

186584

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA.**



**U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA**

**"PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES CON  
RETARDO EN EL DESARROLLO"**

**TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO  
EN PSICOLOGIA.**

**PRESENTAN:**

**DORA EUGENIA FABIAN PEREZ**

**MARIA DEL PILAR SEGUNDO CORTES**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## ERASE UNA VEZ,

UN ANGEL BUENO QUE AL MIRAR DESDE LOS CIELOS Y AL VER TODA LA AFLICCIÓN QUE REINABA EN LA TIERRA, DESVIANDO LA VISTA, SE CUBRIO LA CARA CON LAS MANOS Y COMENZO A LLORAR. LLORO Y LLORO EL ANGEL. SUS LAGRIMAS CAIAN CADA VEZ MAS LEJOS. DE PRONTO, CUANDO TOCARON LA SUPERFICIE DE LA TIERRA, SE CONVIRTIERON EN SERES HUMANOS. PEQUEÑOS, ESTOS NIÑOS Y NIÑAS NO ERAN COMO LOS OTROS NIÑOS QUE CRECEN CUANDO LLEGA EL MOMENTO. ESTOS NIÑOS Y NIÑAS PERMANECIERON COMO TALES DURANTE TODA SU VIDA. NACIDOS DE LAS LAGRIMAS DEL ANGEL BUENO, MANTUVIERON SIEMPRE EL CONTACTO CON LOS CIELOS, LLEVANDO EN SUS CORAZONES LA LUZ DE LA CARIDAD...ESTOS NIÑOS, NACIDOS DE LAS LAGRIMAS DEL ANGEL BUENO SE HAYAN AUN ENTRE NOSOTROS. SE LES LLAMA RETRASADOS MENTALES.

EL VIVIR CON ESTOS NIÑOS NACIDOS DE LAS LAGRIMAS NOS ENSEÑA LA PACIENCIA. DE LA PACIENCIA SURGIRA LA BONDAD Y DE LA BONDAD, LA CARIDAD. ESTOS SERES HUMANOS, CONSIDERADOS COMO LOS MAS DOCILES SON, DE HECHO, NUESTROS MAESTROS Y ENCARNAN EL DON DE LA COMPASION PARA LOS QUE HABITAN LA TIERRA. LA TAREA DE ESTOS NIÑOS ES LA DE SUSCITAR LA COMPASION Y LA CARIDAD EN NOSOTROS, LA GENTE COMUN, QUE NOS HEMOS VUELTO FRIOS E INDIFERENTES. SU TAREA CONSISTE EN ENSEÑARNOS A SERVIR, A DAR, Y A OLVIDARNOS DE NOSOTROS MISMOS.

Sirkku Hiltunen

## INDICE

	PÁGINA.	
INTRODUCCION.....	1	
CAPITULO I. EL CONCEPTO DE SEXUALIDAD		
I.1 Sexo y Sexualidad.....	7	
I.2 La Sexualidad en Nuestra Cultura.....	11	
I.3 Educación de la Sexualidad.....	17	
CAPITULO II. SEXUALIDAD Y RETARDO EN EL DESARROLLO		
II.1 La Sexualidad en la Persona con Retardo en el Desarrollo.....	22	
II.2 Actitudes y Problemática Generada ante la Expresión Sexual de las Personas con Retardo en el Desarrollo.....	31	
II.3 Investigaciones Antecesoras de la Proble- mática Sexual de las Personas con Retardo en el Desarrollo.....	46	
II.4 Educación de la Sexualidad en las Perso- nas con Retardo.....	53	
CAPITULO III. PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA ADO- LESCENTES CON RETARDO EN EL DESARROLLO.....		60
CAPITULO IV. RESULTADOS.....	91	
CAPITULO V. CONCLUSIONES.....	102	
BIBLIOGRAFIA.....	114	
ANEXOS.....	121	

## INTRODUCCION

La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo en forma definitiva en su formación y desarrollo. Este factor no excluye a las personas con retardo en el desarrollo, sino muy por el contrario, viene a sumarse como parte integral de su personalidad.

Es a raíz de la segunda mitad de este siglo que se ha luchado porque se reconozca a la persona con retardo en el desarrollo, como un ciudadano con derechos y capaz de integrarse en forma activa a la sociedad (Grunewald y Linner, 1980).

A partir de los años sesentas se inicia la normalización de las personas con retardo, tomándoseles en cuenta como parte de una problemática social e incluso como un aspecto que plantea una reevaluación de las teorías sociales que hasta esa década habían existido sin tomar en cuenta la conducta social de estas personas (Zigler y Harter, 1971).

Un impulso sustancial hacia una mayor participación de la comunidad en el establecimiento de buenos servicios y mayores oportunidades de empleo para los adultos con retardo en el desarrollo, nace del convencimiento de que la institucionalización no había sido la mejor solución. El gobierno (en la Unión Americana) empezó a insistir en programas pequeños dentro de las comunidades, como talleres supervisados, cursos de capacitación

laboral, centros de actividades, programas recreativos y algunas alternativas de vivienda. Es así como un gran número de niños considerados con retardo en el desarrollo se convierten en adultos capaces de llevar una vida productiva e independiente: se casan, tienen trabajos, obtienen vivienda propia, etc.

Estas afirmaciones son apoyadas por la investigación de Charles en 1953 (En: Ingalls, 1982) quien concluyó que el 80% de los sujetos retardados de su estudio, estaban casados o lo habían estado (cantidad solo ligeramente inferior al promedio nacional), y más de la mitad de ellos eran propietarios de sus viviendas.

Kennedy en 1966 (En: Ingalls, 1982) comparó 256 sujetos diagnosticados como ligeramente retardados con un grupo control (sin retraso) y encontró que el 86% de los primeros habían contraído matrimonio, contra el 92% del segundo. El promedio de hijos era casi idéntico para ambos grupos pero los hijos de los sujetos con retardo parecían más propensos al retraso académico que los del grupo control.

Sin embargo, a pesar de investigaciones como éstas, ha existido una historia larga de políticas dirigidas a negar la expresión sexual de las personas con retardo en el desarrollo; tales políticas se expresan como leyes. Un ejemplo de éstas, fué la promulgada en 1966, mediante la cual 23 estados de la Unión Americana exigían la esterilización obligatoria para toda aquella persona que tuviera un C.I. inferior a 75 (Burt, 1976). Entre 1960 y 1970 todavía se hacía mucho énfasis en que el retardo aceleraba los impulsos sexuales, lo cual justificó el hecho de buscar el

aislamiento y la segregación de estas personas (Goddard, en: Blue, 1974; Abramson, Parker y Weisberg, 1988).

En otros países, como Suecia, a pesar de haber aceptado la sexualidad como parte integral del ser humano, aún sigue considerándose la sexualidad del retardado como tabú. A pesar de ello, en los años setenta se plantea como meta la normalización de este tipo de personas llegando, en la actualidad, a tener hospitales y residencias de carácter bisexual, lo cual ha tenido gran éxito; incluyendo a aquellos que aún con deficiencias severas se esmeran más en su vestido y alejan un poco su comportamiento infantil y egocéntrico (Grunewald y Linner, 1980).

□ Aquí en México, en las últimas décadas, se ha abordado el problema del retardo en el desarrollo tanto a nivel institucional como particular, pero a pesar de ello, sigue/siendo mínima la población con deficiencia en su desarrollo que ha recibido educación especial y mucho menos, aquella que ha recibido educación sexual. En 1972 se crea la Dirección General de Educación Especial y se formula una ley que reconoce el derecho del sujeto con retardo en el desarrollo a recibir una educación adecuada a sus necesidades específicas; creándose así los centros de rehabilitación y educación especial. Dentro de estos centros se observó la necesidad de proporcionar información y orientación sobre la sexualidad en personas con retardo, elaborándose un programa de educación sexual en 1986, que orienta a los maestros especialistas para tal objetivo/(Aguilar y Huitrón, 1988).

La educación sexual en el deficiente mental es cada día más

importante, tomándose como trascendentales las cuestiones de: ¿ qué es lo que se va a enseñar ?, ¿ quién lo va a enseñar ? y ¿ cómo se va a enseñar ?. Se considera que el profesional que trabaje cotidianamente con los adolescentes impedidos en su desarrollo, es la persona más indicada para que les otorgue la educación sexual. Se parte de la idea de que aún en caso de adolescentes normales, los padres no siempre manejan este tipo de información de manera adecuada (Cameron, 1976).

El contenido de lo que se enseña deberá ir de acuerdo, en primer lugar, con el bienestar que esta enseñanza pueda aportar al adolescente con retardo, mediante el aprendizaje y desarrollo de conductas más adecuadas a su medio. En segundo lugar, deberá de tenerse en cuenta la madurez sexual y psicológica que el adolescente posee. Y por último, se tomarán en cuenta los objetivos de enseñanza planteados como complementarios por el profesional. Además se debe afrontar el hecho de dar una información clara y objetiva respecto a temas como la masturbación, la hetero y homosexualidad, el abuso sexual, partiendo del hecho de que tal vez el adolescente posea de antemano algún tipo de información, que en la mayoría de los casos pudiera ser incorrecta o inadecuada (Cameron, op.cit.).

En base a estas necesidades se han intentado elaborar programas de educación sexual para personas con retardo, aproximadamente a partir de la década de los setenta. Estos han sido, como el propuesto por Fischer y Krajicek (1975) quienes



argumentan en sus conclusiones que no hay método efectivo que proporcione una adecuada y completa educación sexual. Edmonson y colaboradores, así como Hall y Norris (en: Aguilar y Huitrón, 1988) señalan que hay muy pocos estudios sobre este tema y concluyen que los programas de educación sexual representan un aspecto significativo de la humanización de los adolescentes con retardo en el desarrollo.

Lo que es real y es una evidencia para todos los profesionistas del área de la educación especial, es que la falta de información, así como la inaccesibilidad de materiales o la importación de programas de educación sexual, han creado diversos problemas, tales como la homosexualidad masculina y femenina, el embarazo no deseado, el exhibicionismo y el abuso sexual (Cruz, 1986).

Como podemos darnos cuenta, son muchos los riesgos que se corren por carecer de una educación sexual adecuada, y es precisamente por ello, que la propuesta específica de este trabajo, es desarrollar y aplicar un programa de educación sexual para adolescentes con retardo en el desarrollo, implicando con ello incluir una educación que no se limite a los conocimientos anatómicos y fisiológicos, sino que incluye la problemática real con la que se enfrenta el adolescente día a día; desde la negación de otros a su sexualidad, hasta sus prácticas y temores cotidianos.

Para cumplir tal objetivo es necesario desarrollar en primera instancia lo que ha de considerarse como sexualidad, la importancia

de ésta en nuestro contexto mexicano y su relación con la educación en general. Así mismo debe ubicarse lo que engloba el concepto de retardo en el desarrollo, la importancia de la sexualidad y su educación para aquellas personas que caigan dentro de la caracterización de dicho concepto, y por último, es necesario retomar algunas investigaciones que al respecto se han elaborado como marco teórico que sustente la aplicación del programa mencionado.

" Quienes refutan las virtudes del sexo seguro quizá no se han permitido, por prejuicios o sentimientos erotofóbicos, una invitación a que en alguna ocasión se dejen sentir ".

Castañeda, J.

## CAPITULO 1. EL CONCEPTO DE SEXUALIDAD.

### 1.1 Sexo y sexualidad.

Para desarrollar el concepto de sexualidad, antes habría que plantearse la pregunta ¿ existe una sexualidad única o normal ?.

Autores como Katchadourian en 1983, plantean que para hacer un análisis de la conducta sexual es necesario saber qué es lo normal, lo sano y lo moral. Sin embargo, al tratar de reconocer qué es lo normal o si existe una sexualidad única, se entra en un plano del todo subjetivo y que está condicionado por el lenguaje y la apreciación que el ser humano hace con respecto al mundo en el que vive y a las circunstancias y condiciones que le rodean.

Así, no podríamos afirmar que existe una sexualidad única o normal sin atender contra la formación en sociedades diferentes a la nuestra; lo normal en sexualidad es relativo y cambiante al marco referencial, cultural, geográfico e histórico (Wilson, 1977).

La sexualidad humana será, tal vez a pesar de lo que se diga en estas páginas un misterio propio en el que únicamente la decisión última será de quien la esté viviendo y en el momento en que ésto ocurra. Los intentos, como el que trataremos de desarrollar, solamente develarán areas y definiciones parciales que tendrán como fin introducirnos a un campo dentro de límites definidos, pero de ninguna manera agotados.

Se ha abordado el concepto de sexualidad en forma objetiva a partir de los años sesentas; desde esta década ha existido una extensa producción de material sobre este tópico, pero pocos han sido los que lo han investigado científicamente y que además hayan publicado sus descubrimientos tal como lo hicieron Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1948 - 1953); Masters y Johnson (1966), Comfort (1970), Hite (1976), Pietropinto y Simenauer (1977), en: Flores (1984); Kollé (1978); Monroy (1981). Algunos de estos autores consideran de mayor importancia el factor biológico, tal como Kollé (op. cit.) para quien "la sexualidad es una necesidad biológica consecuencia de determinados procesos bioquímicos del organismo en el que la meta es la imperiosa necesidad física de liberar una tensión orgánica".

Poco a poco se han ido integrando otros factores a la definición de sexualidad, es decir, se consideró que en sus orígenes fundamentales biológicos "la sexualidad es una reacción a todo estímulo suficientemente poderoso, siendo resultado de una reacción fisiológica y de una situación psicológica" (Kinsey,

Pomeroy, Martin y Gebhard, op. cit.).

Posteriormente, además del aspecto psicológico, se incluyó el aspecto social, lo que llevó a los autores a una diferenciación entre sexo y sexualidad.

Se estableció al sexo como "el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencian a los seres humanos en hombres y mujeres con miras a la reproducción", Se catalogó el sexo biológico como aquél que se produce al unirse el óvulo y el espermatozoide para formar la nueva célula, cada uno aportando un cromosoma sexual. De la combinación de ambos puede resultar el sexo cromosómico femenino (XX) ó el sexo cromosómico masculino (XY). La diferencia gonadal que determina la formación de testículos o de ovarios se denominó como <sup>Considien do</sup> <sup>Considerando</sup> sexo genital (Wilson, 1977).

Por otra parte <sup>Mientras</sup> <sup>ya</sup> la sexualidad se ha descrito como la integración de las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten ser parte y vivenciar el entorno desde la perspectiva de un ser hombre o un ser mujer. Al respecto Monroy (1977) considera que para que exista esta integridad debe coincidir el sexo biológico (ya descrito) con el sexo social (registro, nombre, tipo de ropa, etc.) y el sexo psicológico (éste se da a partir del establecimiento del sexo social cuando se moldea la conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o de tipo maculino).

La sexualidad es evolutiva, pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto a partir de sus transformaciones: llega a tocar

el centro de la persona y se difunde y proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo de la persona.

Toda persona tiene tres responsabilidades en potencia que debe llevar a cabo para poder integrar su sexualidad:

- 1.- darse cuenta de la forma de expresión de su propia sexualidad
- 2.- aceptarla y sentirse cómodo con ella
- 3.- expresarla de un modo responsable, libre y respetuoso.

ASÍ  
La sexualidad es una conducta que va a modificarse según los modos de vinculación y las pautas culturales de la sociedad en que se desarrolla el individuo (Wilson, op. cit.).

de tal forma que  
La sexualidad <sup>x lo que</sup> recibe influencias sociales, económicas y culturales, mismas que moldean la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación con el medio ambiente y con nosotros mismos, por lo que son de gran importancia los factores externos que influyen en la formación de la sexualidad como son: los estereotipos culturales, los estereotipos de género y los esquemas de género.

Si es una forma  
{ En los primeros años de vida el individuo aprende generalmente a través de sus padres los convencionalismos, las normas y los valores de su sociedad con respecto a su expresión sexual; originalmente el niño actúa libremente pero las relaciones contingenciales van moldeando su comportamiento, aprende entre otras cosas lo que debe hacer y debe dejar de hacer, lo que es bueno y malo. <sup>avanzado</sup> Muchas veces, ésto lo aprenden de manera inadecuada,

creando sentimientos de culpa o temores por ser descubiertos al comportarse sexualmente de tal manera, estas relaciones determinan el comportamiento sexual de un individuo (Flores, 1984).

La actividad sexual es una función de la sexualidad, no es algo que hacemos separado de nosotros mismos, no debería ser un objetivo a alcanzar, por el contrario, debería ser parte integral del ser humano.

La realidad es que nos encontramos ante la imposibilidad de un concepto único y general de sexualidad normal, por lo que solamente nos es posible establecer normas de comportamiento en base a la última definición de ésta (Monroy, 1977), de la misma forma que el mundo civilizado lo ha hecho condicionando lo hasta ahora indefinido en su totalidad. No existe unanimidad de criterios exclusivos para la sociedad occidental por lo que es importante ubicar dicha definición de sexualidad dentro de nuestro contexto latinoamericano y más específicamente mexicano.

## **1.2 La sexualidad en nuestra cultura.**

Dado que la sexualidad está influenciada por diversos factores, en su dimensión social, dichos factores incluirían pautas culturales tales como los juicios éticos y morales, las normas religiosas y las tradiciones principalmente.

Comúnmente al hablar de sexualidad, ya sea dentro de nuestra sociedad mexicana o de cualquier otra nos topamos con una negación

implícita, ya que la mayoría de las personas estarán en desacuerdo en tratar el tema de manera abierta, algunas veces <sup>ya sea</sup> por sus creencias religiosas, <sup>o</sup> otras por su separación entre lo bueno y lo malo, y en general por lo que han aprendido socialmente a través de su cultura. Pomeroy (1986) señala que por un largo período, el tema de la sexualidad no fué ni cuestionado y mucho menos planteado de manera pública. Todo lo relacionado con este tema solamente era aceptado cuando se trataba de su estudio en forma científica y más especialmente cuando se abordaba en forma médica; sin embargo, aún en estos estudios era apreciable el temor y la poca convicción por considerarlos como una cuestión pecaminosa que pudiera atentar contra el pudor de las personas.

Así mismo, la sexualidad ha recibido un tratamiento represivo y ha sido utilizada como medio de control, generando una mayor cantidad de <sup>innovancia</sup> conflictos y provocando mitos, así como temores infundados. El proceso de socialización es de particular importancia en este hecho, se moldean, según el tipo de sociedad, los patrones y actitudes que definirán el comportamiento sexual.

En este sentido Giraldo (1985) clasifica a las culturas como restrictivas, semirestrictivas y permisivas. El grado de desarrollo de una cultura no está directamente relacionado con sus actitudes acerca de la sexualidad. Nuestra cultura podría clasificarse dentro de las de tipo restrictivo, en la que se prohíbe a los niños toda acción sexual, muchas veces se les amenaza con castigos relacionados con la cultura religiosa de los padres (por ejemplo, con la amenaza del infierno) o con castigos físicos y privaciones.



"A pesar de que en la actualidad se habla mucho sobre sexo en los libros, películas, televisión y conversaciones entre la gente, no existe algo a lo que puedan recurrir las personas para obtener respuesta a sus dudas específicas sobre el sexo" (Pomeroy, op.cit.). Además aunque actualmente existen libros y fuentes realizados por profesionales, generalmente la población común no recurre a ellos, por el contrario toma su información de las lecturas que ofrecen los puestos de revistas y tiendas de autoservicio. Por ello se observa que las discusiones realistas sobre aspectos de la sexualidad aún no llegan a tener cabida en las familias o en las escuelas, lo cual indudablemente contribuye a la formación de una sexualidad inadecuada y prejuiciada. Y sin embargo, tal como lo señala Cruz (1986) la gente tiene sexualidad; se comporta sexualmente, comete errores dentro de este campo y tiene problemas por falta de información y formación. *educar*

En la sociedad occidental y particularmente en la latinoamericana se considera que la sexualidad es un asunto absolutamente privado y se tacha de inmoral, indecente, etc., a quien haga manifestación pública de su sexualidad. No obstante, la inmoralidad o las reacciones de vergüenza están condicionadas a sitios o circunstancias accidentales; el bikini no es indecente en la playa, pero sí, en el parque (Giraldo, 1985).

El establecimiento de papeles genéricos o roles sexuales estereotipados que determinan que hombres y mujeres se comporten de una forma ya establecida, es también un aporte cultural. En

nuestra sociedad este establecimiento sucede no porque las conductas estén genéticamente determinadas sino porque desde su nacimiento, el infante es cargado, besado, acariciado, nombrado, vestido, reprendido, etc., en concordancia con el sexo al que pertenece. Se ha observado incluso, que aún profesionales de la salud cargan de forma diferente a una niña que a un niño; también que la gente asigna características supuestamente "masculinas" o "femeninas" a las criaturas, que en realidad dependen del color de ropa que lleve el infante (Delfín, 1990).

Tradicionalmente se considera que niños y niñas deben comportarse de manera diferente, por lo que supuestamente existirían características exclusivas tanto para hombres como para mujeres. Una misma conducta se califica de distinta manera dependiendo de si la realiza un varón o una mujer, por ejemplo, cuando un ser humano se comporta en forma desenvuelta, si es niña se dice que es grosera, en cambio, si es niño se dice que es seguro de sí mismo (Delfín, 1991). Dado lo antes mencionado resulta fácil comprender el porqué nos comportamos de la forma en que lo hacemos. En esta sociedad se enfatiza que la gente debe nacer, crecer, reproducirse y morir siendo los extremos lo más fácil de conseguir, mientras que la reproducción quizás sea lo más difícil debido a lo que implica.

En 1983, Cuevas realizó un estudio sobre el conocimiento sexual, actitudes hacia la sexualidad en universitarios mexicanos,

obtenidos por un muestreo aleatorio. Encontró en cuanto al primer tema, que en general la población estudiantil tenía una deficiente información sexual y que las fuentes de dicha información eran en su mayoría no académicas, como los amigos o el grupo; los que se referían a fuentes como la escuela o alguna bibliografía no podían cuantificar la calidad de la enseñanza ni del tipo de información. Las actitudes hacia la sexualidad predominantes entre la mayoría de ambos sexos fueron moderadas, pero con una tendencia hacia lo liberal. Una observación interesante fué que solo una tercera parte de los hombres manifestaron actitudes liberales hacia la masturbación y el coito premarital. Mientras que estas conductas ocurrían con niveles de más del 90% para la primera y más del 70% para la segunda. La misma discrepancia se observó en las mujeres. Los resultados encontrados son el reflejo de una cultura sexualmente restringida lo cual se corrobora por los sentimientos negativos o ambiguos expresados por haber practicado el coito premarital. En lo que se refiere a conducta sexual fué notoria la discrepancia entre las prácticas sexuales de los sujetos de ambos sexos, que contrasta con los patrones sexuales cada vez más cercanos entre sí de hombres y mujeres tanto de Estados Unidos como de Europa. Fué evidente la vigencia de " la doble moral " que fomenta la pericia sexual en el hombre y no así en la mujer. Así como en las preferencias por el tipo de pareja que se elegiría para el coito o para el matrimonio. La mayoría de las mujeres preferieron para ambos casos al hombre experimentado, mientras que en los hombres se reflejó una actitud machista al buscar la futura

esposa inexperta y por el contrario, preferían a la mujer experimentada para el coito premarital. Una manifestación conductual de la deficiente educación sexual de la población fueron los hábitos de control, en su mayoría deficientes, de la natalidad. La ocurrencia del coito con prostitutas fué elevada superando lo reportado por literatura extranjera. Por el contrario las prácticas homosexuales fueron mucho menores a los hallazgos de ésta. El factor religioso se encontró ampliamente relacionado con las conductas sexuales menos permisivas y las actitudes más conservadoras. Esta relación se daba como consecuencia del cumplimiento de las normas religiosas y no de la frecuencia de asistir a misa.

