de los labios menores, se encuentran las glándulas de Bartholin que secretan un fluido mucoso. Anteriormente se decía, que dicho material lubricaba la vagina, durante la excitación sexual. Hoy se ha demostrado que no tiene ninguna función relevante en ese momento, sin embargo, es susceptible a infectarse produciendo dolor.

3. La uretra

La uretra es otra estructura interna en forma de tubo corto por donde se elimina la orina, se comunica por un extremo con la vejiga y por el otro desemboca en el vestíbulo. Es vulnerable a cualquier microorganismo que entre por ella infectando la vejiga urinaria. La "cistitis de la luna de miel" es un malestar común que puede persistir durante y después del coito.

4. La vagina

De las estructuras que conforman el sistema sexual femenino, la vagina es la más reconocida por cumplir con tres funciones importantes.

1. "Proporcionar el medio físico para manifestar la heterosexualidad femenina, además de servir como receptáculo para el pene y el semen -- eyaculado.
2. permitir el paso del bebé durante el parto.
3. y la salida del flujo menstrual". (2)

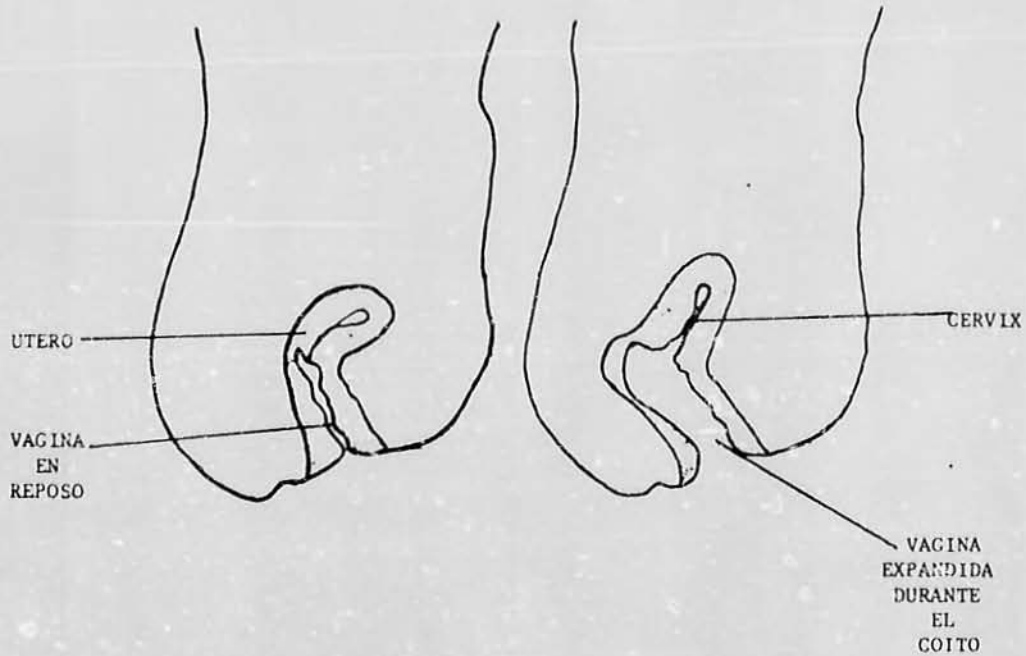
Sin embargo, no todas las mujeres están conscientes de ello. Todavía hay quienes piensan que es en la vagina donde se desarrolla el bebé durante el embarazo, además de considerarla una parte sucia y nada especial del cuerpo.

Anatómicamente la vagina forma un cilindro aplanado que tiende a expandirse enormemente en el proceso de parto, y a contraerse en el momento de la penetración de algún objeto o pene por ella, adoptándose a su forma y tamaño. Su ubicación se extiende por la parte exterior de la abertura vaginal, y termina en el cérvix o cuello del útero. Cuando la mujer no está sexualmente excitada, las paredes vaginales conformadas en pliegues rugosos, se unen o cierran entre sí. Esta elasticidad que en un primer momento le caracteriza, se pierde normalmente en las mujeres después de un parto y sobre todo si tienen varios hijos, afectando a veces la respuesta sexual. Puede ser normalizada con ejercicios musculares, sugerida por algún especialista.

Otro malestar común y normal que la mujer experimenta, durante la excitación sexual es la lubricación vaginal. Comienza a manifestarse con la aparición de pequeñas gotas de fluido en sus paredes, producto de la misma mucosa que reviste su interior.

Rápidamente estas gotas se juntan entre sí y se extienden hasta cubrir -- por completo los lados de la vagina, facilitando con ello la penetración del pene en la vagina --el coito-. De otra manera, al no existir dicha lubricación, el coito resultaría doloroso. Además de ser un signo de excitación sexual considerable.

Desde el punto de vista físico y emocional, es importante estar informado a este respecto, ya que sus temores y ansiedades pueden inhibir las respuestas físicas y naturales del cuerpo.



5. El cérvix o cuello del útero

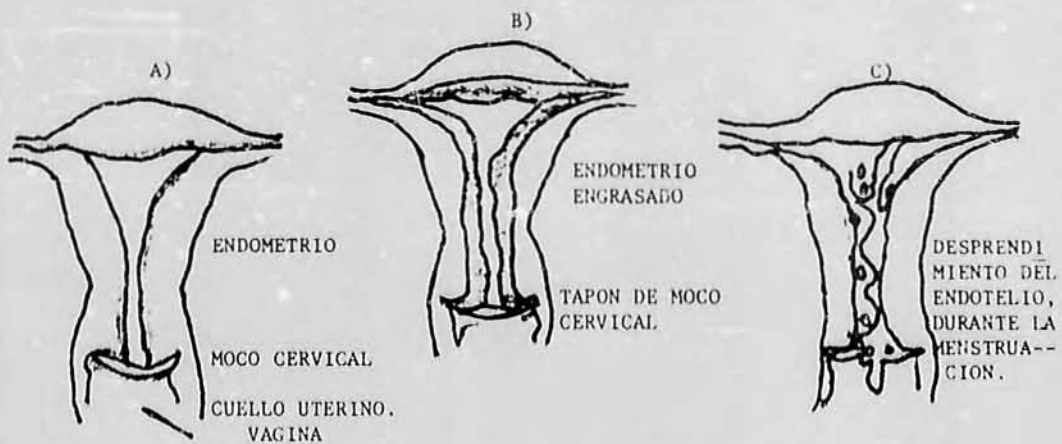
Formando la base del útero, y sumergida en el extremo posterior de la vagina, se localiza el cérvix que es una parte estrecha del útero. Su capacidad de extenderse y contraerse, permite el paso del feto en el momento del parto, la entrada del esperma y también la salida del flujo menstrual a través de la vagina.

El cérvix segrega un fluido llamado moco cervical que durante el ciclo menstrual, cambia de aspecto y densidad. Quienes practican el método natural de planificación familiar, lo utilizan como indicador de los días fértiles y no fértiles para realizar el coito.

6. Utero

El útero, por su parte es un órgano en forma de pera invertida. Se localiza en la línea de la pelvis, entre la vejiga uterina por delante y el recto por detrás. En mujeres que no han estado embarazadas, el útero mide unos 7.5 cm. de largo por 5 cm. de ancho. La elasticidad que caracteriza a sus paredes como producto de la estimulación hormonal le permite dilatarse y extraerse, hasta adquirir su tamaño normal.

La capa interna que reviste la pared del útero llamada endometrio, permite alojar en él al óvulo fecundado para ser alimentado durante el embarazo, en el caso de no estar la mujer embarazada, el endometrio se desprende del útero abandonando el cuerpo en forma de flujo menstrual. Este proceso se repite cada mes en forma ininterrumpida desde la pubertad hasta la menopausia.



Las tres fases del ciclo menstrual: a) PROLIFERATIVA
b) SECRETORIA y
c) MENSTRUAL.

En el proceso del parto, la segunda capa muscular del útero llamada miometrio que proporciona gran fuerza y elasticidad, se contrae haciendo salir al niño del útero hasta la vagina. La tercera capa que es el perineo, se encarga de envolver a las dos capas anteriores como otros órganos del abdomen.

Los problemas importantes que pueden presentarse a este nivel son: la endometriosis, que consiste en el crecimiento de tejido endometrial en lugares -indebidos, es decir, fuera del útero ocasionando dolor y afectando considerablemente el proceso de esterilización y embarazo, ya que es un mal progresivo.

También puede ocurrir que el útero se desplace -prolopse- fuera de su sitio por el debilitamiento de los ligamientos que lo sujetan y mantienen en su sitio. La molestia más significativa que presenta la mujer es; incontinencia urinaria al toser o reír. Aunque esta irregularidad es propia generalmente de las mujeres mayores, puede tener lugar también después de un embarazo. Su tratamiento médico no es complicado.

7. Tubas uterinas (trompas de falopio)

Las tubas uterinas u oviductos, son dos conductos de aproximadamente 10 cms., de largo; cada una unida a cada lado de la parte más alta del útero. Su función principal es recibir por las fimbrias a un óvulo que ha sido expulsado por el ovario para ser conducido hasta el útero o matriz, a través de sus paredes cubiertas por unas estructuras llamadas cilias, que le permiten desplazarse con mayor facilidad.

Puede ocurrir que durante el trayecto del óvulo hacia el útero, se encuentre a su paso con un espermatozoide generalmente en la porción superior de una tuba urinaria, produciendo un embarazo -fecundación-. En ocasiones las tubas urinarias se llegan a bloquear por inflamación impidiendo el paso de espermatozoides y óvulo, provocando esterilidad en la mujer.

También a veces el óvulo fecundado se adhiere a una tuba urinaria y se - allí y no es el útero o matriz, donde es su lugar. A este embarazo se le conoce como ectópico.

8. Los ovarios

Para ninguna mujer es indiferente la palabra ovario, se ha dicho mucho - acerca de ellos como que:

- Los ovarios no funcionan después de un aborto.
- Mientras se amamantan no se ovula y por lo tanto no hay riesgo de embarazo.
- Si la mujer llega a perder un ovario queda estéril.

Pero, ¿Qué tan cierto es todo esto?

Los ovarios o gónadas femeninas, son estructuras del tamaño y forma de una almendra. Se sitúa una a cada lado del útero, cumpliendo dos funciones - importantes: la producción de hormonas -estrógenos y progesterona- y la maduración y expulsión de los óvulos llamada ovulación, tanto el estrógeno fundamental- para el desarrollo sexual como la progesterona para el embarazo, pasan directamente de los ovarios al torrente sanguíneo.

Al nacer la niña, ya cuenta con 200,000 óvulos en cada ovario, a partir de este instante no se producen más óvulos. Durante la niñez algunos óvulos empiezan a degenerar disminuyendo su número. Cada óvulo mientras madura, permanece en una fina cápsula de tejido llamada folículo. Cuando el óvulo ha alcanzado la madurez necesaria, el folículo que lo contiene se desplaza hasta la superficie de uno de los ovarios, del cual es expulsado y recogido por las tubas urina-rias que lo conducirá hasta el útero.

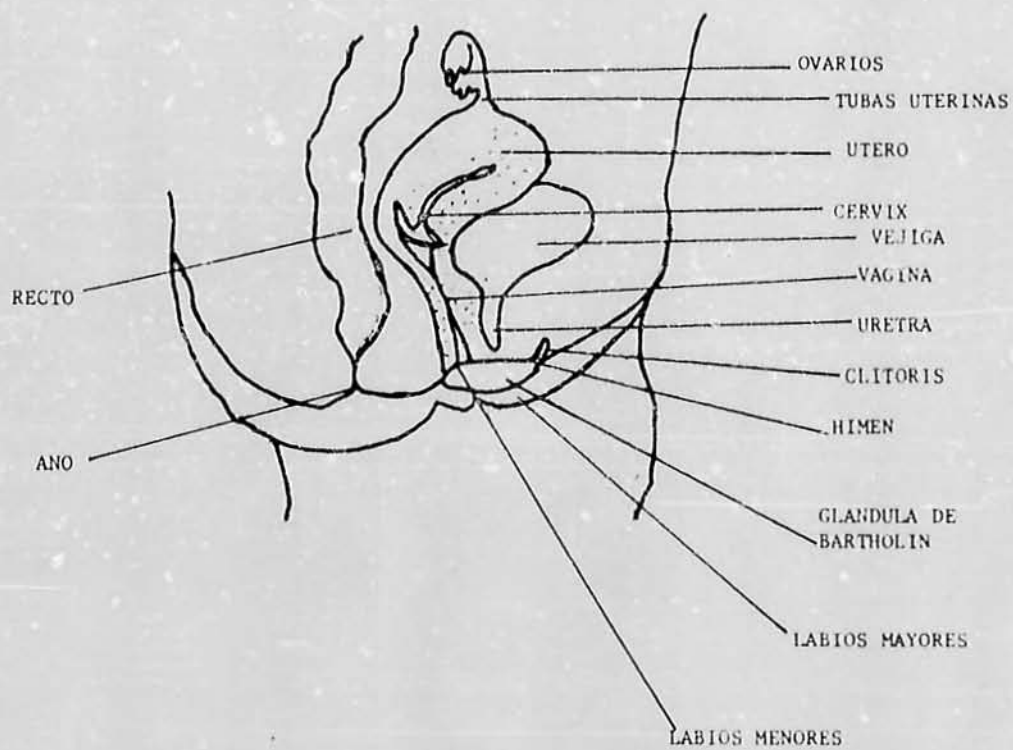
Este proceso de maduración que tiene llegada la pubertad en cada ciclo - menstrual, se le conoce como ovulación, y se detiene aproximadamente entre - los 45 y 50 años, aunque la edad puede cambiar en cada mujer.

La irregularidad que a veces presentan los ovarios, es un crecimiento -- excesivo anormal producto de una acumulación de líquido, que se le conoce como quiste ovárico. En realidad son bastante comunes, es poco frecuente que -- produzcan dolor. Cuando no desaparecen, el líquido es extraído quirúrgica-- mente sin sufrir daño alguno el ovario, funcionando de manera normal.

Un hecho considerable de reafirmar para muchas mujeres es que aún duran-- te la lactancia hay ovulación, y por lo tanto el riesgo de producirse un emba-- razo. Es cierto que al principio de la lactancia, el proceso de ovulación se retrasa, pero no desaparece como se supone. En estos casos es recomendable -- que la mujer utilice un anticonceptivo si desea tener relaciones sexuales con su pareja.

En situaciones extremas, donde se tiene que extirpar ambos ovarios, es -- decir, practicar la ovariectomía conocida como castración femenina, por no tener curación, la mujer queda estéril al eliminar la fuente principal de estró-- genos. Sin embargo, no afecta su interés y placer sexual. Si es extraído un ovario, la mujer continua teniendo su ciclo menstrual normal como la posibili-- dad de tener un embarazo natural y sano, pues el óvulo que permanece reemplaza al perdido en funcionamiento, cumpliendo con el proceso de ovulación y fer-- tilidad.

En algunas mujeres Down, los ovarios y el útero son pequeños, pero hasta el momento se ha demostrado que ello no produce una esterilidad completa. Hay mujeres que han podido tener hijos aún sabiendo que en ellas no es reco-- mendable.



