

139
2ef.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL
PARA LA TOMA DE DECISIONES CON RESPONSABILIDAD
Y CONOCIMIENTO EN JOVENES CON DISCAPACIDAD
INTELLECTUAL.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
HERNANDEZ CARMONA GUADALUPE LILIANA
HERNANDEZ MORALES ADRIANA



ASESOR:
LIC. JOSE LUIS AVILA CALDERON

MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Licenciado José Luis Avila Calderon su constante apoyo en la realización de éste trabajo, ¡Gracias!.

**A los miembros del jurado: Pablo Valderrama Iturbe.
Noemi Díaz Marroquin.
Patricia Bedolla Miranda.
Patricia Moreno Wonchee.**

A MIS PADRES, POR BRINDARME TODO SU APOYO AL IGUAL QUE SU
CARINO ESTANDO SIEMPRE CONMIGO EN MIS TRIUNFOS Y FRACASOS,
GRACIAS. "LOS QUIERO".

A MIS HERMANOS, POR ESTAR CONMIGO A LO LARGO DE MI
EXISTENCIA CREYENDO SIEMPRE EN MI, GRACIAS.

ADRIANA

A MI MAMA VIOLE Y A MI MAMA PERAN POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO
Y POR BRINDARME SU APOYO Y SU AMOR.

A MI ABUELITO JOAQUIN POR SU APOYO, GRACIAS.

A MI HERMANA EVELIA POR SER MI MEJOR AMIGA, TE QUIERO.

A MIS TIOS, GULLE E ISAAC PORQUE SIEMPRE ME BRINDARON SU
APOYO.

A TONO POR BRINDARME SU AMOR Y SU APOYO INCONDICIONAL, ¡TE
QUIERO MUCHO!.

A RAMON PORQUE SIEMPRE ESTUVO CONMIGO CUANDO ASI LO
NECESITE, GRACIAS.

LILLIANA

INDICE

INTRODUCCION-----	1
CAPITULO I. DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
1.1.- Historia-----	3
1.1.1.- Historia en México-----	6
1.2.- Definiciones y clasificaciones-----	10
1.3.- Etiología: factores internos y factores externos-----	14
1.4.- Personalidad y psicología en la discapacidad intelectual: cognitivo, emocional y social-----	19
CAPITULO II. ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD	
2.1.- Etapas de la adolescencia: definiciones-----	24
2.2.- Características biológicas y psicológicas-----	27
2.3.- Conducta social en la discapacidad intelectual-----	30
CAPITULO III. SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD	
3.1.- Definiciones de: sexualidad-----	36
3.2.- Sexualidad biológica, psicológica, social y cultural-----	39
3.3.- Salud sexual y enfermedades sexuales-----	43
3.4.- Sexualidad en la discapacidad intelectual como un derecho-----	48
3.5.- Tabúes y prejuicios sobre la sexualidad-----	51
CAPITULO IV. LA SEXUALIDAD EN JOVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
4.1.- La esfera socio-sexual de los discapacitados intelectuales y expresiones comportamentales-----	52
4.2.- Pareja discapacitada y respuesta reproductiva-----	55
4.3.- Importancia en la educación y orientación sexual en la discapacidad intelectual-----	57
4.4.- Educación sexual para: control de la natalidad, prevención de enfermedades y toma de decisiones-----	59
CAPITULO V. METODOLOGIA	
5.1.- Planteamiento del problema-----	62
5.2.- Justificación-----	62
5.3.- Objetivo-----	63
5.4.- Especificación de sujetos-----	63
5.5.- Materiales-----	63
5.6.- Procedimiento-----	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	65
CARTA DESCRIPTIVA Y CONTENIDOS TEMATICOS DE LA PROPUESTA DEL PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA LA TOMA DE DECISIONES CON RESPONSABILIDAD Y CONOCIMIENTO EN JOVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	
Sugerencias para un mejor aprovechamiento de la información de la presente propuesta-----	67
- Perfil del instructor-----	68

-TEMA 1: Importancia de la educación sexual-----	69 y 83
-TEMA 2: Definiciones de sexo y sexualidad-----	70 y 86
-TEMA 3: Cambios físicos en la niñez y la adolescencia-----	71 y 87
-TEMA 4: Anatomía y fisiología de los aparatos sexuales masculino y femenino-----	72 y 89
-TEMA 5: Relaciones sociales (flicteo)-----	73 y 92
-TEMA 6: Patrones de comportamiento sexual en los jóvenes-----	74 y 96
-TEMA 7: Relaciones sexuales de pareja-----	75 y 101
-TEMA 8: Embarazo-----	76 y 104
-TEMA 9: Métodos anticonceptivos-----	78 y 107
-TEMA 10: Prostitución-----	79 y 114
-TEMA 11: Enfermedades de transmisión sexual-----	80 y 118
-TEMA 12: Abuso sexual y violación-----	81 y 128
-TEMA 13: Sexo y sociedad-----	82 y 132
CONCLUSIONES-----	135
ANEXOS-----	136
FIGURAS-----	150
MATERIAL DE APOYO DIDACTICO-----	153
ILUSTRACIONES DE APOYO-----	155
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	192

INTRODUCCION

La identidad anatómica sexual esta definida genéticamente, pero el rol y la identidad sexual se adquieren mediante el aprendizaje social.

La sexualidad en la vida humana abarca mucho más que un enfoque biológico puesto que también incluye la conciencia del propio cuerpo y su funcionamiento, higiene de los genitales, autoimagen, valores personales, desarrollo sociosexual, estilos de vida e interacción social.

A lo largo de la historia de la humanidad no siempre se observa a la sexualidad de un modo represivo sino como un medio de control en las diferentes sociedades, contribuyendo esto al incremento de tabúes y distorsionando de esta forma la información sobre la sexualidad y fomentando así los prejuicios lo cual repercute sobre los individuos.

Los tabúes y prejuicios que la sociedad ha creado en torno al sexo, se proyectan y probablemente se agudizan también sobre la sexualidad de los discapacitados intelectuales, ya que es considerada como innecesaria o incomprensible para este tipo de personas.

Son pocas las instituciones para discapacitados intelectuales que ofrecen educación sexual y en algunas la experimentación y la actividad heterosexual entre las personas ésta estrictamente prohibida, puesto que no se han unificado criterios que se refieran a la necesidad de una educación de la sexualidad, este hecho hace más difícil y problemática la educación de la sexualidad para las personas con discapacidad intelectual.

Se debe de aceptar que las personas con discapacidad intelectual son seres sexuados al igual que las personas "normales", tomando conciencia de que la sexualidad es un derecho de todos, y que la actividad ocurre, se hable o no de ella, y mientras más educación sexual formal y sistemática que se les brinde a estas personas mejor preparadas se encontrarán para conducirse en forma correcta tomando sus propias decisiones con responsabilidad y conocimiento de su sexualidad.

Es por esto que la presente investigación ofrece una posibilidad de solución al problema de la desinformación acerca de la sexualidad de los discapacitados intelectuales; ya que no pretende ser un medio de control sino una guía para las personas con discapacidad intelectual, la cual les permita tener información de la sexualidad de una manera formal y sistemática.

La presente investigación esta formada por 4 capítulos teóricos y son:

CAPITULO I. Discapacidad intelectual, los puntos que se tocan en este capítulo son: historia, definiciones, clasificaciones, etiología, personalidad y psicología en la discapacidad intelectual.

CAPITULO II. Adolescencia y discapacidad, aquí se tratarán aspectos como: etapas de la adolescencia, características biológicas y psicológicas y conducta social en la discapacidad intelectual.

CAPITULO III. Sexualidad en la discapacidad, en este capítulo se abordará a la sexualidad de 4 formas diferentes que son: sexualidad biológica, psicológica, social y cultural dentro de estas mismas categorías se abordarán los temas de salud sexual, enfermedades sexuales, sexualidad en la discapacidad como un derecho humano, tabúes y prejuicios sobre la sexualidad.

CAPITULO IV. La sexualidad en jóvenes con discapacidad intelectual, en este punto se trata los temas de: la esfera sociosexual de los discapacitados intelectuales y expresiones comportamentales, pareja discapacitada respuesta reproductiva, importancia en la educación y orientación en la discapacidad intelectual y educación sexual para: control de la natalidad, prevención de enfermedades y toma de decisiones.

El presente trabajo consta también de una propuesta de un programa de educación sexual para jóvenes con discapacidad intelectual leves y moderados (actualmente éstas clasificaciones se han suprimido, puesto que se pretende que los discapacitados intelectuales ya no sean segregados), ésta propuesta contiene 13 temas acerca de la sexualidad con actividades sugeridas para cada tema, los tópicos que se abordan son:

- 1.- Importancia de la educación sexual.
- 2.- Definiciones de sexo y sexualidad.
- 3.- Cambios físicos en la niñez y la adolescencia.
- 4.- Anatomía y fisiología de los aparatos sexuales masculino y femenino.
- 5.- Relaciones sociales (flirteo).
- 6.- Patrones de comportamiento sexual en los jóvenes.
- 7.- Relaciones sexuales de pareja.
- 8.- Embarazo.
- 9.- Métodos anticonceptivos.
- 10.- Prostitución.
- 11.- Enfermedades de transmisión sexual.
- 12.- Abuso sexual y violación.
- 13.- Sexo y sociedad.

NOTA: En el presente documento al hablar de deficiencia mental, insuficiencia mental, debilidad mental, retraso mental; nos estaremos refiriendo hoy en día a la discapacidad intelectual.

I. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1.- HISTORIA

En el siglo XVIII en Inglaterra, se hizo una distinción entre "locos de nacimiento" (retrasados mentales) y "lunáticos" (enfermos mentales).

En la Edad Media e incluso en la historia moderna hasta el comienzo del siglo XIX se encuentran algunas referencias un tanto aisladas acerca de la discapacidad intelectual, por ejemplo:

Hipócrates dijo acerca de la encefalía y otras enfermedades y deformaciones craneanas que estaban asociadas con el "retardo mental" grave.

Las leyes de Esparta en Roma por otra parte, disponían que se les diera muerte a los niños afectados de retardo grave, práctica que en el régimen nazi resurgió.

En la Europa medieval los retardados fueron tolerados en el mejor de los casos como bufones y caprichos de la naturaleza y por el otro lado como criaturas malignas que tenían pacto con el diablo, esta creencia se acentuó durante la reforma.

En China Confucio y en Persia Zoroastro, abogaron en sus enseñanzas para que se les diera un trato humanitario a los discapacitados. En el Talmud por otra parte exceptuaron a los discapacitados de toda responsabilidad criminal.

En la era del humanismo las autoridades eclesiásticas mostraron su interés para con estas personas y trataron de protegerlas, sin embargo este interés no fue compartido ni por médicos ni por científicos.

En el siglo XIX durante la revolución francesa se preanuncio el comienzo de esfuerzos tendientes a rectificar todo tipo de injusticias sociales y a acabar con el trato inhumano que se les daba a los discapacitados intelectuales.

Se iniciaron varias actividades sistemáticas de ayuda pedagógica a los niños y adolescentes "insuficientes mentales". La terminología empleada entonces era ciertamente distinta de la actual y se estaba todavía muy lejos de una clasificación unitaria. Se hablaba de idiotez, imbecilidad, debilidad o flojedad mental, cretinismo, etc. muchos de éstos términos se empleaban a veces como conceptos generales y otras veces como conceptos subordinados, Cytryn (1978).

Esquirol emplea el término "idiotia" para calificar un estado deficitario global, una condición mental en que no se desarrollan las facultades mentales o intelectuales.

Séguin divide la idiotia en idiotas, imbeciles y débiles de espíritu o mente; manteniéndose esta división hasta 1950, citado en Lambert (1981).