Históricamente han existido diferentes normas o comportamientos que se consideran válidos en el area sexual, en la actualidad a pesar de encontrarnos en un momento donde la tecnología y los avances de la ciencia han hecho maravillas y donde se busca la recuperación de los llamados derechos humanos, el derecho a la sexualidad sigue siendo un tema tabú y la conducta erótica se limita a la heterosexualidad, la monogamia, la fidelidad y la familia nuclear, sin contar con el hecho de que cada ser humano debería tener la opción y la libertad de vivenciar, realizarse y estar satisfecho, en cuanto a lo que és y lo que desea ser (Castañeda, 1991).

Aunque debieramos estar asistiendo al desarrollo de un nuevo tipo de sexualidad, integrada y que no busque meramente los fines utilitarios de la reproducción, nuestra sociedad, aún no reconoce

Conclusión

la importancia de los conceptos de " elección personal " y " tolerancia con la experimentación ", sigue aferrándose a patrones sexuales tradicionales que le han orillado al encubrimiento de otras formas de vida sexual, que aunque ocurren no son reconocidas como tales, obteniéndose seres cargados de culpas o estigmatizados por romper con mitos y tabúes que no ofrecen el desarrollo de todas sus potencialidades.

Partiendo del hecho de que la tolerancia y la elección personal se lleven a cabo siempre sin provocar un perjuicio al otro, es notoria la necesidad de implementar una educación sexual que abarque al ser humano como entidad integral. *Educat. Sex.*

### 1.3 Educación de la sexualidad.

La sexología como ciencia con métodos propios y con un carácter transdisciplinario surge en 1886 con la publicación del libro " Psicopatía sexual " de Richard Von Krafft Ebing; casi todas las publicaciones de esta época siguieron produciéndose en Alemania y es a partir de las investigaciones de Alfred C. Kinsey que la sexología comienza a ser tomada en cuenta en América, entre los años treinta y cincuenta (Delfín, 1990).

En nuestro país, el maestro Narciso Bassols fué el primero en proponer que se impartiera educación sexual desde la escuela primaria, hecho obstaculizado por grupos conservadores a principios de los años cuarenta. Después de la reunión del Club Roma en Bucarest, se manifestó una gran preocupación por parte de los

países desarrollados, debido a la alta tasa de sobre población de los países tercermundistas y de la escasez en la producción de alimentos; por ello a principios de los setenta se propuso brindar apoyo total en cuanto a la enseñanza de métodos anticonceptivos en los países no industrializados. Para obtener mejores resultados fué necesario llevar a cabo una apertura, de modo que algunos aspectos de la sexualidad se trataran en los libros de texto. La información excluía todos los factores psicológicos y sociales, centrándose únicamente en el aspecto reproductor, por lo que difícilmente se podría hablar de educación de la sexualidad (op. cit.).

También en la década de los setenta se crea el Consejo Nacional de Población, conjuntándose profesionistas de diversas especialidades para esbozar las líneas de la educación sexual a nivel nacional, después de lo cual se formaron diversos grupos que vieron sus esfuerzos culminados en 1979 con el IV Congreso Mundial de Sexología que se celebró en la ciudad de México (op. cit.).

Sin embargo, al observar el panorama sociocultural descrito en el apartado anterior, es posible corroborar que aún no se ha logrado impartir dentro de las aulas una educación que contemple la sexualidad en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social; sin que por ello las personas dejen de aprender patrones que les remiten hacia la proyección de una sexualidad muchas veces malograda, mitificada e insatisfactoria. Por ello se plantea la necesidad de una educación de la sexualidad que se base en el derecho a una información completa y en el fortalecimiento de la responsabilidad individual (Cruz, 1986).

*citado*

Al respecto Wilson (1977) señala que: " las diferentes posturas de la teoría del desarrollo psicosexual coinciden en que tanto las influencias inherentes a su equipo biológico, como las externas del medio ambiente que lo rodean, van encauzando y moldeando la sexualidad del individuo y el resultado de todo ello es una serie de conceptos, actitudes y conductas sexuales que formadas en su vida infantil se manifiestan en la adolescencia, la etapa adulta y senil. Si la formación de la sexualidad comienza con el nacimiento, a este proceso paulatino, continuo e ineludible se le denomina educación de la sexualidad ". Dicha educación puede ser de dos tipos, formal e informal.

Por educación informal se entiende el proceso a través del cual se enseña y aprende acerca del sexo y la sexualidad, sin que éste sea planeado o dirigido en forma consciente (sin darse cuenta), por ejemplo, la información que se deriva de las actitudes diarias y de cómo los adultos ven y viven la propia sexualidad y la de los que los rodean.

La educación (formal) es la planeación de los procesos de aprendizaje directa e indirectamente, relacionados con el patrón de conducta, experiencias sexuales y el sistema de valores que se refiere a la sexualidad, clases, pláticas, conferencias, libros, películas con información sexual dirigida y sistematizada.

Es por ello que algunos autores como Pomeroy (1969) plantean que para una educación sexual completa debe tenerse en cuenta la claridad, la superación de los tabúes, mitos, la investigación de

*citado*

las actitudes de los infantes y por último que ésta comience poco después del nacimiento, para que las influencias de la comunidad en la que se desarrolle una persona no sean el único medio de aprendizaje ni la única vía de expresión.

La educación sexual debe incluir una actitud positiva y tolerante para todas las eventualidades en el desarrollo de la conducta sexual, por ello la información no debe limitarse a los aspectos anatómicos, fisiológicos, ni al proceso de la reproducción; debe incluir todo lo que constituye la sexualidad desde el papel sensorial de ésta, es decir, la manera de recibir y de dar placer, hasta el papel de la sexualidad en el amor humano y en el vínculo de la pareja afectiva, que debería ser entendido antes de la pubertad (Giraldo, 1985).

Desafortunadamente en la actualidad, el colegio y la universidad sustituyen en gran parte la educación que deberían dar los padres, quienes por ignorancia o por temor muchas veces eluden esta responsabilidad. La educación sexual debe incluir a los padres y a los adultos en general para hacer posible una mayor eficiencia en la transmisión de este tipo de conocimientos a los niños. Gran parte de la " educación " sexual del hombre en nuestra cultura le llega a través de los medios de comunicación social. Su influencia es, con mucha frecuencia, muy superior a la de la familia y a la de la escuela. El mensaje de los medios de comunicación suele ser, sin embargo, muy ambiguo en cuanto a la sexualidad y muy rígido en



cuanto a los problemas sexuales. El sexo se ignora y se le clasifica como " solo para adultos ", los personajes generalmente son asexuales (aunque algunas veces aparezcan con " sex appeal ") el cuerpo siempre debe estar oculto bajo la ropa y los genitales no existen. En cambio, la violencia, el machismo, la pasividad femenina y los roles sexuales estereotipados, sí se proyectan a través de películas, comedias, dramas, etc. Es necesario aprender a analizar críticamente las imágenes de los medios de comunicación de tal forma que se incluya un cuestionamiento al origen de los valores y creencias sexuales y una actitud crítica a los estereotipos de estos roles, además, un acercamiento positivo al valor de la sexualidad y su relación con el cuerpo, los genitales y los procesos de reproducción y su control (op. cit.).

A pesar del desarrollo evolutivo de la sexualidad y de la trascendencia que ésta tiene para el desarrollo integral del ser humano, no se ha logrado implementar un programa nacional de educación sexual que contemple las diversas posibilidades que cada persona debería tener y mucho menos la garantía de que la tolerancia sea igual para todos. Deberíamos haber asumido hace tiempo ya, la responsabilidad propia de la sexualidad de cada uno y estar evolucionando hacia lo que podríamos llamar una sexualidad post - industrial.

Si analizamos el desarrollo del concepto de sexualidad dentro de un marco como el de nuestra cultura, con todas las objeciones

que podríamos plantear a la educación sexual que se recibe en ésta, nos damos cuenta del casi imposible enfrentamiento con la sexualidad de aquellos que no conforman la mayoría de nuestra sociedad, es decir, todas aquellas personas que llamamos diferentes o especiales, y que al hacerlo implícitamente las descalificamos debido a una incapacidad de tipo físico o mental que ellas posean.

"... la comida, la bebida,  
y la masturbación, resumen  
el sórdido paraíso de la  
soledad humana más profunda,  
que es la del subnormal".

Alfaro, E.

## **CAPITULO II. SEXUALIDAD Y RETARDO EN EL DESARROLLO.**

Al introducirnos en la relación que existe entre la sexualidad y el retardo, es importante definir lo que se entiende por este último y percatarse de la problemática que dicha relación genera, debido principalmente a las actitudes que los que formamos la sociedad tenemos ante ella.

### **II.1 La sexualidad en la persona con retardo en el desarrollo.**

El concepto de retardo cuando se aplica a los seres humanos se encuentra con la problemática de su definición; se ha optado por tomar polos opuestos frente a lo que se consideraba como el problema del retraso mental. Por un lado, se enfocaba desde el aspecto biomédico que retomaba como causa la presencia de cambios básicos en el cerebro. Por otra parte, el aspecto adaptativo sociocultural hacía énfasis en el funcionamiento social y en la adaptación a las normas ya establecidas. Estos dos aspectos en

forma separada, no parecen ser una alternativa para una definición concreta, y mucho menos para el diagnóstico y tratamiento de las 22 personas que se encuentran por debajo de la norma, ya sea en el aspecto cognitivo o en el aspecto conductual. Esto es demostrado por la falta de correlación que existe muchas veces entre el potencial intelectual, el daño anatómico funcional del sistema nervioso y el grado de privación en el que haya vivido el sujeto. Por ello, actualmente se prefiere un enfoque multidimensional que tome en cuenta los aspectos fisiológicos, psicológicos, médicos, educacionales y sociales de la conducta humana (Rubio, 1984).

Se ha desarrollado, el concepto de retardo en el desarrollo, que viene a sustituir términos como el de retraso mental, débil mental o deficiente, englobando este concepto factores biológicos, conductuales y sociales; tomando en cuenta que no siempre es del todo clara la forma en que estos elementos interactúan, por lo que es difícil especificar si alguno influye más que otro para la presentación del retardo. El retardo debe conceptualizarse como un problema funcional, definiéndolo como una desaceleración del desarrollo de un individuo comparado con la norma del grupo al que pertenece. El grado de retardo solo nos indica la diferencia en cuanto al desarrollo de los comportamientos afectados (Ribes, en: Galguera et.al., 1988).

Al hablar de retardo en el desarrollo y su naturaleza funcional se implica que lo fundamental es identificar los repertorios existentes, definir los repertorios terminales requeridos, identificar las variables ambientales, orgánicas y

cognitivas que puedan facilitar el desarrollo de repertorios y evaluar de manera permanente (op. cit.)<sup>1\*</sup>

\* Las personas con impedimentos o con retardo en el desarrollo forman un grupo muy heterogéneo, que puede dividirse para cuestiones prácticas en dos partes: los incapacitados físicamente, como ciegos, débiles visuales, hipoacúsicos, etc., que debido a su déficit presentan un retardo a lo largo de su desarrollo en diferentes áreas según sea su caso específico. Por otra parte, se encuentran las personas con retardo en el desarrollo debido a una incapacidad mental, quienes pueden presentar en forma conjunta déficits de tipo físico<sup>2\*</sup> (Cameron, 1976).

Aunque ambos grupos pueden ser ayudados para desarrollar sus funciones motoras, sensoriales, verbales, sociales, de autocuidado, etc., también esta ayuda puede darse en el área sexual. Pero debe estarse consciente de que debido a la diversidad de dichos grupos es mejor enfocarse a uno solo de ellos si se pretende incluir educación sexual en sus programas, ya que de otra manera tendrían que utilizarse diferentes técnicas que podrían incomodar o impacientar a la parte de la población a quienes no involucraran. El presente trabajo se enfocará únicamente a personas con retardo en el desarrollo que no posean incapacidades físicas que pudieran interferir con la adquisición de nuevas conductas en el área sexual.

\* Nasson en 1978, señala que la reproducción sexual es un proceso autodirigido por cualquier tipo de ser vivo, produciendo nuevos individuos de su propia especie. Es un medio natural de

perpetuación de la vida que liga pasado, presente y futuro. Esta capacidad se presenta universalmente en cualquier organismo y bajo diferentes formas. ]\*

\* En el caso de las personas con retardo este factor no varía, tal como se señalará posteriormente, <sup>esto</sup> la sexualidad es un hecho que viven al igual que cualquier otro ser humano desde el momento de nacer con órganos genitales que los diferencian como hombres o como mujeres. ]

[ En los últimos veinte años se han venido reconociendo diversos derechos de estas personas, pero aún hoy, el derecho a expresar su vida sexual, a gozar de los placeres del sexo y a experimentar cualquier otra sensación de naturaleza sexual con miras o no a la reproducción, ) no se ha reconocido. No puede sorprendernos que ésto haya ocurrido cuando nosotros mismos no hemos aceptado del todo la sexualidad como parte integral del comportamiento humano. † Falta un largo camino por recorrer para llegar a aceptar las libertades del individuo normal, y mucho más, para aceptar las de aquellos individuos que se apartan en algún modo de aquello que la sociedad considera " normal ". \* De hecho, no se trata tanto de que la sociedad tolere las diferentes formas de sexualidad, por el contrario los individuos deberían ser quienes las exigieran. En el caso del sujeto que transcurre toda su vida o una parte importante de ella dentro de instituciones o comunidades cerradas donde no se está autorizado para controlar sus propias experiencias y mucho menos se está para ejercer un libre ]\*

derecho a la sexualidad. <sup>(2001 27)</sup> Y sin embargo, es un hecho que los individuos con retardo en el desarrollo experimentan sentimientos sexuales, y si estamos dispuestos a considerar sus derechos en otros terrenos, no hay razón para negarles el derecho a manifestar sus propios sentimientos sexuales y a tener una vida sexual en la medida en que sean capaces (Deischer, 1976). ~~X~~

Morgenstern (1976) realizó una encuesta de tipo popular sobre las actitudes ante la sexualidad de las personas con retardo en el desarrollo, aunque se descubrió todo un espectro de posturas frente a esta población, la mayoría se podría clasificar dentro de tres categorías principales, las cuales definen a estas personas como: 1) un infrahumano, 2) un niño inocente y 3) una persona en desarrollo.

El infrahumano. Ocurre cuando las actitudes que se presentan afirman que los retrasados mentales están más próximos evolutivamente a los animales que a los seres humanos, que deberían permanecer reclusos en instituciones teniendo derechos y comodidades mínimas. Esta actitud trata de ignorar la existencia de las personas con retardo y por ello la cuestión de su sexualidad no tiene cabida en la consciencia de quienes la asumen.

El niño inocente. Las actitudes de este grupo reflejan la idea de que los retrasados son niños eternos; algunas personas religiosas ven en ellos la imagen del santo inocente o del niño elegido por Dios. Son en esencia actitudes paternalistas revestidas de compensación y de las que se espera que ellos estén agradecidos y conformes. Esta actitud deshumaniza a estas personas, generando

su pasividad, incluso en el terreno sexual en el que se espera que venza la inocencia.]

La persona en desarrollo. Se piensa que la persona con retardo posee habilidades para mejorar e integrarse a la comunidad. Las personas que poseen esta actitud solicitan plenos derechos para los retardados en todos los aspectos de su vida, incluso en el sexual; pero un análisis más profundo revela que la práctica de muchos profesionales y padres no corresponde con su postura teórica, siendo el mayor problema el separar la actitud sexual del matrimonio y la procreación. Cuando se les concede a los subnormales el derecho de su sexualidad se pretende que se sientan obligados a regirse por los convencionalismos y costumbres tradicionales. De modo que la libertad sexual que nuestra sociedad ostenta está prohibida a los retardados.

Asociadas a las dos primeras actitudes, la comunidad en ocasiones pretende que las personas con retardo en el desarrollo sean seres hipersexuales, es decir, que no tienen un control de sus impulsos y que presentan un alto porcentaje de " mal comportamiento sexual ", por lo que generalmente se recomienda la institucionalización del paciente (Baroff, 1974). Otra actitud es la de considerarlos seres asexuales, eternamente inocentes a quienes incluso dañaría recibir una educación sexual.] Autores como Delfín (1990); Brenton y Copeland (1976), señalan que en realidad estas personas no son hipersexuales ni asexuales; algunas actitudes de ellos pudieran confirmar tal afirmación, aunque se trataría de individuos cuya educación se limita a la proporcionada por sus

Señalar  
por otro  
lado

consideran

o bien

7.



padres o tutores, generalmente en ambientes incultos carentes de bases sobre educación especial.

Dentro de un amplio margen tal como lo señalan Morgenstern (1976); Scally (1976); Brenton (1976); Delfín (1990) y Patton et.al. (1990), se considera que el desarrollo sexual, por lo menos desde el punto de vista fisiológico ocurre de manera similar al desarrollo psicosexual de las personas " normales ". La posible diferencia estriba más en el aspecto cognitivo, y por ende, en el psicológico debido a la falta de información y al trato especial por parte de los padres. Alfaro (1989) señala con relación a este aspecto que la diferencia comienza en el cómo de asumir el estímulo y en la conducta que éste desencadene, y no el estímulo sexual ni en la respuesta a ese estímulo. Si dos adolescentes varones, uno de inteligencia normal y otro deficiente de grado medio, contemplan las piernas de una muchacha, ambos se sentirán estimulados en igual medida. El primero se limitará a fantasear sobre el resto que cubre la falda y el deficiente levantará la ropa mientras sonríe con naturalidad. Paradójicamente el adolescente normal continuará con alevosía desnudando con la imaginación a la chica, pero ateniéndose a las normas sociales. El deficiente procederá sin malicia pues al gustarle lo que ve quiere verlo todo, sin embargo, su comportamiento se calificará como una agresión sexual.

Eisenring, en 1980, encontró que en el aspecto fisiológico podría hablarse de una diferenciación en cuanto al desarrollo sexual normal cuando el retardo sea producto del síndrome de Down, ya que en la mayor parte de los testículos del adulto no existe

tejido espermatogénico y en el caso de las mujeres, los ovarios se encuentran subdesarrollados; aunque cabe señalar que el aspecto externo será normal.

Independientemente de si la sexualidad de la persona con retardo se desarrolla igual o no a la de las personas comunes es necesario tal como lo señalan Craft y Craft (1979) darse cuenta de que al momento de nacer pertenecen ya a un sexo determinado y que como tales recibirán una educación (aunque ésta sea limitada) y un trato que vaya de acuerdo con su rol genérico, por ello, al igual que los demás tienen la necesidad de incluirse en el campo afectivo y sexual. Además si se toma en cuenta que es un ser humano, deberá contar con todos los derechos incluyendo el de expresar su sexualidad (Mayagoitia, 1976).

Aunque en nuestro trabajo no se considerará el grupo de personas con retardo profundo ni limítrofes, es necesario enfatizar que al existir diferentes grados de retardo existen diferentes grados en que estas personas expresan su sexualidad. Al respecto Zubillaga (1985) caracteriza a estas personas de acuerdo a sus manifestaciones sexuales en seis grupos:

- 1.- " Personas que no necesitan la proximidad de nadie, más bien la rechazan activamente. Ignoran sus genitales.
- 2.- Personas que pasan la mayor parte del tiempo aisladas. Producen movimientos estereotipados sobre sus genitales, con erección sin masturbación.
- 3.- Personas que tienden a acercarse a otras para tomarlas de la mano, besarles la mejilla o tocar los pechos de las mujeres.

4.- Personas que se masturban en cualquier situación.

5.- Personas que manifiestan una predilección por sentarse junto a otras del sexo opuesto, ponerles la mano sobre el hombro, acariciarles la mejilla o el pelo, apoyar la cabeza en la compañera..., todo con erección peneana. Y

6.- Personas que presentan interés por personas del propio sexo, con ceremoniales casi obsesivos y que pueden besar a su pareja, ponerles la mano en los muslos, tumbarse con ella ..., todo con erección peneana".

Las manifestaciones sexuales de las personas con retardo en el desarrollo como lo presenta la clasificación anterior, constituyen un acercamiento a la " normalidad " demostrada a pesar de la prohibición y de la falta de preparación adecuada. Gebhard (1971) efectuó un estudio comparativo en la Unión Americana, donde el grupo problema estaba compuesto por personas con retardo y el grupo control por personas sin retardo. Encontró que en algunos aspectos importantes de la sexualidad no había diferencias significativas entre ambos (Ver tabla II.1).

Tabla II.1: Datos comparativos entre sujetos con retardo (Gpo. P.) y no retardo (Gpo. C.) de algunas actividades sexuales.

Actividad sexual	Gpo. P.	Gpo. C.
Masturbación postpuberal	94 %	93 %
Actividad homosexual	50 %	41 %
Coito heterosexual prepuberal	65 %	38 %
Toque de genitales heterosexual	71 %	72 %
Coito heterosexual postpuberal	61 %	41 %

El estudio anterior y la evidencia ya revisada permiten observar que <sup>estás</sup> la sexualidad en las personas con retardo en el desarrollo existe <sup>aunque</sup> y es un campo de acción poco abordado en la práctica debido quizás a las actitudes <sup>de</sup> ya citadas y al poco conocimiento relacionado con este tema, además del desconocimiento general sobre factores fundamentales como lo que implica la satisfacción sexual, el cómo poder inhibir o estimular respuestas sexuales, los elementos que intervienen en la erección del hombre y en la vasocongestión de la mujer, las cuestiones hormonales y nerviosas que determinan la gratificación sexual, etc. Lomb

Si pudieramos resolver las dudas comunes en cuanto a la sexualidad estaríamos en mejores condiciones de comprender la capacidad sexual de nuestro grupo de interés a fin de que pudiesen satisfacer su propia identidad sexual de manera convincente para ellos y para la sociedad en que viven (Whalen y Whalen, 1976).