M A M A S

Es muy frecuente que cuando se habla de genitales femeninos, pocas veces se citen a los pechos o mamas. Si bien es cierto que no son órganos reproductores, sí constituyen una fuente sexual considerable. Hay tres aspectos importantes en relación a ellos; "proporcionan placer erótico, desempeñan un papel importante en la imágen que de sí misma tiene la mujer; y la capacidad de alimentar o amamantar al bebé con ello" (3)

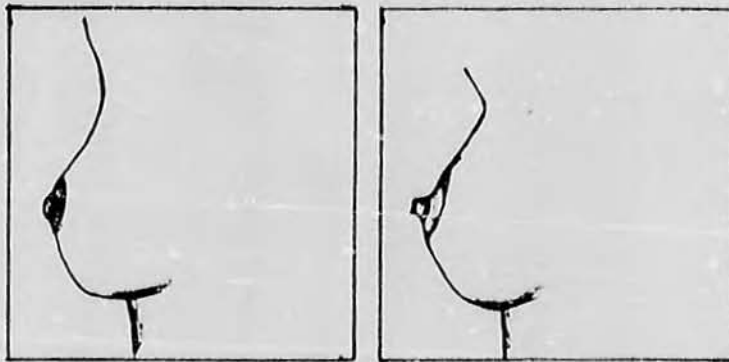
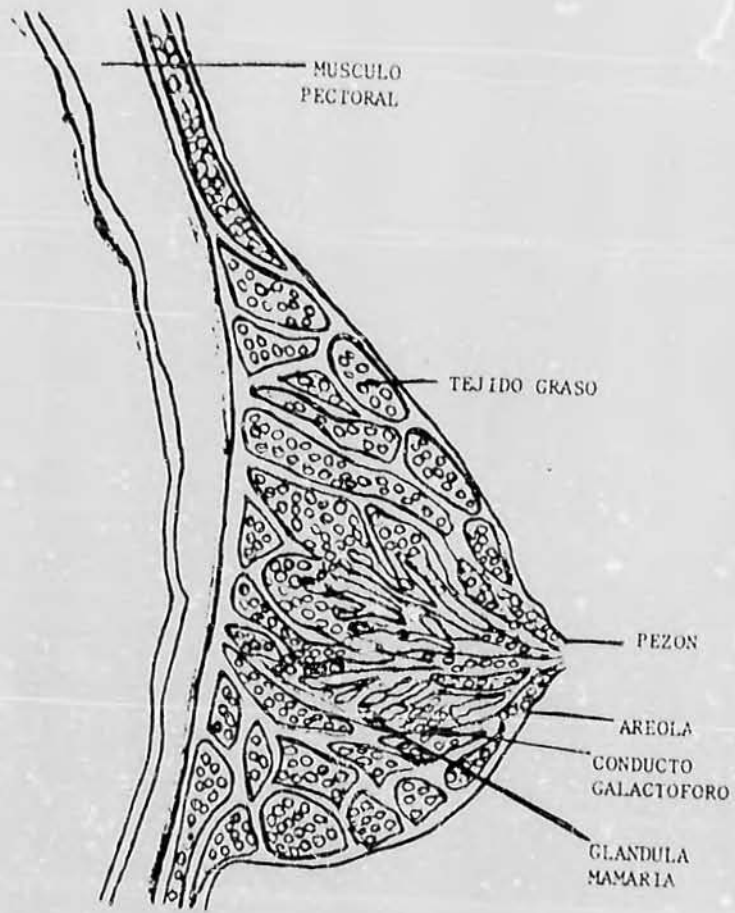
Sin embargo, hoy en día sólo parecen reconocerse dos de estos atributos; su valor erótico, que le reconoce como símbolo de la sexualidad femenina y la seducción, notable influencia que tiene en la autoimágen y manera de relacionarse de la mujer. Lo que ha despertado preocupación e interés en muchas mujeres que tienen mamas pequeñas y deformes, o simplemente porque éstos no se adaptan al tamaño y forma de lo que en nuestra cultura se considera bello y deseable.

Pese a toda la carga erótica que conllevan, los pechos, en realidad sólo son glándulas sudoríparas modificadas, formadas por varios elementos: por fuera 1) los pezones, 2) areola; por dentro 3) Glándula mamaria y 4) conductos galactóforos.

El pezón situado en la punta del seno, tiene un aspecto especial, que varía de una mujer a otra, pueden ser puntiagudos, parecer planos, o estar unidos en el pecho sin que esto represente alguna anormalidad. Cada pezón es ta compuesto de terminaciones nerviosas que lo hacen muy sencible al tacto y de fibras musculares que le permiten ponerse erecto durante la excitación sexual, y por otros estímulos como el frío. Es natural que uno de los pezones logre una mayor erección, como también lo es que un pecho sea un poco más grande que el otro.

J. Kilby, Donald, M.D.

Sexo Seguro, p. 78.



LOS MISMOS PEZONES EN SU ESTADO NATURAL (IZQUIERDA Y ERECTOS (DERECHA)

Rodeando al pezón, encontramos a la areola, es una zona de piel oscura con puntitos en forma de bultito que segregan un lubricante que ayuda a la lactancia. El tamaño de la areola varía de una persona a otra.

Las glándulas mamarias son pequeños sacos que empiezan a producir leche, por la acción hormonal que se genera producto del embarazo. Hay de 15 a 25 de estos sacos en cada seno independientemente de su tamaño. Una vez que la leche ha sido elaborada por las glándulas mamarias, es transportada a través de unos conductos llamado conductos galactóforos hasta el pezón, donde se acumula para posteriormente ser succionada por el bebé.

Existen varias ideas falsas acerca del tamaño de los senos y la estimulación de los mismos.

"Los pechos grandes significan siempre que una mujer es sexualmente muy atractiva.

Los pechos de una verdadera mujer, son salientes y sus pezones son puntiagudos.

Los pechos pequeños no son buenos para amamantar.

Las mujeres que tienen pechos pequeños se interesan menos por el sexo.

Los hombres prefieren a las mujeres con pechos grandes.

Las mujeres no obtienen ninguna satisfacción al tocarse sus propios pechos.

Todas las mujeres sienten satisfacción al estimularse el pecho".(4)

4. Kilty, Donald, M.D.

Sexo seguro. p. 83

En realidad el tamaño y forma de los pechos femeninos, está determinado por la herencia, por lo que no existe un tamaño normal que indique cuando la mujer es más o menos femenina, o bien que deba excitarse ante la estimulación de sus pechos. Cada mujer experimenta diferentes sensaciones.

A menudo las chicas púberes, se sienten intranquilas de que sus pechos no han empezado a crecer. La edad en la que los pechos de la mujer empiezan a desarrollarse, es a partir de la pubertad, en donde el proceso hormonal se activa haciendo que los pezones crezcan y se desarrollen las glándulas mamarias y el tejido graso. El crecimiento de los pechos no es paralelo, puede desarrollarse uno antes que el otro.

Las mamas de la mujer Down, en los primeros años de la pubertad permanecen pequeños, después suelen agrandarse y contener una grasa subcutánea excesiva.

Lo que sí debe mantener a la mujer alerta, es la aparición de bultos en sus senos, ya que pudiera ser canceroso. En éstos casos se recomienda que la persona se someta a un estudio médico para confirmar su origen. Todas las mujeres a través del tacto y mirándose a un espejo pueden detectar alguna anomalía en sus mamas.

ROLES SEXUALES

Cada uno de nosotros asumimos un comportamiento o rol dentro de la sociedad que nos identifica como hombre o mujer. Sería muy fácil pensar que éste se encuentra determinado por la herencia, es decir, por tener cromosomas XX - o XY en nuestras células, la forma, el tipo de órganos sexuales y la hormona sexual que estimula la masculinidad y la femeneidad. Pero sucede que no es así, el comportamiento que hombres y mujeres adoptan es el resultado de todo un aprendizaje que se inicia desde muy temprana edad. Cuando se es bebé con el nombre de pila, la ropa que le viste y posteriormente de los juegos que para su sexo han sido determinados.

En la primera infancia (2 a 5 años) los niños empiezan a mostrar distinción de los roles sexuales, en el ámbito familiar y en el mundo que les rodea. Dentro del juego que es su mayor interés a esta edad, se le presentan armas - de fuego, camiones, naves espaciales, artículos o equipos deportivos. Mientras que a las niñas se les induce a juegos pasivos, relacionados con la función del hogar -muñecas, juegos de té, estuches similares de maquillaje, cocinitas en donde imitan el personaje de mamá al tiempo que van asimilando - ideas preconcebidas de los padres sobre el comportamiento de los niños y de las niñas; se les dice que las niñas deben ser dulces y bonitas y los niños, fuertes y rudos, que no deben llorar. La televisión es entre otros medios masivos de comunicación, quién desempeña también un importante papel en la socialización de los roles de género, pues refuerza en el niño de corta edad -- los estereotipos sobre el sexo. Un ejemplo de ello son las películas de dibujos animados, donde los protagonistas principales son casi siempre heroes representado obviamente por el sexo masculino, mientras que la mujer es la víctima. Este mismo criterio se observa en los anuncios dirigidos a niños en -- edad preescolar.

En la edad escolar, el niño manifiesta irregularidad en su rol, a las -- niñas les parece muy divertido y fácil realizar un deporte rudo, subirse a -- una bicicleta, patinar sin que esto les preocupe mucho a los adultos. Sin -- embargo, no se opina lo mismo de un niño de 8 años que prefiere a las muñecas en lugar de jugar con un balón o a las canicas, enseguida se les etiqueta de-

-"afeminado". Para algunos psiquiatras la masculinidad de las niñas es una -- "fase transitoria normal", que no representa mayor cuidado, pero aunque hay -- quienes afirman que puede originarse una tendencia al homosexualismo, es impor -- tante saber que hasta el momento se desconoce la etiología del mismo, por lo -- que resultaría muy aventurado considerar que el comportamiento afeminado del -- niño fuera un rasgo de homosexualidad.

Generalmente durante esta edad, tanto padres como maestros esperan que el niño y la niña manifiesten más abiertamente su masculinidad y su femeneidad a través de las diversas actividades de aprendizaje. Los niños aprenden a con-- tar y sumar conduciendo coches, piloteando aviones y efectuando otro tipo de -- actividades característicamente masculinas. Las niñas aprenden a contar y su-- mar, saltando la cuerda, midiendo trapos y pesando ingredientes para hacer una receta. Es así como poco a poco cada persona va definiendo su identidad sexu-- al, cuya manifestación más clara es el reconocimiento y aceptación misma de la propia femeneidad o masculinidad que ha sido heredada de todas las culturas -- que han influido en la nuestra y nosotros las hemos reforzado.

Es a partir de la adolescencia donde los roles adecuados tienen un orden de importancia, lo natural es que los varones pretendan sobresalir en los de-- portes, muestren interés por las muchachas y el sexo, y no muestran rasgos ni gustos femeninos. Cuando el adolescente se aparta de este patrón de conducta, es rechazado y criticado por su mismo grupo de amigos.

La muchacha adolescente por su parte, tiene que hacer frente a otras es-- pectativas como prepararse para el matrimonio y la maternidad.

Si analiza usted su comportamiento y actitud ante los diferentes comporta-- mientos de su vida y la de su familia, observará que a veces de manera sutil e inconsciente adoptamos y reforzamos estas diferencias de rol, sin cuestionar-- nos que tan de acuerdo estamos con ellos. Y no es hasta que deseamos ser uno mismo cuando realmente nos damos cuenta de que en cierta forma representan un obstáculo.

Simplemente reflexione las siguientes ideas, y diga si está de acuerdo con ellas.

- La mujer se realiza como persona exclusivamente a través del matrimonio y la maternidad.
- Una mujer puede trabajar, pero no debe competir con su marido por el éxito profesional.
- La ocupación natural de la mujer, la constituyen los quehaceres domésticos, aunque los hombres deberían ayudarles de vez en cuando.
- Es más conveniente que una mujer ejerza su profesión cuando sus hijos sean grandes.
- Las mujeres no pueden hacer los trabajos de los hombres; ni física, ni psicológica, ni emocionalmente.
- Los hombres por naturaleza pueden pensar con más lógica que las mujeres.
- Es mejor quedar soltera que estar subordinada a un hombre.
- La mayoría de las mujeres no quieren ser independientes, quieren que un hombre cuide de ellas.

Quizás esté de acuerdo con alguna de ellas, pero es evidente que no ofrece ventajas y otra alternativa de realización y aspiración para la mujer, que no sea la de mantenerse en un segundo lugar, relegada, pues todas las ideas se fundamentan en el sexismo, es decir, en el dominio de un sexo -masculino-, sobre el otro -femenino-, y su mayor facilidad para desarrollar intereses potenciales y habilidades.

En los últimos años, la idea de masculinidad y feminidad ha variado muchísimo, se ha visto cierto liberalismo por parte de la mujer, que le permite desarrollarse en otros ámbitos antes considerados propios del hombre, y competir a su mismo nivel, sin que ponga en evidencia su feminidad. Es importante que hombres y mujeres comprendan, que sólo como personas somos diferentes pero no como sexo, pues ningún sexo es más inteligente, mejor, más habilidoso, o más emocional que el otro. Y por lo tanto, ninguno tiene el derecho de mandar o imponer sus decisiones al otro. No se trata de una lucha de fuerzas, -- sino de ayudarse mutuamente a crecer y esto se logra a través de compartir juntos las obligaciones y derechos, como hombres y mujeres que somos amigos, padres, hermanos e hijos.

En este sentido, la chica y el chico Down desempeñan al igual que las -- demás personas, el rol característico de su sexo. Sin embargo, existen ciertas limitantes llegado a la adolescencia y adultez, que no le permiten cumplir con ese rol, como es el noviazgo y su interés por casarse y tener hijos, debido a su idiosincracia no es capaz de hacerle frente a la responsabilidad que significa la maternidad y paternidad, así como la educación de los hijos; además de ser la trisomía una alteración congénita que afecta la descendencia.

Ante este hecho, el diálogo y la comprensión como en cualquier otro caso es el camino para aliviar las tensiones emocionales que esta limitante pudiera causarle al joven y adulto Down. Recuerde que lo importante es comprender que una mujer no es incompleta si decide no casarse, de igual manera está -- bien que un muchacho sea viril, si eso significa para él estar orgulloso de -- ser un hombre y dispuesto a desempeñar todo tipo de trabajo. Usted mismo como padre o maestro puede ayudar al chico con su ejemplo, ya que son el principal modelo que toma el niño en materia de roles sexuales y debe dar un ejemplo claro de conducta no sexista si esa es su intención.

Un ejercicio que le puede ayudar a entender su rol, es escribiendo en el siguiente espacio una lista de ventajas y desventajas que tiene para usted, -- ser hombre y ser mujer.

Ventajas de ser _____ Desventajas de ser _____

Ventajas de ser _____ Desventajas de ser _____

Posteriormente, escriba como le gustaría comportarse independientemente de su sexo. Este ejercicio le ayudará a reafirmar o rectificar su rol.

RELACIONES
SOCIALES

Todos los individuos necesitamos amar y ser amados, desde que se nace - hasta que se muere. En cada fase de la vida, el amor está presente, ya sea como padre, madre hijo, hermano, amigo y pareja.

Un niño recién nacido empieza a aprender qué es el amor, cuando es abra- zado y alimentado por su madre, este vínculo emocional entre padre e hijo que constituye la primera experiencia amorosa, es la base en la que el niño da y recibe amor a lo largo de su vida.

A medida que pasa el tiempo y el individuo se va desarrollando, aprende más sobre el amor. Da y recibe amor de sus padres, y poco a poco en la mane- ra en que se relaciona entre sí los padres, los hermanos y demás miembros de la familia con otros adultos, va aprendiendo el significado del amor y a -- aceptarse como persona capaz de dar amor y merecedora de recibirlo. Aprende también a amarse a sí mismo lo que le permite poder expresar su amor a otros.

Sin embargo, no todas las personas están conscientes de que el amor es un aprendizaje constante y diferenciado. No es lo mismo querer a una amiga, que amar a un hijo o gustar de salir con una chica, en cada relación el sen- timiento que se guarda es muy distinto.

Todos de un modo u otro hemos sentido amor. Muchos han soñado con él, y nos hemos sentido confusos o aturdidos por su causa. Pero se ha pregunta- do ¿qué es el amor? seguramente le resultará difícil dar una definición con- creta dado que el amor es infinito, por lo que hasta ahora podemos describirlo.

A menudo se suele confundir el amor con el deseo y la pasión; y decimos amar a una persona solo porque nos sentimos atraídos física y sensualmente - por ella, más no porque sintamos un verdadero afecto e interés por la perso- na.

Esta diferencia tan importante es la que no todos logaramos distinguir en el momento que nos relacionamos afectivamente con alguien. Por lo general, el deseo sexual es más restringido y pasajero, en tanto que el amor es una emoción más compleja y constante. En realidad cada persona tiene un punto de vista muy diferente acerca del significado del amor. Lo cierto es que todos de una u otra forma nos hemos enamorado, vivimos una limeranza, - qué es ese amor romántico, novelesco, lleno de emociones que deforma la objetividad de la realidad, y pasa por alto los defectos y realza las cualidades de la persona amada. Una frase popular es la que "estoy locamente enamorada", pero no siempre el estar enamorado implica reciprocidad tal es el caso de muchos adolescentes que dicen estar enamorado de su artista favorito o de su mejor amigo, como este amor no es correspondido rápidamente tiende a disminuir, por lo que se dice que es una etapa pasajera, aunque también puede convertirse en un amor verdadero -compañeril- cuando éste es correspondido, y existe un buen entendimiento entre la pareja. Hay chicos que toman muy en serio su noviazgo y dicen amar verdaderamente a su pareja, lo que preocupa de sobremanera a muchos padres, quienes ven peligrar el futuro de su hijo, al pensar que ese amor se pueda consumir en una relación sexual con importantes consecuencias. En este caso le sugerimos a los padres, no dar mucha importancia a la relación de su hijo, no porque no la tenga, sino porque esta actitud podría reforzar más esa relación que tal vez sea pasajera.