Pestalozzi (1728), basándose en sus investigaciones en Neuhoef, mostró que hasta los niños con la más extrema estupidez podían tratarse de modo que tuviesen una vida digna de ser humano, citado en Speck (1978).

Pero la labor más famosa fue la de la educación de él "niño salvaje" de Aveyron por el médico de París Jean Mg. Itard; se trataba de un muchacho que creció solo en el bosque y fue

diagnosticado por los psiquiatras que lo examinaron de "idiota incurable, menos inteligente que un animal doméstico". Itard consiguió en 5 años que el muchacho efectuara considerables progresos en los aspectos cognitivo y social, Cytryn (1978).

Esto influyó notablemente en los esfuerzos de otros, especialmente de Edouard Seguin, que en 1846 siendo director de una escuela para idiotas de París, publicó el primer tratado de educación para deficientes mentales, que fue la base intelectual de la obra de María Montessori.

En Hallein, cerca de Salzburgo, fundó el profesor Gotthard Guggenmos (1818) una institución educativa para cretinos.

En 1841, el médico suizo Johan Jack fundó en Abendberg junto a Interlaken una casa de curación para cretinos y deficientes mentales.

Estas instituciones y actividades pioneras no deben inducirnos a una engañosa perspectiva de la situación real. Fueron hechos completamente aislados y únicamente se favorecieron de ellos una pequeña proporción que fue decreciendo de deficientes mentales.

En la sociedad del siglo pasado los deficientes mentales llamaban poco la atención porque participaban generalmente en los trabajos de campo y no constituían para la comunidad un problema social importante, Speck (1978).

En el siglo XX el concepto de Grabod en relación con las fallas congénitas del metabolismo fue tal vez el primero de una larga cadena de descubrimientos que significaban mucho y que atraieron la atención médica. Por otro lado los principios elaborados por Mendel y las mejoras en las técnicas de laboratorio dieron impulso al desarrollo de una ciencia en rápida expansión: "la genética"; dando una favorable opinión pública y una entusiasta adhesión de la comunidad médica que no podían dejar de producir una aproximación esencial y positiva al problema de la discapacidad, Cytryn (1978).

En 1904 se empezaron a crear escuelas de ayuda a los "deficientes mentales". Fueron utilizados inicialmente, sobre todo, para alumnos "imbéciles"; también aceptaron niños "idiotas" y hasta débiles mentales.

Como consecuencia de estos cambios de estructura de la escuela de ayuda a los deficientes mentales, mediante los cuales se orientaba a ser una institución de rendimiento escolar, era cada vez en mayor número los niños "insuficientes mentales" que eran rechazados por "incapacidad de formación". En época del Neonacionalsocialismo llegó a su culminación este principio de selección.

En 1938 legalizaron la liberación de escuelas, eliminando a los que no podían seguir la marcha normal. La negación de la utilidad social de los insuficientes mentales condujo a la masiva matanza de vidas indignas de ser vividas constituyendo uno de los capítulos más sombríos de la historia de la cultura alemana.

En 1920 recomendaban K. Binding y A. Hoche que se les autorizara la destrucción de vidas indignas pretendiendo justificar esta medida desde el punto de vista económico.

Después en 1945, no se modificó al principio en la práctica de la declaración de incapacidad de formación y liberación de la

escuela. Claro que con la diferencia de que estos niños conservaban la vida. Pero debían cuidar de ellos sus padres o instituciones de pago.

En 1958 se fundó una unión de padres para la ayuda a los niños insuficientes mentales y a una modificación de la deplorable situación hasta entonces existente, iniciándose el desarrollo de este movimiento en dos direcciones: pedagógica social y pedagógica escolar, citado en Speck (1978).

En la década de los 60', se preparó un programa global bajo la dirección del presidente Kennedy (1958), que se aplicaba a las complejidades del problema y vertía recomendaciones arrojadoras que en parte fueron adoptadas a través de los canales legislativos ordinarios, Cytryn (1978).

En 1962 las escuelas para insuficientes mentales pasaron a ser escuelas oficiales. El desarrollo progresivo ha sido constante.

En 1974 Bach dice que la labor de la educación de estos niños insuficientes mentales ha de abarcar el fomento de los diversos aspectos del desarrollo; incluyendo motricidad, percepción, lenguaje, sociabilidad y afectividad. El cultivo de la afectividad influye en los restantes ámbitos, Speck (1978).

Desde hace varios años se han hecho replanteamientos profundos de las actitudes y las ideas relativas acerca de los deficientes mentales. En algunos casos esta discusión es confusa y no es extraño que no se llegue a algún acuerdo acerca de las noticias que tiene cada aportador, puesto que existen realidades distintas así como de nociones y términos diversos, dentro de unas perspectivas teóricas y prácticas diferentes. En épocas recientes, los discapacitados intelectuales se confundían con muchos otros sujetos, como por ejemplo, autistas, esquizofrénicos, niños con síndrome de down, etc., de los que hemos aprendido a distinguirlos. Persistiendo la confusión en el hecho de las concepciones populares que prácticamente no disponen más que de una categoría, Zazzo (1973).

Como resultado del valor que se le atribuye a la competencia intelectual la acusación tal vez más seria que se le puede hacer a cualquiera es la de considerarlo como un deficiente mental; para estas personas que han sido víctimas de humillaciones y que hasta esta época el prejuicio en contra de las personas con discapacidad intelectual sigue siendo general, cabe señalar que estos prejuicios no son propios de la gente que se considera relativamente inculta, sino que también es muy frecuente entre las personas consideradas como cultas, es decir que tienen una educación esmerada, Ingalls (1982).

Es por esto que se debe defender a las escuelas que dan cabida a todas las personas independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, sociales, emocionales, lingüísticas y de otro tipo, asumiendo que todas las diferencias humanas son normales y que el aprendizaje debe adaptarse a las necesidades de cada individuo y como consecuencia para toda la sociedad.

En el siguiente apartado se dará un esbozo general de la historia de la discapacidad intelectual en México.

1.1.1.- HISTORIA EN MEXICO

Debido a la existencia en México de numerosos niños y jóvenes que tienen requerimientos de educación especial, y que en gran medida forman parte de grupos marginados, el gobierno ha realizado grandes esfuerzos con la participación de maestros y otros profesionales para satisfacer en la medida de lo posible, las necesidades que esta población demanda.

Por esto es necesario conocer la manera en que se fué desarrollando la educación especial en México.

La primera iniciativa para brindar a las personas con necesidades educativas especiales en México estuvo a cargo del presidente Benito Juárez quien en 1867 fundó la escuela nacional para sordos y en 1870 la escuela nacional de ciegos. (Dirección General de Educación Especial DGEE, 1985).

Después de éstos inicios fue hasta 1914 que se creó una escuela para personas con discapacidad intelectual en Guanajuato. De 1917 a 1919, en el Distrito Federal se fundaron 7 escuelas que funcionaban como grupos de capacitación y experimentación pedagógicas para la atención a personas con discapacidad intelectual en la UNAM.

Pero la educación de "discapacitados intelectuales" en México, empieza a tomar auge en el año de 1935 en que se crearon secciones especiales al advertirse que no sólo se podía dar la misma educación para niños que para jóvenes.

No obstante en nuestro país es hasta la década de los años 50's, cuando se da un gran paso dentro de la pedagogía empleada para la educación de individuos con alguna discapacidad, con la creación de la escuela Normal de Especialización, la cual dio origen al sistema actual de educación especial.

Dentro de estos esfuerzos en 1960 se creó la Oficina De Educación Especial, dependiente de la Dirección General de Educación Superior e Investigación Científica, y en donde sumando esfuerzos la Secretaría De Educación Pública creó la Dirección General De Educación Especial como medio por el cual habría de extender los beneficios de la educación.

Como resultado de esto se fundaron escuelas primarias de perfeccionamiento, escuelas para niños con problemas de aprendizaje, escuelas mixtas para adolescentes en diferentes estados de la república. La larga secuencia de esfuerzos por consolidar un sistema educativo para los niños con necesidades especiales alcanzó su culminación con el decreto de fecha 18 de Diciembre de 1970, por el cual se ordena la creación de la Dirección General de Educación Especial.

Más que un acto administrativo, este hecho representó un cambio de actitud del estado hacia la atención de este tipo de educandos.

Cristaliza de esta manera el largo sueño de todos aquellos que desde el ángulo profesional o familiar eran testigos de la marginación de los sujetos con necesidades especiales. Significó también la ya insoslayable respuesta a las demandas de los maestros mexicanos, que en su práctica diaria comprobaban la necesidad de un tratamiento especial para estos niños.

Por otra parte, se abrió un camino institucional para sistematizar y coordinar acciones hasta entonces dispersas y fragmentarias; significó, por fin, un hito importante en la evolución sociocultural de México, al incorporarlo en el grupo de países que, de acuerdo con las recomendaciones de la UNESCO, reconocen la necesidad de la educación especial dentro del amplio contexto de la educación general.

El decreto de creación establecía que a la Dirección General de Educación Especial, correspondía organizar, dirigir, desarrollar, administrar y vigilar el sistema federal de educación de niños atípicos, y la formación de maestros especialistas. Esta educación especial se encuentra reconocida como parte del sistema educativo nacional en el artículo 15 de La Ley Federal de Educación, que además de referirse a la educación elemental, media y superior, afirma a aquélla que ha de impartirse de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que la integran, sumándose a los criterios establecidos en los artículos 30. de la Ley Orgánica de la Educación Pública Reglamentaria (1942), los artículos 50., 48 y 52 de la Ley de Educación y el artículo 30. de La Constitución de Los Estados Unidos Mexicanos, en donde en conjunto y por documentos interaccionales, proclama el derecho a la educación y a las mismas oportunidades para todas las personas que por sus limitaciones físicas o psíquicas tienen requerimientos de educación especial; recomendando acciones nacionales e internacionales sobre marcos de referencia y bases comunes para asegurarles una dignidad humana, salud, rehabilitación para el trabajo, participación social y política, así como de todas las condiciones que puedan facilitarle una vida plena; consagrándoles en las últimas décadas mayores recursos en tiempo, personal, presupuestos, planificación y apoyo a cualquiera acción que beneficie a esta población.

En materia de clasificación la educación especial ha evitado clasificar o etiquetar a alumnos, prefiriendo agruparlos con base en caracteres dominantes, permitiendo reconocer cierta homogeneidad en los mismos, de tal manera que han sido agrupados bajo los siguientes rubros:

**DEFICIENTE MENTAL
DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
TRASTORNOS DE EDUCACION Y LENGUAJE
DEFICIENCIAS VISUALES
IMPEDIMENTOS MOTORES
PROBLEMAS DE CONDUCTA**

Por lo anterior estos grupos han sido ubicados bajo el mismo sistema educativo en donde el alumno, por alguna de sus características físicas o psíquicas ha de ser sujeto de la educación especial, evitando cualquier rotulación que lo conduzca a la segregación. Dentro de la educación especial se ha acentuado la conquista de una personalidad autónoma y socialmente integrada en el sujeto educativo, sin separarse la educación especial de la educación general, sino que por el contrario, ha de tomar ésta

última sus conceptos principales para establecer las modificaciones y adiciones que han de introducirse para compensar o superar las deficiencias de las poblaciones especiales; integrando trabajos interdisciplinarios, destacando la función particular y específica de cada profesionalista que ha de cumplir en favor de la educación especial, (citado en Introducción a la Educación especial de Macotela, Silvia, 1994).