## **II.2 Actitudes y problemática generada ante la expresión sexual de las personas con retardo en el desarrollo.**

Si partimos del postulado de que las personas con retardo en el desarrollo son seres humanos y que como tales tienen el derecho a la expresión de su sexualidad. Y después del análisis presentado en el inciso anterior, creemos que no son seres con impulsos sexuales desmedidos y mucho menos entes sin sexualidad, entonces

deberíamos presentar una mayor disponibilidad en cuanto a las libertades sexuales de la humanidad entera sin discriminar en grupos minoritarios como el que ahora nos atañe.

La transformación que ha intentado llevar a cabo la sociedad sobre la moralidad en el área sexual y que ha pretendido una tendencia hacia la libertad, si se somete a un análisis estricto se observa que en realidad aún permanecen suposiciones arcaicas que aunque no se expresan abiertamente e incluso se nieguen, se llevan a cabo en forma práctica. Es por ello que las actitudes de padres, educadores y de la comunidad en general ante la sexualidad de las personas con retardo no ha podido ser unificada ni tolerante.

a) Actitudes de los padres.

Desde que nace un niño con retardo es objeto de un trato especial por parte de sus padres y hermanos que cambia su proceso adaptativo. Generalmente es un miembro de la familia del que no se habla, al que se repudia y muchas veces no se reconoce. Este niño transforma violentamente las expectativas de los padres, ya que no cumplirá con las exigencias familiares y sociales a las que debería adaptarse (D.G.E.E., 1985).

El medio social no solamente no ha sabido aportar la ayuda necesaria, sino que ha creado una comunidad en la que los padres se sienten rechazados y en cierto modo responsables de haber creado un nuevo problema social. Los padres también son víctimas del temor

de quienes los rodean y frecuentemente son tratados en forma hostil y a veces cruel. { Cuando los padres se enfrentan a la problemática del comportamiento sexual de sus hijos, esta situación se agrava al ser frustrante debido a la carencia de apoyo enb todos los sentidos, incluyendo el profesional. } Muy a menudo son rechazados por el doctor de la familia, la enfermera, el sacerdote y la trabajadora social, indicándoles que la mejor solución es la institucionalización (Blue, 1974).

¿ Cómo responden los padres a los movimientos actuales que intentan defender los derechos de los retardados ?. Muchos son, indudablemente los que han contribuido a crear condiciones para la legitimización de esos derechos. Pero hay otros que siguen atrapados por un sentimiento de ser estigmatizados o de vergüenza y en unas normas de reacción psicológica que han contribuido a hacer posible lo que es ya intolerable. A veces ésto ocurre porque se involucran factores personales que reflejan conflictos propios con respecto a la sexualidad que no han sido resueltos; otras, una ausencia de conocimientos y la inquietud de tocar estos temas con otras personas o con el propio hijo. Algunos más se encuentran atados por actitudes sociales y religiosas muy estrictas en cuanto a conducta sexual y otros temen la imagen negativa que existe hacia el retraso mental y la sexualidad (Goodman, 1976).

Baroff <sup>\* Pano</sup> (1974), evaluó a los padres de 15 adolescentes retardados, en materia de educación sexual, obteniendo que 11 de los adolescentes habían expresado sus deseos de casarse y tener hijos; los padres reportan en cuanto a ésto una gran ansiedad,

6-1  
Fadac

X10

no

además del miedo común en estos casos a un abuso sexual. También se detectó que algunos padres veían a sus hijos como seres asexuales y solo uno declaró que la masturbación era un hecho normal. Estos datos apoyan las afirmaciones anteriores en cuanto a la diversidad de criterios generalmente poco fundamentados de los padres hacia la sexualidad de su hijo con retardo.

Otras investigaciones de padres en el mismo caso, muestran concordancia con los anterior resaltando la angustia que presenta la mayoría en relación con los peligros imaginarios o reales con que se han de enfrentar sus hijos. Hay muchos padres que no han querido esforzarse por tratar cuestiones sexuales con sus hijos ni han creado un enfoque práctico acerca del desarrollo psicosexual de éstos. Existen diversas reacciones frente a este desarrollo, en familias relativamente bien adaptadas puede escucharse la aceptación del derecho del hijo a una vida sexual natural, a una distención física, así como a una intimidad emotiva (Rubio, 1984; Goodman, 1976; Attard, 1988).

([Algunas respuestas de los padres entrañan lo que podríamos llamar desexualización del individuo con retardo en el desarrollo, argumentando que no es más que un niño, sin necesidades físicas y a quien no le preocupan las cuestiones sexuales; hablar de ello no haría sino despertar ideas que aún no posee y por ende es mejor dejarlo en su estado de inocencia])  
(op.cit.).

También se presentan respuestas extremadamente sexualizadas en las que los padres reflejan sus propios conflictos, que pueden

provocar hasta situaciones patológicas en las que en forma encubierta se permite al hijo con retardo fomentar sus fantasías sexuales para posteriormente castigarlo por su comportamiento inaceptable (Andrade y Benavides, aún sin publicar).

Los padres asumen en general tres actitudes, la de sobreprotección, la de aceptación y la de rechazo. En la primera, el niño es objeto de una atención exajerada que provoca en él una pasividad, al negarle la posibilidad de enfrentarse contradicciones y conflictos generados por su acción, impidiéndole su desarrollo general y el aprovechamiento de todas sus potencialidades. El rechazo se caracteriza por segregar al hijo con retardo, escondiéndolo de críticas y evitando el estigma familiar. En cualquiera de estos casos no se reconoce a una persona autónoma con derechos, incluido el de la expresión de su sexualidad, la cual sería la postura de aceptación que tan escazamente se presenta (Gómez y Rodríguez, 1985).

Con el fin de analizar las preocupaciones más comunes de los padres y que provocan esa angustia de la que ya se ha hablado, se han elaborado entrevistas a partir de los años setenta; una vez conocida la problemática podrá intervenir para modificar algunas de las actitudes ya citadas que dañan tanto al hijo como a los padres, sin descartar la sociedad quien es evidentemente la que apoya las condiciones para que se den estas actitudes tan descalificadoras.

Según Turner (1970), los padres entrevistados por él, consideraban que el mayor problema de su hijo con retardo lo



constituía la masturbación excesiva. Goodman, Budner y Lesh, (1971) concluyeron que los padres se acercaban poco a sus hijos para hablarles de cuestiones sexuales debido, además de su ansiedad, a la falta de información y preparación. Fischer y Krajicek (1974) por su parte describen como las mayores preocupaciones de los padres, un posible abuso sexual, la homosexualidad en el caso de los varones y la masturbación. ]

Es claro, que es sobre todo la falta de información (que desafortunadamente no solo se da en los padres sino también en los profesionales) la causa de estos temores que desencadenan en las relaciones, actitudes desfavorables. Sin embargo, aunque generalmente los temores son infundados y algunas de las medidas tomadas excesivamente restrictivas, no podemos restar importancia a las preocupaciones de los padres ni negar la realidad de sus miedos. Tampoco podemos imponer sin más nuestros sentimientos, pero sí podemos interpelar y crear dudas que lleven a los padres a un cuestionamiento que los invite a ir más allá de sus inclinaciones personales y sociales, deseando compartir puntos de vista o recibir más información que fructifique en una mejor relación con sus hijos. ]\*

b) Actitudes de las personas encargadas de la educación de los individuos con retardo en el desarrollo.

*J. M. Embardos*  
6/3/ Los padres no son los únicos que se encuentran disconformes con la sexualidad de las personas con retardo. También existe una falta de acuerdo considerable entre el personal encargado de la

educación de éstos (Hall, 1978; Mulhern, 1975). La institución se ve limitada no solo por la responsabilidad legal, ética y social, sino por la reacción pública y el retiro de subvenciones (Greengross, 1976).

Autores como Deisher (1976) señalan que las políticas y principios que deberían regular el aspecto sexual dentro de las escuelas e instituciones no son claros en cuanto a lo que es permisible y por ello las actitudes del personal se basan únicamente en sus ideas y juicios. Carruth (1976), Andrade y Benavides (no publicado) agregan que por lo que parece se niega que las personas con retardo experimentan deseos sexuales tan variados e intensos como los demás, se les niega también la oportunidad de entablar relaciones de tipo sexual y gran parte de la información a este respecto. Al parecer han empezado a plantearse estos cuestionamientos en el personal de instituciones y escuelas, lo cual podría ser un cambio para el futuro de los derechos a la sexualidad de las personas con retardo.

A partir de los años setenta se han realizado diferentes estudios con el fin de valorar las actitudes del personal de los centros de atención a personas con retardo, éstas generalmente han consistido en cuestionarios y entrevistas a sujetos elegidos al azar y con diferentes grados académicos. Los datos que reportan, muestran opiniones inconsistentes en cuanto a la sexualidad de los pacientes; por un lado, aunque se habla de cierta permisividad (a partir de los años ochentas), también se encuentran respuestas ambivalentes y conservadoras, sobre todo en cuanto a tópicos tan

con  
o.  
est.

controversiales como el aborto, la esterilización y la homosexualidad (Aizpurua, 1985; Johnson y Davies, 1989; Chapman y Pitceathly, 1985). IZT.

Por otro lado, algunas propuestas incluyen un entrenamiento al personal de modo que se promuevan los derechos humanos de los retardados, así como el incremento en el conocimiento de este tema, obteniéndose posteriormente un cambio favorable en las actitudes (Brantingler, 1983; Sumarah, Maksym y Gudge, 1988).

Las conclusiones de estos estudios serían:

- que las reglas de educación sexual, en su mayoría son no escritas, quedando a criterio de los encargados en escuelas e instituciones de educación especial,
- estos criterios se basan primordialmente en la actitud que tengan estas personas ante la sexualidad en general y sus conflictos propios,
- los juicios respecto a la sexualidad dependerán en gran parte del nivel social, académico, edad y ocupación de quienes pretendan educarlo,
- la diversidad de opiniones respecto a la expresión sexual de las personas con retardo no permiten la unificación de un solo criterio para establecerlo como norma, y
- las reglas que pudieran otorgar mayor libertad dentro de las escuela y las instituciones no son independientes de la comunidad en la que se encuentran, y por ello, es difícil llevarlas a cabo.

c) Actitudes de la comunidad.

En las actitudes públicas frente a la sexualidad de los retardados se encuentra que un gran número de estas personas se han pasado la vida en instituciones o escondidos en casa por el miedo de los padres a las actitudes de la comunidad. Esta generalmente es la encargada de enfrentar al sujeto con todas sus incapacidades tachándolo de incapaz, loco o tonto; influyendo en la concepción que tendrá de sí mismo y de los demás. El rol de la persona con retardo en el desarrollo dentro de su comunidad es uno de los más estereotipados. Es mantenido a distancia de los otros niños; considerándolo como el "burro" se le niegan posibilidades de participación y temido como el "peligroso" por que es "incapaz de controlar sus impulsos" se coartan sus relaciones sociales; la comunidad lo estigmatiza, lo agrede y lo aísla (Edgerton, 1976; D.G.E.E., 1985).

Algunas expresiones de agresión que se hacen evidentes en el ámbito de la comunidad llegan a extremos tales como el encarcelamiento por un comportamiento inapropiado y criminal o psicótico (Blue, 1974). Sería importante el modo de educar a la sociedad en cuanto al significado de la sexualidad de las personas con retardo, ya que es evidente que ese problema se ha dejado únicamente en manos de padres y trabajadores de educación especial, sin tener en cuenta la mayoría de las veces, que es la misma sociedad quien propicia el segregamiento o la agresión como

respuesta, así como la imposición de límites arbitrarios a la socialización del retardado.

d) Actitudes de las personas con retardo en el desarrollo ante su sexualidad.

Es notorio que tanto padres, educadores y la comunidad en general posean una actitud frente a la sexualidad de dichas personas, pero la mayoría de ellos no toman en cuenta las inquietudes y opiniones de estos últimos, dejando así de lado su propia concepción de la sexualidad.

Recientemente se ha tratado de rescatar lo anterior entrevistando sujetos con estas características; los datos contribuyen a disipar la idea de que estas personas no poseen conocimiento e inclinaciones sexuales. Ciertamente es que pueden poseer ideas falsas o equivocadas, sin embargo, a pesar de ello sus respuestas tratan de ser lógicas por lo que se vuelve improbable que esta falta de conocimiento se deba exclusivamente a su retardo o a la institucionalización (Whalen y Whalen, 1976; Edmonson, McCombs y Wish, 1979).

Algunos de los sujetos entrevistados señalaban como deficiente su educación sexual y expresaban un sentimiento de misterio y aprensión en cuanto a lo romántico y las relaciones sexuales. Otros reconocieron su propia inhabilidad para criar hijos mientras que una minoría quería más experiencia antes de decidirse a ser padres (Dupras, 1982).

Rostafinski (1976) formó grupos de personas con retardo de diferentes estados de la Unión Americana, en los que se comentaron diversos tópicos. En lo que respecta a encuentros con el sexo contrario, se aclaró que en las instituciones de donde provenían, existían normas para prohibirlos y únicamente en los bailes mixtos podían tocarse o besarse, pero a escondidas. La imitación de la propia familia era también una actitud frecuente: una muchacha señaló que cuando se casara imitaría a su hermana diciéndole a su esposo que se iba a divorciar, pues con ello, él se portaría mejor. Todos estuvieron de acuerdo en que la opinión de los padres sobre su pareja no contaba para nada. Por lo que se refiere a las relaciones entre sexos, fueron unánimes las opiniones en cuanto a que no estaba bien engañar. Señalaron que no se les daba información acerca de enfermedades venéreas y opinaban que era necesario e importante.

Tal como se observa, algunas de las respuestas anteriores concuerdan con lo señalado por Rubio (1984) quien asegura que aún en matrimonios de personas con retardo existe una actitud conservadora que se refleja en una expresión coital pobre. Todo esto, señala el autor, es el reflejo de la actitud restrictiva por parte de padres y educadores en lo que se refiere a la sexualidad.

En el intento de integrarse a la comunidad, el retardado además de enfrentarse a las actitudes ya mencionadas, también lo hace a sus propias limitaciones, como serían: la ansiedad de desear ser aceptado, la deprivación social a la que ha estado sometido,

su alta expectativa de fallar de nuevo, su sensibilidad extrema a las señales verbales y a la imitación y la forma en que es reforzado por los demás. Los factores sociales y económicos también son y deben considerarse como importantes para los problemas de ajuste que los individuos con baja capacidad intelectual tienen en resolver las demandas de una sociedad cambiante (Zigler y Harter, 1971; Vanier, 1982).

Algunas investigaciones sugieren que las personas con retardo que más problemas tendrán para adaptarse serán las que más tiempo han pasado en instituciones de educación especial. Sin embargo es difícil evaluar lo que sería un buen ajuste a la comunidad, constituyendo ésto un problema que se ha tratado de enfrentar de diversas formas. Entre las categorías más usuales de evaluación se incluye siempre el aspecto sexual, destacando principalmente algunos de los tópicos más problemáticos como las enfermedades venereas, la promiscuidad, la prostitución, la homosexualidad, el ajuste marital y la explotación. Por otra parte, se ha encontrado que el C.I. no está directamente relacionado con un exitoso ajuste a la comunidad; hasta ahora parece que son las variables cognitivas las que más influyen (Patton et.al., 1990). Simmons (1988), Hebbard (1960 - 1970), Small y Small (1975), en: Andrade y Benavides (aún sin publicar), al respecto, señalan que los individuos con retardo al intentar fusionarse con los demás son rechazados por cuatro razones principales: 1) por su desventaja en el C.I., 2) carecen de repertorios adecuados para las relaciones interpersonales, 3) exhiben conductas sexuales que se consideran anormales

(masturbación, homosexualidad, exhibicionismo, etc.) y 4) los conflictos familiares al no aceptar su sexualidad.

Al tratar de no ser rechazados en la búsqueda de afecto y amistad, puede ocurrir que sean víctimas de otras personas debido a su alta vulnerabilidad para agresión sexual, Rubio (1984) subraya el hecho de que tanto el desconocimiento de las normas sociales, como la alta probabilidad de que las quejas del individuo con retardo no sean tomadas en cuenta, incrementan el riesgo de que dichos sujetos sean elegidos como víctimas. De igual manera Blue (1984) y Flores (1984) confirman este hecho al señalar que pueden ser fácilmente influenciados por otros, dado que el deficiente no sabe lo que está pasando, y deseando aceptación ira a participar en un acto sexual. Motivo por el cual, como lo señalan Tharinger, Horton y Millea (1990) es necesario que los educadores de estos sujetos conozcan los derechos legales a los que tienen acceso, así como la protección que se les puede proporcionar en caso de abuso sexual.

Brenton (1976) nos da un ejemplo de ello: " Roberto, el joven almacenista que se involucró en actos homosexuales durante la hora del almuerzo, es uno de estos casos. Según el consejero que finalmente descubrió la verdad, Roberto había entablado amistad con otro trabajador, un hombre no retardado. Este hombre amenazó con acuchillarlo si se negaba a tener relaciones con él, en esta forma las tenía cada medio día; después se sentía asqueado ".

No es sorprendente que dado este tipo de abuso, posteriormente algunas de estas personas presenten una preferencia homosexual.



Puede ocurrir también que la homosexualidad surja a raíz de la restricción que existe en cuanto a relaciones heterosexuales en la mayoría de las instituciones y en ocasiones son los mismos padres al no permitir que el hijo varón desempeñe su rol sexual como tal, propicien que llegue a este tipo de preferencia (Flores, 1984; Blue, 1974; Abramson, Parker y Weisberg, 1988).

Otras consecuencias negativas del abuso sexual del que son víctimas las mujeres retardadas son los embarazos no deseados, las madres solteras y los abortos clandestinos. Copeland y Weissbrod (1976) realizaron un estudio con más de cien mujeres con retardo superficial, las cuales habían tenido en 20 años, un total de 25 hijos ilegítimos. Son víctimas de seducciones de personas que aprovechando la búsqueda que ellas manifiestan de cariño y la expresividad que poseen, les agreden sexualmente, esto puede ocurrir dentro del hogar (relaciones incestuosas) o fuera de él, por los vecinos que las saben indefensas. Generalmente la deficiente se guía por lo que siente, lo cual puede resultarle agradable, sin medir las consecuencias que pueden llegar al embarazo. Dependiendo del grado de retardo se percatará de los cambios que acompañen su embarazo; pueden creer que es por exceso de comida y tratan de comer menos o pueden asustarse ya que no entienden lo que ocurre (Chartt, 1985).

La masturbación es otro problema en cuanto a la sexualidad de la persona con retardo, ya que aunque comúnmente no lo es, quizá el problema recida en que siendo una conducta privada se realice

públicamente. De tal manera que el problema no es el que se emita, sino donde se emite, así como la actitud que se tenga respecto a esta conducta provocando sentimientos de culpa, ansiedad o temor a ser descubierto (Mayagoitia, 1976; Louttit, 1975; Flores, 1979; Kempton, 1978; Gordon, 1976).

Es notorio pues que el deficiente no es capaz de discriminar el lugar donde emite determinadas conductas sexuales y ante quienes lo hace, cayendo en muchos de los casos en la exposición de sus genitales (exhibicionismo). Carelli (1980) comenta que " un trabajador de la clínica dijo en una ocasión, refiriéndose a una mujer (con retardo) embarazada - éstas (retardadas) abren sus piernas con toda naturalidad -, a lo que Carelli respondió - si, al igual que lo haríamos nosotras si no se nos hubieran enseñado los controles sociales de nuestro comportamiento - ".

Así como hay quienes expresan abiertamente su sexualidad, pudiera darse el caso de que el sujeto con retardo se viera envuelto en actitudes de inhibición, que para algunos padres y profesores sería considerado como algo conveniente ya que de esta forma se evitarían por un lado, que sus hijos estuvieran expuestos a un abuso sexual y por otro, el proporcionarles una adecuada información sexual así como las normas de comportamiento social que éste exige.

**II.3 Investigaciones antecesoras de la problemática sexual en personas con retardo en el desarrollo.**

*sin embargo*

La vida en comunidad lleva a la persona con retardo a enfrentarse con diversos problemas, debido generalmente a la falta de oportunidades de conocer los medios de socialización y a las limitantes que le son impuestas por los demás. La vida afectiva que se encuentra directamente relacionada con la sexualidad, sufre debido a esto una serie de carencias que dejan insatisfecho tanto al sujeto con retardo como a quienes expresan un interés por ellos. Es conveniente desglosar la secuencia de situaciones que conforman la vida afectiva de cualquier persona, analizando como transcurre para el individuo con retardo en el desarrollo.

a) Amistad

El sentimiento de pertenencia, el sentimiento de aceptación y el saberse atractivo personalmente son las cualidades que brindan la amistad a una persona. Es una forma de convivencia vital humana, que generalmente el retardado no posee, su historia social está llena de falta de eventos que para otros adolescentes son bastante comunes como los clubes escolares, las fiestas y reuniones. La persona con retardo generalmente responde en forma inapropiada a las situaciones sociales debido, no a su retardo, sino a la falta de experiencias, posibilidades y formas de realización personal

(Patton et.al., 1990; Morfín, 1985).

#### b) Noviazgo

Cuando la persona con retardo se encuentra recluida dentro de una institución, comúnmente vive su noviazgo dentro de ésta pero en forma clandestina. Algunos llegan a fugarse y logran casarse fuera del lugar de reclusión antes de ser devueltos. Los que no se encuentren en instituciones, en su lucha por la normalización y el querer ser como los demás comienzan a alardear de citas y aventuras amorosas, aunque sean inventadas (Mattison, 1976; Morgenstern, 1976).

#### c) Matrimonio

El matrimonio entre individuos con retardo en ocasiones tiene efectos positivos, como el tener una vida parecida a la de otras parejas de la comunidad y la compañía mutua. De acuerdo con Shulman (en: Rubio, 1984) las personas con retardo:

- 1.- Tienen a casarse con personas de mayores habilidades intelectuales que ellos, aunque esta diferencia sea pequeña.
- 2.- Las oportunidades de matrimonio y procreación, al igual que para la población en general, son mayores para las mujeres jóvenes retardadas que para los hombres.
- 3.- Respecto a sus planes y actividades diarias, se concretizan a ellas.

4.- Estas parejas casadas en su mayoría complementan sus recursos, es decir, las habilidades de uno complementan las del otro.

5.- Para evitar actitudes de rechazo de los vecinos, casi siempre conviven con otros adultos con retardo.