En relación al adolescente Down, se debe admitir que también es capaz de manifestar la necesidad de amor interpersonal, por lo que no son extraños en él o en ella las actitudes de afecto, cariño y amor que tienen hacia algunas personas de sexo diferente. Viven al igual que los demás adolescentes una limeranza con su compañera de clase, amiga, donde predomina el cariño demostrado con un beso, un abrazo o un pequeño regalo. El amor platónico también prevalece con su artista o cantante preferido solo que con la idea que también es correspondido.

Sin embargo, este comportamiento natural e inocente del joven Down, no siempre es aceptado por los padres, pues se antepone el temor de que se llegue a una relación más profunda que difícilmente pueda realizarse como es el matrimonio.

Lo importante en las relaciones interpersonales que sostiene el adolescente Down, es que aprenda a diferenciar la amistad del noviazgo, no puede referirse a su maestra por ejemplo como si fuera su novia. Es necesario -- que se le hable al adolescente Down de la amistad como una relación entre -- dos personas, donde existe confianza, respeto, cooperación y afecto. Y en el caso del noviazgo como la relación de pareja donde además de haber con-- fianza, respeto y comprensión hay amor ese sentimiento que permite a las -- personas conocerse a sí mismas y poder crecer como ser humano.

No negemosle al individuo trisómico la oportunidad de amar, que todos tenemos, mejor encausémosla hacia una relación más fructífera de compren-- sión y respeto.

RELACIONES SEXUALES

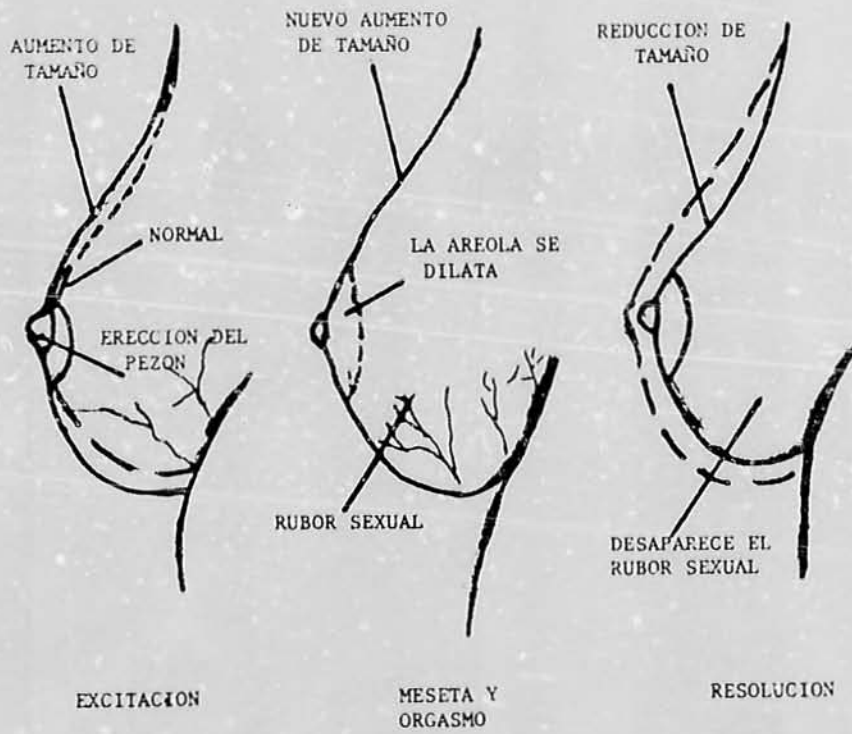
En el ámbito de nuestra cultura, el amor está intensamente vinculado al sexo y al matrimonio. Dentro de las relaciones que mantenemos con los demás miembros de la sociedad, existe en cada uno de nosotros cierta preferencia a compartir nuestra expresión sexual con alguien en especial, y el individuo Down no es la excepción, él como cualquier persona puede sentir atracción y deseo así como la necesidad de entablar una relación íntima con alguien del sexo opuesto, ya sea contrayendo matrimonio con ésta, o bien de manera premarital. Pero ¿qué sucede cuando dos personas tienen relaciones sexuales?.

Esta es una pregunta por la que prácticamente todos los jóvenes incluyendo el Down sienten mucha curiosidad, escuchan decir que es la fuente máxima de placer que puede experimentar un ser humano. Pero se piensa en las consecuencias que puede tener para el Down realizar un acto así.

Cuando un hombre y una mujer se sienten atraídos físicamente, se gustan o bien se aman, es natural que deseen estar juntos en la intimidad se toquen y acaricien el uno al otro y lleguen a excitarse presentando varios cambios corporales, el más evidente es que la sangre circulante se acumule en el área genital, tanto en el hombre como en la mujer -presenten vasocongestión- aunque no piensen hacer el amor, lo que pone de manifiesto en el hombre la erección del pene y en la mujer la lubricación vaginal que les prepara para realizar el coito. La rapidez en alcanzar este nivel de excitación varía mucho de una persona a otra, depende en gran parte del tipo de estimulación que puede ser física, psicológica o una combinación de ambas.

Una vez que ambos están dispuestos, el hombre introduce su pene en la vagina de la mujer. Una respuesta generalizada que afecta al hombre y a la mujer durante esos momentos de excitación, es la tensión involuntaria de los músculos del cuerpo. Conforme aumenta la tensión sexual, los dos sexos experimentan erección de los pezones, siendo más visible en la mujer. El pulso y la presión sanguínea se elevan, apareciendo el rubor sexual en muchas mujeres y el clítoris desaparece como señal de que está próximo a producirse el orgasmo, el cual no han podido ser descritas satisfactoriamente las sensacio

CAMBIOS EN LAS MAMAS DURANTE LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA



-nes que le caracterizan, todos coinciden en que es el momento en que experimentan un intenso placer. A esta fase de mayor excitación se le conoce como fase de meseta. Si continúa la estimulación llega un momento en que la persona empieza a sentir una serie de sensaciones, hasta ahora no descritas, que produce el más intenso placer. Cabe señalar que no siempre los dos llegan al clímax exactamente juntos, puede suceder que uno antes y el otro después y no debe ser motivo de preocupación siempre que ambos se encuentren satisfechos y relajados cuando han terminado. Por lo general el hombre alcanza un solo orgasmo mientras que la mujer, si lo desea puede tener varios orgasmos. Lo que sucede en el hombre es que tiene que esperar un tiempo corto o prolongado llamado período refractario, para volver a tener otra erección y alcance el orgasmo. Al final de esta fase el hombre eyacula y retira el pene de la vagina. Retornando ambos a la normalidad, el pene pierde la erección, el rubor sexual desaparece al igual que la erección de los pezones. Pero no todos los individuos llegan a esta etapa de resolución, hay quienes incluso afirman no han llegado a tener en lo que llevan de vida sexual activa un orgasmo. Este es el caso típico de muchas mujeres a las que se les denomina anorgásmicas.

En las personas Down, es muy poco frecuente la realización del acto sexual, sin embargo se especula que tal vez no lleguen al orgasmo y a la etapa de resolución, pero si a la excitación, por lo que no se descarta la posibilidad de que algunas personas sí alcancen la última fase de la respuesta sexual. Pero el que tenga o no esta experiencia va a ser determinada por varios factores; entre los que reviste mayor importancia es el consentimiento de los padres de estas personas con respecto al sexo y la disposición de los mismos para colaborar supervisando el comportamiento de sus hijos y responsabilizándose de asesorar, e incluso mantener la relación que establezcan estas personas, que no necesariamente llegan a realizar el coito.

Ante esta situación una alternativa de conducta sexual para el individuo Down es la masturbación, la cual es una forma autoplacer sexual mediante algún tipo de estimulación física directa que puede ser practicada a todas las edades, además de facilitar al hombre y a la mujer el conocimiento de su cuerpo y de sus preferencias sexuales, ayuda muchas veces a descargar la tensión.

Lo importante de esta conducta es enseñarle al chico desde pequeño que -
debe hacerlo a solas y en un lugar privado de lo contrario podría ser sancio-
nado.

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

La anticoncepción no es un tema nuevo entre nosotros, a diario se difunden y promueven en forma más abierta un nuevo producto o método para el control de la natalidad cuyo propósito es el asegurar que se conciba un hijo -- sólo cuando se ha deseado y se ha planificado así.

¿Pero quiénes tienen acceso a esta información?

Hoy en día podríamos decir que todos --adultos, jóvenes y hasta niños-- a través de los diferentes medios de comunicación. Sin embargo el alto índice de embarazos registrado en la población adolescente, indica que no es así, -- pues cada día son más las chicas adolescentes que tienen relaciones sexuales clandestinas ocasionales, o encuentros permanentes y repetitivos con muy poco conocimiento, demasiados conceptos erróneos o ambas cosas, que le conducen -- con mucha frecuencia a sufrir trastornos emocionales, un embarazo, un aborto y llegan al matrimonio prematuro.

Cuando escuchamos por la radio o vemos por la televisión el anuncio de -- un anticonceptivo, generalmente se habla de su nombre, la venta al público, -- de la eficacia del producto para prevenir el embarazo, y si es posible muestran su presentación. Pero nunca se habla de su utilización y mucho menos de los efectos secundarios y riesgos de su uso, así como de la gran variedad de anticonceptivos que existen en la actualidad.

Esta es toda la información que a nivel masivo podemos obtener de la -- anticoncepción para tomar conciencia de su importancia para la salud y el control de la natalidad.

En estas circunstancias resulta difícil esperar que él y la adolescente tenga un criterio amplio y responsable respecto a su sexualidad y más aún -- que los padres de familia consideren la anticoncepción como un tema necesario e importante en la educación de su hijo, cuando el mensaje que hoy recibimos de la anticoncepción es breve, poco claro e impreciso y solo despierta curiosidad, temor o indiferencia y pocas veces proporciona la seguridad y -- confianza que la persona necesita.

Tal es la situación de vergüenza y culpa que viven algunas jóvenes adolescentes al tener que admitir que no sabe nada de los anticonceptivos, dónde comprarlos y como utilizarlos, por lo que algunas chicas y chicos --y no -- solamente los jóvenes-- deciden no utilizarlos. Además del temor que representa para ellos el que la familia o los amigos descubran los anticonceptivos cuando han escuchado juicios desfavorables que emiten muchos adultos. -- que todavía creen que el sexo sirve para tener hijos. Por consiguiente utilizar anticonceptivos significa desde su punto de vista, tener relaciones -- sexuales por placer, lo cual es considerado como perjudicial y pecaminoso.

Quizás usted no esté muy de acuerdo en que el adolescente este más informado sobre la anticoncepción. Sabemos que este es un tema al que no todos estamos preparados para afrontar, pero sin embargo la situación presente lo demanda y es responsabilidad nuestra como educadores, brindar al adolescente trisómico o no --sea este, hijo, alumno o amigo --información objetiva y libre de prejuicios que le permita vivir su sexualidad en forma responsable y feliz.

Tal vez podrá evitar que el adolescente conozca los hechos, pero no que se desarrolle sexualmente ni que manifieste impulsos sexuales. Debe asumirse que muchos adolescentes han de hacer su experiencia sexual independientemente de la opinión y decisión que con respecto a la anticoncepción tengan -- sus padres.

Para proporcionarle al joven una orientación, es indispensable que el padre de familia o educador -que en un momento determinado lo somos todos, al emitir un juicio positivo o negativo a los demás- este informado de todo lo referente a la anticoncepción, su modo de empleo y efectividad, así como de los efectos secundarios y contraindicaciones que puede tener para la persona.

El gran avance alcanzado en la tecnología anticonceptiva, permite hoy al hombre y a la mujer elegir el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades fisiológicas y de pareja.

Por sus características de uso y cuidado, los métodos anticonceptivos se clasifican en tres grupos:

Anticoncepcion

a) Métodos Naturales

b) Métodos Artificiales

c) Métodos Quirúrgicos

Los métodos naturales son aquellos que se basan en el periodo de ovulación de la mujer y en el conocimiento de la fertilidad, no dependen de productos químicos estos son, el método del calendario, moco cervical y el registro de la temperatura basal. Para cada uno se requiere que la pareja conociendo el cuerpo de la mujer aprenda a controlar ciertas variables que le indiquen cuando puede realizar el coito sin peligro de embarazo, así como también saber detectar los periodos fértiles si desea tener un hijo.

Método del calendario

El ritmo que es el método natural de control mejor conocido, consiste en la abstinencia periódica durante los lapsos del ciclo que son más propensos a la fertilidad, es decir, cuando es probable que ocurra la ovulación. Las formas de identificar este momento es a través del método del calendario y el método de la temperatura -también llamado método de la temperatura corporal basal-.

De acuerdo al método de calendario, si una mujer toma el primer día de la menstruación como el día uno y el día anterior a la menstruación siguiente como el último día del ciclo, si se dice que la ovulación acontece por lo general 14 días antes de la aparición de la próxima regla; entonces deberá abstenerse de tener relaciones sexuales tres días antes del día 14 y un par de días después de la ovulación. Cabe señalar que en la práctica esto no es tan exacto, ya que las mujeres no suelen presentar unos ciclos tan regulares debido a enfermedades, stress, pérdida o aumento de peso y cambios ambientales que alteran los ciclos. Además exige que la mujer observe durante 6 ó 12 meses como mínimo un control exacto de sus ciclos menstruales antes de iniciar el método. Para algunas parejas el seguir este control le quita espontaneidad a la relación sexual y lo sienten como algo forzado.

Método de la temperatura

En el método de la temperatura, la mujer debe registrar cada mañana antes de levantarse de la cama su temperatura corporal, para ello debe utilizarse un termómetro especial en el que pueda leer fácilmente la temperatura, la cual podrá ser tomada en forma oral, rectal o vaginal; pero debe hacerse siempre de la misma manera durante varios meses. La temperatura que registre diariamente se anotará en la gráfica anexa al termómetro, en que apareciera casi la misma temperatura cada día hasta que se produce la ovulación, con un ligero descenso y después una elevación de temperatura durante tres días aproximadamente.

En el tiempo en que la temperatura permanece alta, la mujer debe abstenerse de realizar el coito si su intención es no embarazarse. Pasado este tiempo la temperatura desciende poco antes de la menstruación.

En este método, como en el anterior, existen también ciertos factores que pueden alterar la gráfica como es en el caso de que la mujer tenga fiebre u otra enfermedad o bien que se tome la temperatura después de haberse levantado de la cama.

Moco cervical

El método de ovulación -llamado también método de Billings- se basa en los cambios que se produce en el moco cervical, e indican los días en que la mujer es fértil. Para aprender a identificar el momento en que ocurre la ovulación, se requiere que la mujer examine su moco y toque su consistencia y también observe su color. A menudo el cérvix de la mujer deja de producir moco días después de la menstruación, y si lo hace es en cantidades muy pequeñas, por lo que se considera un periodo relativamente seguro para tener relaciones sexuales.

Pero llega un momento en que el cérvix empieza a producir un moco claro, filamentosos y bastante parecido a la clara de huevo crudo durante varios días, este tipo de moco indica el periodo fértil en que la mujer puede embarazarse. Pasado este tiempo se comienza a producir un moco más espeso, pegajoso y oscuro, que asegura no haber riesgos para el coito, aunque ya son muchas las parejas que lo practican, no deja de escucharse opiniones en desapruebo al método pues les parece complicado y poco higiénico.

Si usted ha practicado alguno de estos métodos basados en el ritmo, seguramente tendrá una mejor opinión de su utilización y eficacia, sin embargo aunque no presentan riesgos para la salud, son económicos, contribuyen al mejor conocimiento de la fisiología sexual femenina y son aceptados por todas las religiones.

Sin embargo no dejan de tener desventajas pues requieren de un serio control y motivación por parte de ambos miembros de la pareja, presentan una alta tasa de fracasos en la práctica, hay pérdida de espontaneidad en el acto sexual. En estas condiciones resulta absurdo pensar en los métodos naturales para el control de la mujer, cuando en personas adultas con mayor grado de responsabilidad muchas veces no funciona.

Todos estos inconvenientes deben ser informados por el médico a la pareja antes de que tomen una decisión respecto a la anticoncepción.

Métodos Artificiales

El segundo grupo lo constituyen los métodos artificiales, en los que se encuentran; el condón, diafragma, dispositivos intrauterinos, la píldora y --espermicidas vaginales --espumas, cremas, geles y supositorios vaginales--.