Estos trabajos multidisciplinarios presentan el mismo fin general y cuyos productos deberán favorecer el desarrollo armónico de todas las facultades del ser humano, fomentando a la vez el amor a la patria y la conciencia de la solidaridad internacional en la independencia y en la justicia, evitando que la educación especial no se supedite a las limitaciones de los alumnos, sino que por el contrario deba superarlas en la medida de lo posible, teniendo siempre en cuenta que todo educador ha de asumir la responsabilidad de formar una persona, más que la de rehabilitar a un inválido.

Bajo este sentido han de considerarse como fines específicos de la educación especial los siguientes:

- Capacitar al individuo con requerimientos de educación especial para realizarse como una persona autónoma, posibilitando su integración y participación en su medio social para que pueda disfrutar de una vida plena.

- Actuar preventivamente en la comunidad y sobre el individuo, desde su gestación y a lo largo de toda su vida, para lograr el máximo de su evolución psicoeducativa.

- Aplicar programas adicionales para desarrollar, corregir o compensar las deficiencias o alteraciones específicas que los afectan.

- Elaborar guías curriculares para la independencia personal, la comunicación, la socialización, el trabajo y el tiempo libre.

- Incentivar la aceptación de las personas con requerimientos de educación especial, por parte del medio social, haciendo progresivamente vigentes los principios de "NORMALIZACION" e "INTEGRACION".

Como consecuencia a estos fines específicos ha sido necesario elaborar principios generales que rijan toda la acción dentro del campo de la educación especial. Estos principios ponen de manifiesto las posibilidades del alumno, y cuya educación ha de centrarse, en su capacidad más que en sus limitaciones.

Otro principio importante es el de la INDIVIDUALIZACION en la educación sin embargo esto no debe confundirse con el aislamiento sino que por el contrario verlo como una variable favorable para las tareas de equipo y así favorecer el aprendizaje. Bajo este principio la educación promueve la "Normalización" de los alumnos con necesidades educativas especiales permitiéndoles vivir en condiciones consideradas "normales" tanto como sea posible y que les permita una mejor adaptación a las exigencias sociales, exigencias que pueden ser satisfechas integrando la educación especial y la educación regular, en donde a menor limitación sea una mayor integración a las escuelas regulares.

Este principio en la educación especial ha impulsado, en lo que respecta a la educación mexicana, a vivenciar proyectos y programas experimentales de grupos integrados que respondan a las realidades escolares de la educación especial.

En el siguiente tema se dan algunas definiciones y clasificaciones acerca de la discapacidad intelectual.

1.2.- DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

Durante el siglo XIX la definición del retraso mental se efectúa con referencia a un modelo genético de un exagerado simplismo, y que tiene como base la teoría Darwinista aplicada a la sociología.

A partir de comienzos del siglo XX se va a definir el retraso mental sobre la base de criterios independientes: El nivel intelectual y la adaptación social.

El intento de definir al deficiente mental fracasó a causa de la indecisión de los que quieren describir e interpretar este fenómeno sin alcanzar la verdad y la realidad en que se encuentran y definen a los insuficientes mentales. Se habla repetidamente de los insuficientes mentales pero no se dice nada que permita llegar a una definición clara y concisa de lo que es la insuficiencia mental.

Existen formulaciones apriorísticas y divergentes que se orientan más que nada a interpretar el defecto y no se avocan a la descripción de la situación de los insuficientes mentales.

El retraso mental es parte del continuo de la normalidad y el lugar en donde se marca la división entre los retrasados y los no retrasados es algo totalmente arbitrario. La mayoría de los mentalmente retrasados no difieren cualitativamente de los no retrasados. Más importante aún, las capacidades de ambos grupos coinciden notablemente.

El ser humano mentalmente insuficiente es solidario, por su naturaleza humana, y posee por esto la misma condición.

La persona cognitivamente diferente tiene por definición todas las dimensiones de lo humano, que definen al hombre por su historia y en este momento como ser humano, aunque esté deformado.

Benda (1960) dice que la insuficiencia mental es un modo de ser y una forma de ordenación de la vida humana que está condicionada por un modo de ser cognitivamente diferente e impone la necesidad de una permanente ayuda humana para la realización de sí mismos en las dimensiones humanas y los procesos comunicativos, citado en Speck (1978).

El retraso mental no es una condición unitaria; no es una enfermedad o un desorden individual sino que connota una categoría muy general de personas que tienen muy poco en común, excepto que obtienen resultados muy mediocres en las pruebas de inteligencia y en la escuela.

Tredgold (1937), dice que la deficiencia mental es un estado de desarrollo incompleto de tal naturaleza y hasta tal grado que el individuo sea incapaz de adaptarse al ambiente normal de sus semejantes, de suerte que pueda llevar una existencia que no requiera supervisión, control o apoyo externo.

Luria (1963, ídem) dice que los niños mentalmente retardados, han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual ha perturbado el desarrollo mental; el niño mentalmente retrasado se distingue del niño normal por el ámbito de ideas que puede comprender, y por el carácter que tiene su percepción de la realidad, Ingalls (1982).

Por su parte Sheppard (1988), al intentar definir a la discapacidad intelectual es necesario considerar de inicio, el concepto de "Normalidad", ya que las definiciones que se emplean para referirse al campo en general y a las categorías que lo conforman en particular, se hace referencia a las desviaciones o diferencias que con respecto a una norma presentan las personas con discapacidad intelectual.

Para todo tipo de normas existirán fluctuaciones respecto del patrón normal, de manera que el rango de desviación y las circunstancias en las que ocurre ésta última, determinarán la normalidad o anormalidad de un fenómeno determinado, Macotela (1994).

Una definición solo es una definición cuando se marcan fronteras, y límites. Definir pues a la debilidad mental como una debilidad cualquiera, sustituir la palabra debilidad por la palabra deficiencia, como propone R. Perron, es una buena medida de prudencia, Zazzo (1973).

Existen 3 categorías para definir el retraso mental:

1.- Definiciones basadas en resultados de pruebas de inteligencia.

En la primera categoría se basan exclusivamente en función del rendimiento de pruebas estandarizadas, es decir que todo aquel que tenga un coeficiente intelectual más bajo a cierto nivel estará considerado como discapacitado intelectual.

Se considera que no se debe tomar como base las pruebas de inteligencia para poder obtener una definición acerca de la discapacidad intelectual, por lo cual esta categoría no cuenta con una definición específica.

2.- Definiciones basadas en un mal rendimiento social.

La segunda categoría se refiere a que tan bien se adapta el individuo al ambiente y a la cultura, y si realmente es causa de una capacidad mental deficiente.

Tredgold (1937) dice que la discapacidad mental es un estado de desarrollo mental incompleto de tal naturaleza y hasta tal grado que el individuo sea capaz de adaptarse al ambiente "normal" de sus semejantes, de suerte que puede llevar a una existencia que no requiera de supervisión, control y apoyo externo.

3.- Definiciones basadas en la causa o naturaleza esencial del retraso.

En la última categoría se basan en consideraciones teóricas acerca de cual es la causa o naturaleza esencial del retraso.

Los niños mentalmente retrasados han sufrido una enfermedad cerebral grave en el útero o durante los primeros años de vida, lo cual ha perturbado el desarrollo normal del cerebro y producido serias anomalías en el desarrollo mental. Luria (1963), citado en Ingalls (1982).

La definición de retraso mental más aceptada generalmente en la actualidad es la que ha adoptado la American Association on Mental Deficiency (AAMD):

Grossman (1983) define al Retraso mental como un funcionamiento intelectual general notablemente por debajo del promedio, que es conjuntamente ligado a una deficiencia de adaptación y que es manifestable durante el período de desarrollo, citado en Macotela (1994).

Una clasificación de los individuos mentalmente retrasados responde a unas exigencias a la vez científicas y administrativas, cabe preguntarse sobre los efectos que debe tener en un sujeto la etiqueta de "Retrasado mental".

Los niños etiquetados pueden quedar estigmatizados de un modo permanente, rechazados por los adultos y los otros niños siendo excluidos de experiencias esenciales de su desarrollo.

No obstante la clasificación es necesaria para abrir las puertas de la legislación, de los servicios y de los fondos del estado, de la investigación y del conocimiento de la infancia disminuida.

En el campo del retraso mental se piensa que no debe mantenerse la clasificación por niveles de gravedad del impedimento.

Ninguna clasificación puede apoyarse solamente considerando una sola dimensión. Se debe estar en posesión de categorías descriptivas con varias dimensiones, en que intervenga un extenso repertorio comportamental.

Las clasificaciones siguientes están basadas en la escala de Wescheler, que ofrecen un dato de cociente intelectual (C.I.).

Clarke y Clarke en (1975), sugieren un sistema de 3 entradas tomando como base la etiología del síndrome. En primer lugar, si tomamos las cifras tradicionales de C.I. situadas entre 0 y 75, una parte del retraso mental esta causada por la variación genética normal de la inteligencia entre los torpes se encuentran los C.I. de 50 y 75, citado en Lambert (1981).

Una segunda etiología, que interesa por igual a los C.I. situados entre 50 y 75 esta constituida por los factores socioculturales.

El tercer grupo incluye principalmente los C.I. inferiores a 50 tiene una etiología de predominio orgánico.

C.I.	
0-75	Variación genética normal.
50-75	Torpes.
50-75	Factores socioculturales.
0-50	Etiología de predominio orgánico.

Anteriormente se han propuesto distintas clasificaciones para diferenciar la gravedad del impedimento. La más antigua es sin duda la que divide a los retrasados mentales en:

IDIOTAS:	C.I.	0-20
IMBECILES:	C.I.	20-50
DEBILES:	C.I.	50-75

La clasificación dada por la American Association Mental Deficiency (AAMD) elaborada por Grossman (1973/1977), citado en Lambert (1981), es la más aceptada hasta el momento. Y divide a los retrasados mentales en 4 categorías:

RETRASO MENTAL PROFUNDO:	C.I. 0 A + - 20/25
RETRASO MENTAL GRAVE:	C.I. + - 20/25 A + - 35
RETRASO MENTAL MODERADO:	C.I.+ - 35 A + - 50/55
RETRASO MENTAL LEVE:	C.I. + - 50/55 A + - 70/75

Otra clasificación de naturaleza educativa emplea también el dato de C.I. utilizando otra nomenclatura Weiner y Elkid, (1976), citado en Macotela (1994) para distinguir entre niveles de discapacidad mental:

EDUCABLES	C.I.	50 A 80
ENTRENABLES	C.I.	30 A 50
NO ENTRENABLES O CUSTODIABLES	C.I.	0 A 30

Después en 1986 en Hallahan y Kuffman, citado en Macotela (1994) hicieron otra clasificación de los discapacitados mentales bajo los siguientes criterios:

LEVES	C.I.	55 A 70
MODERADOS	C.I.	35 A 55
SEVEROS	C.I.	20 A 40
PROFUNDOS	C.I.	20 A 25

Este sistema tiene el mérito de ser simple. Recordemos que tal clasificación no puede utilizarse únicamente sobre la base de tanteos obtenidos en un test de inteligencia, sino conjuntamente con una evaluación del comportamiento adaptativo.

La literatura especializada nos ofrece otros sistemas. Así, en Francia es la siguiente: debilidad mental (C.I. 50-70), debilidad profunda (C.I. 30-50), retraso profundo (C.I. 0-30), Lambert (1981).

1.3.- ETIOLOGIA: FACTORES INTERNOS Y FACTORES EXTERNOS

El estudio de la Etiología (1857) de la debilidad mental esta directamente unido a la evolución de la medicina, y a la evolución de las modalidades de investigación.

Hasta la mitad del siglo XIX, parece ser que este estudio había estado confundido con el de la psiquiatría general.

Parece ser que Morel, es el primero que a través de su teoría de la degeneración, plantea una etiología a la vez física y socioeconómica de una debilidad distinta del retraso profundo.