Por otra parte legalmente, en muchos estados de la Unión Americana se prohíbe el matrimonio e incluso un juez puede decidir quitar un hijo a su madre cuando ésta sufre de retardo. Sin embargo no se considera la necesidad de proporcionar educación sobre las responsabilidades del matrimonio y la paternidad o la forma de cómo iniciar y mantener estos roles (Patton et.al., 1990). A pesar de ello, el mismo ambiente y la comunidad en general les crea grandes expectativas a este respecto al transmitirles roles que llevan implícita su relación con el formar una pareja. Por ejemplo, a las muchachas se les educa para que sean amas de casa, cuidadoras de niños y realicen actividades relacionadas con la atención al varón, mientras que los hombres aprenderán a ser proveedores económicos y cabezas de familia manteniéndose siempre activos en su trato con las mujeres en el aspecto social y sexual (D.G.E.E., 1985).

Hay información muy limitada o escasa acerca del matrimonio entre adultos retardados y de la naturaleza de la vida familiar asociada a éste. Diversos estudios se han realizado en base a parejas de retardados que salieron de alguna institución. En un estudio de Jastak (en: Baroff, 1974) se reportó que la ausencia de diferencias sustanciales entre matrimonios de retardados y no

retardados permitía concluir que una población significativamente mayor de no retardados se encontraban casados legalmente , a diferencia de los no retardados que preferían la unión libre. Sin embargo, en el caso del divorcio, ambos grupos no tienen mucha divergencia. Ingalls (1982) estimó que el rango de matrimonios de personas con retardo solo estaba un poco por debajo del rango nacional, lo que apoya la información precedente. Señaló también que algunos de los problemas con los que se encuentran las parejas en que ambos miembros tienen retardo incluyen, bajos ingresos, dificultad en el manejo del dinero, empleo errático o de bajo estatus y dificultades para planear el futuro.

Mattison (1976) realizó un estudio con matrimonios que tenían de uno a quince años de duración, obteniendo en sus conclusiones seis características sobre los matrimonios exitosos: 1) se complementaban; 2) recibían mejor ayuda uno del otro que de alguien externo; 3) estaban empeñados en mostrar que el hospital había hecho mal en retenerlos, con lo que el objeto de su vida estaba desplazado hacia la institución y no a ellos mismos o a la comunidad; 4) poco idealistas; 5) muy encerrados en sí mismos, el concepto de amistad se encontró poco definido tanto con parientes como vecinos, y 6) pocos negaban su condición de subnormales.

Puede observarse que las personas con retardo en el desarrollo son capaces de mantener un buen matrimonio tanto como las no retardadas, aunque habría que retomar la última investigación cuando señala que las parejas más exitosas eran aquellas que prácticamente se mantenían aisladas; nos es imposible dejar de

preguntarnos el por qué de este aislamiento, cuando por lógica (mas no por práctica) la sociedad debía fungir como apoyo y no como obstáculo. Tal como se desarrollará más adelante parece ser que esta obstaculización no es solo social sino también legal.

#### d) Paternidad

Además de desear casarse muchos de los retardados, también desean tener hijos. Frente a ello, investigadores como Rubio (1984), Patton et.al. (1990), Abramson, Parker y Weisberg (1988) se plantean dos preguntas básicas: 1. ¿ Los padres retardados heredan a sus hijos esta condición ? y 2. ¿ Desempeñarán adecuadamente sus obligaciones parentales ?.

La respuesta a la primera pregunta parece ser afirmativa, pues aunque muy pocos casos de retardo son directamente atribuibles a factores genéticos, en un estudio de 7778 niños y niñas cuando ambos padres sufrían de retardo, el 40 % de las hijas e hijos tenían C.I. por debajo de 70 y solo el 20 % por arriba de 90.

En cuanto a la segunda pregunta es difícil contestar de manera tajante, los individuos con retardo son capaces de demostrar cariño y afecto y de cuidar a su descendencia, pero no es posible evadir la carencia de experiencias que son necesarias para el desarrollo intelectual de los hijos.

La cuestión crítica es quién debe juzgar la habilidad de ser padre; en la sociedad se hace evidente que individuos sin retardo, pero con otros problemas carecen de las habilidades para

proporcionar una educación favorable a sus hijos y aunque existen quienes los critican, nunca se les ha negado el derecho a ser padres.

En 1970, la O.N.U. aprobó la declaración de los derechos humanos para los retardados que incluía el derecho a cohabitar, casarse y tener hijos; pero en 1971, el punto en relación a la concepción fué omitido. Todo ésto tiene implicaciones legales que revisaremos más adelante.

#### e) Contracepción

No todos los profesionales encargados de los individuos con retardo están convencidos de que este último pueda ser educado para utilizar métodos de control natal. Pero gran parte de ello depende del método y de la inteligencia del usuario. Actualmente algunas chicas con retardo son capaces de tomar la píldora y algunos jóvenes de utilizar el condón. El DIU aunque sea más popular entre los planificadores familiares que trabajan con retardados, presenta dificultades puesto que algunas veces es expulsado o jalado hacia afuera (Brenton, 1976; Helbig, 1976; De la Cruz y La Veck, 1976).

#### f) Esterilización

Dado que no se han resuelto las cuestionantes respecto a la paternidad del retardado, entonces se piensa en medidas como la separación de los adolescentes con este problema y en la



esterilización como una solución, sin tomar en cuenta las perturbaciones que ésto pudiera acarrear, tales como graves estados de depresión, un sentimiento de pérdida, el sentirse defraudados de quienes les rodean y sobre todo, el callar estos sentimientos o no tener a quien expresarlos. El problema más grave es quizás la falta de respeto al considerarlos como incapaces para comprender lo que implica una esterilización. No se trata de saber si es conveniente o no, sino más bien de ofrecer alternativas al retardado para que comprenda a lo que se va a enfrentar y en caso de que lo desee, se someta a esa operación (D.G.E.E., 1985).

En la práctica, las principales víctimas de la esterilización obligatoria parecen ser los sujetos con retardo que son dados de alta de las instituciones. Se exige la esterilización para obtener la libertad y aún cuando no haya ley que pueda forzarlos, parece ser que se impone como una condición, sugiriendo que fué aceptada voluntariamente (Burt, 1976).

Esta situación se ve respaldada por los padres, pues en un estudio se encontró que aunque solo el 10 % prefería la esterilización, el 77 % deseaba tener el control de la procreación de sus hijos (Elkins, Spinnato y Muran, 1987).

#### g) Aspecto legal

Las investigaciones antes citadas tienen su marco contextual en los Estados Unidos de Norteamérica y aunque las utilicemos como referencia para tratar de acercarnos a un problema del que poco se

ha escrito en nuestro país, en lo que toca al aspecto legal se vuelve muy importante hablar de ello en referencia a nuestro código civil. El artículo 450 del código citado establece limitativamente qué personas tienen restricción en su capacidad de derechos, siendo éstas:

- "1- Los menores de edad.
- 2- Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo, aún cuando tengan intervalos lúcidos.
- 3- Los sordomudos que no saben leer ni escribir.
- 4- Los ebrios concetudinarios, y los que habitualmente hacen uso inmoderado de drogas enervantes".

Estas limitantes, tal como señala Monterola (1985) impiden a los individuos con retardo en el desarrollo ejercer su derecho, quedando bajo responsabilidad de sus tutores, éstos generalmente son los padres o hermanos, lo cual nos lleva a preguntarnos:

¿ permitirán los padres que su hijo o hija con retardo decida si desea casarse, tener un hijo, usar un método anticonceptivo, tener amigos, esterilizarse o abortar ?. Tal como se presenta esta cuestionante nos remite a querer saber qué derechos podrá ejercer entonces el sujeto con retardo en cuanto a su sexualidad, cuando la mayoría de sus deciciones deberán ser aprobadas por otros.

#### **II.4 Educación de la sexualidad en las personas con retardo.**

Si bien el tema de la sexualidad en nuestra sociedad se ha tomado como algo prohibido, es mucho más fuerte la prohibición

cuando la persona sufre de retardo en el desarrollo. Comúnmente el medio social no ha sabido aportar la ayuda necesaria, sino que ha creado una atmósfera en la que los adolescentes con retardo han sido reprimidos o rechazados por la comunidad (Cruz, 1986).

Como consecuencia de esta represión y falta de conocimientos, la conducta sexual en el retardado puede expresarse en forma socialmente inaceptable, por consiguiente se puede asumir que son pocas las personas que al tener problemas de retardo han recibido algún tipo de información sobre su sexualidad (Aguilar y Huitrón, 1988).

Hasta hace muy poco eran los padres quienes se encargaban de la educación de sus hijos con retardo; la educación familiar sigue siendo en nuestros días el medio principal al respecto, pero la evidencia de que no todos los padres están capacitados para educar a sus hijos con retardo y de que, aunque lo estén, las circunstancias no lo permiten, se ha desplazado este aspecto hacia los profesionales de la educación especial. Diversos autores (Zigler y Harter, 1971; Alfaro, 1989; Delfín, 1990; Money, 1976; Jhonson, 1976; Flores, 1984; Rubio, 1974), convergen al señalar una serie de características que deben tomarse en cuenta al intentar proporcionar una educación sexual a las personas con retardo en el desarrollo así como de quiénes deben impartir dicha educación.

Características de la educación sexual.-

- debe darse en forma integral con la educación especial,
- debe complementarse con un diálogo personal, amoldándose a las

necesidades propias de cada sujeto,

- exige conocimientos reales, sin dogmas ni actitudes fanáticas,
- debe ser totalmente explícita,
- se tiene que tomar en cuenta el aspecto afectivo que está altamente involucrado con la sexualidad,
- debe ubicarse dentro de un esquema de valores que sean comprensibles para el sujeto,
- es necesario que sea fruto de un trabajo interdisciplinario,
- debe incluir los momentos emocionales en que aparecen las primeras manifestaciones de los sexual, situaciones significativas en cuanto a los comportamientos sexuales, consecuencias del ejercicio físico de la sexualidad e implicaciones psicoafectivas en la búsqueda de estabilidad en las relaciones.

#### Características del educador.-

Se considera que además de todos los puntos anteriores un aspecto importante a tomar en cuenta deben ser también las características de la persona que imparta la educación sexual, entre ellas:

- debe haber asumido su propia sexualidad y ser una persona estable, lográndolo a través del conocimiento y la autoconfrontación,
- es necesario que conozca el tema a enseñar,
- debe conocer las características de cada uno de los participantes del grupo,

- tiene que saber utilizar el lenguaje técnico y el cotidiano sin acomplejarse por ello,
- debe ser consciente de que el objetivo de su enseñanza no es ✓ suprimir respuestas sexuales y que el interés por el sexo no es pecaminoso, malo o diabólico,
- debe tratar de transmitir esta información de manera informal, tomando en cuenta además de su lenguaje, sus posturas, expresiones y formas de vestir,
- debe ser más que un repetidor de programas establecidos, una persona capaz de adecuar la información a transmitir de acuerdo a los recursos y necesidades del grupo. ]\* *hasta aquí*

Únicamente dos de los autores anteriores (Blue, 1974 y Jhonson, 1976) retoman las características de las personas a quien va dirigido el tema, éstas son:

- aunque la edad cronológica no es un factor importante, es necesario agrupar a los educandos por su similitud en experiencias y habilidades conductuales y cognitivas,
- en ocasiones debe plantearseles la misma cuestión en diferentes momentos y formas para corroborar tanto la comprensión como el conocimiento que éstos posean,
- puede afectar en su aprendizaje la etiquetación que siempre han padecido así como la culpa o la timidez,
- tienden a tener un retraso en su formación sexual y ésto es quizás una de las características que comparten con los no retrasados, aunque por desgracia se supone que estos últimos

- son capaces de educar a los primeros,
- tal como cualquier persona, las que padecen retardo, tienden a modificar su objetividad si hay alteraciones emocionales; el tema de la sexualidad siempre les provoca ésto,
  - es necesario que superen la barrera del lenguaje para expresarse en términos técnicos y comunes,
  - al igual que otros se interesan por el sexo por su gratificación, que poco o nada tiene que ver con la procreación.

En la elaboración de los programas de educación sexual para personas con retardo en el desarrollo se trata de involucrar todas las características mencionadas, sin embargo, los programas elaborados en su mayoría son solo sugerencias (no por ello despreciables) que no se han llevado a la práctica pero que sirven de apoyo a educadores especiales para promover una adecuada educación sexual.

Algunos autores (Aguilar y Huitrón, 1988) hacen énfasis en la identificación de los órganos reproductores de algunos mamíferos así como del hombre y de la mujer; interacciones sociales del niño con familiares, amigos y desconocidos y reglas establecidas y aceptadas socialmente para manifestar sus respuestas sexuales.

Otros programas incluyen además de lo mencionado: adolescencia, matrimonio, cópula sexual, embarazo, nacimiento, paternidad, planificación familiar, higiene y enfermedades venéreas, homosexualidad, heterosexualidad, masturbación, valores

morales, leyes y abuso sexual (Blue, 1974; Rubio, 1984; Patton et.al., 1990).

En la revisión de la aplicación práctica de los programas nos percatamos de que la Dirección General de Educación Especial (D.G.E.E., 1981 - 1985) efectivamente en sus currículos, objetivos y métodos incluye educación sexual, tanto en las escuelas primarias de educación especial como en los centros de capacitación laboral. De estas dos, el último es un programa que abarca todos los aspectos mencionados, no obstante en uno de sus apartados deja abierta la posibilidad al maestro de llevarlo a cabo o no. Sería cuestionable que en realidad se verifiquen dichos programas si tomamos en cuenta que los maestros de nuestras escuelas son parte de las personas que conforman la sociedad en que vivimos y la perspectiva que ella tiene de la sexualidad, en la que difícilmente este tema es abordado públicamente.

"Había una filosofía subterránea que nos decía que nosotros éramos los guardianes de nuestro hermano y que teníamos la obligación de proveer las necesidades de quienes no pueden proveerlas por sí mismos".

Begab, M.J.

### **CAPITULO III. PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES CON RETARDO EN EL DESARROLLO.**

Dada la apremiante necesidad de una educación sexual específicamente dentro del área de la educación especial se desarrolló y aplicó un programa con las características y requisitos presentados a continuación.

#### **METODO**

*De 12 a 14 Cortes 192*  
Sujetos.

Participaron siete adolescentes, cinco de sexo femenino y dos de sexo masculino, con un rango de edad de quince a veinticinco años; asistentes regulares a la práctica de educación especial y rehabilitación que se lleva a cabo en la Clínica Universitaria de



Salud Integral ( CUSI-ENEPI ) dentro del horario de 12:00 a 14:00 hrs. Todos ellos con retardo superficial o moderado y con un índice de respuestas correctas superior al 80% en lo que corresponde a la ejecución de habilidades básicas ( autocuidado, atención, seguimiento de instrucciones, expresión verbal, coordinación motora fina y gruesa y habilidades sociales básicas ) evaluadas mediante el Inventario de Habilidades Básicas (IHB).

Es importante señalar que las madres de dichos adolescentes habían recibido con anterioridad un curso sobre aspectos sexuales lo cual permitió que el programa presente no les fuera desconocido y existiera cierta apertura para que sus hijos lo recibieran.

#### Materiales.

Se utilizó un franelógrafo para representar en él, mediante ilustraciones, las diferentes etapas de vida del ser humano, especificando cómo ocurre el desarrollo sexual en cada una de ellas. (Diferenciación entre sexos, cambios fisiológicos, procesos de menstruación, eyaculación, emisiones nocturnas, concepción, embarazo y parto ).

[ Como estímulos de apoyo se utilizaron videos y audiovisuales de los temas citados, así como de abuso sexual e higiene.) Se utilizaron también dibujos incompletos, rompecabezas, juegos de fotografías para seleccionar y sociodramas en algunos temas. Se incluyeron figuras de cartón en tamaño real para dar a conocer en forma práctica la ubicación de los caracteres sexuales primarios y secundarios ( ver tablas descriptivas ).

### Procedimiento.

El procedimiento constó de tres fases principales, es decir una fase de pre-test, una fase de aplicación o tratamiento y por último, una fase de post-test; cada una de las cuales se describirá a continuación:

Fase de pre-test.- En esta fase se aplicó de manera individual a los participantes una entrevista estructurada ( ver anexo 1 ) para evaluar los conocimientos y deficiencias que poseían sobre los temas de sexualidad y relaciones sociales.>

Fase de aplicación.- Durante esta fase se llevó a cabo el programa de educación sexual, el cual abarcó <sup>ando</sup> los siguientes temas:

- Presentación e integración de un equipo de trabajo } ( este tema fué breve dado que las instructoras ya habían trabajado previamente con los participantes, pero se aclaró que de no haber sido así, sería necesario ampliarlo dado el contenido del resto del programa ).
- Primera infancia: } el bebé, sus características, sus cuidados y primeras

diferenciaciones sociales en cuanto a su sexo

- Segunda infancia: la niñez, sus características, sus cuidados y actividades así como la diferenciación sexual.
- Adolescencia: cambios fisiológicos y anatómicos de esta etapa, identificación de los órganos genitales, menstruación, <sup>masturbación</sup> abuso sexual y relaciones sexuales.
- Adulter: matrimonio y respuesta sexual, concepción, embarazo y parto; anticoncepción, higiene y enfermedades venéreas.
- Vejez: características y actividades de esta etapa.

Fase de post-test.- En esta fase se aplicó de nuevo la entrevista estructurada utilizada en la pre-evaluación.

A continuación se presenta la tabla descriptiva de todo el programa en la que se incluye el objetivo a cumplir de cada sesión, las actividades del instructor, las actividades de los participantes, el tiempo y el material. Al finalizar cada actividad, una de las instructoras cuestionaba verbalmente mientras que otra registraba las respuestas correctas y las que necesitaban in

estigación ( ver anexo 2 ). Al inicio y final de cada sesión volvían a repetirse las preguntas de cada tema.

### **METODOLOGIA**

#### **Variables.**

Variable independiente: Programa de Educación Sexual para Adolescentes con Retardo en el Desarrollo.

Variable dependiente: Incremento en el aprendizaje de educación sexual; es decir, el número de respuestas correctas al evaluar mediante una entrevista estructurada ( ver anexo 1 ).

#### **Diseño.**

Para el presente proyecto se utilizó un diseño cuasiexperimental pretest-posttest; que se caracteriza por no ejercer un control experimental completo. El tipo de estudio fué transversal.

PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES CON RETARDO EN EL DESARROLLO

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
1	Los padres escucharán-junto con sus hijos -- los objetivos del curso y una breve reseña de los temas.	El instructor citará las actividades y temas del curso, después de unas breves palabras de bienvenida y agradecimiento. Destacarán los objetivos del curso y las expectativas de logro que se esperan al finalizar el programa. Se preguntará si existen dudas y de haberlas se resolverán.	Padres y participantes se reunirán en un aula de la CUSI y escucharán el mensaje de las instructoras. Al finalizar expresarán dudas si las tuvieren.	15 min.	Pizarrón Gis.
1	Los padres formarán un acuerdo con las instructoras en el que se comprometerán a: -evitar inasistencias -expresar sus dudas a las instructoras y no a sus hijos. -permitir a sus hijos una salida del plantel y dar una cuota para ello.	La instructora explicará a los padres de familia el fin del acuerdo que deberán firmar, subrayando el hecho que de existir dudas o quejas se le reporten directamente y no a los participantes, así como su cooperación para el paseo y cuál es el fin de este. Pasará una hoja con el acuerdo, que deberán leer y si están de acuerdo firmar.	Los padres escucharán a la instructora, leerán el documento que se les otorgue y firmarán si están de acuerdo	15 min.	Actas de acuerdo. Plumas.
1	Los participantes se integrarán formando un equipo junto con las instructoras mediante dinámicas y juegos.	La instructora pedirá a los padres que esperen a sus hijos en la sala y comenzará con una breve presentación; posteriormente bajarán con los	Los padres abandonarán el aula, mientras que sus hijos permanecerán en ella, recordando los nombres de las instructoras y después bajando	30 min.	

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
1		<p>participantes al jardín donde jugarán. (Los juegos pueden ser: amo a to, calabaceadas, nudos y marometas).</p>			
1	<p>Los participantes contestarán un cuestionario sobre los temas básicos del curso.</p>	<p>La instructora resolverá en forma conjunta con cada uno de los participantes el cuestionario que ellos deberán contestar verbalmente, mientras la instructora anota la respuesta.</p>	<p>Los participantes tratarán de contestar verbalmente a las preguntas de la instructora.</p>	<p>1:30 h.</p>	<p>Cuestionarios. Lápices.</p>

66

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
2	El participante podrá identificar correctamente un bebé y reportará los cuidados que necesita.	Expondrá brevemente lo que es un bebé, ilustrándolo por medio de fotografías.	El participante escogerá por medio de tarjetas aquellas que representen a un bebé.	20 min.	Tarjetas con personas en etapas de vida.
2		Expondrá los cuidados de los que precisa un bebé: alimentarlo, cambio de ropa, limpieza, ternura y estimulación.	Podrá elegir de diversas fotografías aquellos objetos que representen cuidados de un bebé: carreta, biberón, baño, pañales, etc.	20 min.	Fotos de artículos diversos.
2		Entregará a cada participante un cuaderno y dos colores; indicará que con un color encierre los dibujos que correspondan a un bebé y después con otro color los cuidados a un bebé.	Encerrará a la orden de la instructora, de una serie de dibujos aquellos que representen a un bebé. Con el otro color, los cuidados que deben de proporcionarsele.	20 min.	Cuaderno diseñado por las instructoras con los dibujos indicados. Colores.
2		Cuestionará verbalmente a los participantes: ¿ qué es un bebé ? ¿ de qué color visten a las bebés ? ¿ de qué color a los bebés hombres ? ¿ qué necesita un bebé ? ¿ quién cambia y cuida a un bebé ? ¿ dónde vive un bebé ?	Formarán un círculo y tratarán de contestar según se les pregunte.		

67

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
3	El participante llevará a cabo la alimentación, cambio de pañales y de ropa de un bebé ficticio.	Entregará por parejas un bebé de juguete, ropa, pañal y gerber con una cuchara para que se encarguen de vestirlo, alimentarlo y cuidarlo. Señalará los errores que cometan suponiendo que fuera un bebé real y explicará la forma correcta de hacerlo. Reforzará socialmente a los mejores padres ficticios.	El participante escogerá por medio de tarjetas aquellas que representen a un bebé.	20 min.	Tarjetas con personas en etapas de vida.
3	Los participantes escucharán y verán la proyección de un video sobre los primeros meses de vida.	Guiará a los participantes al lugar donde se proyectará el video.	Los participantes observarán la proyección del video correspondiente.	40 min.	Video: Los primeros meses.