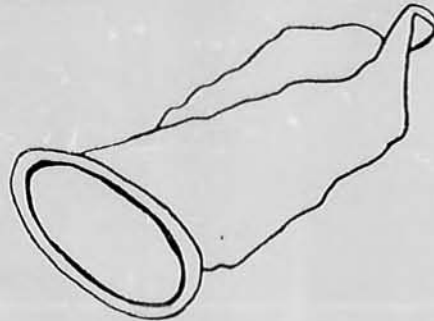
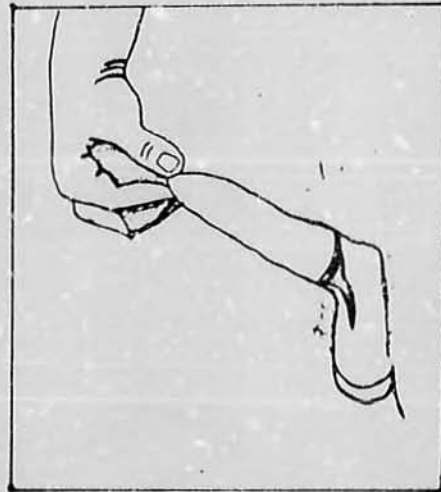
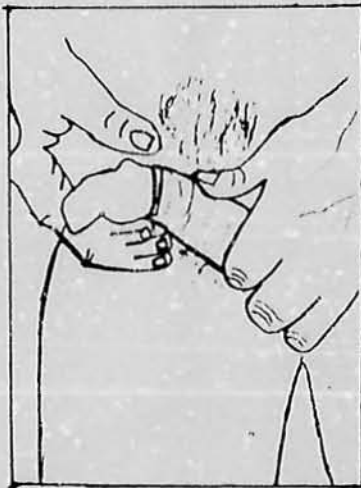
Condón

El condón es un preservativo que usa el hombre para evitar que el semen eyaculado durante el coito no entre en la vagina. Consiste en una funda de goma que se adhiere al pene en erección, algunos tienen un espacio en la punta destinado a recoger el semen.

El condón viene enrollado por lo que requiere de mucho cuidado a la hora de colocarlo, pues el maltrato puede perforarlo y perder su eficacia. Una vez que se ha eyaculado y el pene aún esta erecto, sujete el final del condón y retire el pene de la vagina cerciórese de que no se ha roto y que no tiene agujeros, después deséchelo. El tener esta precaución impedirá que el condón se salga y el semen entre en la vagina.

Cuando el condón se utiliza correctamente es eficaz en un 97%. Un condón no debe utilizarse más de una vez. Hasta el momento no existen riesgos médicos que prohiban su utilización a excepción de la persona que tiene dificultades de erección.

Entre las ventajas que ofrecen los condones se encuentra, el no ser caros, son cómodos, no requieren examen o prescripción médica y protegen de alguna manera contra las enfermedades venéreas y sida.



Diafragma

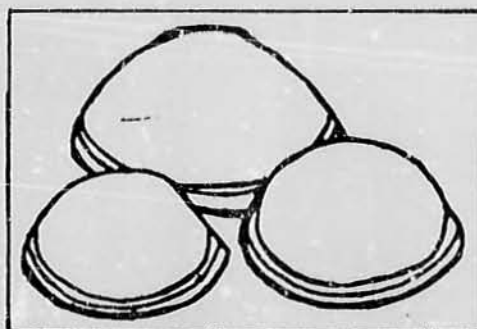
El diafragma es un dispositivo de goma en forma de cúpula con un borde flexible. Se coloca en la vagina detrás del hueso púbico antes del acto sexual, su perfecto ajuste cierra la abertura del cérvix lo que constituye una barrera que ayuda a evitar que el semen entre en el útero.

El diafragma debe usarse siempre con un gel o crema espermicida para destruir cualquier espermatozoide que pueda contactar con él. Para obtener mejores resultados, se recomienda que la mujer antes de usarlo, sea examinada por un médico o enfermera para determinar el tamaño del diafragma y como debe ser su correcta colocación.

El diafragma debe ponerse en la vagina no más de dos horas antes del coito y dejarlo en su sitio hasta seis horas u ocho horas. Una vez de usado, el diafragma debe lavarse con jabón suave y agua caliente, secarse y guardarse en su envase, revise que no tenga agujeros pequeños, ni grietas, de su cuidado depende el tiempo que dure.

Aunque se dice que gran parte de su fracaso se debe a la falta de regularidad de su uso, y a las motivaciones y precauciones de la mujer al colocarlo, sus ventajas son mayores pues no produce cambios hormonales, actúa como barrera contra las enfermedades transmitidas por contacto sexual, es de uso temporal, natural, práctico, conveniente y económico.

Los efectos secundarios que puede presentar en la mujer son: reacciones alérgicas a la goma del dispositivo, infección vaginal por falta de higiene en el dispositivo, además de interferir en la espontaneidad sexual.



Dispositivos Intrauterinos (DIU)

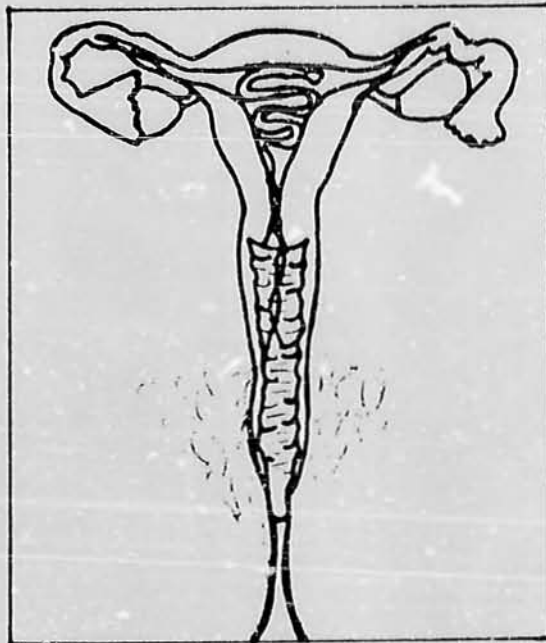
Los dispositivos intrauterinos son un pequeño artefacto de plástico o recubierto de cobre que se coloca en el útero para impedir la implantación del óvulo y por lo tanto su desarrollo, al producir una ligera inflamación en la pared interna del útero.

Actualmente existen diversas clases de DIU, que varían en cuanto a su forma, tamaño y composición. Los hay de plástico enrollados con hilo de cobre como el Copper 7 y el Copper T, y otros que contienen una hormona -Progestasert T, anillo de Ota, Bucle de Lippes y el Saf-Coil (doble asa). Pero será el médico o una persona especializada quien determine a través de un examen médico preliminar cual de ellos es el adecuado a su anatomía.



El DIU lo puede utilizar cualquier mujer en un momento determinado, pero se recomienda en especial a las mujeres que han tenido un embarazo completo -9 meses- y aquellas mujeres que tienen una vida activa y están contraindicados los anticonceptivos orales o bien se encuentran amamantando. Pero existen circunstancias en las cuales no es conveniente su uso, por ejemplo si la mujer esta embarazada en casos de problemas uterinos o vaginales, padecer gonorrea y en mujeres que nunca han estado embarazadas.

Es importante que la mujer aprenda a supervisar los hilos atados al final del DIU, tienen que notarse normalmente para comprobar que el DIU se encuentra en su sitio y posición adecuada, de no ser así, se recomienda consultar al médico inmediatamente pues el riesgo más serio que puede causar en la perforación del útero, y si no se interviene a tiempo puede penetrar hasta la cavidad abdominal.



Entre las ventajas que ofrece el DIU destacan las siguientes:

- No interfiere con el sistema hormonal
- Mientras sea colocado correctamente no se incurre en errores.
- Se puede obtener gratuitamente a través del servicio de planificación familiar.

Píldora (Anticonceptivos orales)

La píldora hoy es considerada por muchos como el método reversible más eficaz para el control de la natalidad. Su acción hormonal actúa especialmente en el cerebro, los ovarios, el útero y el cérvix inhibiendo el proceso de ovulación, además de interferir en el transporte normal de los espermatozoides.

Hoy existen en el mercado dos clases de anticonceptivos orales: las llamadas píldoras combinadas y las minipíldoras. La clase de píldora más adecuada para la mujer debe ser decidida por ella misma y por su médico, después de un examen completo, ya que para algunas mujeres está absolutamente contraindicado la toma de anticonceptivos orales; como es en los casos de enfermedades cardíacas, hepáticas y el cáncer de mama, de útero o de cérvix.

La píldora anticonceptiva se toma a diario durante 21 días, cuatro días - después del inicio de la regla, pero este modo de empleo puede variar según la marca de la píldora y el número de comprimidos.

Los efectos secundarios que suelen provocar con mayor frecuencia es náuseas, estreñimiento hipersensibilidad de las mamas, erupción cutánea, aumento o pérdida de peso, aumento de las secreciones vaginales.

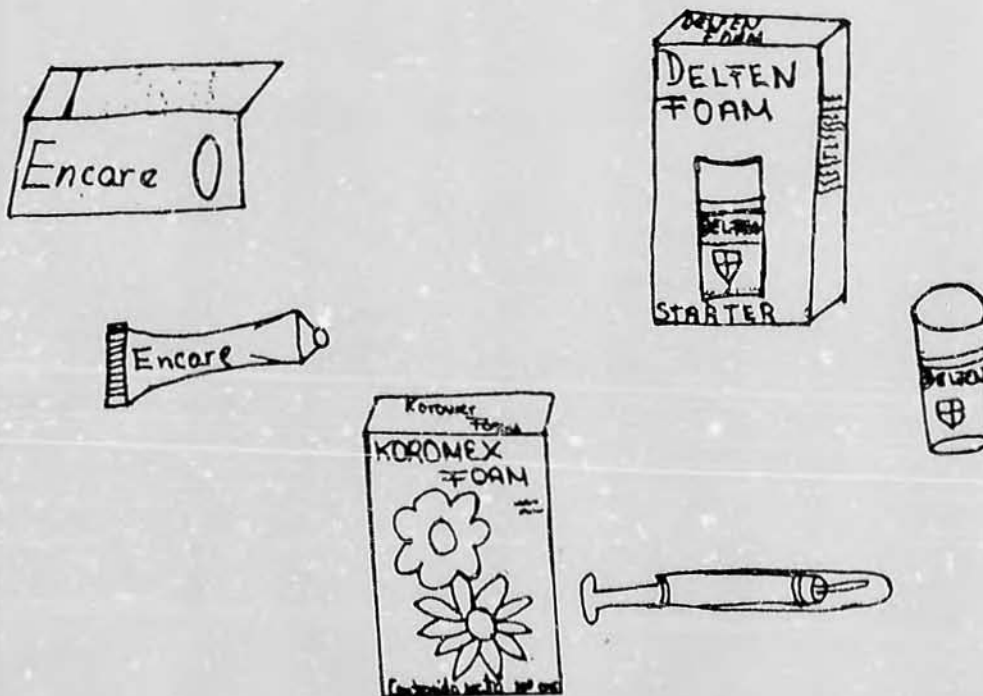
Entre los riesgos de mayor consideración destacan los trastornos circulatorios y los ataques cardíacos. Por lo demás la píldora anticonceptiva es fácil de usar, no interfiere en la relación sexual, es relativamente barata y -- suele provocar una menstruación más floja así como regular y a veces puede -- atenuar los dolores menstruales.

Espermicidas vaginales

Los espermicidas vaginales son productos que se colocan en la vagina antes de realizar el coito para matar el esperma. Los espermicidas vaginales se presentan en distintas formas: como espuma, crema, gel, tabletas y supositorios vaginales.

Todos los espermicidas vaginales se colocan en la parte superior de la vagina alrededor de la zona cervical, el producto químico que contiene mata el - espermatozoide antes de que pueda alcanzar un óvulo, además de crear una barrera que se extiende alrededor de la zona cervical, que impide la entrada del espermatozoide en el cuello uterino.

La espuma, la crema y el gel se colocan en la vagina mediante un aplicador especial que se vende con el producto mientras que los supositorios vaginales se colocan en la vagina con la mano.

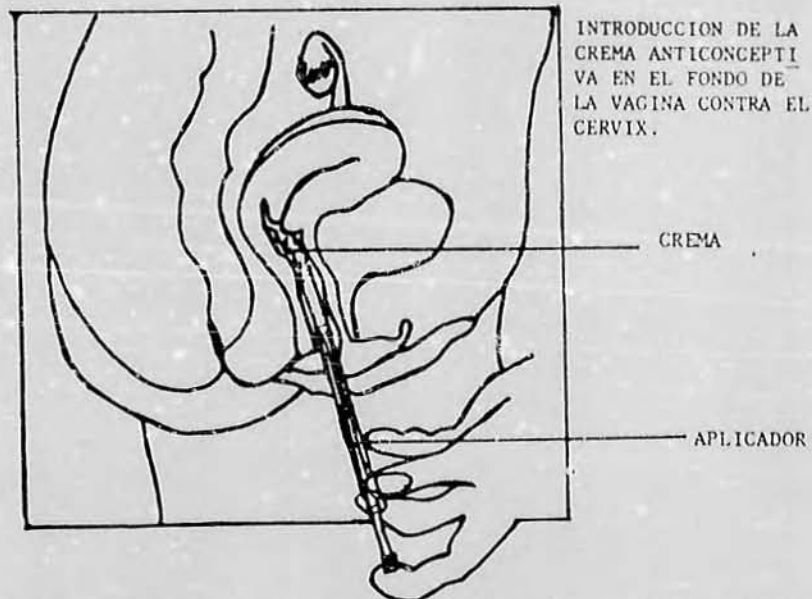


Los espermicidas deben colocarse en la vagina antes del coito pero no más de 30 minutos antes, y debe mantenerse dentro durante 6 u 8 horas después de la relación sexual.

Las espumas y supositorios suelen ser más efectivos que las cremas o los geles, pues estos últimos tienen mejores resultados cuando se combinan con otro método anticonceptivo, ya sea de barrera o condón. Por otra parte, el gran número de fallos se debe a las usuarias, por no seguir las instrucciones precisas para su correcta aplicación y por el uso intermitente no continuando del método.

Los efectos secundarios en las personas que usan espermicidas son mínimos, si acaso llegan a producir ardor o irritación en la vagina o el pene.

Recientemente se ha confirmado que los espermicidas proporcionan cierta protección contra las enfermedades venéreas y también vaginales.



Considerando las características que describen a cada uno de los métodos artificiales y la capacidad que muestra hoy el hombre y la mujer Down para retener cierta información sobre sexualidad, creemos posible que también pueda asimilar los consejos acerca del control de la natalidad, y aún más que alguno de ellos le sea aplicable con la misma eficacia que a las demás personas.

De los métodos artificiales, los dispositivos intrauterinos son considerados como uno de los anticonceptivos que las mujeres Down adolescente o sexualmente activas pueden utilizar por las grandes ventajas que ofrece, siempre y cuando no exista alguna contraindicación médica y sea supervisado. Otra alternativa pueden ser los anticonceptivos orales, aunque aquí si se necesita de una vigilancia más constante, por el olvido que se pudiera tener.

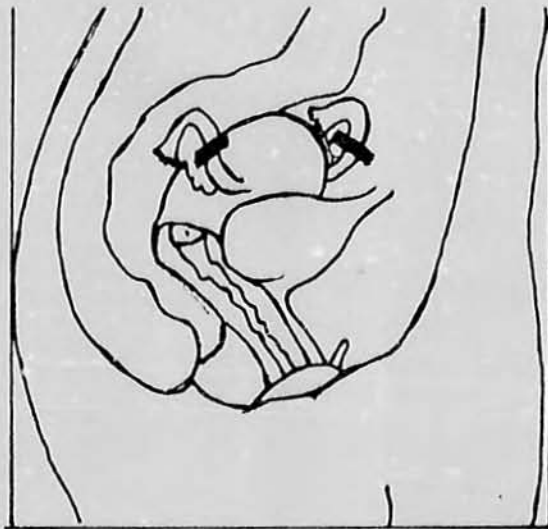
En el caso del varón Down, el uso del preservativo -condón- no se considera conveniente por el cuidado y precauciones que tiene su uso.

Métodos Quirúrgicos

La mejor protección anticonceptiva para prevenir el embarazo es el procedimiento quirúrgico voluntario llamado esterilización.

La esterilización femenina llamada ligadura de trompas abdominal, consiste en cortar, bloquear o taponar las tubas uterinas impidiendo que los óvulos avancen a través de las tubas uterinas, de esta manera se impide el paso a los espermatozoides para que no puedan alcanzar a los óvulos, los cuales permanecen para siempre al otro lado del corte o tapón de la tuba.