En 1896 Bourneville que sigue la línea de Seguin, Delassiauve y Lauren, emprende un estudio anatómico de la deficiencia mental, estudio que intenta superponer a una clasificación clínica. Propone 7 categorías.

- 1.- IDIOCIA CON MICROCEFALIA
- 2.- IDIOCIA CON HIDROCEFALIA
- 3.- IDIOCIA ASOCIADA A UNA DETECCION EN EL DESARROLLO CEREBRAL
- 4.- IDIOCIA CON ESCLEROSIS HIPERTROFICA
- 5.- IDIOCIA CON ESCLEROSIS ATROFICA
- 6.- IDIOCIA ASOCIADA A UNA AGENCIA CEREBRAL
- 7.- IDIOCIA MIXEDEMATOSA.

En 1977 Ireland, es el primero que utiliza el término *Geneatus* para designar las causas hereditarias al igual que algunas enfermedades aparentemente adquiridas y las que suponian un orden hereditario.

Anteriormente en 1895 Shuttlemorth, hace la distinción entre los factores congénitos o adquiridos.

Tredgold en 1908, 1929, 1937, 1947; propone un tipo de clasificación más directamente anclada con la etiología, según este autor, los diferentes tipos de deficiencia intelectual pueden incluirse según su origen, en una de las siguientes categorías:

A) AMENCIA PRIMARIA: el déficit intelectual se debería al patrimonio hereditario, y puede ser considerado como germinal, intrínseco o endógeno.

B) AMENCIA SECUNDARIA: en este caso el origen del déficit será extrínseco o exógeno y será debido a su entorno.

C) AMENCIA debida a causas primarias y secundarias conjuntamente.

D) AMENCIA sin causa directamente revelada, citado en Chiva (1973).

En el diccionario LAROUSSE la etiología la definen como la parte de la medicina que investiga las causas de las enfermedades. Se debe de tomar en cuenta que las causas se deben enfocar a los diferentes periodos del desarrollo del individuo, en diferentes terrenos aunque el resultado sea el mismo: UNA INSUFICIENCIA MENTAL.

De este modo las causas actúan sobre la estructura del organismo tanto a nivel macro como microscópico.

La investigación acerca de las causas debe considerarse a través de diversos planos:

1.- EL PLANO DE LA CONCIENCIA FUNDAMENTAL

En el primer plano se intentan establecer diversas relaciones causales que pueden existir y esto con la máxima seguridad, dentro de esta existencia de conceptos con características distintas en una población específica no sólo debe de ser puesta en evidencia, sino que debe de ser estudiada comparando, término a término estos conjuntos.

2.- LAS APLICACIONES

Para este segundo plano se debe de ver su aplicación en diversos planos:

a.- Terreno médico hereditario

b.- Terreno pedagógico: en la medida en que la etiología común comparte diferencias de aprendizaje semejantes.

c.- Terreno Administrativo: esta en cuanto a la especificidad de las necesidades que se refieren a las instituciones, Zazzo (1973).

Para facilidad del término a continuación se establece una distinción entre dos tipos de determinantes del retraso mental:

1.- Los procesos orgánicos, responsables directos o en estrecha asociación con una forma de retraso. En general esas causas patológicas conducen a formas de retraso moderado, grave y profunda.

2.- Las interacciones entre influencias genéticas y ambientales, esta categoría conduce a un diagnóstico de retraso mental ligero en este individuo, cuando este presenta además trastornos de adaptación social, Lambert (1981).

En cuanto a sus causas Biológicas (internas), se pueden distinguir 2 categorías muy generales de individuos.

Una categoría incluye a personas que su discapacidad mental es una causa orgánica específica. A estos sujetos se les llama orgánicamente retrasados.

La segunda categoría es mucho más amplia e incluye a aquellas personas que no se advierte ninguna causa orgánica para sus reducidas capacidades intelectuales. Se le ha puesto a este tipo de personas culturalmente retrasados, retrasados de familia y funcionalmente retrasados (causas externas); puesto que manifiestan solamente un retraso ligero y provienen de familias de bajos ingresos, los orgánicamente retrasados suelen estar más gravemente incapacitados.

Las categorías más importantes de causas orgánicas de retraso mental son las siguientes:

INFECCIONES PRENATALES: Existen microorganismos que pueden infectar el embrión o feto en desarrollo y causarle anomalías permanentes. Entre estos esta la rubéola, las sífilis, el citomegalovirus y la toxoplasmosis.

INFECCIONES POSTNATALES: Hay varios tipos de microorganismos que, si afectan al niño en crecimiento, pueden producir una lesión cerebral y retraso mental, los dos más conocidos son la encefalitis y meningitis.

ANTICUERPOS MATERNOS: Estos se dan cuando la madre es del tipo de sangre RH negativo y el niño de RH positivo, entonces la madre produce los anticuerpos y éstos destruyen los glóbulos rojos lo que hace que no se permita la distribución del oxígeno y sustancias nutritivas que van a los demás tejidos.

INTOXICACIONES: Hay diferentes tipos de venenos que pueden causar lesión cerebral y retraso mental entre estos están las intoxicaciones por plomo, monóxido de carbono o drogas:

Existen varias drogas como lo son alcohol, nicotina, heroína, morfina, metadona, etc. que cuando la madre las toma durante el embarazo, puede tener efectos adversos en el niño en gestación y en algunos casos estas drogas pueden ser causa de retraso en el desarrollo del niño.

RADIACION: Existen varios tipos de radiación que pueda tener efectos drásticos en el embrión o feto en desarrollo pequeñas dosis de rayos X ordinarios, por lo general son, inocuas, pero si a una mujer embarazada se le somete a grandes cantidades de radiación existen muchas posibilidades de que el niño nazca con serios defectos e inclusive de que no sobreviva.

COMPLICACIONES PERINATALES: Hay muchas complicaciones en el parto mismo que pueden producir daño cerebral y retraso mental, una de ellas es cuando al infante se le interrumpe la corriente de oxígeno por más de unos cuantos minutos, entonces la anoxia resultante produce una lesión cerebral. De manera semejante, el cerebro puede sufrir algún tipo de lesión mecánica durante el parto.

TRAUMA POSTNATAL: Hay ciertas lesiones del cerebro producidas por caídas, golpes, accidentes que después del nacimiento que pueden terminar en retraso mental. Una lesión de este tipo que ha recibido mucha atención recientemente es el maltrato infantil.

DESORDENES METABOLICOS HEREDADOS: Algunos individuos nacen con una incapacidad heredada para metabolizar o asimilar ciertas substancias, resultado de lo cual puede ser el retraso mental. Una de las más conocidas entre éstas es el desorden llamado FCU (fenilcetinuria) o la incapacidad para metabolizar un aminoácido.

En la actualidad esta indisposición se puede detectar desde el nacimiento y tratarse con una dieta especial, y esto es transmitido por un gene recesivo.

DESORDENAS DE METABOLISMO LIPIDO: Hay muchos desórdenes raros que resultan de la incapacidad para metabolizar debidamente las grasas. El más conocido de éstos es el mal de TAY-SACHS, que siempre termina en severo retraso mental y en muerte prematura.

HIPOTIROIDISMO: Tiene su origen en un nivel anormalmente bajo de hormonas de la glándula tiroides. El mal se presenta frecuentemente en el nacimiento y puede ser el resultado de una gran variedad de causas. Si no se atiende a tiempo, puede producir deficiencia en las capacidades mentales, pero mediante el tratamiento médico del tiroides, no suele ser un problema severo.

DESNUTRICION: Una dieta deficiente, si llega a ser muy severa y si ocurre antes del nacimiento o muy poco después del parto, puede producir un daño cerebral permanente y retraso mental.

ENFERMEDADES CEREBRALES BURDAS POSTNATALES: Hay enfermedades raras que afectan al cerebro después del nacimiento. Las 2 que se presentan con cierta frecuencia son la ESCLEROSIS TUBEROSA que se caracteriza por la formación de muchos nódulos endurecidos (escleróticos) sobre la superficie de la corteza cerebral. Estas áreas escleróticas producen retraso mental y accesos epilépticos. Los nódulos, por lo general, no aparecen al nacer, pero se van formando poco a poco durante el desarrollo, y en consecuencia el retraso es progresivo.

La segunda enfermedad es EL MAL DE VON RECKLINGHAUSEN (Neurofibromatosis), en ésta los síntomas característicos son tumores de la piel y manchas cutáneas de color café con leche. Los tumores suelen variar de tamaño desde protuberancias apenas perceptibles hasta tumores horribles. Esta enfermedad se transmite por un gene dominante con expresividad variable. Estas 2 son muy peculiares en cuanto a que las transmite un gene dominante y, por lo tanto, no pueden saltar ninguna generación.

MALFORMACIONES CRANEALES: Existen muchos trastornos congénitos de causa generalmente desconocida, que se caracterizan por deformidades del cráneo o de la espina, y que pueden producir retraso mental. La hidrocefalia proviene de la incapacidad del líquido cerebroespinal para drenarse debidamente, produciendo así una tremenda presión sobre el cerebro. Otro tipo de anomalía craneal es la microcefalia, caracterizada por una cabeza extraordinariamente pequeña.

ABERRACIONES DE LOS CROMOSOMAS: Existen desórdenes que resultan de la presencia de un cromosoma adicional. El más importante es el síndrome de down, conocido popularmente como mongolismo, el cual resulta de la presencia de un cromosoma adicional el 21. Entre las características de este síndrome esta una inteligencia baja, configuración muy peculiar de los ojos, dedos cortos y regordetes y lengua grande. También existe el síndrome de KLINEFELTER y el de TURNER, ambas se caracterizan por un ligero retraso mental.

PREMADUREZ: Los niños que nacen prematuramente o que tienen un peso de nacimiento menor de 2,500 gramos están muy expuestos al retraso mental. Esta premadurez es mucho más frecuente entre grupos de bajos ingresos y minorías raciales que entre la clase media, y se supone que su causa es una alimentación inadecuada y un cuidado médico deficiente. Ingalls (1982).

FENILCETONURIA: (FCU) Que es un desorden metabólico por herencia y es una incapacidad para realizar debidamente el metabolismo o asimilación de fenilalanina de uno o más de los aminoácidos esenciales, los cuales son elementos básicos de las proteínas y es transmitida por un gen recesivo único.

GALACTOSEMIA: Lo transmite un gen recesivo único y da por resultado la incapacidad para metabolizar la galactosa, un hidrato de carbono que resulta de la digestión de la leche.

SÍNDROME DE HURLER: Proviene de un error en el metabolismo mucopolisacárido. El niño con el síndrome de Hurler parece normal al nacer y puede desarrollarse normalmente durante algunos años, pero una vez que aparecen los síntomas el niño muestra un deterioro gradual de sus habilidades, el cual termina con el tiempo, en un retraso mental profundo.

SÍNDROME DEL GRITO O MAULLIDO DE GATO: ("Cri-Du-Chat"), se trata de una distribución parcial del cromosoma 4/5, y es la pérdida de material cromosómico de uno de los brazos cortos de cualquiera de los pares del grupo 4/5, siendo su recurrencia rara en otro miembro de la familia. La discapacidad intelectual es muy grave en este síndrome, Lambert (1981).

Después de haber revisado las posibles causas de la discapacidad intelectual, en el siguiente tema se abordarán aspectos psicológicos y de personalidad en el discapacitado intelectual.

1.4. PERSONALIDAD Y PSICOLOGIA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL: COGNITIVO, EMOCIONAL Y SOCIAL:

En cuanto al aspecto Cognitivo En E.U.A se ha hecho mucha investigación con el fin de aplicar la teoría de PIAGET, a los niños retrasados. El objeto principal de esta investigación ha sido demostrar que esta teoría se aplica por igual a los niños retrasados que a los niños de aptitudes mentales normales.