63



S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
4	Identificará la etapa de la vida llamada niñez, las actividades que ésta conlleva y los cuidados que deben darse en esta etapa.	Señalará las características que deben cumplirse en la etapa de la niñez.	Identificará de una serie de fotografías, aquellas que representen a niños y a niñas separándolos en diferentes grupos y formando un tercer grupo con los bebés.	25 min	Fotos de bebés, niños y niñas.
4			De una serie de dibujos el participante deberá encerrar con un color aquellos que representen niños y con otro los que representen niñas.	25 min.	Cuaderno de figuras.  Colores.
4		Por medio de dibujos en el franelógrafo la instructora señalará las diferentes actividades de los niños: ir a la escuela, jugar, realizar ciertos deberes en su hogar, cuidar su salud, divertirse y educación.	De los dibujos en el franelógrafo, a la señal de la instructora, el participante pasará a señalar la actividad que se le indique.	20 min.	Acts. de los niños en ilustraciones.
4		Cuidados que debe proporcionar un padre a su hijo será expuesto por la instructora.	De una serie de recortes, escogerán aquellos que reflejen cuidados hacia el niño: llevarlo a la escuela, alimentarlo, llevarlo al doctor, etc.	20 min.	Recortes de cuidados de padres a hijos. Pegamento. Cuaderno

69

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
5	Escucharán y verán un video sobre los años de la infancia.	Organizará el traslado hacia el lugar donde se proyectará el video.	Los participantes se trasladarán al asula de proyecciones.	1:30 h.	Videos: El niño de 1 a 3 años.  El niño de 4 a 6 años.  El niño de 7 a 10 años.  El niño de 11 a 13 años.

07

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
6	Identificará la etapa de la vida llamada adolescencia .	De una serie de fotografías la instructora señalará en conjunto con los participantes aquellas que representen adolescentes.	Los participantes cooperarán con la instructora señalando donde encuentren adolescentes	15 min.	Fotos de niños, niñas, bebés y adolescentes.
6			Los participantes separarán en grupos las fotografías de bebés, niños, niñas y adolescentes y mujeres.	15 min.	Mismas fotografías.
6	Señalará y describirá algunas de las actividades que debe realizar como adolescente que es.	Explicará brevemente que los adolescentes realizan actividades como: ir a la escuela (en su caso a la clínica), así como también preguntará a los participantes que otras actividades realizan ellos.	Tratarán de contestar la pregunta: ¿ qué cosas, además de venir a la escuela, haces en un día ? (...en tu casa?, ...en la calle?, ...en el parque?, etc.).	25 min.	Dibujos y fotografías que representen lo que hacen.
6	Enunciará e identificará los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia.	Colocará sobre dos grandes dibujos de adolescentes hombre y mujer, los caracteres sexuales secundarios: vello axilar, vello púbico, senos ampliación de caderas, ampliación de hombros, cambio de voz, etc. (por orden y según corresponda). Instigar si se necesita.	Cada participante tendrá en su lugar una réplica del dibujo e irá colocando al mismo tiempo que la instructora cada caracter sexual secundario. En un segundo dibujo deberán realizar nuevamente la tarea, pero ya sin modelo.	35 min.	Dibujos altura normal de adolescente varón y mujer. Dos réplicas tamaño carta para c/u

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
7	Los participantes identificarán las partes del cuerpo como: cabeza, tronco, piernas, brazos, ojos, cejas, nariz, boca, oídos, pelo, pecho, espalda, manos y pies.	Cantará una vez la canción "La tía Mónica" ( ver Anexo 3 ), posteriormente la entonará junto con los participantes.	Cantará junto con la instructora la canción e irá señalando las partes del cuerpo que se mencionen.	15 min.	Grabadora.  Música de fondo
7		Armará un rompecabezas de las partes del cuerpo en el franelógrafo.	Una vez que observó como la instructora armó el rompecabezas, procederá a hacerlo con uno más pequeño que le será entregado.	15 min.	Rompecabezas tamaño grande. Rompecabezas para c/u tamaño carta.
7	Identificará las características anatómico-sexuales que diferencian a una adolescente de un adolescente.	Sobre el franelógrafo colocará dos figuras ( adolescentes varón y mujer ), mostrando sus genitales como una diferencia entre los sexos.	Después de la explicación, el adolescente pasará a identificar cuándo se trata de un varón y cuándo de una mujer y especificará el nombre de sus genitales.	10 min.	Figuras de adolescentes varón y mujer.
7			Sobre figuras iguales tamaño carta, el participante deberá elegir dónde dibujar algo que indique la colocación correcta de los órganos sexuales.	15 min.	Cuaderno de figuras.

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
7			Una vez que la instructora haya armado el rompecabezas, el participante a su vez lo armará señalando en voz alta cada parte que coloque, incluyendo los órganos sexuales.	15 min.	Rompecabezas de adolescentes que incluyan órganos sexuales
7	Escucharán y verán un video llamado: La salud del Adolescente.	La instructora organizará el traslado hacia el aula de proyecciones.	Los participantes se trasladarán al aula de proyecciones y verán la película correspondiente.	40 min.	Película "La salud del adolescente".

8.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
8	Describirá como se lleva a cabo el proceso de la menstruación.	Explicará por medio del franelógrafo, cómo se desarrolla el proceso de menstruación, aclarando a los varones que sólo ocurre a las mujeres.	Escuchará toda la explicación.	05 min.	Diagrama donde se localize la zona genital.
8		A continuación preguntará a cada participante el proceso completo, señalando en el dibujo la parte siguiente.	Los participantes tratarán de contestar las preguntas y explicar el proceso completo apoyándose en los dibujos.	20 min.	Partes de los órganos sexuales para el franelógrafo.
8	Aprenderá a emplear en forma correcta un calendario y una toalla sanitaria (solo las mujeres).	Mostrará una toalla sanitaria y explicará colocándola a una muñeca, cómo es que debe usarse y pasará con cada participante a que coloque la toalla adecuadamente.	Los participantes observarán cuidadosamente y luego colgarán ellas (cada una) una toalla de acuerdo a lo aprendido.	20 min.	Toallas sanitarias.  Muñeca.
8		El instructor mostrará cómo anotar en su calendario la próxima fecha probable (todas deben contar e identificar los números del 1 al 31), se hará énfasis en la importancia de conocer esta fecha para no tener accidentes.	Anotará cada adolescente con ayuda de la instructora sus días de menstruación y contando 28 encerrará en un círculo esa fecha. Todos los días deberá palomar un día y cuando llegue al encerrado con círculo se pondrá la toalla o estará atenta a cuando la necesite.	20 min.	Calendario para cada una  Colores

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
8		Explicará la importancia del cambio continuo de toalla y la forma de tirarla adecuadamente.	Envolverán la toalla en papel sanitario como si estuviera sucia y la colocarán en el cesto de basura.	20 min.	Toallas sanitarias.  Papel.
8	Explicará cómo ocurre el proceso de eyaculación y describirá lo que es una emisión nocturna.	Explicará por medio del franelógrafo lo que ocurre para que se de una eyaculación y una emisión nocturna. Al finalizar, preguntará el proceso a cada uno.	Atenderán a la explicación y cuando sea su turno explicarán el proceso con apoyo en los dibujos.	20 min.	Diagrama de los genitales masculinos.
8	Conocerán las medidas de higiene que deberán practicar después de una eyaculación o emisión nocturna.	Expondrá las medidas de higiene, como: cambio de ropa si es necesario, limpieza con papel sanitario y cambio de sábanas también si es necesario.	Los participantes escucharán y después relatarán lo que ellos hacen y se corregirá de ser necesario.	20 min.	

1/1  
2/1

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
9	Los alumnos conocerán e identificarán la masturbación, así como los lugares en los que no debe realizarse.	La instructora dará a conocer el término de "masturbación" y lo que implica, auxiliándose de dibujos tanto de hombres como de mujeres que se estén tocando sus genitales y de un muñeco. Preguntará a los alumnos que quién de ellos se toca o acaricia sus genitales y dónde lo hace para identificar si es lo correcto o necesita corrección.	Los alumnos escucharán la información y contestarán las preguntas de la instructora.	40 min.	Láminas de mujeres y varones tocando sus genitales.  Muñeco.
9	Señalarán verbalmente los lugares en que puede llevarse a cabo la masturbación.	La instructora señalará puertas y ventanas, marcandolas en el piso del salón de clases, de tal manera que éste parezca una casa donde se identificarán lugares como la cocina, la sala, el baño, la recámara y el patio. Preguntará después el nombre de cada uno de estos lugares, tomará de uno en uno y lo irá llevando a cada lugar preguntándole si ahí se puede o no realizar la masturbación.	El alumno contestará - el nombre de cada una de las partes de la casa previamente organizada. Cada uno de los adolescentes tomará de la mano a la instructora y le señalará los lugares en los que puede llevar a cabo la masturbación.	20 min.	Muebles de cartón.  Cinta de color para señalar.

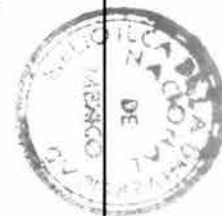


S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
10	<p>Los adolescentes identificarán las situaciones en las que pueden estar expuestos al abuso sexual, así como las consecuencias que esto traería.</p>	<p>La instructora montará diferentes situaciones en las que se pueda presentar el abuso sexual; se les explicará la forma en que puede ocurrir esto y las consecuencias que puede tener. En cada situación se explicará qué pueden hacer para evitar el abuso sexual. Se dramatizarán diferentes situaciones y al final los alumnos dirán y actuarán como evitar el abuso. Las situaciones serán: Con un señor, platicando con un joven, en una tienda, en su casa, y en la escuela.</p>	<p>Escucharán la explicación sobre el abuso sexual, qué es, cómo se da, en dónde y las consecuencias. Posteriormente participarán en las dramatizaciones de las diferentes situaciones en que pueda darse un abuso sexual y deberán hacer todo lo posible por evitar dicho abuso.</p>	01 hora	<p>Disfraz: de señor de joven tendero. Escenografías.</p>

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
11	Podrá conversar con cualquier persona a una distancia de 30 a 40 cm aproximadamente.	Comenzará dando una breve introducción a los adolescentes de cómo es que en su etapa se comienza a establecer relaciones sociales. Posteriormente explicará que existen ciertas formas específicas de entablar esas relaciones: comenzando por la distancia correcta al aproximarse a otra persona.	Después de la explicación cada participante, con otro de pareja, se pararán en el piso con la distancia marcada en éste. Se separarán y volverán a saludarse fijándose en las marcas. Una vez que todos hayan obtenido un reforzador social por hacerlo correctamente, lo volverán a hacer, pero sin marcas. (A partir de esta sesión todos deberán recordar esta norma, quien no lo haga se quedará a practicar al final de la sesión).	30 min.	Cinta de color para marcar el piso.  Reforzador material, si es necesario.
11	Saludará adecuadamente de mano a conocidos y solo verbalmente a extraños.	Utilizando dibujos, se explicará que únicamente deberán saludar de mano a quienes conocen o les sean presentados. A los desconocidos deberán saludarlos solo verbalmente si se encuentran con otra persona, de lo contrario ignorarán el saludo.	Después de escuchar la explicación dramatizarán situaciones en las que la instructora sea a veces extraña y a veces conocida, saludando adecuadamente en cada caso.	30 min.	Reforzadores materiales, si es necesario.

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
11	Discriminará a quien pueda abrazar y tocar, así como las partes que no debe tocar de otra persona.	Utilizando un diagrama de tamaño natural, la instructora señalará que únicamente deben abrazar a sus madres y hermanos pequeños. Además dibujará con azul lo que sí puede tocar y con rojo lo que no.	Dibujarán junto con la instructora las partes que no pueden tocarse y las que sí. Señalarán en el dibujo verbalmente lo anterior	15 min.	Diagrama grande de una pareja.  Diagrama igual, tamaño carta para c/u
11	Discriminará los lugares en los que puede desvestirse y ante quienes.	En un mapa de una casa la instructora marcará los lugares en que se pueden desvestir. Se indicará que solo ante su mamá (en el caso de mujeres y hombres), ante su papá (en el caso de hombres) o ante el doctor, si alguno de los padres lo ha autorizado.	Los participantes señalarán en el mapa donde pueden desvestirse y donde no. Contestarán verbalmente la pregunta ¿enfrente de quién te puedes desvestir?	15 min.	Mapa de una casa grande.  Mapa de una casa carta.

U.N.A.M. IZTACALA  
IZTACALA



79

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
12	<p>Practicará lo aprendido durante la sesión anterior en un escenario natural (en este caso fue un parque de diversiones).</p>	<p>Organizará el desplazamiento de los participantes al centro de diversiones y una vez ahí, les permitirá comprar algunas cosas, los observará en los juegos y como participan en ellos</p>	<p>Los participantes se desplazarán al parque junto con la instructora y basándose en lo aprendido, se subirán a los juegos, comprarán regalos o alimentos por si mismos, pero acompañados y supervisados por la instructora.</p>	6 horas	<p>Se pedirá a los padres el lunch y el dinero.</p>

20

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
13	Los alumnos conocerán e identificarán la etapa de la adultez con sus respectivas características.	La instructora se auxiliará de una lámina de una mujer adulta con el fin de explicar lo que esto significa, incluyendo características físicas, psicológicas así como las responsabilidades sociales que implica. De igual manera lo hará con la lámina de un adulto hombre. Solicitará la participación de los alumnos (les preguntará directamente sobre el tema).	Escucharán atentamente la explicación y responderán a las preguntas que les formule la instructora.	15 min.	Lámina - de 1 m x 80 cm de adulto - varón.  Lámina - de 1 m x 80 cm de adulto - mujer.
13	Los participantes realizarán una dinámica con el fin de diferenciar la etapa adulta de las anteriores.	Repartirá a cada sujeto cuatro tarjetas de 15 x 20 cm, las cuales tendrán un dibujo de la infancia, niñez, adolescencia y adultez, les dará las siguientes instrucciones: ustedes tienen 4 tarjetas con un dibujo diferente, deberán acomodarlas de tal manera que sea primero el más pequeño y el último la persona más grande; nos dirán cuando terminen. De ser necesario la instructora repetirá la instrucción.	Los alumnos escucharán las instrucciones y una vez entendidas, tendrán que colocar sobre su mesa primero la tarjeta que tenga el dibujo de un bebé, después la del niño, la del adolescente y la del adulto. Levantarán la mano al terminar.	15 min.	Siete -- juegos - de tarjetas. Cada uno con el - dibujo - de bebé, niño o - niña, adolescente y un adulto.

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
13	<p>Conocerán el concepto de "matrimonio", su finalidad y las responsabilidades que conllevan.</p>	<p>Auxiliándose de láminas alusivas al tema explicará ante los alumnos el concepto de matrimonio, su finalidad, así como las responsabilidades del mismo: dividirá el pizarrón en 3 partes, una para cada apartado. Previamente se les habrá repartido a los alumnos recortes que ejemplifiquen estos puntos y conforme se vaya exponiendo se pedirá a los alumnos que vayan pasando a pegar el recorte correspondiente a lo que se está explicando. La instructora instigará a los alumnos para que participen y al hacerlo lo hagan correctamente.</p>	<p>Los alumnos prestarán atención a la exposición del tema y tendrán sus recortes disponibles, previamente otorgados, para poder pasar a pegarlos y participar en el tema en que se está trabajando. Cada alumno tendrá un recorte con cinta adhesiva por el revés y pasarán de uno en uno, repitiendo ante el grupo lo que quiere decir su ilustración y regresarán a su lugar.</p>	30 min.	<p>Juego de recortes para c/u de: novios, pareja casándose, esposos, pareja c/hijos, mujer en el hogar varón trabajando, señora c/bebe, señora atendiendo a su marido, etc.</p>

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
14	Los participantes escucharán y verán la proyección de una película con el fin de conocer en términos generales el proceso de la respuesta sexual humana y la forma en que se realiza una relación sexual.	La instructora guiará a los participantes al centro audiovisual e irá explicando lo que ocurre en la película.	Asistirán al centro audiovisual para escuchar y ver una película.	30 min.	Película "La paloma azul".
14	Describirá en términos generales el proceso de la respuesta sexual humana y algunas de sus características.	La instructora preguntará si existen dudas y las resolverá en este caso. Retomando lo sucedido en la película, pedirá a los participantes que con apoyo de los dibujos que ella coloque en el pizarrón, expliquen el proceso de respuesta sexual humana.	Los participantes preguntarán desde su lugar en caso de tener dudas. Cada uno pasará al frente a explicar el proceso de la respuesta sexual humana y las características que ocurren a nivel anatómico.	30 min.	Ilustración de diferentes etapas de respuesta sexual humana.

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
15	Los participantes conocerán e identificarán el lugar por donde nace un bebé y la forma en que ocurre el parto mediante una película.	Conducirá a los participantes al centro audiovisual y explicará el tema de la película.	Asistirán al centro audiovisual y observarán la proyección de una película que trate sobre el parto y nacimiento de un bebé.	30 min.	Película "Amanecer".
15	Participarán en una dinámica en la que describan el proceso que va desde una relación sexual (coito), a la concepción, embarazo y parto.	Entregará a cada sujeto 6 tarjetas que ejemplifiquen: una relación sexual, la concepción, el embarazo y el parto. Dará las siguientes instrucciones: "tienen sobre su mesa 6 tarjetas, deben acomodarlas según crean van sucediendo, pregúntense qué ocurre primero, qué después y así hasta que terminen".	Acomodarán las tarjetas que les proporcione la instructora por orden evolutivo e indicarán el momento en que terminen de hacerlo.	20 min.	Juego de tarjetas para c/u con: pareja teniendo relaciones, unión de esperma y óvulo, mujer embarazada, mujer con contracciones, un parto, un bebé.
15	Describirán el proceso de la concepción, qué es, cómo ocurre, y qué consecuencias tiene.	La instructora con dos muñecos (hombre y mujer) ejemplificará el acercamiento que se tiene entre una pareja que va a tener relaciones sexuales, les preguntará a los alumnos: ¿quienes se	Deberán contestar verbalmente. De lo contrario se instigará la respuesta o se repetirá el proceso.	25 min.	Muñeco hombre, muñeca mujer.  Para fra nelógrafo:



S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
15		<p>abrazan de esa manera?, ¿qué otras cosas hacen? Retomará la respuesta -- sexual para explicar con el franelógrafo la penetración del pene en la vagina, la salida del -- semen, composición de -- espermatozoide y la u -- nión del óvulo con un -- espermatozoide.</p>			<p>Pene, -- semen, - espermatozoide, óvulo y vagina.</p>
15	<p>Explicarán verbalmente el desarrollo del em--barazo, el tiempo que abarca y el parto.</p>	<p>Con ayuda de diapositi--vas la instructora explicará como se van dando - los cambios en el feto dentro de la matriz de - la mujer y lo que ocurre al finalizar los nueve - meses.</p>	<p>Observarán las diaposi--tivas y posteriormente responderán las preguntas: ¿dónde está el bebé?, ¿cuánto se tarda - en nacer? y ¿por dónde nace?.</p>	25 min.	<p>Diaposi--tivas -- del desarrollo - del feto en los - 9 meses.</p>

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
16	<p>Nombrarán e identificarán dos formas de evitar el embarazo: preservativos y pastillas anticonceptivas.</p>	<p>Retomando los temas de respuesta sexual humana y concepción, explicará la manera en que una mujer puede tener relaciones sexuales con un hombre sin quedar embarazada. Tomará un preservativo y enseñándolo a los alumnos explicará qué es quién lo usa, para qué sirve y cómo se usa (ejemplificará el semen con un poco de agua). Pedirá a los alumnos saquen su condón (que previamente se les ha entregado), y expliquen qué es, para qué sirve, cómo se usa y quién lo usa. Por parejas un alumno deberá poner el condón en un dedo del otro y al finalizar ambos deberán tirarlo envuelto en papel sanitario. Serán supervisados por la instructora.</p> <p>Terminada la explicación del preservativo se procederá a enseñarles el uso de las pastillas anticonceptivas, quién las toma, para qué sirven y cómo se toman. Se proporcionará una caja a cada participante y se les enseñará donde guardarla</p>	<p>Contestarán a las preguntas formuladas por la instructora. Sacarán el condón siguiendo las instrucciones que se les dé, lo palparán y posteriormente por parejas lo colocarán en el dedo de su compañero. Al finalizar, lo envolverán en papel sanitario y lo depositarán en el cesto de la basura.</p> <p>Recibirán cada uno un paquete de pastillas anticonceptivas e indicarán a la instructora para qué sirven, quién las toma, cómo se usan y donde se guardan.</p>	60 min.	<p>Preservativos, pastillas anticonceptivas, para c/u</p>

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
16	Explicarán verbalmente lo que significan los términos salpingo, vasectomía u operaciones señalando a quien corresponde cada una.	Preguntará si alguno de los participantes ha escuchado los términos -- salpingo, vasectomía, - ligar u operación y qué saben de ellos. A partir de sus respuestas explicará (apoyándose en un diagrama) qué - significa cada uno de -- los términos mencionados a quién se aplica y para qué sirven.	Tratarán de contestar - las preguntas formula-- das por la instructora. Escucharán la explica-- ción y responderán las preguntas: ¿qué es la salpingo? ¿para quién? ¿para qué? ¿qué es la - vasectomía? ¿para - - quién? y ¿para qué?	30 min.	Esquema de: aparato re- produc-- tor feme nino y - masculi- no.
16	Discriminarán a quien corresponde cada una - de las medidas anti--- conceptivas y su forma correcta de uso.	Dibujará una mujer y un hombre grandes en el pi- zarrón dividido en dos y pedirá a los participan- tes que peguen un condón donde corresponde, de -- igual forma las pasti--- llas y la palabra opera- ción en una tarjeta. Al hacerlo deberán explicar la forma correcta de uso	Cada participante pasa- rá a pegar el condón, - las pastillas y la pa- labra operación donde - corresponda e indicará verbalmente para qué -- sirven, quién los usa y cómo se usan.	15 min.	Condomes pasti--- llas an- ticoncep- tivas y tarjeta indicando opera- ción pa- ra c/u.

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
17	Los participantes identificarán la etapa de la vejez y las características que ésta conlleva.	Sentará a los participantes formando un círculo y en el centro colocará suficientes recortes de revistas en donde se incluyan ancianos en diferentes actividades. Se les darán las siguientes instrucciones: "tienen que escoger de todos esos recortes los que ustedes creen que son viejitos, ancianos o abuelitos y los van a pegar en el pizarrón"	Se sentarán en forma circular, atenderán las instrucciones y buscarán los recortes que representen a los ancianos pasando a pegarlos al pizarrón.	25 min.	Veinte - recortes que representen ancianos. Treinta recortes diferentes de personas de otras edades. Cinta adhesiva
17	Ordenarán las etapas de vida desde el nacimiento hasta la vejez en orden evolutivo.	Repartirá a cada alumno una bolsa de plástico con un juego de tarjetas para que ordene correctamente las diferentes etapas de vida. Distribuirá a los alumnos en diferentes partes del salón para evitar que se copien.	Recibirán su juego de tarjetas y colocándose en el lugar que se les indique procederán a ordenarlas.	25 min.	Juegos de tarjetas de diferentes etapas de vida.
17	Asistirán a la proyección de una película sobre el desarrollo evolutivo del ser humano.	Guiará a los participantes al centro audiovisual para la proyección de la película e irá explicando los cambios en cada etapa.	Observarán y escucharán la película proyectada y la explicación de la instructora.	40 min.	Película "Viaje a través de la vida"

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
18	<p>Describirán verbalmente las normas de higiene diarias y aquellas para evitar algún tipo de contagio de enfermedades venéreas.</p>	<p>Cuestionará a los alumnos sobre los hábitos -- que éstos tienen de higiene diaria: ¿cada cuánto se bañan? ¿con qué se bañan? ¿les prestan sus calzones a sus hermanos? ¿qué pasa si no se cambian el calzón diario? ¿cómo van a oler? ¿se deben lavar con agua y jabón el pene o la vagina?, etc.</p> <p>Hará estas preguntas a cada alumno en forma independiente y agregará las normas de higiene -- para evitar enfermedades venéreas: no usar las -- toallas de otra persona lavarse las manos antes, de tocarse los genitales o tocarlos a otros, etc.</p>	<p>Cada uno de los participantes contestará --- verbalmente las preguntas que se le formulen y podrá ayudar a sus -- compañeros en caso de -- algún error.</p>	60 min.	