La práctica de la esterilización femenina es segura, por lo que pocas veces se presentan problemas secundarios de consideración, las molestias normales casi siempre son, inicialmente infecciones o hemorragias o bien el riesgo de embarazo ectópico.



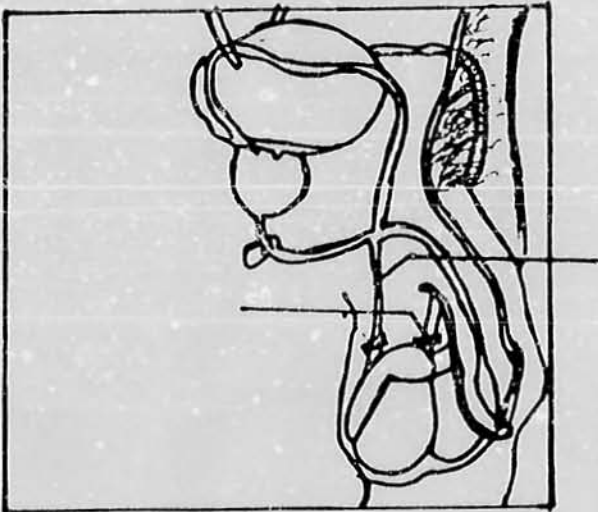
En la esterilización del hombre llamada vasectomía, el médico corta y -- sella los conductos deferentes, es decir, los dos tubos que conducen los espermatozoides desde los testículos hasta el pene, con este procedimiento se limita el paso de los espermatozoides que se siguen produciendo, pero éstos no pueden ir más allá del punto quirúrgico aunque suelen permanecer algunos espermatozoides vivos por debajo del punto de corte, antes de la vasectomía, por lo que se recomienda abstenerse de realizar el coito unas seis u ocho semanas, hasta que el médico dictamine una vez realizados dos análisis de esperma que el semen ya no contiene espermatozoides.

La efectividad de la vasectomía es muy alta a las seis o diez semanas de la operación. Los fracasos que llegan a ocurrir se deben a que la persona ha realizado el coito cuando aún habían espermatozoides en el semen, o bien porque las partes seccionadas volvieron a unirse que ocurre rara vez.

Las complicaciones que presenta en el hombre la vasectomía son mínimas. No obstante la decisión acerca de la esterilización, tanto en el hombre como en la mujer debe ser analizada desde un punto de vista personal y responsable tomando en cuenta que la esterilización por lo general es irreversible y por lo tanto puede despertar en la persona sentimientos positivos o negativos que afecten su personalidad, autoestima y su relación de pareja.

Sin embargo, aunque la esterilización se considere en la actualidad una opción más segura en la anticoncepción, no creemos que lo sea para todos y sobre todo para el individuo trisómico y el deficiente mental, ya que difícilmente se le puede hacer responsable de sus actos y de una decisión personal como ésta, aún en los casos más severos de deficiencia pues se estaría violando el derecho humano que tiene de decisión.

VASECTOMIA



A B U S O S E X U A L

El problema de violencia y agresión sexual que hoy enfrentan hombres, -- mujeres y niños, nos conduce abordar en forma particular un acto que por tener características diferentes y ser menos identificado ha crecido considerablemente; nos referimos al abuso sexual de menores.

Para trabajar este tema trate de contestar las siguientes preguntas, no importa que tan incorrectas sean.

- ¿Qué es el abuso sexual a niños?
- ¿Quiénes son los que abusan sexualmente del menor?
- ¿Qué efectos causa el abuso sexual en los niños?

Hasta hace una década, se pensaba que solo los hombres y las mujeres --- podían sufrir un acto de agresión abuso y violencia sexual, los menores no, -- sin embargo, hoy se ha comprobado que sí, que siempre ha existido el abuso -- sexual en menores antes conocido como paidofilia.

El asalto sexual puede describirse en tres tipos: el que se realiza por la fuerza; el que ocurre a través de engaños, chantajes o carencia de protección social. En cada uno puede haber tocamiento de genitales, exhibicionismo y relación sexual entre personas del mismo sexo.

Pero es importante distinguir que todo acto sexual entre un adulto y un niño no es un abuso sexual, aunque hay quienes sí lo reconocen porque implica un abuso de autoridad y envuelve una diferencia de poder. Según se dice el niño por lo general no tiene realmente el permiso para decir "sí" o "no" a un adulto, pero ahora se ha demostrado que sí puede negarse el niño.

El abuso sexual de menores lo podríamos definir como la explotación de -- un menor por parte de un adulto, en otras palabras es el intento de un adulto familiar o extraño de satisfacer sus necesidades emocionales y físicas a tra-

-vés de un niño, en el que no va a existir un maltrato físico y si en cambio va a prevalecer la seducción.

En el abuso sexual no hay penetración, solo caricias por parte del adulto hacia el niño en su área genital o en todo el cuerpo. También pedirle al niño que lo acaricie, o simplemente puede predominar el exhibicionismo del adulto. Todo esto se hace básicamente a través del juego, pero no se descarta que pueda llegar a una violación.

Las personas que abusan sexualmente de los menores son la familia -tíos, padres, hermanos- principalmente porque éstas son personas que generalmente conoce de antemano, son personas de confianza e incluso gozan de respeto con los demás. Aunque también pueden hacerlo los maestros, los amigos y otras -- personas extrañas.

El abuso se da como parte de la rutina, a manera de manifestar afecto. -- Esta situación dura aproximadamente hasta los 10-12 años, en que el niño o -- niña inicia otra etapa de su desarrollo -pubertad-. Y es entonces en la adolescencia cuando se enfrenta a la realidad produciéndole al joven un golpe -- emocional muy duro.

Con los hermanos sucede más o menos lo mismo. El hermano mayor abusa -- del menor, se da a veces a través de amenazas o en contra de su voluntad.

Uno de los mitos más grande en torno al abuso sexual, es el que los ni-- ños mienten o fantasean cuando alegan haber sido abusados o violados. Difi-- cilmente un niño miente cuando le ha sucedido esto, para él por lo general es muy doloroso aceptar el que un familiar o amigo le esta causando daño.

Otro mito es pensar que solo los extraños abusan sexualmente de los ni-- ños. Se ha estimado que más del 70% de los abusos son cometidos por perso- -- nas que el niño conoce.

Los efectos que trae consigo el abuso sexual en el menor son, la confrontación con su realidad, presenta problemas de enuresis, aprendizaje, regresión a una edad posterior, devaluación de su persona "yo soy malo, no merezco que me quieran" y problemas de relación sexual con otra persona a futuro.

Desde el punto de vista médico presentan infecciones a nivel genital básicamente como la gonorrea, herpes o alguna otra infección.

En ocasiones daña más la actitud que asume la familia hacia el niño, que el propio abuso sexual. Y es a veces hasta los 12 años cuando se descubre -- este abuso.

Sin embargo, aunque nos hemos referido propiamente al abuso sexual que sufre el púber, no dudamos que ha esta misma situación esté expuesto el chico o adolescente Down, ya por su idiosincracia o bien por el desconocimiento de las normas sociales acerca de la sexualidad lo que incrementa el riesgo a ser víctima y también a que se le involucre en delitos sexuales.

Ante este hecho, es importante advertirle al niño y adolescente Down, de una manera sencilla y clara de los peligros a que puede estar expuesto y debe cuidarse así como de las personas en que debe confiar y aquellas en que no.

En el supuesto caso de que un hijo, familiar o amigo halla pasado por esta dolorosa experiencia, a manera de ayuda le sugerimos seguir los siguientes pasos:

- Si la intención del chico es hablar con usted, dejelo que diga todo lo que quiera, de esta forma descargará su coraje y dolor.
- Si no presenta interés en decirle algo, pregúntele que pensaba, que hacía, esto le ayudará a volver a valorar su culpa.

Si se trata de un pequeño de 4 ó 5 años y la familia no es capaz de ayudarle a entender la situación que esta viviendo, se recomienda que tanto el chico como la familia acuda con un psicólogo especializado en esta área con el objeto de que les ayude a superar este trance.

COMO APRENDER
A
CONOCER Y CUIDAR
DE
NUESTRO CUERPO

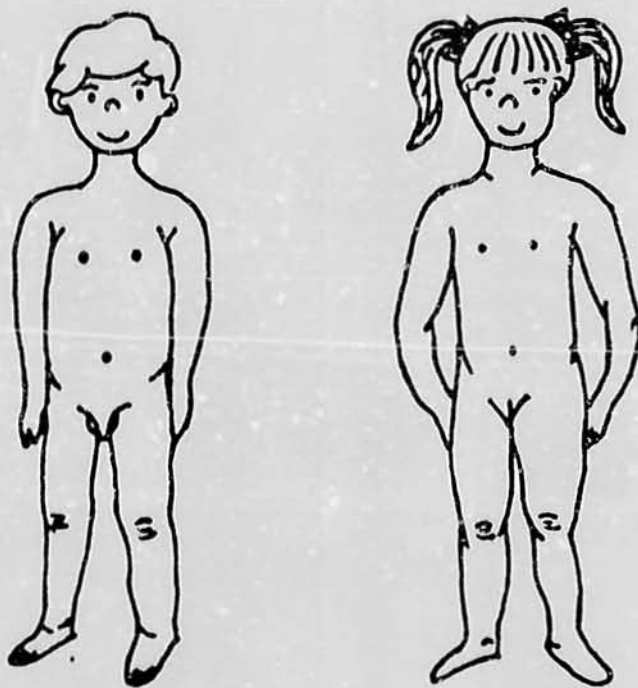
FOLLETO INFORMATIVO PARA JÓVENES CON SÍNDROME DE DOWN.

ESTE FOLLETO ES PARA TI

TE INVITO A QUE PONGAS MUCHA ATENCION

Los niños son diferentes a las niñas

Si miras los dibujos te darás cuenta de que el cuerpo de la niña no es igual al del niño

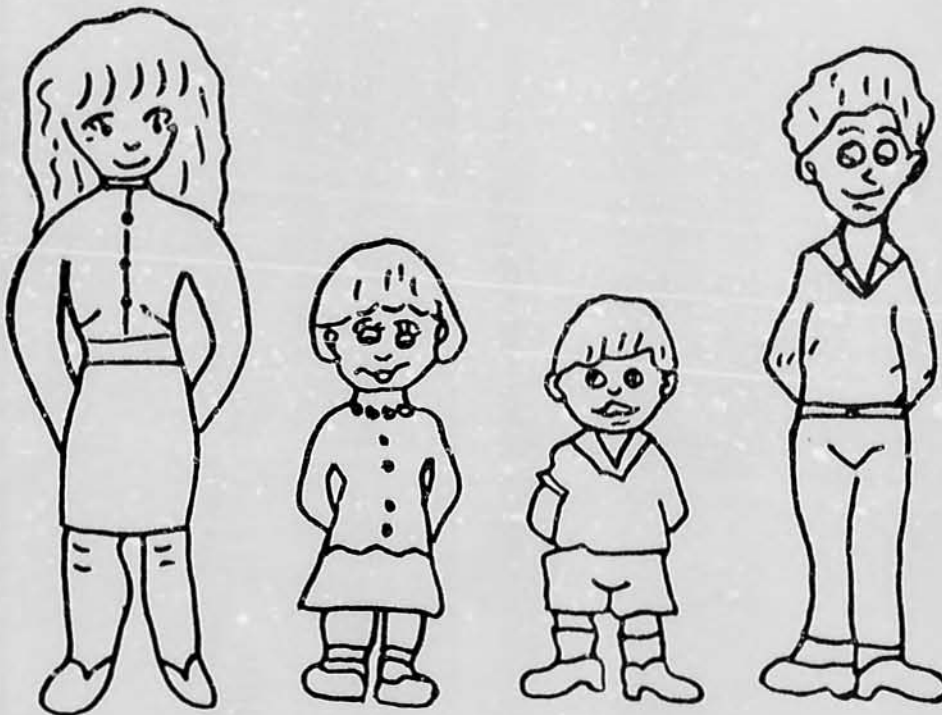


El niño tiene un pene y detrás de éste los testículos.

La niña tiene entre sus piernas una rayita, a esta parte se le llama --
vulva. Y además ella usa el pelo largo y se pone adornos en él.

A D O L E S C E N C I A

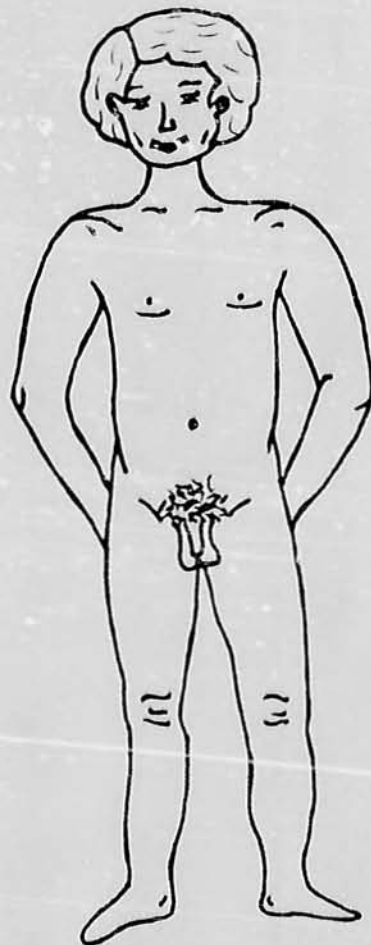
El tiempo pasa y tu cuerpo va cambiando. Has dejado de ser niña o niño y te conviertes en una jovencita (o).



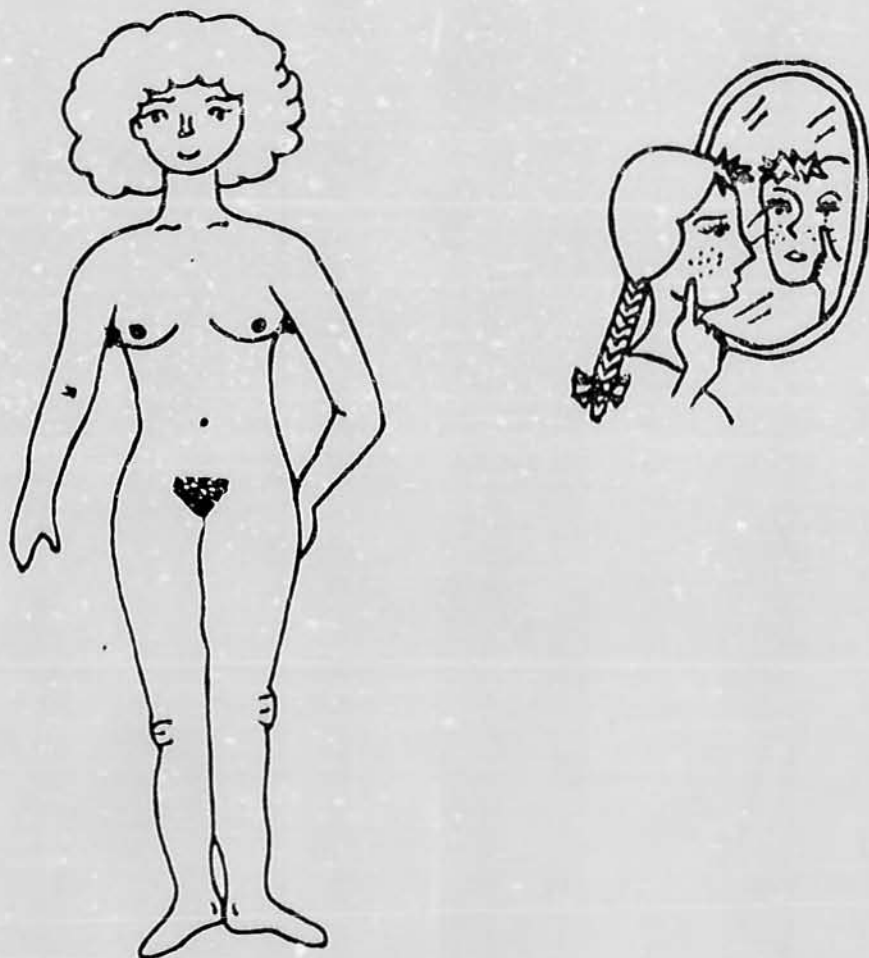
Es seguro que tu voz cambie, y que aparezcan granitos (acné), en tu piel así como pelo en tus piernas y pecho.