Noodward (1959) demostró que los 6 estudios de Piaget, del desarrollo sensoriomotor se verifican casi por igual en los adolescentes profundamente retrasados y en los niños normales menores de 2 años.

Administró muchas pruebas a niños profundamente retrasados para determinar el estadio del período sensoriomotor en que estaban funcionando. Prácticamente todos los niños que pasaban la prueba de un determinado nivel podían pasar todas las pruebas inferiores a ese nivel.

También estructuró varias pruebas de reacciones circulares y pruebas del conocimiento del niño respecto al concepto de objeto. Estas pruebas se correlacionan bastante bien con los estadios asignados en base a otras pruebas. Llegó a la conclusión de que la conducta de los profundamente retrasados podía fácilmente encontrar en los 6 estadios de Piaget.

La mayor parte de las investigaciones hechas sobre la teoría de Piaget tanto en los niños normales como en los niños retrasados, se ha restringido al período preoperacional y a la transición al pensamiento de operaciones concretas; el grueso de estas investigaciones ha girado alrededor de los diversos tipos de conservación.

Los niños retrasados son semejantes a los niños normales puesto que avanzan por las mismas etapas que los niños normales y en el mismo orden, pero su ritmo de desarrollo es más lento, y manifiestan modos menos maduros de funcionamiento.

Los niños ligeramente retrasados no avanzan en su desarrollo más allá de las etapas de operaciones concretas y los moderadamente retrasados no avanzan más allá de las etapas preoperacionales como ya se había mencionado con anterioridad, los niños con retraso mental no alcanzan la conservación de substancias, es decir nunca alcanzan las operaciones concretas; en comparación con los niños ligeramente retrasados que tienen un rendimiento aproximado al de los niños no retrasados, y estos a su vez no llegan a la conservación de volumen, esto quiere decir que no alcanzan a llegar a las operaciones formales.

Lo anterior indica que el desarrollo cognoscitivo en las personas retrasadas empieza a disminuir antes que en los sujetos no retrasados.

Brown (1937) comparó a niños retrasados con un grupo control igualado en edad media (e.m.) en conservación de número y de cantidad continua (líquido), y no encontró ninguna diferencia entre los grupos aunque otro grupo de niños superdotados de la misma e.m. tuvo un rendimiento notablemente inferior.

En la Universidad De Temple, Stephens y sus colegas realizaron un estudio longitudinal de niños retrasados y de niños normales llevado a cabo en 1974.

Como era de esperarse, en la mayoría de las pruebas los sujetos mayores de edad obtuvieron mejores resultados que los sujetos más jóvenes, y se advirtió una mejoría general en todos los grupos en el transcurso de 2 años. Sin embargo se observaron ciertas cosas que complementaban los conocimientos acerca del desarrollo cognoscitivo de los niños normales y retrasados.

Una de las conclusiones que se pueden sacar de la investigación que se ha hecho acerca del aprendizaje y de la memoria en los retrasados es que con frecuencia apenas si hay diferencia entre sujetos retrasados y sujetos no retrasados, cuando el material que debe aprenderse es muy sencillo; pero cuando lo que hay que aprender se torna más complejo, más difícil o más abstracto, los individuos retrasados parecen estar en desventaja con respecto a los no retrasados. Este caso es frecuente, inclusive cuando los 2 grupos son de la misma edad mental.

Jensen (1970), ha propuesto una teoría del retraso que intenta explicar muchos de estos datos. Su teoría se aplica solamente a los retrasados a causa del ambiente cultural de la familia, al grupo que se ha dado a llamar funcionalmente retrasados, por oposición a los que tienen algún defecto orgánico. Distingue 2 niveles diferentes de inteligencia.

Al NIVEL I, le llama capacidad y asociación y equivale a la capacidad para aprender asociaciones o conexiones simples.

Mucho de nuestro aprendizaje cotidiano es de carácter asociativo, en cuanto a que consta principalmente de advertir simples conexiones entre sucesos o entre acciones y sus consecuencias.

Al NIVEL II, se le llama capacidad cognoscitiva y equivale a la capacidad para comprender relaciones complejas.

Muchos niños ligeramente retrasados y cuyo retraso no tiene ningún fundamento orgánico, tiene cierta deficiencia en el funcionamiento del NIVEL I. Esto explica el descubrimiento un tanto paradójico de que muchos niños de bajo Status Socio Económico (SSE) que obtienen resultados muy pobres en la escuela y en las pruebas de inteligencia no tienen dificultades para aprender a manejarse bien en su comunidad, ni para funcionar bien en la mayoría de situaciones no académicas, citado en Ingalls (1982).

PERSONALIDAD EMOCIONAL Y SOCIAL

Los efectos secundarios que el retraso mental tiene sobre la personalidad y las emociones del individuo, son mucho más serias y constituyen un obstáculo mucho mayor para una adaptación efectiva, que los problemas que representan las diferentes aptitudes cognoscitivas. Al retraso se le considera generalmente como un defecto cognoscitivo, y no como un defecto de personalidad; pero igualmente importante es el hecho de que todo el estudio de la personalidad es un campo muy fragmentado.

Existen diferentes razones por las que la personalidad del sujeto retrasado mental puede diferir de los sujetos no retrasados; puesto que la personalidad de cada individuo la configuran muchas fuerzas y acontecimientos muy diversos, desde factores orgánicos, como la predisposición genética o la disfunción cerebral, hasta experiencias de los primeros años de la infancia y hasta el modo en que la sociedad los trata en general.

AISLAMIENTO Y RECHAZO SOCIAL: Los compañeros de los niños retrasados tiende a aislarlos, o sea que se trate de clases especiales o de clases regulares. Tienen pocos amigos en general, y en la mayoría de los casos se mantienen fuera de la corriente normal de la vida social de las escuelas. Este rechazo no se debe a la etiqueta de retrasados, sino más bien al comportamiento "ANORMAL" de muchos niños retrasados.

La principal causa de este rechazo es la incapacidad del niño para aprender mucho de las reglas de la sociedad que abren la brecha hacia la aceptación y a la popularidad.

El aislamiento social tiende a reforzarse a sí mismo; entre más rechazado se siente más inapropiadas son las estrategias que desarrolla para sobreponerse a este problema.

El problema del rechazo y del aislamiento social se agrava inevitablemente por una experiencia que caracteriza a todas las personas retrasadas, la experiencia de cargar a cuestas la etiqueta de retrasado mental. Tienen a quitarle valor a la persona y la hacen aparecer menos digna que la demás gente.

Este aspecto se agrava aún más por el hecho de que bastante gente ignora por completo la naturaleza del retraso mental. Esto trae como consecuencia que algunas personas no permiten que sus hijos tengan amistad con niños retrasados, dando argumentos de que sus hijos se exponen a desarrollar malos hábitos.

El aislamiento social de los niños retrasados se debe más que a sus modales sociales inmaduros que a su etiqueta de retrasados mentales.

Desafortunadamente la presencia de un niño retrasado en el seno de la familia suele ser el origen de mucha tensión y angustia. Los padres tienden a recibir la noticia de que su hijo está retrasado con un sentimiento de culpabilidad, con ciertos mecanismos de defensa, con una protección exagerada hacia el niño, o con otros patrones de conducta para con el retrasado. Las relaciones familiares distorsionadas son una de las principales causas de los problemas de adaptación y de personalidad que se observan entre los retrasados mentales.

FRUSTRACION Y FRACASO: Los niños retrasados no pueden cumplir con muchas de las tareas que la sociedad impone a sus miembros, que los hermanos y compañeros de clase del niño retrasado pueden llevar a cabo con mucha facilidad. Esto conduce a muchas experiencias de frustración y de fracaso. Además comúnmente tienen poca estima de sí mismos y de sus habilidades. Desconfían generalmente de su capacidad para efectuar cualquier cambio en su vida, citado en Ingalls (1982).

Existen datos que muestran que la disfunción o lesión cerebral contribuye en los problemas emocionales; 2 de las características que más frecuentemente se observan en los niños con lesión cerebral, son la hiperactividad y la inestabilidad emocional.

Con mucha frecuencia se cree que los procesos de personalidad y los procesos cognoscitivos son independientes uno del otro, pero esto no es así ya que los procesos cognoscitivos están íntimamente ligados con la adquisición y el cambio de patrones de personalidad y con las reacciones emocionales.

Por consiguiente se puede suponer que las personas con capacidades mentales menos adecuadas están funcionando a un nivel emocional menos maduro y más irracional.

Una razón por la que se da una mayor prevalencia de problemas de personalidad y emocionales entre los discapacitados intelectuales, es porque este tipo de personas suelen provenir de los grupos de bajos ingresos. Significando esto que su ambiente familiar suele caracterizarse por el caos y por muchas tensiones ambientales, lo cual da por resultado dificultades de aprendizaje. Una característica común de los discapacitados intelectuales, sobre todo de los que se encuentran en instituciones, es la conducta estereotipada, o sea la repetición compulsiva de acciones sin ninguna finalidad; acciones que con frecuencia son autodestructivas. Algunas veces reduce la tensión o ansiedad, también puede ser que esta conducta se practique en virtud del reforzamiento que reciben de otras personas, con la atención que se les preste.

Existen muchos rasgos de personalidad que, por lo general, se encuentran más frecuentemente en los discapacitados intelectuales que en la población en general. Entre estos rasgos están los siguientes.

- 1.- Los sujetos retrasados dan por hecho que van a fracasar. Esta expectativa los suele convertir en evitadores de fracasos, más que en buscadores de éxito; y se rigen por motivos externos, apoyándose en otras personas y no en sus propias ideas para tomar decisiones.

- 2.- Las personas retrasadas suelen desarrollar un sentido general de desamparo, la convicción de que no rigen su propio destino.

- 3.- Los sujetos retrasados suelen tener mayor necesidad de interacción social y adoptan estrategias exóticas para mantener lo más posible el contacto con las demás personas.

- 4.- La interpretación Freudiana del retraso mental es que estas personas tienen funcionamiento deficiente del ego. Esto significa que suelen fiarse de mecanismos de defensa muy primitivos.

- 5.- Las personas retrasadas suelen hacer lo indecible para demostrar a los demás y a sí mismos que son "NORMALES" proceso conocido como fingimiento, citado en Ingalls (1982).

Ey (1963) ha resumido 2 grandes tipos de retraso citado en Chiva (1963):

- 1.- DEBILES ARMONICOS: están afectados de retraso intelectual simple:

a) tienen las cualidades afectivas necesarias para compensar su insuficiencia intelectual.
b) son dóciles, trabajadores, aplicados, metódicos, serviciales, pasivos y obedientes, y por lo anterior son fáciles de adaptar a una condición social inferior con humildad.

2.- DEBILES DISARMONICOS: presentan trastornos afectivos; en este punto hay varios tipos:

a) los débiles inestables, caracterizados por la disipación de su atención, incapacidad para concentrarse, incapacidad para permanecer en el mismo sitio, cambian de oficio, de residencia.

Las fugas, las mentiras y el vagabundeo son los rasgos habituales de su conducta turbulenta.

b) los débiles emotivos: se parecen un poco a los anteriores, tienen sin embargo un nivel intelectual sensiblemente superior al de los inestables. Su humor es cambiante y exclusivo, sus reacciones son exageradas, oscilando de la excesiva exhuberancia a la inhibición.

c) los tontos son débiles que tienen una buena capacidad mnésica y una facilidad verbal que engañan.

Después de haber abordado aspectos de la personalidad en el discapacitado intelectual en el siguiente capítulo se abarcará el tema de la adolescencia ligado a la discapacidad intelectual.