S.	OBJETIVO	ACTS. DEL INSTRUCTOR	ACTS. DE PARTICIPANTES	TIEMPO	MATERIAL
19	Responderán correctamente las preguntas -- del post-test.	Entrevistará a cada uno de los participantes en forma independiente utilizando el anexo 1.	Responderán cada una de las preguntas que les formule la instructora.	30 min.	Ver anexo 1.
19	Celebrarán y autorreforzarán por los conocimientos adquiridos.	Organizará un evento social junto con los padres de los participantes, distribuyendo entre todos lo necesario.	Asistirán y participarán de la celebración organizada para ellos.	90 min.	Comida, refrescos, pastel, grabadora, serpentinas, globos, etc

**CAPITULO IV. RESULTADOS.**

Una vez aplicado el programa, los resultados obtenidos serán presentados en forma descriptiva. Comparando primero, las fases de evaluación pre-test y post-test en las que se analizarán las ejecuciones intrasujetos y entre temas. En segundo lugar se analizarán las ejecuciones durante la fase de aplicación de la misma forma. Posteriormente se presentará un análisis cuantitativo que compare las ejecuciones de la primera y tercera fases.

A partir de la entrevista aplicada durante las sesiones 1 y 19, se retomaron las preguntas correspondientes a cada etapa del programa. Durante la segunda y tercera sesión se desarrolló la primera etapa denominada Primera Infancia a la que se referían las preguntas 1 y 12 (ver anexo 1). Tal como muestra la figura 4.1, tres de los sujetos (S3,S4,S7) respondieron ambas correctamente, tres solo una (S1,S5,S6) y uno de ellos (S2) no fué capaz de responder acertadamente ninguna de las dos. Al comparar estos datos con la Fase de post-test se observó que todos los sujetos, excepto uno (S3), contestaron las dos preguntas en forma correcta.

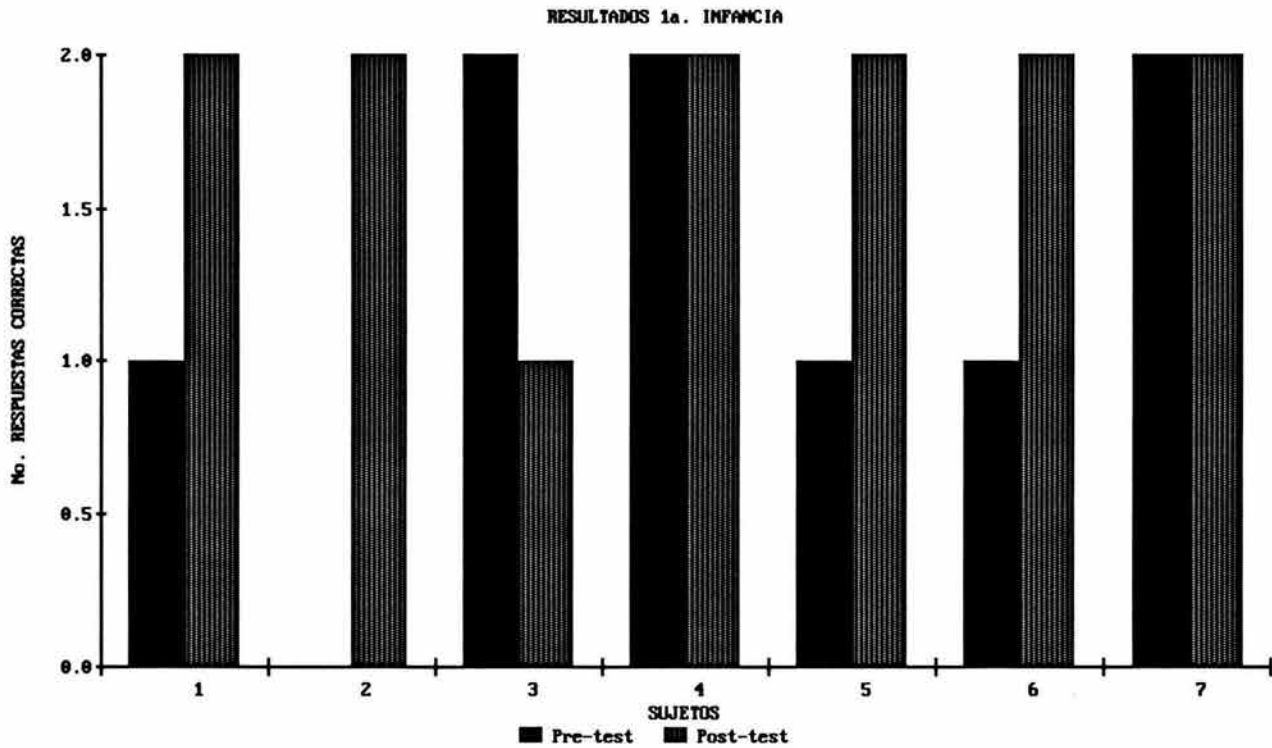


Fig. 4.1: Resultados de la etapa 1a. infancia durante las fases de pre-test y post-test

La cuarta y quinta sesión abarcaron el tema de segunda infancia correspondiente a las preguntas 2, 3 y 13. En la primera fase, tres sujetos (S1,S4,S7) respondieron correctamente a todas las preguntas, tres (S2,S5,S6) solamente a una pregunta y uno (S3) a dos de ellas (ver fig. 4.2) comparando con la fase de post-test todos los sujetos respondieron las preguntas en forma correcta.



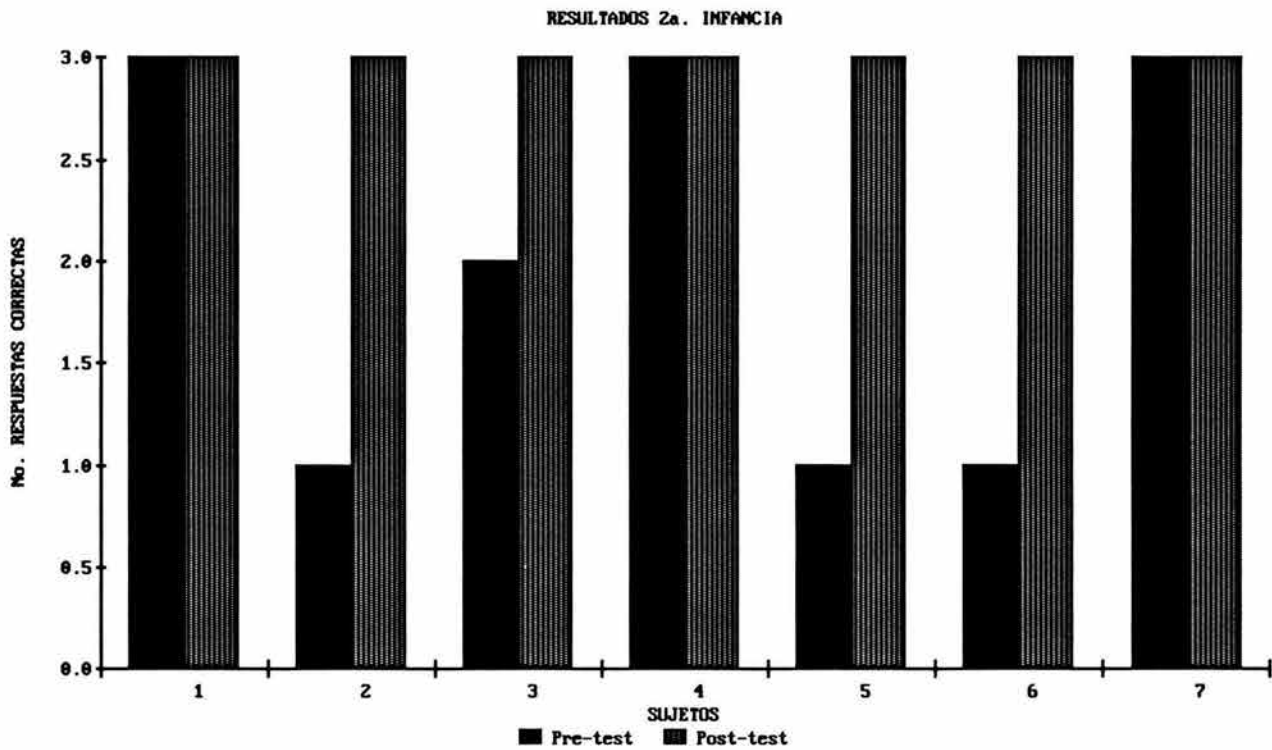


Fig. 4.2: Resultados de la etapa 2a. infancia durante las fases de pre-test y post-test.

Los temas: Cambios en la Adolescencia, Organos Sexuales, Menstruación, Emisiones Nocturnas, Masturbación, Abuso Sexual, Relaciones Sociales e Higiene, conforman la etapa de la adolescencia; comprendidos de la 6a. sesión a las 12a. y 18a., y abarcando las preguntas 4, 5, 11, 14, 15, 16, 18, 19, 20 y 28. No hubo sujeto que respondiera correctamente a todas las preguntas, ya que el índice más alto fue de ocho respuestas correctas (S4), siguiendo el de cinco (S7), dos sujetos (S1,S3) con cuatro respuestas correctas, dos sujetos (S2,S6) con dos y un sujeto (S5) con una correcta (ver fig. 4.3). Posteriormente en la fase de post-test, el índice más bajo fue

de siete respuestas correctas en un sujeto (S2), siguiéndole cuatro sujetos (S3,S5,S6,S7) con nueve correctas y dos sujetos (S1,S4) alcanzaron el índice más alto con diez respuestas correctas.

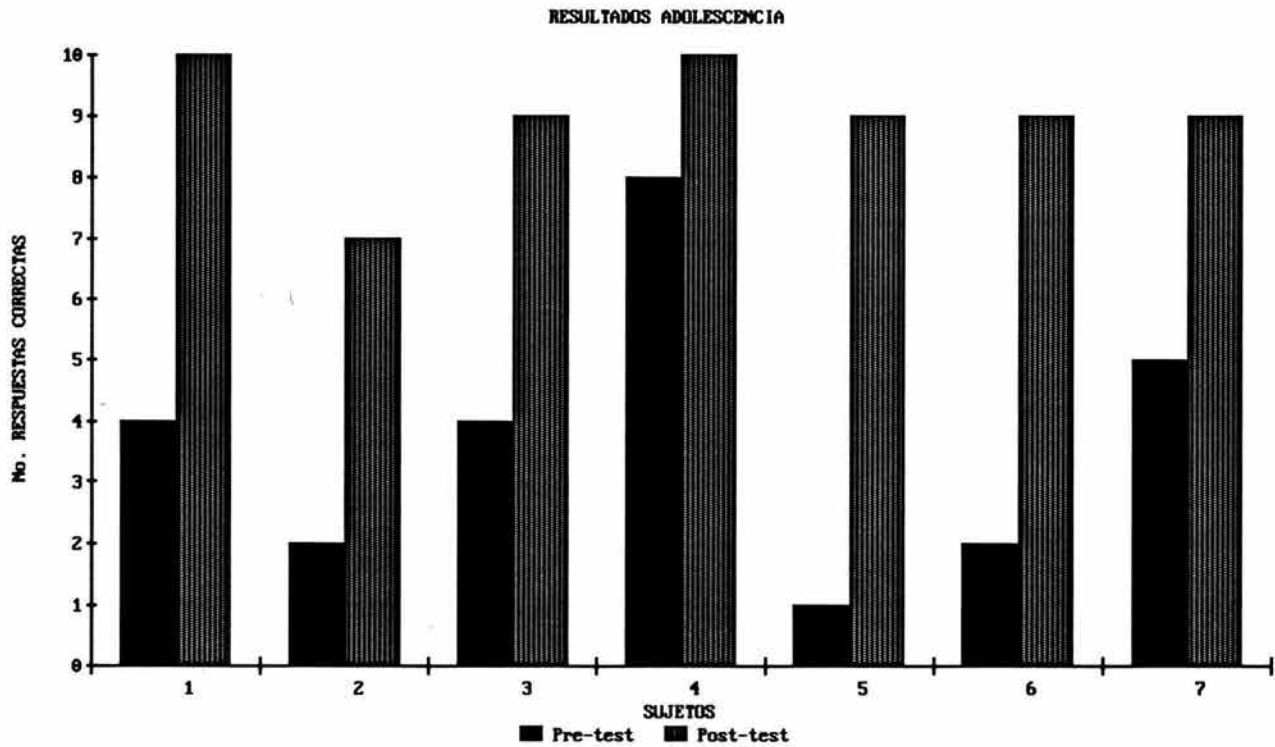


Fig. 4.3: Resultados de la etapa de la adolescencia durante las fases de pre-test y post-test.

La etapa de adultez, con los temas: Respuesta Sexual, Concepción, Embarazo, Parto y Anticoncepción desarrollados en las sesiones 13a. a 16a., evaluadas en las preguntas 6, 7, 21, 22, 23,24 y 25 se describen en la figura 4.4. Uno de los sujetos (S4) respondió al total de las preguntas en forma correcta durante la primera fase de evaluación, mientras que otro (S5) no obtuvo ninguna

respuesta adecuada y los restantes se encontraron con índices de respuestas intermedios.

En la fase de post-test las siete preguntas fueron contestadas en forma correcta por cuatro de los sujetos, seis de éstas por dos sujetos y cuatro por un sujeto.

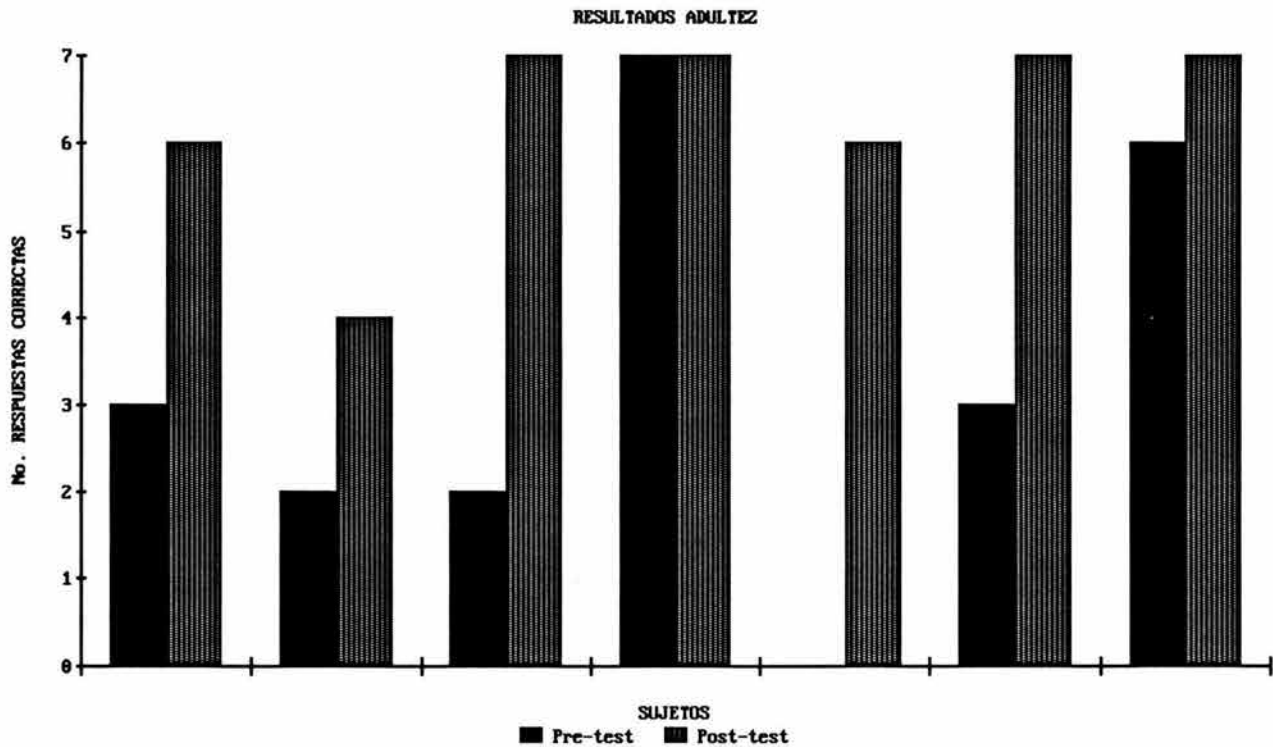


Fig. 4.4: Resultados de la etapa adultez durante las fases de pre-test y post-test.

La siguiente figura (fig. 4.5) muestra las respuestas al tema de la vejez que abarcó la sesión 17, al que se refieren las preguntas 8, 9, 10 y 26. En la fase de pre-test, tres sujetos (S2,S3,S4) contestaron solo una pregunta en forma correcta, dos de ellos (S5,S6) ninguna, uno (S7) contestó tres y uno (S1) cuatro correctamente. En la fase siguiente de evaluación cuatro de los sujetos contestaron correctamente las cuatro preguntas y los restantes tres de ellas.

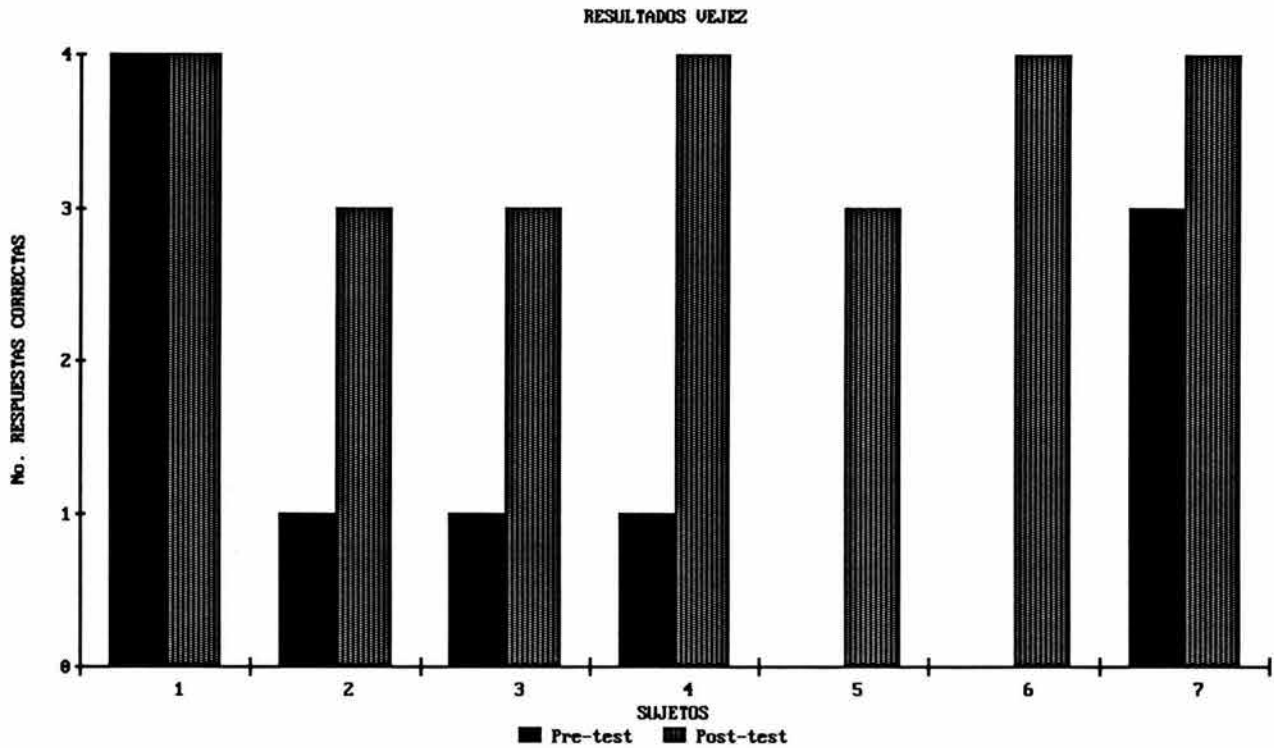


Fig. 4.5: Resultados de la etapa de vejez durante las fases de pre-test y post-test.

Las figuras anteriores, también nos permiten observar la ejecución de cada uno de los sujetos en las diferentes fases. Un dato que sobresale es la ejecución del S4, quien alcanzó el mayor puntaje en las diferentes etapas, exceptuando la última. Por el contrario, el S2 durante las dos primeras etapas alcanzó las ejecuciones más bajas, mientras que en las restantes la ejecución más baja fué la del S5.

De esta forma en la fase post-test, fué el S4 quien contestó acertadamente a todas las preguntas, manteniendo el más alto nivel de ejecución junto con los sujetos 1 y 7. El S2 cuya ejecución en la fase de pre-test ya fué mencionada, alcanzó a lo largo de las dos primeras etapas, durante la fase de post-test, el nivel de ejecución

más alto contestando acertadamente todas las preguntas. El S5, en cambio, no logró alcanzar este mismo avance aunque la diferencia fué de solo una respuesta incorrecta durante la fase de post-test en las tres últimas etapas.

La ejecución de los sujetos restantes fué muy variada, pero todos alcanzaron un mayor índice de respuestas correctas en la última fase de evaluación, tal como lo muestra la Tabla 4.1.

Tabla 4.1. Resultados totales de las fases de pre-test y post-test en términos de las respuestas correctas.

SUJETOS	FASE PRE-TEST	FASE POST-TEST
1	14	26
2	5	20
3	11	23
4	21	26
5	3	23
6	6	25
7	18	26

Las etapas en las que hubo mayor número de respuestas correctas fueron las de 1a. y 2a. Infancia, aunque cabe aclarar que ambas fueron las que menos temas abarcaron. En las etapas de Adolescencia y Adulthood de un total de 10 y 7 respuestas correctas, se obtuvieron como índices más bajos, 7 y 4 respectivamente; teniendo una diferencia de tres respuestas en ambas etapas.