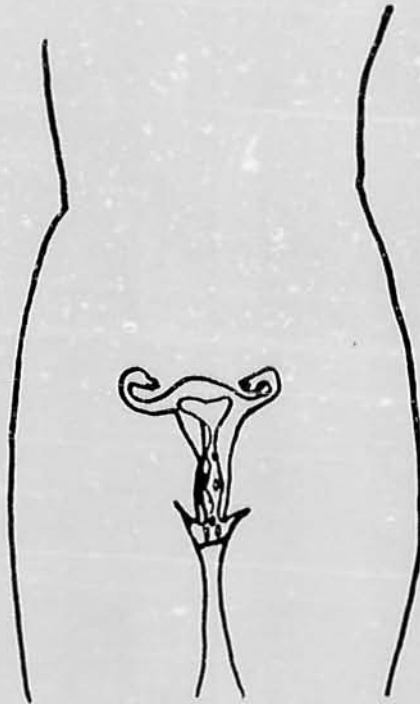
El pene y testículos crecen y cambian de color. En los testículos se --
producen unas semillitas llamadas espermatozoides, y salen por el pene (evacu-
lación) en forma de líquido, esto ocurre cuando duermes o acaricias tu cuerpo.



En la chica se presentan también cambios importantes como; crecimiento de los pechos, cambio de voz, su cuerpo se va redondeando, y aparece pelo en las axilas y en la vulva.

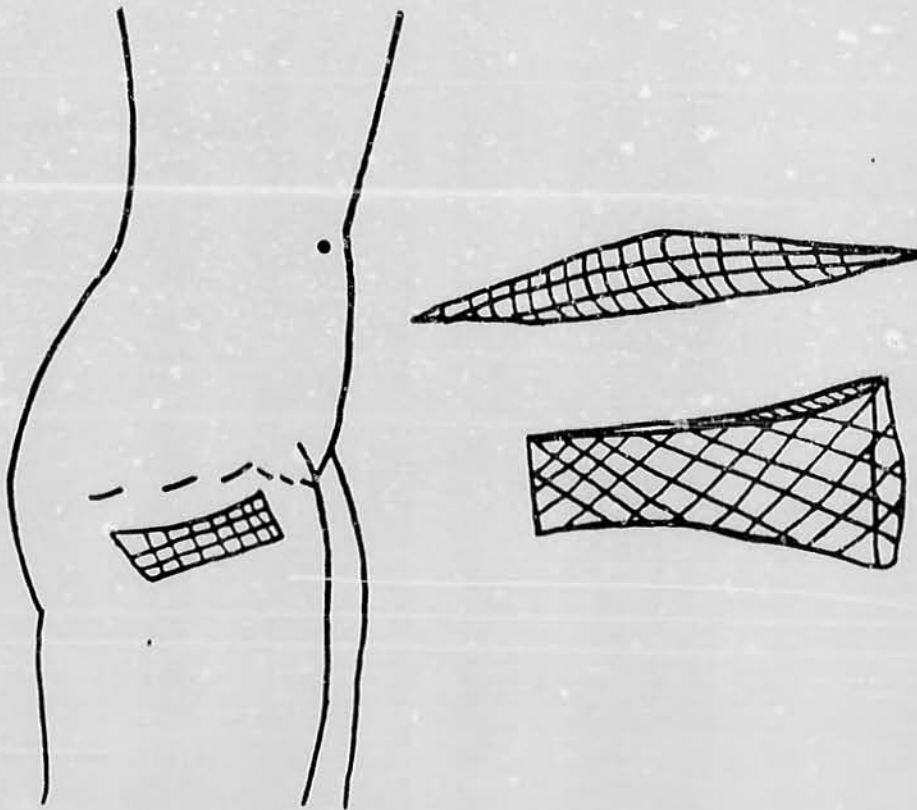


Durante este período, y como indicador de maduración en las chicas, --
aparece la regla o menstruación y empieza sangrar la vulva.



¡ No te asustes esto sucede a todas las chicas de tu edad !

La menstruación dura de 3 a 5 días. Si te encuentras en este período, lo único que tienes que hacer es ponerte una toalla sanitaria en la vulva, para proteger tu ropa.



¡ Puedes hacer todas tus actividades que quieras; correr, brincar, --
nadar o andar en bicicleta !



Si tu ya presentaste todos estos cambios ¡Felicidades!, ya eres un jovencito (a) y en pocos años, serás un adulto como papá y mamá.



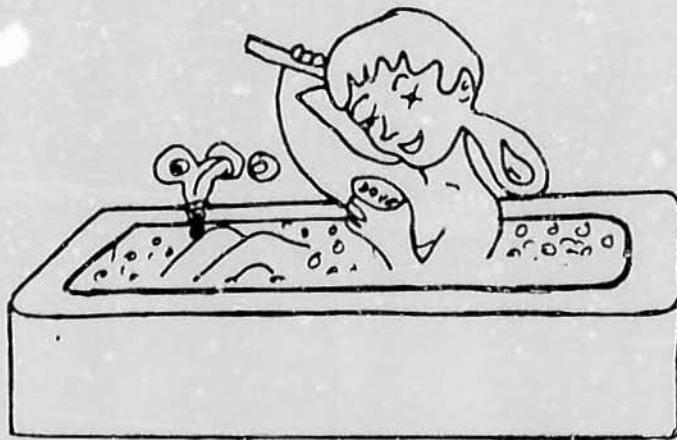
HIGIENE

Así como de pequeñito tus papás te asearon y cuidaron, ahora es necesario que tú lo hagas.



Aunque no estemos sucios, debemos bañarnos a diario, para refrescar --
nuestro cuerpo.

Si eres una jovencita y estás en periodo de menstruación, se recomien-
da que laves tu vulva con agua y jabón, para evitar olores desagradables.



Y si eres un jovencito también debes lavarte con agua y jabón el pene, pues el sudor causa malos olores e infecciones en la piel. ¡no lo olvides!



¡ El arreglo de tu persona es muy importante! .
No olvidemos que nuestra ropa y calzado deben de estar limpios. Esto te
hará sentirte mejor y más cómodo(a).



Todos sabemos que debemos lavarnos los dientes tres veces al día, es --
decir después de cada comida.

Si haces esto, te ayudará a evitar que te duelan muelas y dientes.



Es recomendable que laves tus manos antes y después de que realices alguna actividad, sobre todo si vas a tomar algún alimento.

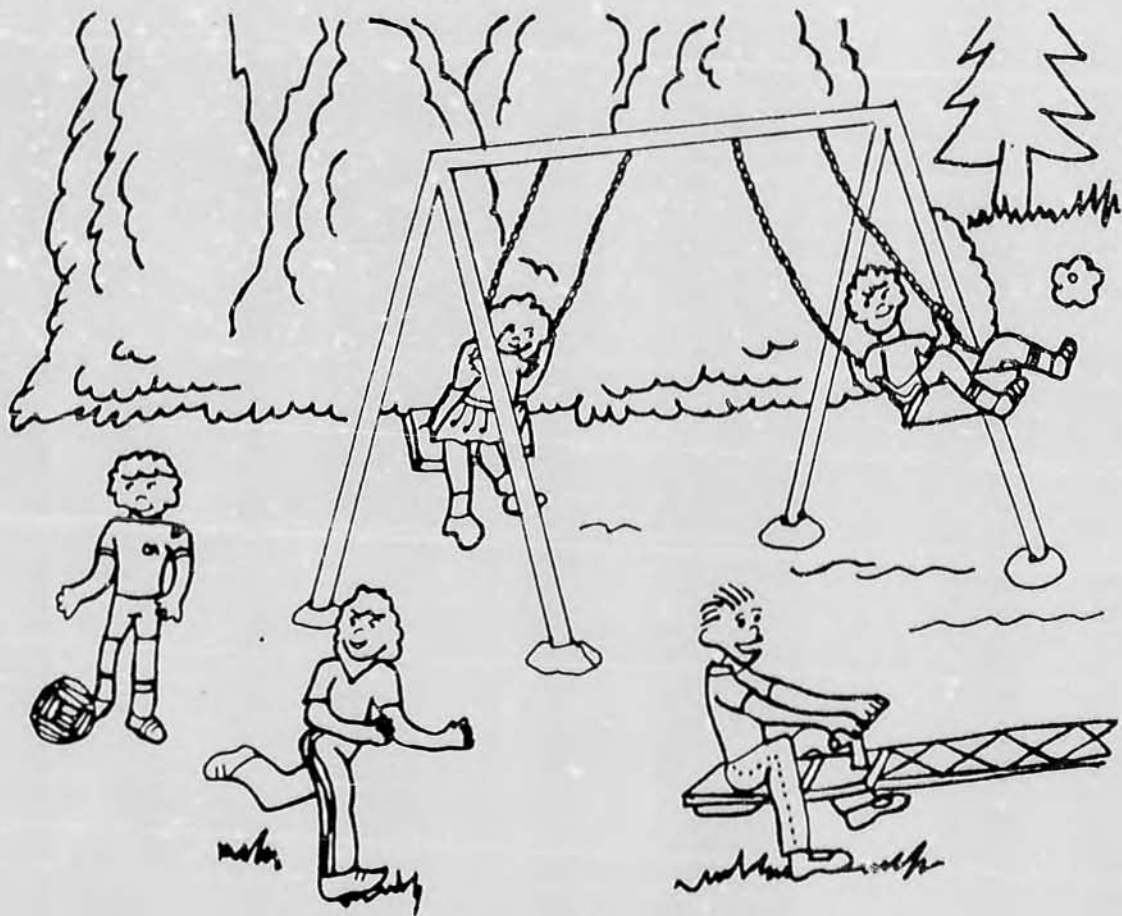


Es necesario, que siempre estemos bien peinados, aunque no salgamos de nuestra casa, esto ayudará a que siempre nos veamos mejor.



PUBLICO Y PRIVADO

Te invito a que observes el dibujo; como ves, es un parque para divertirse, en él hay mucha gente, a esto se le llama lugar público.



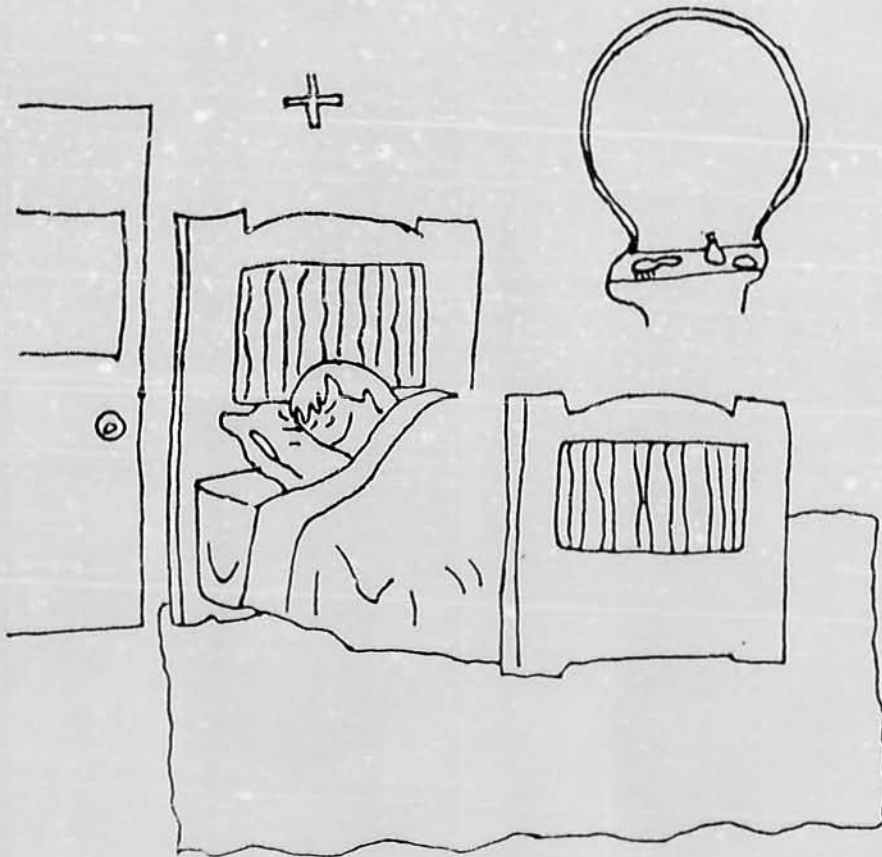
En los lugares públicos, no debemos desvestirnos, o hacer del baño, --
pués las personas pueden enojarse contigo, ¿de acuerdo?



El baño es otro lugar privado, en el puedes hacer varias cosas sin ser -
interrumpido o molestado, como sería; orinar, asearte, o acariciarte.

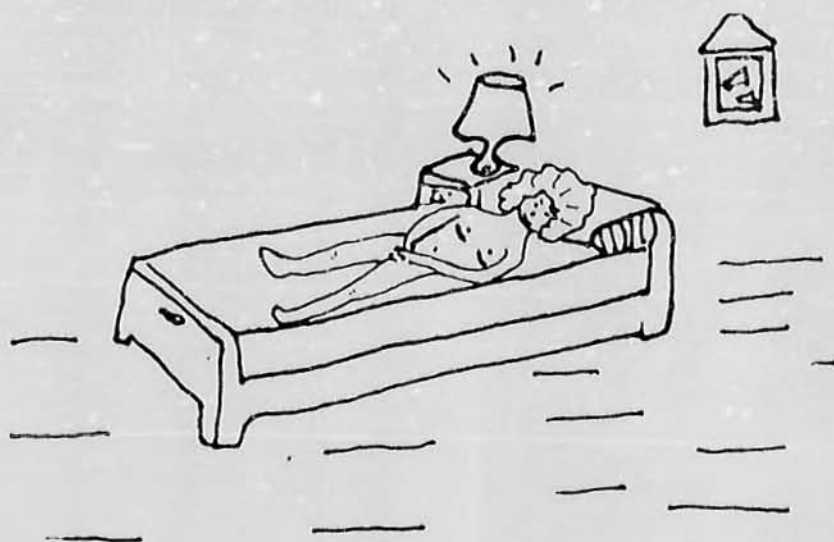


Aquí si te fijas es una recámara, en ella puedes dormir, arreglarte, -- quitarte tu ropa, sin ser molestado; a esto le podemos llamar lugar privado.





Es natural que a veces desees acariciar tu cuerpo, no tiene nada de malo o sucio que lo hagas, pero no olvides que debe ser a solas y en privado; por ejemplo: en tu recámara.

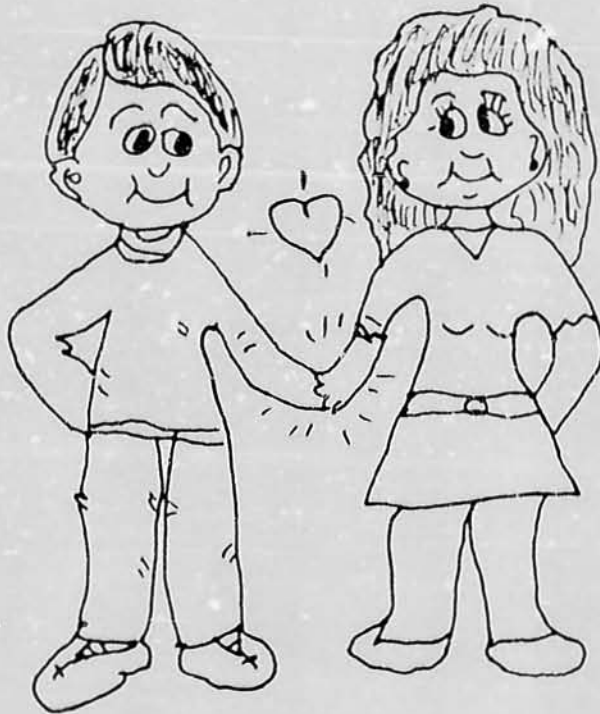


AMIGO O NOVIO

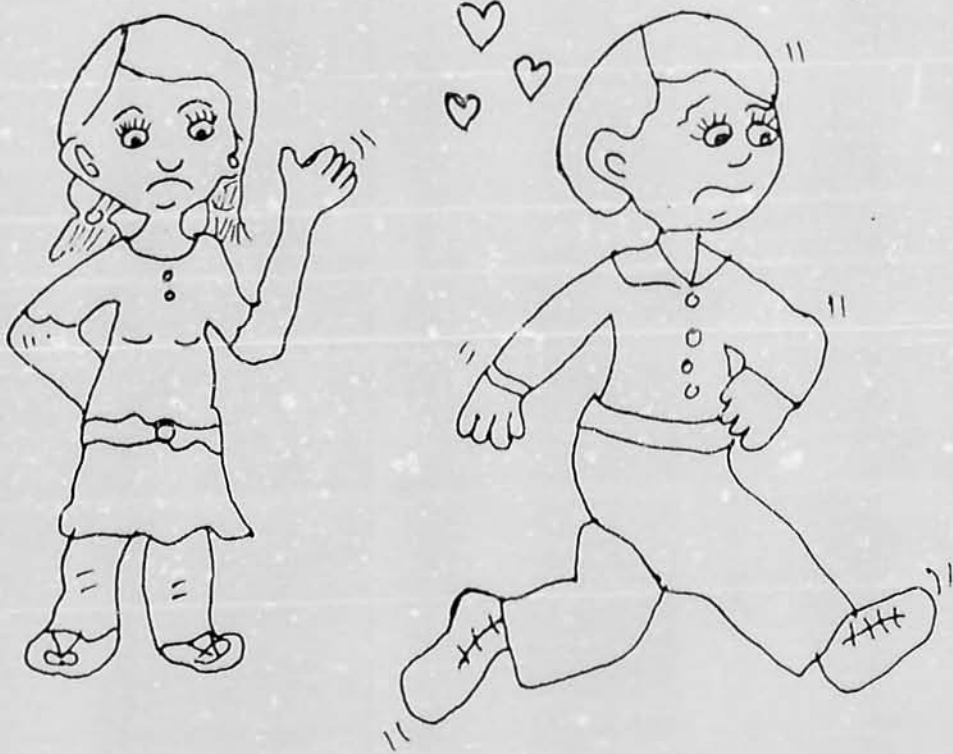
Tú como las demás gente tiene amigos y amigas con quienes te diviertes,
platicas y a veces te enojas.