II.- ADOLESCENCIA Y DISCAPACIDAD.

2.1.- ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA - DEFINICIONES.

A los seres inferiores siempre se les toma como rémora de los demás, inclusive para cualquier actividad se les dejan las peores cosas y en ocasiones les dan menos responsabilidades.

La adolescencia es una etapa intermedia de la vida del ser humano, en ésta se produce una gran expansión del campo sensorial. En la adolescencia se desarrolla el concepto de sí mismo y de la autoestima, la imagen que cada uno tiene de sí, sus variaciones, los factores asociados a su evolución, la problemática de la identidad y sus crisis.

El adolescente no se desarrolla en el vacío sino en íntima y mutua relación con las demás personas; en primer lugar con los padres, cuidadores y docentes.

Tradicionalmente se describe la adolescencia como una época de la vida especialmente sensible y agitada por los trastornos emocionales y sus derivaciones. Esta fase del desarrollo humano puede ser muy peligrosa ya que el joven está terminando de orientar su personalidad sensible en lo sexual, emocional, etc.

La adolescencia ha sido objeto de mucho estudio en los últimos años aún con todo el conocimiento de esta etapa de la vida es muy limitado; se sabe muy poco acerca del conocimiento y desarrollo del adolescente.

Para abordar este tema de la adolescencia se parte en primer lugar de la definición:

Stanley Hall, ha definido la adolescencia como un nuevo nacimiento; los rasgos humanos surgen en ellos completos, las cualidades del cuerpo y del espíritu son más nuevas el desenvolvimiento es más o menos gradual y más violento. el crecimiento proporcional de cada año aumenta siendo muchas veces el doble del que correspondería y más aún surgen funciones importantes.

Shopen, define a la adolescencia como la lucha entre el niño y el hombre como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia.

Brooks, señala: La adolescencia viene del Latín adolescere, y crecer hacia la madurez.

Saranger, dice que el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos, citado en Carneiro (1982).

La adolescencia es un estadio del desarrollo complejo y contradictorio. El comportamiento del adolescente es, con frecuencia, paradójico. Así por ejemplo, el conformismo puede coincidir con rebelión, mientras que la espontaneidad alterna con una hosca reserva. los proyectos para el futuro, considerados como esenciales en un determinado momento, son rechazados unos instantes después en favor de las exigencias del presente.

Un espíritu de fiera independencia se transforma en un lapso de pocos minutos, en una infantil dependencia y el más difícil

adolescente puede transformarse de la noche a la mañana, en un compañero agradable y simpático.

La adolescencia es universalmente reconocida como una fase crítica del desarrollo humano, Coleman (1980).

Durante muchos años se ha creído firmemente que cuanto sucede en la infancia representa la piedra fundamental del futuro desarrollo de la personalidad y que muchos de los efectos de las experiencias adquiridas durante esos tempranos años son irreversibles.

Debido a que existen grandes diferencias individuales no resulta fácil obtener una respuesta concreta, pero diremos que la adolescencia es como aquel estadio del ciclo vital que comienza en la pubertad y que concluye cuando el individuo alcanza la madurez.

El concepto de la adolescencia como un desarrollo humano es un concepto relativamente nuevo, su aparición se relacionó con el inicio de la industrialización urbana.

El desarrollo de la sociedad moderna es un elemento importante que impulsa el movimiento adolescente.

Algunos autores plantean que la adolescencia no es una etapa que trascienda en el desarrollo del ser humano, y por tanto cuestiona la importancia del estudio de esta etapa. Contrario a esto otros autores reconocen la necesidad de crear un concepto claro y práctico sobre la adolescencia, incluso en su porción biomédica llamada pubertad que trae consigo los cambios típicos físicos, cognoscitivos, afectivos sociales.

Sebald 1968, propone 5 factores responsables del surgimiento de este período:

- 1.- La separación de la casa hacia otros lugares de productividad.
 - 2.- La presencia de divisiones especializadas de labor
 - 3.- La necesidad de ampliar un período de entrenamiento para la preparación de un papel social determinado.
 - 4.- La existencia de por lo menos un cierto grado de afluencia económica en el joven que implica independencia económica.
 - 5.- Una relativamente alta movilidad social y biográfica.
- A la adolescencia se le ha relacionado con múltiples factores de tipo educativo, de establecimiento de leyes organizadas para regular las funciones creativas en los niños a través del trabajo con los jóvenes aún no adultos y también con un cúmulo de conocimientos psicológicos.

Erickson, supone que la adolescencia es un período de crisis y los psicoanalistas acentúan con mayor intensidad este punto de vista. No obstante existen otros que tienden a moderar el enfoque de que la adolescencia sea un período de notoria discontinuidad del desarrollo y un período de crisis haciéndolo desde perspectivas un tanto diferentes.

Musgrove (1964), ha descrito la adolescencia como la situación intermedia entre el mundo de los niños y el de los adultos a través de la creación de su propia ropa, música, literatura, y otros rasgos.

La adolescencia se caracteriza entonces por un ir y venir del comportamiento anterior al actual y de actividades vivas hacia las nuevas. La inestabilidad y la contradicción son indicios de inmadurez, demuestran que el individuo no está seguro de sí mismo y que trata de adaptarse a una nueva situación que debe asumir en su grupo social, citado en Coronado (1978).

En el siguiente apartado se mencionarán características biológicas y psicológicas en la adolescencia.

2.2.- CARACTERISTICAS BIOLOGICAS Y PSICOLOGICAS.

Los cambios anatómicos, físicos y mentales son muy notables y le dan a este segmento de la vida un período distintivo.

Algunos de los más importantes acontecimientos a los que deben ajustarse los jóvenes son la multitud de cambios fisiológicos y morfológicos que tienen lugar durante el principio de la adolescencia y que van asociados con lo que se conoce generalmente como pubertad.

La pubertad va acompañada por cambios no sólo en el sistema reproductor y en las características sexuales del individuo, sino también en el funcionamiento general de todo el sistema cardiovascular, en los pulmones, con el cual entra bien en juego el sistema respiratorio, en el tamaño y la fuerza de muchos de los músculos corporales, etc. La pubertad por tanto, debe considerarse como un acontecimiento correspondiente a la vida física del cuerpo, que tiene implicaciones muy amplias, Coleman (1980).

Cabe mencionar que el ritmo del desarrollo del joven se aceleran y se producen grandes cambios no sólo en lo físico sino también mentalmente. Cambia su vida social especialmente en sus relaciones con la familia y con las actitudes así como sus actividades.

Los adolescentes con discapacidades físicas o mentales, (ciego, sordo, o débiles mentales) necesitan mucho más ayuda de la que reciben en la actualidad, en este período, al plantearse los problemas de trabajo o del matrimonio, estos individuos necesitan mucho más asistencia, San Martín (1984).

El adolescente se convierte en un ser inconstante, atemorizado que se siente abandonado como resultado de sus experiencias inmaduras; es inestable por sus sentimientos de inferioridad, se siente frustrado por que cultiva grandes complejos de inferioridad y frecuentemente es agresivo oponiéndose a cualquier autoridad por su propia evolución hipoevolucionada de su personalidad.

El deficiente mental tiene que recorrer todas las etapas de la vida infantil normal y también sufrir el impacto de sus crisis vitales al igual que todos los adolescentes "normales".

1.- Primera crisis: El deficiente mental debido a sus causas genético-metabólicas prenatales y perinatales, este período crítico de su vitalidad lo conduce fatalmente en muchos casos a la muerte.

2.- Segunda crisis: El deficiente mental se pone a prueba ante su precario estado nutricional y los mínimos cuidados afectivos maternos, así como en algunos casos enfrentarse al rechazo o la agresión que reciben en el seno familiar.

3.- Tercera crisis: El deficiente mental trata de obtener su independencia pero debido a su raquítico bagaje somatopsicomental y su escaso contenido afectivoemocional es igualmente impotente para soportarla y cumplirla responsablemente.

4.- Cuarta crisis: El deficiente mental esta en su fase de inmadurez y tiene manifestaciones de deterioro neuronal, todavía no adquiere patrones de conducta. Aquí se ponen a prueba todas sus carencias y toda su capacidad adaptativa.

5.- Quinta crisis: Aquí el deficiente mental hace más difícil superar su complejo de inferioridad, en el deficiente mental esta crisis es más peligrosa que en el adolescente normal y a recursos

orgánicos, intelectuales, psicológicos y psicosociales no podrán estructurar sus valores humanos y menos aún resolver sus problemas, tan difíciles y molestos en la adolescencia, Coronado (1978).

El desarrollo cognitivo en la adolescencia es uno de los sectores de maduración menos manifiesto para los observadores. No posee ningún correlato externo y visible, como sucede con la maduración física, ni se manifiesta por alguna alteración tangible del comportamiento y, sin embargo, constantemente ocurren cambios en este aspecto. Además las variaciones en el funcionamiento intelectual tienen consecuencias con respecto a una amplia gama de comportamientos y actitudes. Tales cambios posibilitan el avance hacia la independencia, tanto el pensamiento como de la acción, permiten al joven desarrollar una perspectiva temporal que incluya el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones interhumanas y por último fundamentan la capacidad individual para participar en la sociedad como trabajador, elector, miembro de un grupo, etc., Coleman (1980).

Existen algunas diferencias entre el sujeto normal y el anormal. En el sujeto "normal" sus juegos son de mayor actividad y acordes a su edad, su conducta así como su atención son normales, su vocabulario es acorde a su edad, movimientos normales y coordinados, en cuanto a su percepción perciben el todo, su memoria es normal y su capacidad eidética es normal con intervención en la memoria. Mientras que en el sujeto anormal sus juegos son de menor actividad y responsabilidad, (corresponden a niños de menor edad), en su conducta es inhibido o inquieto y puede llegar a ser desatento, habla lento o atropelladamente, es torpe y lento o incoordinado, suele ser cariñoso pero inesperadamente se tornan rencorosos y agresivos, quieren y desprecian en lapsos de segundos, perciben parte del todo, la adquisición de la memoria es en forma arbitraria y su capacidad eidética es superior a la de los normales; pero sin intervención de la memoria.

Bandura y Walters, hacen hincapié en las diferencias interindividuales en cualquier período determinado del desarrollo y en la constancia interindividual a través de los períodos. Rechazan el principio general de que los adolescentes establecen su autonomía por un conflicto entre generaciones.

Douvan y Adelson, apoyan la posición de que la mayoría de los adolescentes no pasan por una lucha dramática por lograr su autonomía. No hay duda alguna de que la adolescencia es un período de cambios y decisiones relevantes, pero las transiciones importantes que se suponen, suelen sucederse tranquilamente unas y otras sin ser de manera necesaria caóticas para el niño o la niña normales, citada en Coronado (1978).

Un individuo es adulto cuando puede ocupar su puesto y desempeñar un papel adecuado en lo físico, social y económico.

La adolescencia se caracteriza en el terreno biológico por dos procesos principales:

- 1.- La consumación del crecimiento.
- 2.- La puesta en marcha de la función genital.

El crecimiento no es un fenómeno exclusivo de la adolescencia, sin embargo si es muy notorio en esta etapa debido al sesgo que toman y por los trastornos que traen consigo.

Factores nerviosos y hormonales:

En la base del cerebro se encuentran unos centros nerviosos cuyas lesiones puede provocar anomalías en el crecimiento.

La hormona hipofisiaria de crecimiento no parece ser abundante durante la adolescencia a diferencia de la hormona tiroidea.