Por último, en la etapa de Vejez, el nivel de ejecución más bajo correspondió a tres de cuatro respuestas correctas, estableciendo una diferencia mínima de una respuesta.

Por otra parte, los resultados obtenidos durante la fase de aplicación corroboran el aprendizaje dado en la última fase de evaluación. El S4 fué el que recibió menos instigación durante la aplicación del programa ya que únicamente fué instigado en cuatro preguntas, tal como lo muestra la tabla 4.2, y es resto las contestó en forma correcta al serle planteadas.

De los tres sujetos (S2, S3 y S5) que alcanzaron el menor índice de respuestas correctas en las fases de evaluación, los sujetos S2 y S3 fueron los más instigados (57 y 38 respectivamente); el S5 en cambio recibió menos instigación (27), aunque cabe señalar que estuvo ausente durante dos sesiones y se podría atribuir a ello la diferencia (ver Tabla 4.2).

En cuanto a los temas, aquel en el que se obtuvo mayor índice de respuestas correctas durante las fases de evaluación, fué el de 2a. infancia, mismo que durante la fase de aplicación alcanzó el menor porcentaje de instigación, el cual fué del 4% (ver Tabla 4.2).

Los temas más instigados fueron: Adultez (29.9%), 1a. Infancia (19.3%) y Adolescencia (12.6%), que corresponden con el menor índice de respuestas correctas durante las ejecuciones de las fases de evaluación (ver Tabla 4.2).

Aclarando que en el primero de estos temas, la instigación fué mayor en los subtemas: Concepción (sesión 15) y Relaciones Sexuales (sesión 14).

TEMA	S.	SUJETOS														% DE A	% DE A POR TEMA
		S1		S2		S3		S4		S5		S6		S7			
		A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B		
1a. Inf.	2	0	7	4	7	3	7	0	7	0	7	0	7	0	7	14.2	19.3
	3	0	7	6	7	6	7	0	7	-	7	-	7	-	7	24.4	
2a. I	4	0	7	1	7	0	7	0	7	1	7	0	7	0	7	4.0	4.0
	6	0	9	2	9	2	9	0	9	1	9	1	9	0	9	9.5	
Adolescencia	7	0	14	3	14	2	14	0	14	1	14	1	14	0	14	7.1	12.6
	8	2	15	5	15	3	15	1	15	3	15	2	15	1	15	16.1	
	9	0	7	5	7	1	7	0	7	1	7	1	7	0	7	16.3	
	10	0	7	4	7	2	7	0	7	1	7	0	7	0	7	14.2	
	11	2	14	9	14	0	14	0	14	1	14	0	14	0	14	12.2	
Adulterez	13	0	11	2	11	3	11	0	11	1	11	1	11	1	11	10.3	29.9
	14	0	7	5	7	3	7	0	7	4	7	0	7	0	7	24.4	
	15	3	6	6	6	6	6	2	6	4	6	4	6	3	6	66.6	
	16	-	11	3	11	3	11	1	11	1	11	5	11	1	11	18.1	
Vej.	17	0	6	0	6	2	6	0	6	1	6	0	6	0	6	7.1	7.1
Hig.	18	0	11	2	11	2	11	0	11	1	11	0	11	0	11	6.4	6.4
<b>TOTAL</b>		<b>7</b>	<b>139</b>	<b>57</b>	<b>139</b>	<b>38</b>	<b>139</b>	<b>4</b>	<b>139</b>	<b>21</b>	<b>139</b>	<b>15</b>	<b>139</b>	<b>6</b>	<b>139</b>		

A: Preguntas Instigadas  
B: Total de Preguntas

TABLA 4.2: Resultados Totales de la Fase de Aplicación en relación con el total de preguntas instigadas.

Considerando estos resultados puede decirse que hubo diferencias entre las dos fases de evaluación, ésto se comprueba si tomamos los porcentajes globales de ejecución: 42.8% de la fase de pre-test, en relación con 92.7% de la fase de post-test.

Dado que estos porcentajes enmascaran las diferencias individuales es necesario corroborar esta diferencia por medio de un análisis cuantitativo, por lo que dadas las características del grupo estudiado ( $N = 1$ , diseño irreversible, muestra no representativa y el mismo grupo en condiciones diferentes) se aplicó la prueba de los Rangos Señalados de Pares Igualados de Wilcoxon y el Análisis de Series de Tiempo (ARIMA), para las cuales se plantean dos hipótesis:

a) hipótesis nula.- establece la igualdad de las ejecuciones pre-test y post.test.

b) hipótesis alterna.- establece que existe diferencia cuantitativa entre las ejecuciones de pre-test y post-test.

Prueba de Wilcoxon: el valor de tablas del estadístico T de Wilcoxon, es igual al calculado ( $T_t = T_c = 0$ ; tomada de la Tabla G; Siegel, 1988) para un nivel de significancia 0.01, por tanto existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis que plantea la igualdad de las ejecuciones pre-test/post-test.

Con los resultados obtenidos al aplicar esta prueba se puede concluir que el "Curso de Educación Sexual para Adolescentes con Retardo en el Desarrollo" sí causó efectos significativos en la ejecución entre las fases de pre-test y post-test.



ARIMA: la probabilidad asociada al valor calculado del estadístico C de ARIMA fué 0.0174 y éste es menor que el nivel de significancia planteado (0.05), por tanto existe evidencia estadística para rechazar la hipótesis que planteaba que no había diferencia.

Es posible concluir nuevamente que el curso citado, causó diferencias significativas en la ejecución de las fases pre-test/post-test.

**CAPITULO V. CONCLUSIONES.**

Revisados los resultados finales es importante retomar algunas de las actitudes y respuestas desarrolladas durante la aplicación del programa que nos permitirán concluir de acuerdo al marco teórico precedente.

Al abordar el tema de la primera infancia nos percatamos que no era desconocido por los alumnos en su totalidad (al igual que en los temas posteriores), pues todos sabían algunas de las características correspondientes a esta etapa. Este hecho corrobora lo señalado por Whalen y Whalen (1976), Edmonson, McCombs y Wish (1979), quienes afirman que las personas con retardo en el desarrollo poseen conocimientos, aunque no sean del todo verdaderos respecto al desarrollo sexual.

Cuando se pretendió que los participantes alimentaran, cambiaran de pañales y de ropa a un bebé ficticio, se hicieron evidentes los roles sexuales a los que cada uno pertenecía; las mujeres eran muy cuidadosas mientras que los hombres parecían no poseer criterios adecuados respecto al dolor y al peligro si el muñeco fuera un bebé auténtico. Así mismo, no tenían las habilidades para vestirlo adecuadamente en el mismo tiempo que sus compañeras y al principio únicamente se quedaron observándolo y hasta que se les instigó trataron de realizar las actividades propuestas. Lo anterior <sup>Por lo que</sup> es evidencia de que los sujetos en el proceso de su formación han adquirido educación sexual de manera informal, dado que ésta, como lo señala Wilson (1977) se deriva de

las actividades diarias y de la forma en que otros viven su propia sexualidad. El autocuidado, el arreglo personal y la forma de vestir de los participantes responde también a este tipo de educación.

No obstante su habilidad para identificar un bebé, algunos de los participantes fueron instigados varias veces para que establecieran la diferencia entre una niña y un niño en forma verbal, sin que por ésto les resultara difícil autoasignarse el género que les correspondía. En cambio resultó más complicado para ellos el diferenciar su condición personal, como niños (as) o muchachos (as) pero todos ya habían tenido novio (a), las mujeres menstruaban y los varones eyaculaban. Gómez y Rodríguez (1985), como ya se señaló establecen tres actitudes que los padres asumen, entre las que se encuentra la de sobreprotección, que podría explicar la confusión en estas etapas ya que en algunos casos las personas con retardo en el desarrollo son tratadas como infantes o no se les da el crédito de adolescentes.

(Dentro del tema de la adolescencia, al mostrarles figuras de personas desnudas, hubo actitudes de desconcierto y vergüenza que se manifestaron al desviar la vista, taparse la cara, sonrojarse o empezar a reír, que aunque fueron desapareciendo a lo largo de las sesiones y no volvieron a presentarse en el resto de la aplicación del programa, reflejan los valores y procesos sociales de nuestra cultura que llevan a considerar la sexualidad como algo pecaminoso y que debe ser sujeto a represión) (Pomeroy, 1986; Giraldo, 1985).

2 Todos los participantes fueron capaces de nombrar e identificar correctamente los genitales y ésto les ayudó a distinguir cuando se trataba de un varón y cuando de una mujer; tanto en el caso de ellos mismos, de algunos dibujos, de las diferentes etapas de vida y de sus compañeros. Este aprendizaje se dió a pesar de haberse empleado términos técnicos, lo cual nos demuestra, como afirman Brenton y Copeland (1976) que efectivamente este tipo de personas son capaces de aprender las bases de la educación sexual.

Además del lenguaje técnico no se descartó el empleo del lenguaje cotidiano y hasta vulgar, pero en forma contraria a lo que podría esperarse, el utilizar este modo de expresión no causó burlas ni actitudes de morbosidad por parte de los adolescentes.

↳ Otro hecho que corrobora lo anterior, fué que los sujetos pudieran explicar con ayuda de un esquema los procesos de menstruación, eyaculación y emisiones nocturnas. Cinco de los sujetos aseguraban masturbarse y al indagar más sobre el tema, la mayoría reconoció que practicaban esta conducta en sus recámaras cuando ya estaban acostados o en el baño al cambiarse de ropa. Uno de ellos comentó que lo llevaba a cabo también en la cocina o en la sala, debido a ello se le explicó la importancia de la privacidad de esta conducta en nuestro entorno social. Como se observa en algunos casos, la masturbación está sujeta a juicios personales que la convierten en un problema social (Mayagoitia, 1976; Louttit, 1975; Flores, 1984; Kempton, 1978 y Gordon, 1976). Dicha conducta es una evidencia de la sexualidad de estas

personas, pero no es tomada como tal ya que tanto padres como educadores al considerarla problemática reafirman la aseveración de que las personas con retardo son seres asexuales.

El abuso sexual es otro problema del cual no se habla a pesar de que sucede. Los padres tienen un gran temor a que ello pudiera ocurrir a sus hijos y parece ser que este temor es transferido, especialmente a las mujeres, ya que al tratarlo dentro del programa aunque eran incapaces de definirlo, por medio de un sociodrama las adolescentes respondían impulsiva y agresivamente ante la persona que representaba el papel de agresor. La actitud de los varones fué diferente al tomar la dramatización como un juego, sin tomar en cuenta las posibles consecuencias que ésto pudiera acarrearles. Es innegable que en nuestra sociedad tanto hombres como mujeres (agravándose ésto si existe retardo) pueden ser víctimas de un abuso de este tipo y la falta de información al respecto únicamente incrementa el riesgo (Brenton, 1976).

En los resultados la ejecución del S4 se observa que fué superior en comparación con el resto del grupo, es importante señalar que el conocimiento que refleja dicha ejecución se debe a que anteriormente sus padres y médicos le proporcionaron información al respecto ya que sufrió un abuso sexual; ésto confirma la alta vulnerabilidad ante la agresión sexual que se presenta en estas personas (Rubio, 1984).

Las conductas sociales de los adolescentes, en algunos casos no eran acordes con las normas sociales preestablecidas (se

acercaban demasiado a la gente para hablar con ellos y no discriminaban la forma de saludar), lo cual efectivamente les impide intentar integrarse satisfactoriamente a una comunidad (Zigler y Harter, 1971; Vanier, 1982), por lo que la enseñanza de respuestas sociales adecuadas debería ser un tema más abordado en los programas de educación sexual.

Aunque la literatura señala que la comunidad en general tiene actitudes de rechazo, estigmatización y aislamiento hacia estas personas (Edgerton, 1976; D.G.E.E., 1985), ésto depende en gran medida de las propias actitudes de los sujetos con retardo así como de quienes les acompañen. El paseo que incluyó el programa, permitió constatar lo anterior ya que durante éste aunque algunas personas fijaban su vista en el grupo, no hubo nadie que presentara actitudes de agresión pero tampoco hubo intentos de acercamiento hacia ellos.

Con lo que respecta a los diferentes momentos por los que atraviesa un adulto, al hablar de matrimonio los sujetos mostraron su deseo de llegar a éste, lo cual está directamente vinculado con el desarrollo afectivo y tal como reporta un trabajo de la D.G.E.E. (1985) las personas con retardo desarrollan altas expectativas ya que tanto en la comunidad, como en su casa se les educa en tareas que llevan implícito el ideal de tener una pareja.

Pese a que en las diversas investigaciones presentadas se habla de la restricción a la que están sujetas las relaciones sexuales y de un sentimiento de temor ante ellas entre las personas con retardo (Dupras, 1982; Rubio, 1984), en el grupo con el que se

trabajó no había conocimiento de lo que implicaba una relación de este tipo ni de cómo llevarla a cabo. Los conocimientos se limitaban a expresiones afectivas tales como el beso o el abrazo, desconociendo otras de carácter más íntimo.

Se confirmó lo señalado por Rubio (1984), Patton et.al. (1990), Abramson et.al. (1988), quienes afirman que además de desear casarse la mayoría de las personas con retardo también desean tener hijos, ya que sobre todo las mujeres, al abarcar los temas de concepción, embarazo y parto expresaron su opinión abiertamente y su aprendizaje fué muy rápido.

A pesar de que en diversos estudios (Baroff, 1974; Rubio, 1984; Goodman, 1976; Attard, 1988) realizados con padres se reporta que tienen gran ansiedad respecto a que sus hijas pudieran quedar embarazadas o sus hijos pudieran embarazar a alguien, los adolescentes desconocían del todo lo relacionado al tema de la anticoncepción. Sin embargo, al revisar los resultados de la fase pre-test al evaluar dicho conocimiento, la mayoría respondió correctamente; creemos que se debió principalmente al instrumento (anexo 1), ya que al sólo dar dos opciones es posible que contestaran por azar.

Para concluir las diferentes etapas de vida se pidió a los participantes ordenaran figuras que las representaban cronológicamente (incluyendo vejez), pero al hacerlo la mayoría no logró discriminar la diferencia entre la etapa de vejez y la de adultez. Suponemos que ello se debió a que varios de los adolescentes tienen madres y padres de edad avanzada.

El tema de enfermedades venéreas no fué dado como tal, sobre todo por el empleo de lenguaje técnico que por su amplitud pudo haber dificultado el aprendizaje, por lo que se habló de higiene y de la relación de ésta con la prevención de este tipo de enfermedades. La importancia de incluir dicho tema se retomó de las opiniones que Rostafinski (1976) recogió de grupos de personas con retardo.

Las sesiones apoyadas por proyecciones fueron tomadas por los adolescentes como un premio al trabajo desempeñado en el aula, e incluso una vez terminada la explicación del tema hubo quienes preguntaron sobre si ese día habría película. Aquella que trató sobre concepción tenía como fondo musical una canción que posteriormente el grupo entonaba cada vez que se dirigía a la sala de proyecciones, es posible argumentar que ésto fuera un estímulo para el aprendizaje de los principios básicos del tema relaciones sexuales.

Dado el trabajo desarrollado al aplicar el programa de educación sexual, es posible presentar algunas conclusiones generales del mismo.

Se encontró que efectivamente los adolescentes con retardo en el desarrollo poseían un desarrollo psicosexual muy parecido al de otros adolescentes sin este problema; puesto que todos, tal como corresponde a la etapa en la que se encuentran, se esmeraban en su arreglo personal, habían tenido novio (a), mostraban evidencias de atracción sexual (incluso dentro del grupo de trabajo) y poseían modelos con los cuales se identificaban. Concordamos con autores



como Morgenstern (1976), Scally (1976), Brenton (1976), Delfín (1990), Patton et.al. (1990), quienes consideran que el desarrollo sexual por lo menos desde el punto de vista fisiológico ocurre de igual manera para los retardados, así como para los que no lo son.

Resulta innegable la importancia de la educación sexual para estas personas ya que mediante ella lograrían, en primer lugar, integrarse de mejor manera al medio social en el que se desenvuelvan; en segundo lugar, podrían establecer una relación de pareja con mayores probabilidades de éxito; en tercer lugar, los proveería de una mayor atención hacia su persona mediante el autocuidado y el autoconocimiento; y en cuarto lugar, se constató (posterior al curso) que la confianza de los padres y hermanos hacia ellos se afirmó al reconocerlos con más capacidades; por ejemplo, a dos de los adolescentes, actualmente se les asignan tareas de cuidado de personas menores a ellos (un año de edad) y se les asignan mayores responsabilidades.

La aplicación del programa no se vió obstaculizada por la institución, por los padres de los adolescentes o por los adolescentes mismos. En este caso no hubo limitaciones por la responsabilidad legal, ética y social, como tampoco se presentó alguna reacción pública en contra de dicha aplicación, problema que reporta la investigación realizada por Greengoss (1976).

Por su parte, los padres, estuvieron dispuestos a responsabilizarse de las obligaciones que conllevaba el programa, prueba de ello fué la aceptación del contrato, la escasez del

ausentismo y la participación en las actividades en que se requería su apoyo.

A pesar de los resultados favorables es posible señalar algunas limitaciones que se observaron una vez aplicado el programa:

- Dado que el programa se llevó a cabo en forma aislada, es decir, no como parte integral de un curso de Educación Especial, muchos de los temas (menstruación, emisiones nocturnas, higiene y relaciones sociales), quedaron sujetos a un aprendizaje temporal ya que requerirían de una práctica constante por un largo periodo.
- Los datos no pueden generalizarse dado el tamaño de la muestra, la cual fué muy pequeña.
- La validez del instrumento estuvo limitada en algunas preguntas al dar dos opciones de respuesta, lo que podría propiciar una ejecución aleatoria.
- El programa no contempló ampliamente el aspecto afectivo, el cual está muy relacionado a temas como el noviazgo y el matrimonio.
- Solo se incluyó una salida de práctica, lo cual no permitió observar el desarrollo de más conductas autónomas por parte de los adolescentes.

Debido a lo señalado arriba es posible presentar algunas sugerencias para complementar la aplicación del programa:

- 1.- La Educación Sexual debe darse en forma integral con la Educación Especial en general, ya que de esa manera puede asignarse más tiempo para cada uno de los temas.
- 2.- Hacer evaluaciones de los conocimientos que señalan los

objetivos periódicamente.

- 3.- Tratar de homogeneizar el grupo de trabajo, igualando el número de hombres y de mujeres.
4. Programar más sesiones en las que se puedan aplicar los conocimientos adquiridos, sobre todo aquellos que involucren relaciones sociales.
- 5.- Incluir más ampliamente el tema de afectividad, posterior a la explicación de los conceptos.
- 6.- En la dinámica señalada para el tema " abuso sexual ", solicitar la participación de personas ajenas a los adolescentes, ya que puede ocurrir que éstos no comprendan las intenciones de la persona que represente el papel de acosador sexual.
- 7.- Sería recomendable incluir el tema " homosexualidad " adjunto a dinámicas en las que se ejemplifique a que se refiere y que características posee.
- 8.- Si fuera posible contar con los recursos necesarios, grabar en cintas de video todas las sesiones.
- 9.- Las instructoras deberán apoyar sus conocimientos en películas, folletos, libros, conferencias e incluso si es posible capacitarse en un curso sobre Educación Sexual para personas con retardo en el desarrollo.
- 10.- Es necesario que la persona que pretenda aplicar este programa esté dispuesta a agotar todos los recursos de que pueda valerse con el fin de alcanzar los objetivos

propuestos, posea un manejo adecuado de la información, sea capaz de trascender sus propias opiniones y creencias y crear una atmósfera positiva que invite a la participación y motivación para continuar con el programa.

A partir de la presente investigación podrían desarrollarse algunas otras que quizás proporcionen mayor información acerca de las actitudes ante la sexualidad de las personas con retardo y de la forma de cómo impartir una educación de ésta.

La participación de los padres dentro de las sesiones permitiría descubrir su propia actitud así como la de sus hijos y verificar si es diferente cuando se encuentran separados. También podría asignarse a los padres tareas para procurar un mayor aprendizaje mediante el reforzamiento de conductas (como en el uso del calendario para las mujeres, por ejemplo).

Podrían aplicarse evaluaciones de seguimiento mediante entrevistas á los propios adolescentes, para corroborar si el aprendizaje se mantiene; a los padres para confirmar dicho aprendizaje y evaluar el efecto en la vida diaria que el programa pudiera haber tenido; por último, a los maestros quienes también podrían aportar información acerca de las actitudes posteriores al curso por parte de los adolescentes.

Al realizar las evaluaciones sería posible plantear en diferente forma las preguntas de la entrevista estructurada para evitar una ejecución aleatoria y aumentar la validez del instrumento.

Con el fin de tener datos que pudieran generalizarse sería recomendable ampliar la muestra a la que se aplique el programa así como también realizar una investigación longitudinal con los sujetos que participaron en él.

Por último, del presente programa sería posible derivar otros aptos para personas con otro tipo de incapacidades que repercutan en un retardo en el desarrollo, tales como los débiles visuales y auditivos adaptándolo a las necesidades y características de ellos.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson, P.R.; Parker, T.; Weisberg, S.; 1988; "Sexual Expression of Mentally Retarded People"; En: American Journal on Mental Retardation; Vol. 95; No. 3; Pp. 320-334.
- Aizpurua, Z.I.; 1985; Sexualidad y subnormalidad. Servicio Editorial Universidad del País Vasco; España.
- Aguilar, C.L. y Huitrón, O.V.; 1988; Programa de Educación Sexual para Niños con Retardo en el Desarrollo; Tesis Profesional, E.N.E.P.-Iztacala; México
- Alfaro, E.; 1989; "Educación Sexual del Deficiente Mental"; En: Enciclopedia Temática de Educación Especial; Ed. El Manual Moderno; México.
- Andrade, U. y Benavides, E.; La educación sexual en sujetos con retardo en el desarrollo psicológico; Tesis en preparación; Cap. IV; E.N.E.P.-Iztacala; México.
- Attard, M. T.; 1988; "Point of View: Mentally Handicapped Parents: Some Issues to Consider in Realtion to Pregnancy"; En: British Journal of Mentally Subnormality; Vol. 34; No. 1; Pp. 3-9.
- Baroff, G.; 1974; Mental Retardation: Nature, Cause and Management; Ed. Hemisphere Publishing Corporation; U.S.A.; Pp. 186-189.
- Blanc, P.M.; 1982; "Sexual Handicaps"; En: Genitif; Vol. 4; No. 7; Pp. 5-8.
- Blue, R.; 1974 Educación sexual y retardo mental. Un enfoque comunitario; Derechos reservados a CONFE; México, 1974.
- Brantlinger, E.; 1983; "Measuring Variation and Change in Attitudes of Residential Care Staff Toward the Sexuality of Mentally Retarded Persons"; En: Mental Retardation; Vol. 21; No. 1; Pp. 17-22.
- Brenton, W.; 1976; La Sexualidad y los Retrasados Mentales: Anuario de Sexología; Mundo Médico; México.
- Brenton, W. y Copeland, S.; 1976; En: Andrade, U. y Benavidez, E.; La Educación Sexual para Sujetos con Retardo en el Desarrollo; Op. cit.