Pero puede haber una persona a la que quieras y desees acariciar o abrazar, puedes hacerlo, si esa personita acepta ser tu novia (o).



Si no te quiere como novio (a), no te enojas, ni te sientas triste, tal vez serán muy buenos amigos.



La vida está llena de cosas bonitas, si miras a tu lado verás que hay mucha gente que te quiere.



NACIMIENTO DE UN BEBE

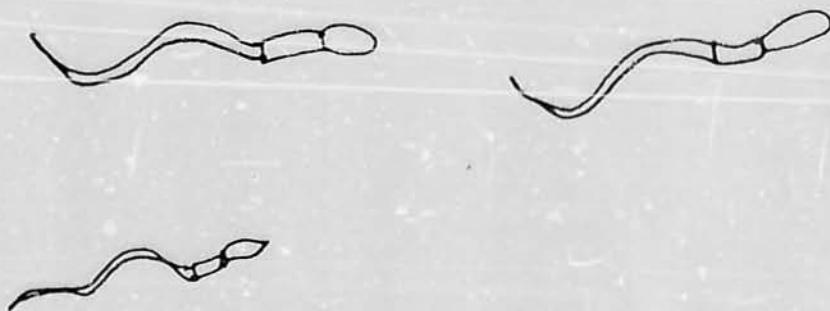
Todos hemos visto a un bebé, pero tú sabes cómo se desarrolla y nace?



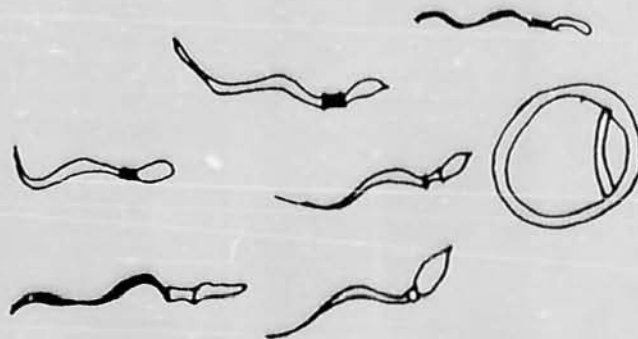
Cuando un hombre y una mujer se quieren mucho, desean estar juntos y --
acariciarse uno al otro. En ese momento el pene del hombre se levanta y lo
introduce dentro de la vulva de la mujer, por la rayita.



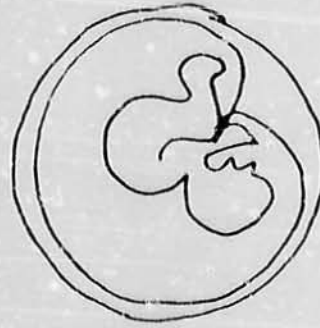
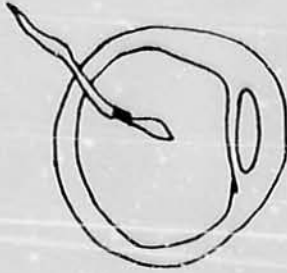
Al estar el pene dentro de la vulva, el pene hecha unas semillitas llamadas espermatozoides, como los que se ven en el dibujo.



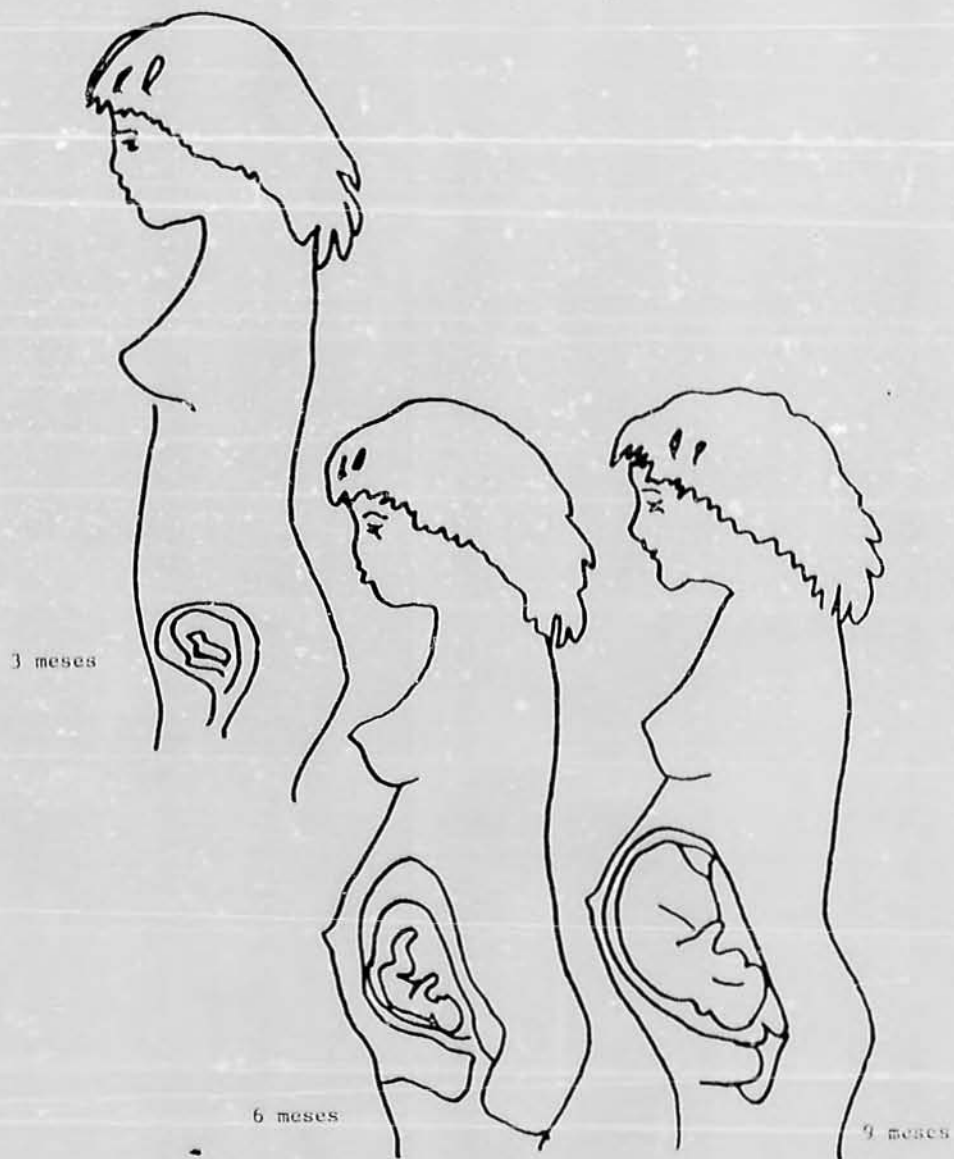
Estas viajan por la vulva para encontrarse con las semillitas de la mujer llamada óvulo.



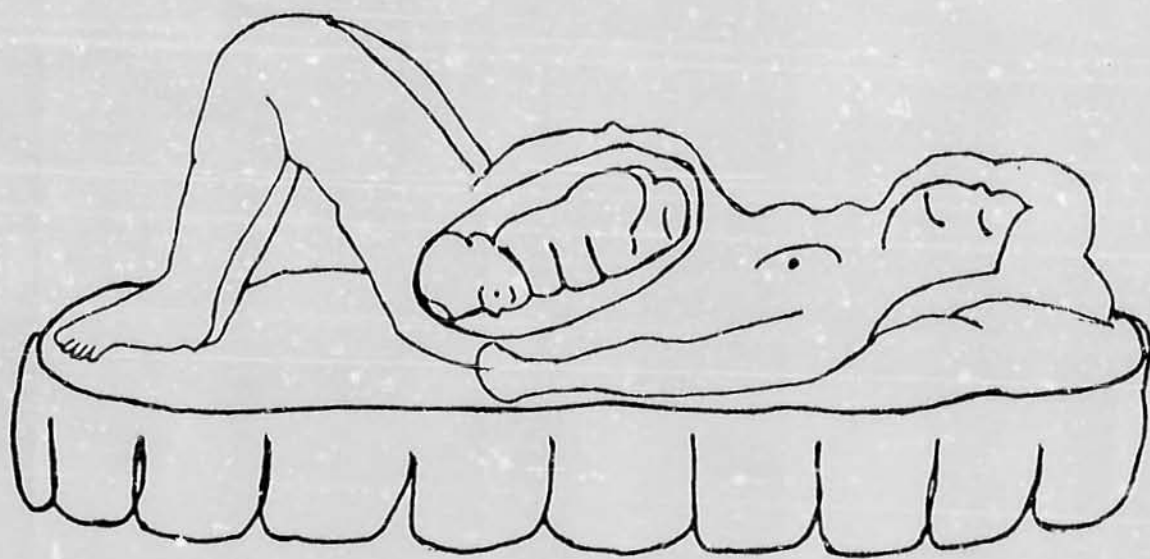
De esa unión -espermatozoide- óvulo, se empieza a formar el bebé, dentro del cuerpo de mamá; en la "barriga". Aquí permanecerá durante nueve meses.



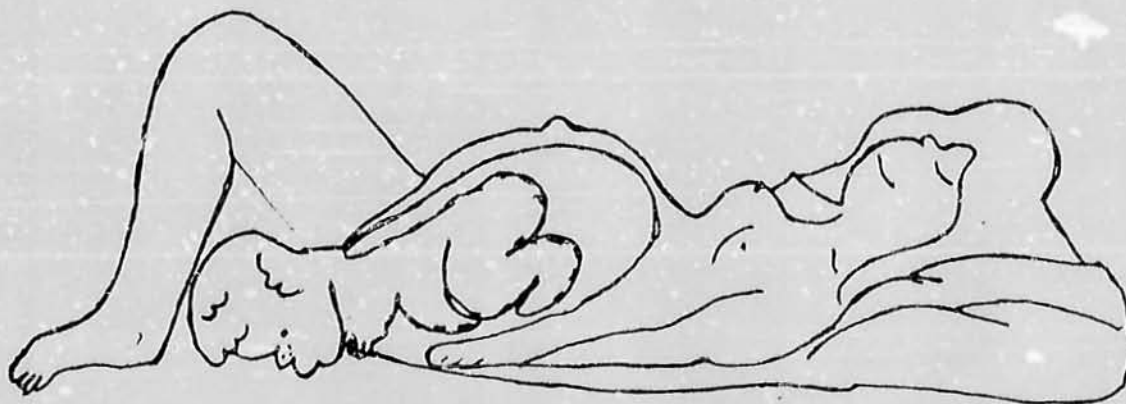
Si miras los dibujos te darás cuenta como va creciendo el bebé dentro - de la "barriga" de mamá durante los nueve meses.



Ya que creció lo suficiente podrá salir y conocer el mundo.
¡ Verdad que es muy interesante !



Cuando el bebé ha cumplido los nueve meses dentro de mamá, ella acude al médico para que la ayude a que el bebé nazca.



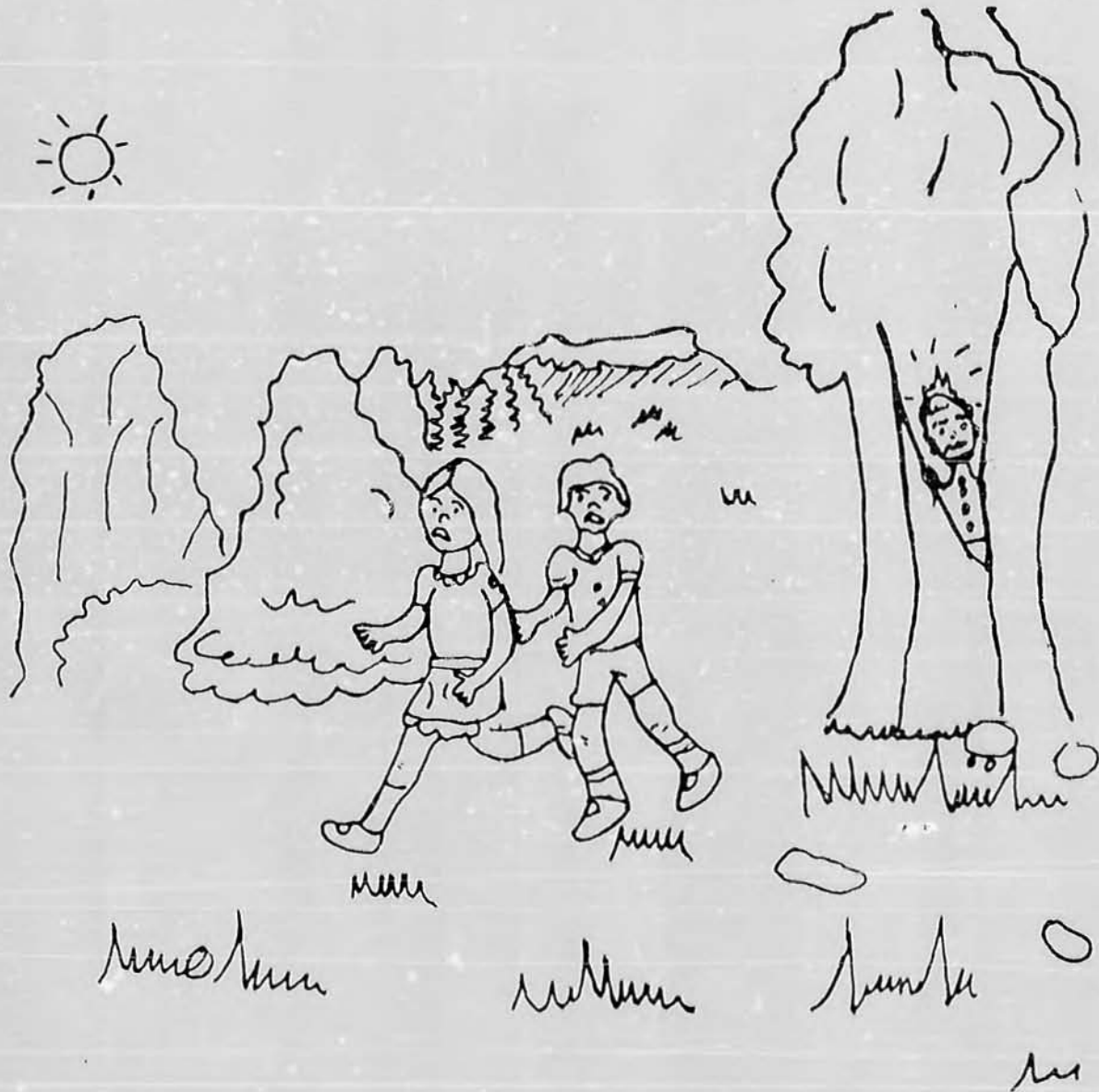
El bebé se desliza hacia la vulva, que se va haciendo cada vez más grande para poder pasar y salir entre las piernas de mamá.