Durante la adolescencia todas las constantes fisiológicas alcanzarán sus dimensiones adultas: consumo de oxígeno, calidad calórica gastada, aumento del poder muscular, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento del volumen del corazón, elevación de la presión arterial, importante aumento de la capacidad vital, disminución de la frecuencia respiratoria y, en la sangre disminución del número de linfocitos circulantes, etc., Carnois (1972). El desarrollo de la tercera infancia enfocándonos en lo biológico, es llamado por Freud de latencia sexual, esta regido por las hormonas tíficas, para dar paso en la adolescencia al desarrollo sexual con la actividad hormonal tiroidea, las de las gónadas masculinas y femeninas, las de la hipófisis y las suprarrenales, que intervienen en la maduración de los genitales para hacerlos aptos en función reproductora. Durante este período es cuando el organismo infantil se va transformando en hombre y mujer y a su vez sufre alteraciones somatopsíquicas y esto se ve ligado a los valores positivos o negativos del ambiente social.

En lo que respecta al Desarrollo Psicológico del adolescente se caracteriza por tres procesos dinámicos :

1.- El desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto y conceptual.

2.- La búsqueda de la propia personalidad.

3.- La maduración de las actividades sexuales.

El humor del adolescente oscila entre la depresión y la excitación, el deseo de la soledad coexistente con la necesidad de actuar en grupo, el egoísmo va de la mano con el altruismo, el conformismo con el espíritu de rebeldía. El adolescente debe de desarrollar la conciencia de los valores básicos y fortalecer sus controles para entrar en sociedad, se debe de tomar en cuenta que:

A.- El adolescente esta entrando en un mundo misterioso y atractivo para él.

B.- La dieta de un adolescente debe de ser adecuada.

C.- Debe haber un control en cuanto a la educación física.

D.- Atención preferentemente a todo lo relacionado con la esfera sexual.

E.- Que exista un cuidado especial en cuanto a la salud mental, San Martín (1984).

2.3.- CONDUCTA SOCIAL EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

El retardo tiene una serie de problemas vinculados constantemente con la lentitud de su desarrollo intelectual; los detalles de esos problemas distan de ser simples y requieren un estudio diferenciado. Muchos jóvenes retardados no presentan problemas de conductas reales y los que se suscitan son puramente los de un régimen adecuado.

Pero al igual que los jóvenes "normales", los jóvenes retardados pueden necesitar ayuda respecto de perturbaciones tales como agresión, timidez, tartamudeo, angustias, miedos y fobias.

Los síntomas de anormalidad emocional y conativas, en el débil mental y el obtuso cobran un colorido especial que dificulta descubrir su naturaleza, Mayer (1967).

La integración social de los adolescentes constituye uno de los más delicados problemas planteados a las sociedades humanas.

En términos de la sociología, el problema de la adolescencia se plantea como sigue: ¿cómo pueden los adolescentes tener acceso a las funciones adultas, en el terreno laboral, familiar y sexual, y con que resistencias tropiezan cuando, bajo el impulso de transformaciones biológicas y psicológicas reclama una revisión de su statu e intenta modificar el papel que tiene asignado?

Cuando se plantean los problemas de la adolescencia a menudo se procede como si se partiera de un dato conocido universal. Se dice también acerca de la adolescencia que a veces esta en la edad adulta de la duda y del desconcierto.

Según James S. Coleman, el drama de los adolescentes arrancaría sobre todo de las dificultades que experimentan para comprender y entender las normas sociales, citado en Carnols (1972).

El factor del individuo a través de la adolescencia estará muy afectado por las expectativas más o menos constantes, adaptativas o inadaptativas, mantenidas por las personas que revisten importancia en su entorno inmediato.

Los sociólogos y psicólogos sociales consideran a la adolescencia no sólo como un período de transición, sino además como una fase de la vida que contiene multitud de características potencialmente generadoras de tensión. Sin embargo, el proceso de socialización es considerado también por muchos como lleno de conflictos en este estadio, Coleman (1984).

En el manual de Grossman, citado en Resendiz (1982), la conducta adaptativa es definida como la efectividad o grado mediante el cual el individuo cumple con las normas de funcionamiento independiente, así como la responsabilidad personal y social esperada según su edad y su grupo cultural. Puesto que las normas variarán en distintos grupos de edad, las deficiencias en conducta adaptativa diferirán en individuos de diferentes edades.

Así, el término de conducta adaptativa se refiere a la capacidad del individuo para enfrentarse con las demandas que le exige su comunidad.

Durante la niñez y la adolescencia temprana se pide de él que sea capaz de aplicar sus habilidades académicas básicas en las actividades cotidianas y un razonamiento y juicio apropiados para dominar el ambiente y, también, que posea habilidades sociales

(participación en actividades de grupo y relaciones interpersonales).

Durante la adolescencia tardía y la vida adulta debe tener responsabilidades y actividades vocacionales y sociales.

De esta manera el criterio para determinar si hay o no retardo mental consiste en observar demoras en la adquisición de habilidades y/o conductas esperadas en un determinado individuo.

La detección de deficiencias en la conducta adaptativa es útil para seleccionar los servicios médicos, psicológicos, o de salud mental en general, y no únicamente para asegurarnos de que el individuo es retrasado mental.

En el mejor de los casos, el individuo retardado que se detecta de esta manera se verá sujeto a humillaciones a las cuales antes seguramente no estaba expuesto, y también se verá afectada su familia, aumentando las tensiones propias de cada uno de sus miembros.

Leland (1981), ha enfatizado que no es la etiqueta de retardado mental la que hace daño al individuo designado de tal manera, sino la pérdida de ciertos beneficios que ofrece la comunidad. Aquellos individuos que por su retardo mental son visibles en la comunidad donde viven deberían ser los primeros en recibir los servicios comunitarios.

De acuerdo con Leland y Leland y Smith, el concepto de visibilidad está relacionado con creatividad tanto como con supervivencia.

El niño mexicano susceptible de ser etiquetado como retardado mental por tener un bajo CI está en peligro, si olvidamos observar su conducta adaptativa y reconocer la calidad de los servicios que le podemos ofrecer a cambio de la separación de su familia y de su comunidad. Hace algunos años, en los Estados Unidos, el uso indiscriminado del CI como único indicador de discapacidad mental causó daño a niños mexicano-americanos, los cuales fueron etiquetados como subnormales intelectualmente y, por esto, separados de las clases de educación regular y colocados en clases especiales.

Mercer, enfatizó que al determinar la conducta adaptativa de muchos de estos niños se observó que sólo eran retardados durante "seis horas al día"; es decir, sólo mientras estaban en la escuela. Como resultado de estos estudios, se logró que en mayo de 1971 la legislatura de California adoptara un proyecto de ley (número 33) que establece que es necesario conocer la conducta adaptativa de un niño antes de etiquetarlo como subnormal y/o colocarlo en clases de educación especial.

En nuestro medio, estos logros no pueden ser ignorados especialmente en la práctica privada, donde las consecuencias que recibe el joven clasificado como discapacitado intelectual depende casi exclusivamente de la responsabilidad personal del psicoterapeuta, citado en Resendiz (1982).

En nuestra cultura para ser felices los adolescentes buscan una buena adaptación para lograr las siguientes etapas:

- 1.- Relaciones nuevas y más serias con los compañeros de su edad y ambos sexos.
- 2.- Asumir un papel social masculino o femenino definido.
- 3.- Aceptar su aspecto físico y ejercitar normalmente su cuerpo.
- 4.- Lograr su independencia emocional de los padres y de otros adultos.
- 5.- Alcanzar la seguridad de una independencia económica.
- 6.- Elegir la ocupación y adiestrarse para ella.
- 7.- Desarrollar las aptitudes intelectuales y los principios necesarios para una vida ciudadana.
- 8.- Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
- 9.- Adquirir una norma de valores y un sistema ético como guía para la conducta.

Los aspectos afectivos del adolescente se deben a la transformación física que sufre, a los movimientos de la socialización y al desarrollo de la inteligencia que paralelamente a la transformación del pensamiento y sus construcciones en la vida afectiva se afirma, o sea la adquisición de personalidad que busca su inserción en el mundo adulto.

La personalidad del propio individuo será el centro de la actividad propia que tiende a autorregularse o subordinarse a las necesidades familiares y sociales. En este sentido, queda implícita la cooperación y la autodisciplina a las normas externas y puede hablar de que este proceso de autorregulación se inicia a partir de los 8 años más o menos con la organización de reglas y valores y la afirmación de la voluntad dentro de una jerarquización moral determinada.

En un principio, con la presencia de la pubertad el joven se encuentra desconcertado, su cuerpo cambia rápidamente y no se sabe que le sucede. Prefiere entonces apartarse y medita sobre tal situación, y a medida que cambian las cosas y se va familiarizando con su nueva imagen y debido a las incursiones en la sociedad que aunque temerosas son cada vez más frecuentes, sus lazos afectivos pasan de su familia a quienes le rodean y pronto ejercerán una seguridad de igualdad por la semejanza.

En la primera fase de socialización, el adolescente explora y se acerca, aunque todavía no controle sus emociones. Aquí aparece la necesidad de los retos de transición gracias a los que en algunas sociedades los problemas tienden a minimizarse.

En general, los jóvenes piensan y sienten lo mismo, esto los une en su inseguridad individual, los identifica y les da fortaleza. En tanto que la adolescencia es una crisis real, el joven que la cursa puede terminar con energía, definida la maduración completa o puede perder todo lo que ha ganado hasta aquí en el proceso de individuación-separación.

Este momento de la adolescencia representa la gran oportunidad de superar los patrones de conducta y los rasgos infantiles y de percatarse de los valores humanísticos fundamentales, y por último conducirse por el camino de la individuación en áreas de su salud mental.

La repercusión afectiva que tienen los adolescentes es comparativamente más cuantiosa que la del adulto, pero cabe hacer la diferencia en lo que a calidad se refiere: el primero mantiene bruscas altibajas emocionales en torno de prácticamente todas las situaciones que vive, siendo éstas de lo más variable y cambiantes, en tanto que el segundo vive de manera más consistente y uniforme la mayor parte de los procesos de su vivir cotidiano.

El autodescubrimiento de la actividad sexual, la práctica de ésta a través de actividades masturbatorias, los temores que los varones tienen con respecto al tamaño de sus genitales, el temor al rechazo y el enorme deseo de aceptación personal y del grupo en el que vive cada sujeto, son algunas de las fuentes de preocupación que generan con frecuencia cambios anímicos, oscilaciones periódicas del talento y que pueden sin duda alguna generar poderosos cuadros obsesivos o profundas perturbaciones de ansiedad como carácter depresivo.

El que aparezcan cambios psicológicos que en la esfera emocional podemos llamar universales porque ocurren inevitablemente en cualquier adolescente sea cual fuere su ambiente social, nos enfrenta a un hecho muy importante.

El aumento en la agresividad y en la capacidad para el pensamiento abstracto que es lo deseable, la intensificación torrencial de la imaginación y las fantasías tal vez como mecanismo de defensa para algunos autores y por supuesto la intensificación del impulso erótico obligan al adolescente a vivenciar cambios físicos en su persona y a vivir irremediamente su desarrollo como participante y espectador.

En general, se puede decir que todos los adolescentes atraviesan por iguales situaciones. A todos les interesa en mayor o menor grado el aspecto, las características estéticas, y de hecho vemos que ello genera preocupación y afecta a cada uno de manera individual, pero esta afectación es notoria y evidente en cada caso. De igual manera, y aunque lo estético por razones socioculturales predomina más en la mujer en nuestro medio, a pesar de los cambios de las 2 últimas décadas, el varón también se ve afectado y no escapa a estas preocupaciones.

Por supuesto que entre la participación personal y el grado de dificultad que causa a un individuo y el que genera en otro, existen grandes oscilaciones y enormes diferencias en su asimilación y en su repercusión, pero podemos estar de acuerdo de manera general que son situaciones las más de las veces compartidas por todos ellos.