- Burt, R. A.; 1988; "Restricciones Legales a las Relaciones Sexuales y Familiares de los Retrasados Mentales" En: De la Cruz, F. F. y La Veck, G. D.; Sexualidad y Retraso Mental; Servicio Internacional sobre Subnormales; España.
- Cameron, H. C.; 1976; "Adolescent Sexuality and Chronic Handicap"; En: Psichosexual Problems; Ed. Sidney Crown; London; Pp. 135-150.
- Carelli, L.; 1980; "Educación Sexual: Un Componente de la Educación Especial"; En: Primer Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental; S.E.P.; D.G.E.E.; México.
- Carruth, D.; 1988; "La Sexualidad Humana en un Centro Residencial" En: De la Cruz, F. F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S.; España.
- Castañeda, J.; 1991; "Son Humanos los Derechos Sexuales?"; En: Sociedad y SIDA; Publicación Especial de CONASIDA; México.
- Chapman, J. W. y Pitceathly, A. S.; 1985; "Sexuality and Mentally Handicapped People: Issues of Sex Education, Marriage, Parenthood and Care Staff Attitudes"; En: Australia and New Zeland Journal of Developmental Disabilities; Vol. 11; No. 4; Pp.227-235.
- Charles, D. C.; 1953; "Ability and Accomplishment of Persons Earlier Judge Mentally Retarded"; En: Genetic Psychology Monographs; Vol. 47; Pp. 3-71.
- Chartt, R.M.; 1985; "Problemática de la Madre Adolescente" En: Curso de Orientación Sexual, Planificación Familiar y Deficiencia Mental; S.S.A.; México.
- Copeland, A. y Weissbrod, S.; 1976; "Differences in Attitudes Toward Sex Tiped Behavior of Nonretarded and Retarded Children"; En: American Journal of Mental Deficiency; Vol. 81; No. 3.
- Craft, A. y Craft N.; 1979; Handicapped Married Couples; Ed. Routledge and Kegan Paul; London.
- Cruz, M. A.; 1986; Reporte de las Necesidades de Información sobre la Sexualidad de los Adolescentes con Retardo Superficial; Tesis Profesional, E.N.E.P.-Iztacala; México.

- Cuevas, J; Biersach, E.; 1983; "Conocimiento Sexual, Actitudes hacia la sexualidad y Conducta Sexual en Estudiantes Universitarios"; En: Enseñanza e Investigación en Psicología; Vol. IX; No.1; Pp. 54-63.
- Deisher, R. W .; 1988; "Comportamiento Sexual de los Subnormales Recluidos en Instituciones"; En: De la Cruz, F. F. y La Veck, G. D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S.; España.
- \* Delfín, F.; 1990; Educación de la Sexualidad en Personas con Necesidades Especiales; D.G.E.E.; México.
- D.G.E.E.; 1981; Tercero y Cuarto Grado de Primaria Especial; S.E.P., Centro de Información y Documentación; México.
- D.G.E.E.; 1985; Educación Sexual en los Centros de Capacitación de Educación Especial; S.E.P.; México.
- Dupras, A.; 1982; "Sexuality and Mental Deficiency: The Beneficiaries' Opinios"; En: Genitif; Vol. 4; No. 9; Pp. 3-8.
- Edgerton, R. B.; 1988; (1976); "Consideraciones en Torno a la Investigación Socio-cultural"; En: De la Cruz, F. F. y La Veck, G. D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S.; España.
- Edmonson, B.; Mc. Combs, K.; Wish, J.; 1979; "What Retarded Adults Believe about Sex"; En: American Journal of Mental Deficiency; Vol. 84; No. 1; Pp. 11-18.
- Eisenring, J. J.; 1980; "Sexualidad y Subnormalidad"; En: Abraham, G. y Pasini, W.; Introducción a la Sexología Médica; Grijalbo; Barcelona; Pp. 373-387.
- Elkins, T.; Spinnato, J.; Muran, D.; 1987; "Sexuality and Family Interaction in Down Syndrome: Parental Responses"; En: Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology; Vol.6 ; No.2; Pp. 81-88.
- Fisher, H. L. y Krajicek, M. J.; 1974; "Sexual Development of the Moderately Retarded Child"; En: Mental Retardation; Vol. 12; No. 3; Pp. 28-30.
- Flores, J.R.; 1984; Conducta sexual en sujetos con retardo en el desarrollo. Comentarios críticos y consideraciones generales; Tesis Profesional; ENEP-I; México.



- Gebhard, P.H.; 1988 (1971); "El Comportamiento Sexual de los Retrasados Mentales"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad Retraso Mental; S. I. I. S. España.
- Giraldo, O.; 1985; Explorando las Sexualidades Humanas; Ed. Trillas; México.
- Goodman, L.; 1976; "Los Derechos de la Sexualidad por parte de los Retrasados: Un dilema para los Padres", En: Bass, M. y Gelof, M.; Derecho a la Sexualidad y Responsabilidades del Deficiente Mental; Ed. Fontanella; Barcelona.
- Goodman, L.; Budner, S.; Lesh, B.; 1985 (1971); En: Aizpurua I.; Sexualidad y Subnormalidad; Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; España.
- Gómez, G. y Rodríguez, M.; 1985; "Actitudes de Padres y Profesionistas ante la Sexualidad del Deficiente Mental; Curso de Orientación Sexual, Planificación Familiar y Deficiencia Mental; S. S. A.; México.
- Greengross, W.; 1988 (1976); En: Abramson, P. R.; Parker, T and Weisberg, S.; "Sexual Expression of Mentally Retarded People", American Journal of Mental Retardation; Vol. 93; No. 3; Pp. 331.
- Grunewald, K. y Linner, B.; 1980; Retraso Mental: Sexualidad y Normalización Social; en Actualidades de Suecia; Svenska Institute; No. 237.
- Hall, J.E.; 1978 "Acceptance of Sexual Expression in the Mentally Retarded"; En: Sexuality and Disability; Vol. 1; Pp. 44-51.
- Helbig, W.; 1988; "Aspectos Médicos y Biológicos"; En De la Cruz, F.F.; La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S. I. I. S.; España.
- Ingalls, R.P.; 1982; Retraso Mental; Ed. El Manual Moderno; México.
- Johnson, P.R.; Davies, R.; 1989; "Sexual Attitudes of Members of Staff"; En: British Journal of Mental Subnormality; Vol. 35; No. 68; Pp. 17-21.
- Johnson, W.; 1988 (1976); "La Educación Sexual de los Retrasados Mentales"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G. D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S.; España.
- Kempton, W.; 1978; Love, Sex and Birth Control; Ed. P.P.A.; Pennsylvania.

- Kennedy, R.J.P.; 1982 (1976); "A Connecticut Community Revisited"; En: Ingalls, R.P.; Retardo Mental; Ed. El Manual Moderno; México.
- Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B.; Martín, C.E. y Gebhard, P.H.; 1967; normal y lo anormal en la conducta sexual"; en Conducta sexual del hombre; Ed. Siglo XX; Argentina.
- Kolle, O.; 1978; La Magia del Sexo y del Amor; Ediciones Daimon; México.
- La Veck, G.D. y De la Cruz, F.F.; 1988 (1976); "Contracepción para Retrasados Mentales"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I. I.S.; España.
- Louttit, B.; 1975; Clinical Psychology of Children Behavior Problems; Ed. Harper and Brother Publishers; New York and London.
- Masters, W.H.; Johnson, V.E.; Kolodny, R.C.; 1985; La Sexualidad Humana; Ed. Grijalbo; Barcelona.
- Mattison, J.; 1988 (1976); "Matrimonio y Retraso Mental"; En De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S. I. I. S.; España.
- Mayagoitia, D.; 1976; "La Sexualidad del Deficiente Mental"; En: Anuario de Sexología; Ed. Mundo Médico; México.
- Money, J.; 1988 (1976); "Algunas Ideas sobre los Tabús Sexuales y los Derechos de los Subnormales"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S. I. I. S.; España.
- Monterola, A.; 1985; "Aspectos Jurídicos y Deficiencia Mental"; En: Curso de Orientación Sexual, Planificación Familiar y Deficiencia Mental; S.S.A.; México.
- Morfín, J.; 1985; "Factores de Integración del Adulto Deficiente Mental"; En: Curso de Orientación Sexual, Planificación Familiar y Deficiencia Mental; S.S.A. México.
- Morgenstern, M.; 1988 (1976); "El Desarrollo Psicosexual de los Subnormales"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G. D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S., España.
- Mulhern, T.J.; "Survey of Reported Sexual Behavior and Policies Characterizing Residential Facilities for Retarded Citizens"; En: American Journal of Mental Deficiency; Vol. 79; Pp. 670-673.

- Nasson, R.; (1978); En: Andrade, U. y Benavides, E.; La Educación Sexual en Sujetos con Retardo en el Desarrollo; Tesis en Preparación, E.N.E.P.-Iztacala; Cap. III.; México.
- Patton, J.R.; Beirne-Smith, M.; Payne, J.S.; 1990; Mental Retardation; Ed. Merrill Publishing Company; U.S.A.
- Ribes, E.; 1988; "Retardo en el Desarrollo"; En: Galguera, I.; Hinojosa, G.; Galindo, E.; El Retardo en el Desarrollo; Ed. Trillas (2a. Edición); México.
- Ríos, J.A.; 1986; "Educación Sexual"; En: Diccionario Enciclopédico de Educación Especial; Ed. Diagonal-Santillana; Madrid; Vol. II; Pp.772.
- Rubio, E.; 1984; Educación de la Sexualidad y Retraso Mental Ed. Fotolito García e Hijos; Bogotá.
- Scally, B.G.; 1988 (1976); "Matrimonio y Retraso Mental: Observaciones en Irlanda del Norte"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Retraso Mental; S.I.I.S.; España.
- Siegel, S.; 1988; Estadística No Paramétrica; Ed. Trillas; México.
- Sumarah, J.; Maksym, D.; Goudge, J.; 1988; "The Effects of a Staff Training Program on Attitudes and Knowledge of Staff toward the Sexuality of Persons with Intellectual Handicaps"; En: Canadian Journal of Retardation; Vol. 1; No. 3; Pp. 169-175.
- Tharinger, D.; Horton, C.B.; Millea, S.; 1990; "Sexual Abuse and Exploitation of Children and Adults with Mental Retardation and Other Hamndicaps"; En: Child Abuse and Neglect; Vol. 14; No. 3; Pp. 301-312.
- Turner, K.; 1985 (1970); En: Aizpurua, I.; Sexualidad y Subnormalidad; Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; España.
- Vanier, J.; 1982; "The Quest for Human Sexuality"; En: Genitif; Vol. 4; No. 8; Pp. 2-7.
- Whalen, R.E. y Whalen, C.K.; 1988 (1976); "Comportamiento Sexual: Perspectivas de la Investigación"; En: De la Cruz, F.F. y La Veck, G.D.; Sexualidad y Subnormalidad; S.I.I.S.; España.
- Wilson, R.; 1977; Introduction to Sexual Counseling; State-wide Family Planning Program: Carolina Population Center (5a. Ed.); U.S.A.

- Zigler, E.F.; Harter, S.; 1971; "The Socialization of the Mentally Retarded"; En: Handbook of Socialization Theory and Research; Ed. Rand McNally and Company ; Chicago, Ill.
- \* Zubillaga, P. En: Aizpurua, I.; 1985; Sexualidad y Subnormalidad; Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco; España.

## ANEXO 1

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Instrucciones: La instructora leerá cada pregunta en voz alta  
y anotará la respuesta del entrevistado.

Mediante ilustraciones que representen las diferentes etapas de  
vida cuestionar las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= un bebé, un nene )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 2.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= un niño )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 3.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= una niña )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 4.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= un muchacho, joven, adolescente )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 5.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= una muchacha, jovencita,... )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 6.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= un señor, papá, ... )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 7.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= una señora, mamá,... )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.
- 8.- ¿Qué es esto? ( Respuesta= un viejito, anciano, abuelito )  
( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.



( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.

16.- ¿Qué son las emisiones nocturnas? \_\_\_\_\_

( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.

17.- ¿Juegas o tocas tus genitales? ( señalar la zona en una  
ilustración )      SI      NO

18.- ¿Dónde lo haces? ( dar ejemplos si es necesario ) \_\_\_\_\_

( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.

19.- ¿Qué es abuso sexual? \_\_\_\_\_

( ) Rs.Correcta      ( ) Rs.Incorrecta      ( ) No Rs.

20.- ¿Tú puedes tocar a una persona en ...?

a) manos	b) genitales o partes ( señalar la zona )
cara	nalgas o pompis ( señalar la zona )
cabello	senos o chichis ( señalar la zona )

21.- ¿Qué es lo que hace un adulto?

a) se casan	b) gatear	c) llorar si le
tienen hijos	usan chambrita o	pegan
	suetercitos	los cuida su
		papá

22.- ¿Cuando una mujer y un hombre tienen relaciones sexuales...?

a) ven la tele	b) se acuestan juntos	c) van a comer
----------------	-----------------------	----------------

23.- ¿Cómo se concibe un bebé?

a) cuando una mujer y un hombre se besan

- b) cuando una mujer y un hombre tienen relaciones sexuales  
 c) cuando una mujer y un hombre bailan

24.- Señala por donde nace un bebé. Rs= \_\_\_\_\_

( ) Rs.Correcta ( ) Rs.Incorrecta ( ) No Rs.

25.- ¿De qué manera una mujer no puede tener hijos?

- |              |                |
|--------------|----------------|
| a) pastillas | b) bañándose   |
| operación    | comiendo chile |
| condón       | brincando      |

( ) Rs.Correcta ( ) Rs.Incorrecta ( ) No Rs.

26.- ¿Un viejito puede ....?

- |            |              |              |
|------------|--------------|--------------|
| a) brincar | b) descansar | c) gatear    |
| saltar     | dormir       | tomar mamila |

27.- ¿Alguna vez te ha dolido, te da comezón, te arde o te pica tu parte? ( señalar la zona ) SI NO

28.- ¿Qué haces cuando te duele, te da comezón, te arde o te pica tu parte? ( señalar la zona ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Rs.Correcta ( ) Rs.Incorrecta ( ) No Rs. ( ) No se ha presentado.



## A N E X O 2

## PREGUNTAS DE EVALUACION DURANTE LA FASE DE APLICACION

## SESION 2.

¿Qué es un bebé?

De estos recortes: ¿Dónde están los bebés?

¿Qué se le hace a un bebé?

¿Qué cosas necesita un bebé?

¿De qué color se visten los bebés que son niños?

¿De qué color se visten los bebés que son niñas?

¿Quién cuida al bebé?

## SESION 3

¿Cómo se cargan los bebés?

¿Quién puede cuidar a los bebés?

Si el bebé llora ¿qué le hacemos?

¿Cómo se le pone el pañal?

¿Cómo se viste?

Si tiene frío, ¿qué le hacemos?

¿Cómo se le dá de comer?

## SESION 4

¿Es lo mismo un bebé que un niño?

¿Díme cuáles son niños?

¿Díme cuáles son niñas?

¿Qué cosas hace un niño?

¿Un niño toma mamila?

¿A un niño se le pone pañal?

¿Cuando crece el bebé, qué es?

## SESION 6

De estos recortes dime ¿cuáles son los niños?

De estos recortes ¿dónde hay una muchaha?

De estos recortes dime ¿dónde hay un muchacho?

¿Tú qué eres, niño(a) o muchacho(a)?

¿Qué hacen los muchachos?

¿Haz tenido novio(a)?

¿Un muchacho toma mamila?

¿A un muchacho le pegan porque hace travesuras?

¿Cuándo un bebé nace, entonces es un \_\_\_\_\_ y cuando un niño crece es un \_\_\_\_\_?

## SESION 7

¿Cómo sabemos que una persona es un muchacho(a)?

¿A los muchachos que les crece aquí? (señalando la boca)

¿Qué sale debajo de las axilas?

¿Qué sale aquí? (señalando los genitales)

El hombre tiene \_\_\_\_\_

- ¿A las muchachas les sale bigote?  
 ¿A las muchachas les crece vello aquí? (señalar axilas)  
 ¿Qué sale aquí? (señalando genitales)  
 La mujer tiene \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
 ¿A los muchachos les crecen las chichis?  
 ¿Tú tienes pene o vagina?  
 ¿Yo qué tengo?  
 ¿Un niño que tiene?  
 ¿Una niña que tiene?

## SESION 8

- ¿Qué es la regla?  
 ¿A quien le sale sangre?  
 ¿Cada cuándo sale sangre?  
 ¿Por dónde sale?  
 ¿Qué se debe poner cuando llegue la regla?  
 ¿Cómo se pone la toalla?  
 ¿Qué hacemos con la toalla, cuando está llena de sangre?  
 ¿Tú tienes regla?  
 Cuando los muchachos se despiertan y su calzón está mojado  
 ¿Qué les salió?  
 ¿Por dónde sale el semen?  
 ¿De qué color es el semen?  
 Si el pene se pone duro y después sale algo blanco ¿Qué es?  
 ¿Qué deben hacer cuando el calzón se lleno de semen?  
 ¿A quien le sale semen?  
 ¿A tí que te pasa? regla o eyaculación

## SESION 9

- ¿Qué es masturbación?  
 ¿Dónde lo puedes hacer?  
 ¿Se puede en la cocina?  
 ¿Se puede en la sala?  
 ¿Se puede en la mesa?  
 ¿Se pueden tocar con las manos cochinas?  
 Si te bañas y te tocas ¿Eso es masturbación?

## SESION 10

- ¿Qué es abuso sexual?  
 ¿Otro te puede tocar las piernas?  
 ¿Otro te puede tocar el pecho?  
 ¿Otro te puede quitar la ropa?  
 ¿Otro te puede bajar el calzón?  
 ¿A quién debes decirle sí otro te quiere tocar el cuerpo?  
 ¿Qué debe hacer sí alguien te quiere tocar?

## SESION 11

- ¿A quién debes saludar?  
 Si lo conoces ¿Cómo debes saludar?  
 Si no lo conoces ¿Cómo debes saludar?  
 ¿Te puedes acercar mucho a las personas para hablarles?

¿Le puedes tocar a otro la cara?  
 ¿Le puedes tocar a otro el cabello?  
 ¿Le puedes tocar a otra el busto o las chichis?  
 ¿Le puedes tocar a otro su pene?  
 ¿Le puedes tocar a otra su vagina?  
 ¿Le puedes tocar a otra las manos?  
 ¿En dónde te puedes desvestir?  
 Si vas al doctor ¿te puedes desvestir sin que tu mamá sepa?  
 Si tu mamá te dió permiso ¿te puedes desvestir?

## SESION 13

Un adulto ¿toma mamila?  
 Un adulto ¿se sube a la feria?  
 Un adulto ¿anda en triciclo?  
 Un adulto ¿usa triciclo o coche?  
 Un adulto ¿trabaja?  
 Un adulto ¿tien novia? ¿se casa?  
 A un adudlto ¿lo cuida su mamá?  
 ¿Qué son? (señalando ilustraciones de adultos)  
 ¿Podrías decirnos quién va primero y quién al último?  
 (señalando fotos de bebés, niños, niñas, muchachas, muchachos, señoras y señores).

## SESION 14.

¿Qué es una relación sexual?  
 Ya que se quitó la ropa el muchacho ¿cómo se puso el pene?  
 ¿Qué se tocó la muchacha?  
 ¿Qué hicieron antes de que el muchacho metiera su pene en la vagina de la muchacha?.  
 ¿Cómo se llama cuando el hombre y la mujer estan sin ropa y el hombre mete su pene en la vagina de la mujer?.  
 ¿Son diferentes, abuso sexual, masturbación y relaciones sexuales?  
 ¿Dónde se tienen las relaciones sexuales?

## SESION 15

¿Qué pasa para que quede embarazada la mujer?  
 ¿Cómo se pone el pene?  
 Cuando esta duro y entra a la vagina ¿Qué sale?  
 ¿De qué color es el semen?  
 (Las siguientes preguntas son apoyadas en dibujos)  
 ¿Qué pasa en la vagina, para que haya embarazo? ¿Debe haber un qué?  
 Sí se juntan el espermatozoide del hombre y el óvulo de la mujer  
 ¿Qué pasa?

## SESION 16

¿Qué son? (señalando las pastillas anticonceptivas)  
 ¿Quién las usa?  
 ¿Cuándo se las toma?  
 ¿Para qué?  
 ¿Cómo se llama? (señalando el condón)  
 ¿Para qué sirve?

¿Dónde se pone?  
 ¿Quién se lo pone?  
 ¿Qué cae dentro?  
 ¿Qué le hago?  
 ¿Cómo no se tienen hijos? ¿Con pastillas? ¿Con condón? ¿Con  
 operación?

#### SESION 17

¿Cuáles son los viejitos? (señalando ilustraciones de diferentes  
 etapas de vida)  
 Un viejito ¿toma mamila?  
 Un viejito ¿salta?  
 Un viejito ¿descansa?  
 Un viejito ¿corre?  
 A un viejito ¿le gusta estar quieto?

#### SESION 18

¿El calzón de ayer lo traes hoy?  
 ¿Está bien que me toque el pene o la vagina con las manos sucias?  
 ¿Está bien que me masturbe con las manos sucias?  
 ¿Me tengo que bañar diario?  
 ¿Me tengo que cambiar diario?  
 ¿Con qué se debe lavar uno? ¿con pura agua?  
 ¿Te vas a cambiar el calzón?  
 ¿Me puedo poner los chones de otro?  
 Sí me pica o me duele el pene o la vagina ¿qué hago?

## A N E X O 3

## CANCION: "LA TIA MONICA"

TENEMOS UNA TIA, LA TIA MONICA  
QUE CUANDO VA AL MERCADO  
DECIMOS UH LALA,  
ASI MUEVE LA MANO,  
LA MANO MUEVE ASI //  
TENEMOS UNA TIA, LA TIA MONICA  
QUE CUANDO VA AL MERCADO ...  
ASI MUEVE LA PIERNA ... //  
ASI MUEVE EL OJO ... //  
ASI MUEVE LA CEJA ... //  
ASI MUEVE LA PANCITA ... //  
ASI MUEVE LA CADERA ... //  
ASI MUEVE LA CABEZA ... //  
ASI MUEVE LA RODILLA ... //  
ETC, ETC, ETC, ETC.