Lo primero que vemos aparecer es la cabeza del bebé y luego su cuerpo.
¡ Que maravillosa es mamá !



PELIGROS Y RIESGOS QUE PUEDES TENER

Todos en cualquier lugar y momento podemos estar en peligro o sufrir un accidente, pues existen personas que pueden dañarnos.



No acostumbres a salir solo (a) por lugares que no conoces, sobre todo de noche; ya que existen personas que pueden golpearte, robarte o llevarte con ellos, si no les das lo que desean.



Cuando salgas algún lugar, ve acompañado por un familiar u otra persona de tu confianza; como mamá, papá, o la tía.



Si alguna persona, te pide que hagas algo indebido; como robar, decir mentiras, a cambio de un regalo; ¡No lo aceptes, puede ser una trampa para hacer te daño !



A nuestros primos, tíos, y amigos más queridos el saludo puede ser de -
mano y abrazo e incluso un beso en la mejilla.



Es importante saber que no a todas las personas se les saluda de la misma manera.



Por ejemplo a nuestros padres, hermanos, abuelos, tíos y primos los podemos saludar de mano, abrazo o beso en la mejilla.

A los vecinos, compañeros de escuela, amigos de los papás, personas que acabamos de conocer, vendedores, debemos saludarlos de mano o solo diciéndoles "Buenos días", "Buenas tardes" o "Buenas noches", según la hora.





Es importante que aprendas a cuidar de tu persona y de tu cuerpo, ya --
que eres una persona ¡valiosa e importante!



CONCLUSIONES

Para la ciencia médica no fue fácil llegar a descubrir los tres tipos diferentes de trisomía que hoy definen al síndrome de Down; trisomía 21 regular, por translocación y mosaicismo, así como la posible causa de su origen, que en primer momento despertó gran polémica al adjudicarse como causa principal la edad avanzada de la madre (35 a 40 años), llegándose a descartar más tarde esta idea al comprobar que tanto en jovencitas como en mujeres de edad mediana existe el riesgo de procrear a un niño Down, en ocasiones sin haber antecedentes familiares que así lo favorezcan.

Actualmente existe la posibilidad de que la futura madre esté informada de este riesgo al practicarse durante la etapa de gestación los estudios llamados amniocentesis o Biopsia de vellosidades coriales.

Una vez confirmado el diagnóstico de la trisomía, es muy importante que los padres, ante la situación de la llegada de un bebé Down, estén preparados tanto emocionalmente, como psicológicamente, ya que el posterior desarrollo del niño tendrá mucho que ver con el estado anímico de los padres. Hoy en día existen centros de atención especializada a niños y jóvenes Down, pero vale decir que es primordial la estimulación temprana, pues de ello depende el desenvolvimiento futuro de las personas Down.

A todo lo anterior, la educación especial desempeña una gran función, -- entre otras cosas permite a estas personas alcanzar la "normalización" al punto de integrárles poco a poco a la sociedad que les rodea, y más inmediatamente a su familia al introducirles en sus enseñanza algunos aspectos de su sexualidad.

No obstante se ha constatado la dificultad que tienen los padres de familia y algunos profesores encargados de la educación de las personas trisómicas para orientar e informarles acerca de temas como la masturbación, la menstruación, y otros acontecimientos físicos y emocionales por lo que suele acon

-tecer en el individuo trisómico en las diferentes etapas de su vida, debido a su escaso conocimiento del tema de la sexualidad o bien porque lo han adquirido de fuentes no muy calificadas, siendo la respuesta más común, tal vez por más cómoda el tratar de negar la existencia de la sexualidad y lo más alarmante únicamente la de las personas Down. Otros manifiestan angustia pero es generalizada la sensación de inquietud en todos ellos por recibir apoyo de una manera sencilla y clara, que facilite el diálogo con estas personas.

Para cumplir con este propósito han sido diseñados dos folletos de información sexual; uno para jóvenes Down y otro para padres, rescatando las sugerencias, dudas y necesidades manifestada por padres de familia, maestros y jóvenes Down y por supuesto las nuestras han surgido del estudio constante e interés por estas personas.

El propósito principal de ambos manuales es más que proporcionarle a la persona Down ideas que pudieran producir actos sexuales irresponsables sencera hacia su propio cuerpo y emociones, instruya y fomente la tendencia de aprender a canalizar sus impulsos sexuales y emociones hacia actos permisibles y positivos, como puede ser una masturbación privada, que no escandaliza públicamente, en otras palabras tratar de concientizar tanto a los educadores como al individuo Down, de que nuestra sexualidad tiene un valor como la vida misma, y por ello debemos aprender a disfrutarla con responsabilidad y respeto hacia nosotros mismos y hacia nuestros semejantes.

Para que el lector logre asimilar el mensaje de cada uno de los folletos, se sugiere que éste tenga cierta disposición para un mejor entendimiento.

BIBLIOGRAFIA BASICA

- CARRERA, Michael. Sexo. México. Ed. Folio. 1985. pp. 431
- DALLAYRAC, Nicole. Los juegos sexuales de los niños. Ed. Gedisa México 1987. pp. 151
- D.G.E.E. Educación sexual en los centros de capacitación. México 1985. pp. 99
- D.G.E.E. La educación sexual en la educación especial. Secretaría de Salud. Manual de Orientación Sexual 1980. pp. 370
- DOMINGUEZ, Brito. Aspectos Médicos. En Antología Sistemas de Educación Especial -I. México 1985. ENEP Aragón UNAM. pp. 395
- ENGLE. L. T. y Snellgrove, Louis. Psicología. Ed. Publicaciones culturales. México 1980. pp. 129
- EUDALD, Maideu Puig. Reflexiones para un proyecto global de -- actuación en el campo de la sexualidad. Instituto de la mujer. Barcelona 1985. pp. 96
- GARCIA, Viveros Malacara. Fundamentos de endocrinología clínica. Ed. Prensa Médica. México 1980. pp. 410
- LAMBERT, Jean y A. Rondal. J. El Mongolismo. Ed. Herder. Barcelona 1982. pp. 245
- LOPEZ, Melero Miguel. Teoría y Práctica de la Educación Especial. Ed. Narcea. Madrid 1983. pp. 496
- MASTERS, William y E. Johnson V. La Sexualidad Humana. V.I., II y III. Ed. Grijalbo. México 1987.

- MASTERS, William y E. Johnson. Tratado de Medicina Sexual.
Ed. Salvat. Barcelona 1985. pp. 551
- MONROY, de Velasco Anamelí. El educador y la sexualidad humana.
Ed. Pax-México. México 1980. pp. 117
- MORGESTEIN, Murry. El desarrollo psicosexual del retardo D.G.E.E.
México 1985. pp. 10
- KILBY, Donald, M.D. Sexo Seguro. Ed. Interamericana. Mc.
Graw-Hill. 1988. pp. 257
- RUBIO, Aurióles Eusebio. Educación de la Sexualidad y retraso --
Mental. Bogotá. Ed. CRESALC - AMES 1984. pp. 47
- SECRETARIA, de Salud. Manual de contenidos para el curso básico -
sobre planificación familiar, orientación sexual y --
deficiencia mental. México 1985. pp. 339
- SERRANO, Peralta. Patología del crecimiento y desarrollo del niño.
Ed. Salvat. México 1984. pp. 657.

BIBLIOGRAFIA
COMPLEMENTARIA

- AZCARRAGA, G. Sexología Básica. México. Ed. La prensa médica -- 1976, pp. 324
- CONFORT, Alex y Confort, Jane. El adolescente sexualidad, vida y crecimiento. España. Ed. Blume. pp. 122
- CRUZ, Roja Juventud ¿Qué es la sexualidad? Madrid. Ed. Arte -- Graf. 1987. pp. 17
- EISTEIN, Max. Ginecología y obstetricia. Temas actuales. México. Ed. Interamericana 1980. pp. 433
- FIPF, Paternidad Responsable y Educación Sexual. Federación Internacional de planificación de la familia, Túnez 1982. pp. 68
- GALGUERRA, Isabel y Guillermo Hinojosa R. y otro. El retardo en el desarrollo. (teoría y práctica). México. Ed. Trillas 1984. pp. 460
- GARCIA, José Luis. Algunos mitos en relación con la sexualidad masculina. Madrid. Ed. Sexpol. 1982. pp. 48
- GARCIA, Morales Ernesto. Educación sexual para adolescentes. México. Ed. Distribuidora Internacional Popular - del libro escolar 1982. pp. 85
- INGALLS, P. Roberto. Retraso Mental. (La nueva perspectiva). México Ed. El manual moderno. 1980. pp. 238
- JEROME, T. y Shen. Medicina de la adolescencia. México Ed. El -- manual moderno. 1983. pp. 699

- LECOQ, M. Estrategia para una educación sexual en el medio escolar. México Ed. Kapelusz. 1980. pp. 111
- MC. Cary, leslie, James y otros. La sexualidad humana. México. - Ed. El manual moderno. 1983. pp. 393
- MC. Kinney, John Paul y otros. Psicología del desarrollo. Edad - adolescente. México. Ed. Trillas 1982. pp. 265
- MORRISON S. Eleanor y Underhill Price M. Nuestra sexualidad - - México. Ed. Pax-Mex. 1979. pp. 192
- NORA, y Fraser. Genética Médica. México. Ed. La Prensa Médica. - 1985. pp. 393
- PEIG, Luis y Vages, Pierre. Educación Psicomotriz y retraso mental. México. Ed. Científico Médico. 1985. pp. 320
- RUBIO, José y otros. Psicoanálisis y sexualidad. México Ed. Instituto Mexicano de Psicoanálisis. A.C. 1970. pp. 180
- SANCHEZ, Cerezo, Sergio y otros. Diccionario Enciclopédico de - Educación Especial. México. Ed. Nuevas Técnicas -- Educativas. 1986. pp. 1510
- SALAZAR, Elvía y Ramos Ana. Guía Básica de Educación Sexual para maestros de secundaria. Tomo I y II. Monterrey, N.L. México. Ed. Prosuperación familiar neolonesa. 1987. pp. 126
- SCHILLER, Patricia. Acercamiento creativo a la educación y orientación sexual. México. Ed. Diana 1987. pp. 331
- SEP. 1er. Congreso sobre deficiencia mental. (memorias). México 1984. pp. 387

SMITH Wilson. El niño con síndrome de Down. (mongolismo). México
Ed. Médico Panamericana. 1985. pp. 138

TIEFERE, Leonore. Sexualidad humana. México. Ed. Edigonvill, S.A.
1985. pp. 126

A N E X O S

Guía de Entrevista a Profesionistas

- 1.- ¿Cuál es su concepto de sexualidad ?
- 2.- ¿ Qué entiende usted por educación sexual ?
- 3.- ¿ Creé usted que tiene derecho el joven trisómico a expresar su sexualidad (masturbarse, tener novia (o), etc., así como cual quier otro adolescente. Sí No Porqué ?
- 4.- ¿ Desde su punto de vista, el joven trisómico lleva una vida -- sexual, Sí No Porqué ?
- 5.- ¿ Cómo considera que deba reaccionar la familia y la sociedad -- ante las necesidades y comportamientos sexuales del adolescen te Down. Y Porqué ?
- 6.- ¿ Es conveniente que la institución o centro al que acude el -- joven trisómico le impartan información sexual. Sí No Porqué ?
- 7.- ¿ A qué edad debe recibir educación sexual el joven trisómico ? Porqué ?
- 8.- ¿ Creé que un niño con síndrome de Down, para manifestar sus -- necesidades sexuales, requiere convivir con niños de sus mis- mas características físicas. Sí No Porqué ?
- 9.- ¿ Un trisómico debe ser educado sexualmente de igual manera que un joven "normal". Sí No Porqué ?
- 10.- ¿ Cómo trabajaría con los padres de niños trisómicos el aspecto sexualidad ?
- 11.- ¿ Qué perfil debe tener el maestro especializado en impartir -- educación sexual a personas Down ?
- 12.- ¿ Ayudaría una educación sexual oportuna a evitar violaciones, -- abusos sexuales, embarazos no deseados y hábitos inadecuados. Sí No Porqué ?
- 13.- ¿ Qué opina el que los jóvenes trisómicos contrajeran matrimo-- nio ?
- 14.- ¿ En su práctica profesional ha orientado a personas Down res-- pecto a su sexualidad. Sí No De qué forma ?

15.- ¿ cuál creé que sea el futuro de las personas con síndrome de Down en el área sexual ? Porqué ?

16.- ¿ Qué tópicos a su parecer debería contemplar un manual básico de educación sexual dirigido a los trisómicos y a sus -- padres ?

Guía de Entrevista a Padres de familia
con niños Down

- 1.- ¿ Qué entiende usted por sexualidad ?
- 2.- ¿ Para usted qué es educación sexual ?
- 3.- ¿ Porqué medio ha adquirido sus conocimientos sobre la sexualidad ?
- 4.- ¿ Ha hablado con su hijo sobre el sexo ? Si _____ No _____
¿Porqué? _____
- 5.- ¿ Cuáles son los problemas que manifiesta su hijo (a) con respecto a la sexualidad ?
- 6.- ¿ En que forma ha afrontado estos problemas ?
- 7.- ¿ Le ha manifestado su hijo interés por algún tema sexual en especial ? Si _____ No _____ ¿ Cuáles ? _____
- 8.- ¿ Le ha enseñado usted ha asearse sus genitales ?
Si _____ No _____ ¿En que forma? _____
- 9.- ¿ Piensa que si su hijo, recibiera una educación sexual esto le serviría para saber como comportarse en público y cómo en privado ? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 10.- ¿ Considera conveniente que personas capacitadas le orientaran sobre los diferentes comportamientos sexuales de su hijo (s) ?
Si _____ No _____ ¿Porque? _____
- 11.- ¿ Si su hijo manifestara, durante su adolescencia la necesidad de tener relaciones sexuales prematrimoniales lo apoyaría ?
Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 12.- ¿ Apoyaría a su hijo (a) contrajera matrimonio, o bien se uniera a una pareja ? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

13.- ¿ Qué opina sobre la posibilidad de que su hijo (a) utilizará algún tipo de anticonceptivo como medida preventiva ?

14.- ¿ Ha pensado alguna vez en la posibilidad de esterilizar a su hijo (a) para impedir un posible embarazo ?

Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

15.- ¿ Colaboraría con nosotros para llevar a cabo un manual de -- educación sexual dirigido a su hijo(a) Down, y a la pobla-- ción que los rodea ? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

16.- ¿ Si responde afirmativamente a la pregunta anterior le supli-- camos nos indique que puntos le gustaría que contemplara -- dicho manual ?

Guía de preguntas dirigido a Personas
con Síndrome de Down

- 1.- ¿ Conoces las partes de tu cuerpo ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 2.- ¿ Para qué utilizas cada parte de tu cuerpo ? _____
- 3.- ¿ Te gusta bañarte ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 4.- ¿ Tienes hermanos ? Sí _____ No _____ ¿Cuántos? _____
- 5.- ¿ Se parecen tu y tus hermanos ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 6.- ¿ En que partes de tu cuerpo se parecen tu hermano (a) y tú ?
¿Y en que se diferencian ? _____
- 7.- ¿ Tienes amigos (as) Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 8.- ¿ Te gusta hacerle regalos a tus amigos (as) Sí _____ No _____
¿Porqué? _____
- 9.- ¿ Hay alguna chica que te guste ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 10.- ¿ Tienes novio (a) ? Sí _____ No _____ ¿Porque? _____
- 11.- ¿ Estás enamorado de él (ella) ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 12.- ¿ Te gustaría acariciarla ? (tomarla de la mano, tocarle la cabeza,
la cara, etc.) Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 13.- ¿ Te gustaría casarte ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 14.- ¿ Cómo ayudarías a tu esposo (a), si te casaras ? _____
- 15.- ¿ Sabes cómo nacen los bebés ? Sí _____ No _____
- 16.- ¿ Quién te mencionó como nacen los bebés ? _____
- 17.- ¿ Sabes lo qué es la menstruación ? Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 18.- ¿ Has menstruado tú ? Sí _____ No _____
- 19.- ¿ Te han enseñado de qué manera te debes asear tus genitales ?
Sí _____ No _____ ¿Porqué? _____

- 20.- ¿ Sabes lo que es la masturbación ? Si _____ No _____ ¿Porqué? _____
- 21.- ¿ Te gusta tocarte (acariciar) tus genitales ? Si _____ No _____
¿Porqué? _____
- 22.- ¿ Si te tocas tus genitales, donde lo haces ?
- 23.- ¿ Hay personas contigo cuando te tocas tus genitales ? Si _____
No _____ ¿Porqué? _____