Es frecuente ver que el adolescente proceda con actitudes extremas como en el caso del ascetismo por un lado y el libertinaje por otro.

Sin embargo, el adolescente se defiende de sus propias emociones, la presión instintiva, activa las emociones, principalmente la ansiedad, la vergüenza y la culpa.

Las defensas dispuestas para ello se movilizan contra los sentimientos devastadores como el pánico, la mortificación y la malignidad.

Los mecanismos defensivos más conocidos son la negación, como caso típico de represión, la intelectualización, la fantasía, la regresión y la formación reactiva. Por lo que toca a las tareas psicosociales universales, se aceptan las variantes de cada cultura y de cada medio y se mencionan la humanización de los valores, la adquisición de un sentimiento de identidad, la actualización de la genuina vocación, la individuación mediante la emancipación de los padres, o sea la resolución del conflicto dependencia-independencia, la integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad, y finalmente el encuentro de un sentido a la existencia. Como una alteración principal de la adolescencia podemos mencionar la dificultad que presentan los jóvenes para adaptarse a nuevas situaciones, en especial aquellas que representan un conflicto y conviene preguntarnos si esta vulnerabilidad tiene por su frecuencia alguna relación con la depresión sobre todo para aquellas formas, y para las que el abatimiento del humor y la lentificación del pensamiento, la pérdida de los intereses y la atenuación de la energía no son los síntomas más relevantes sino las manifestaciones diferentes como la predilección por consumir algunos fármacos y substancias químicas con propósitos no médicos y para reducir estados como la angustia que son más evidentes que la depresión misma.

Otros autores han encontrado diferentes problemas de inactividad, aislamiento, cansancio y desde luego trastornos y dificultades escolares, contactos agresivos, bajo rendimiento escolar y otros, que se dan en mayor predominio en los niños pero no escapan en los adolescentes.

McCurdy (1925), señaló la depresión adolescente por la frecuencia y el tipo tanto especial de casos relacionados a fracasos escolares y deserción como algunas de las expresiones más frecuentes, sin embargo, Kauffman, considera crucial señalar algunas formas de delincuencia juvenil como manifestación agresiva consecutiva a la depresión, y por otra parte la actividad promiscua que señala una experiencia particular en la vida de los adolescentes como una máscara depresiva que ocurre en algunos de ellos, que intentan aliviar sus molestias buscando de manera frenética y pareciera compulsiva el contacto con otro ser humano, y en tanto que se sienten devaluados y poco deseables, el medio que utilizan para ser aceptados es la relación sexual que por otra parte no resulta genuina porque no es la unión emocional que se esperaría en una relación sana. Conviene señalar entonces la conducta irresponsable, sociopática que algunos varones manifiestan en el comportamiento de la pandilla para calmar su desesperanza y que terminan por mostrar con alguna frecuencia, accidentes relacionados con actos de violencia que posiblemente de fondo tuvieran la necesidad de expiar el autocastigo como una forma de culpa de una manifestación depresiva.

La resolución de la adolescencia implicaría de manera ideal el logro de la superación de los padres, la individuación total, el establecimiento de una identidad sexual, la capacitación para el trabajo y el egreso a una relación armoniosa y decorosa habiendo elegido profesión y cónyuge y encontrado un sistema personal de

valores, demostrando la capacidad para el amor maduro y la relación sexual, con un regreso a los padres de una nueva forma de relación basada principalmente en la igualdad, citado en Coronado (1978).

Normalmente el medio social no solamente no ha sabido aportar la ayuda necesaria, ni se ha preocupado por su sexualidad, sino que ha creado una atmósfera en la que los adolescentes con discapacidad mental han sido reprimidos, castigados y rechazados por la comunidad misma. Es indudable que desde siempre ha existido la difundida creencia de que los discapacitados mentales son especialmente licenciosos e inclinados a prácticas sexuales anormales, que engendran gran número de hijos discapacitados mentales y que su vida sexual es morbosa. Lee 1974.

Asimismo, resulta útil y oportuno mencionar cómo los padres de los adolescentes con discapacidad mental también han reflejado cierta incomodidad sobre la naturaleza de los temas de sexualidad, ya que no saben cómo abordar de una manera abierta y franca los aspectos sexuales de sus hijos e hijas. Muchos padres ven a la educación de la sexualidad de sus hijos como algo por encima de su comprensión. Teniendo miedo del uso que sus hijos con discapacidad puedan dar a este conocimiento o, como ciertos padres de jóvenes no discapacitados, quienes se sienten inseguros a la hora de guiarlos por este camino. O también como sucede en escuelas, instituciones y demás organismos dedicados a la formación y rehabilitación; generalmente pasan por alto esta necesidad educativa tan básica. Sin embargo, hoy mucho de esto está siendo cuestionado. Brenton 1976, afirma que la tendencia actual entre los educadores de la sexualidad, padres de familia y los profesionales en el área de la rehabilitación, es la de trabajar con los discapacitados mentales dentro de la comunidad y ayudarlos a llevar sus ideas en la forma que más se acerque a lo normal. Ya que, a pesar de la dificultad que muchos padres de familia tienen para aceptar las implicaciones erótico-sexuales de sus hijos e hijas con discapacidad mental, es útil señalar que afortunadamente existen familias sólidas y relativamente bien adaptadas, donde pueden oírse cosas como ésta: "mi hijo tiene el mismo derecho que todo el mundo a una vida sexual natural. Tiene las mismas necesidades de distinción física y de intimidad emotiva que tenemos todos". Rubio en 1984, indica que muchos padres reconocen que la situación de sus hijos demanda más apoyo y educación formal, pues la ignorancia en nada ayuda a la obtención de conductas y sólo hace de sus hijos e hijas fáciles víctimas de explotación y engaño, y por ello aceptan con interés la iniciativas de programas de educación de la sexualidad para sus muchachos, citado en Cruz (1986).

En el siguiente capítulo se revisarán algunos temas afines, en relación a la sexualidad en la discapacidad intelectual.

III. SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD

3.1. - DEFINICIONES DE: SEXUALIDAD

Con la aparición del homo-sapiens, entre los organismos de la Tierra, la sexualidad asumió una nueva dimensión además de perpetuar la especie, la relación sexual se hizo una actividad que en, y por sí misma era placentera. Se dice que la sexualidad humana apareció primeramente como un fenómeno biológico.

La sexualidad es un aspecto del comportamiento emocional asociado con las relaciones hombre-mujer y basado en las diferencias anatómicas y fisiológicas entre ambos, Kilander (1973).

El término de sexualidad significa muchas cosas para toda la gente, en su mayoría las personas relacionan este término con sentimientos entre personas, con el amor, la comunicación, el compartir, el tocar, el cuidar, la sensualidad y el erotismo. Al hablar sobre el término de sexo se relaciona frecuentemente con orgasmo, cópula, vagina, pene, genitales y "hacer el amor", Gotwald (1981).

Algunos aspectos que se deben tomar en cuenta para definir a la sexualidad son aquéllos que se refieren al ser humano integro, es decir, tomar aspectos psicológicos, biológicos, sociales, culturales etc.; y no sólo referirse a los órganos genitales.

Todo ser humano está perfectamente capacitado para encontrar su propia sexualidad, puede describirla y responder afirmativamente a ella, pero también puede ocurrir que la ignore, la reprima o incluso la niegue, Ferrando (1984).

Sexualidad es un término que incluye todos los aspectos de la masculinidad y la femineidad: aspectos sociológicos, filosóficos, psicológicos y biológicos, Burt (1985).

La sexualidad es un importante elemento del concepto de sí mismo de un individuo, o sentido de identidad. En el niño, la percepción de la diferenciación sexual precede a la de todos los demás atributos sociales: el pequeño sabe de sí mismo como niño o niña mucho antes que aprenda a asociar el sí mismo con grupos nacionales, étnicos, religiosos y culturales, Katchadourian (1985).

Por otra parte cada cultura define para sí misma lo que es normativo en términos de la conducta sexual. Dada la universalidad de la conducta sexual, se debe de esperar un conocimiento amplio y de hecho se sabe muy poco acerca de este tema.

En general lo que se sabe acerca de la sexualidad es producto de muchas disciplinas científicas como lo son: la biología, el derecho, la medicina, la sociología, la psicología, etc., Gotwald (1981).

López en 1982, define a la sexualidad como: "El conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico psicológico y socioculturales que diferencian a cada individuo como varón y como mujer en su grupo social".

Otro punto de vista sobre la sexualidad coloca a esta como las vivencias emocionales, actitudes y conductas que rodean a la persona mediante el proceso de pertenecer e identificarse al sexo masculino o femenino. Es decir, que desde el nacimiento e incluso desde antes, las personas cercanas al nuevo individuo que va a

nacer adoptan una serie de actitudes hacia el nuevo ser, que dependen en gran medida de si éste será de "sexo" masculino o femenino. Money, señala por otra parte que la sexualidad es el producto cultural que evoluciona con el hombre, reuniéndose aspectos tales como: identidad genérica y sexual y los roles sexuales genéricos, donde; la identidad genérica sexual incluye tanto factores cognoscitivos como afectivos que reflejan la autoevaluación y la evaluación que otros tienen de una persona como adecuada a su condición de hombre o mujer. Y los roles sexuales genéricos, como todo lo que una persona dice o hace para comunicar a los demás, o a sí misma el grado en que el hombre, o mujer, o bien ambivalentes; incluye la excitación sexual y la respuesta, pero no restringe a esos elementos; el rol genérico es la expresión pública de la identidad del género, citado en Cruz (1986).

La palabra sexualidad es frecuentemente reducida al mínimo, algunas personas suponen que la sexualidad se refiere solamente a una cosa: el acto sexual. Ciertamente mediante el acto sexual la gente expresa sus sentimientos sexuales. Sin embargo la sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y pasatiempos.

La sexualidad también involucra aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como: la menstruación, la ovulación y la eyaculación, Pick (1996).

Los discapacitados intelectuales son aún hoy en sociedades como la de México, una minoría poco tolerada por su falta de adecuación social, provocada justamente por su incapacidad intelectual y cognoscitiva. No obstante sus posibilidades de adquirir una cierta competencia social son siempre mayores que las académicas.

La competencia social se muestra en el grado hasta en el que un individuo se adapta a las costumbres, hábitos y niveles de conducta que prevalecen en una sociedad de forma independiente y autosuficiente, y en su capacidad de participación activa y constructivamente en la gestión de su comunidad.

Aún así, parece ser que la mayoría de los discapacitados no poseen limitaciones biológicas en su expresión sexual.

La sexualidad es una parte fundamental de la personalidad del individuo normal, y del discapacitado, con la diferencia de que en éste último se hacen patentes algunas limitaciones para tener experiencias sexuales, ya que algunas personas desean eliminar, reprimir o negar este tipo de expresiones en los discapacitados intelectuales. Generalmente en el seno familiar la mayoría de los discapacitados intelectuales se encuentran sobreprotegidos de los estímulos que les rodean, más aún de estímulos sexuales. Los padres ven con peligro lo relacionado con la sexualidad, dando como resultado que la información sexual sea mínima o totalmente inexistente.

Los adolescentes discapacitados, dependiendo del tipo y nivel, son capaces de retener información básica de la sexualidad, ya que esta es una necesidad a la que todas las personas responden, sin embargo la sexualidad es una área que generalmente no se atiende y

cuando es el caso se pierde mucho tiempo y cantidad de recursos, Macias (1988).

Se puede concluir que la sexualidad es el resultado Del producto de la interacción construida entre el individuo y su medio ambiente. Y que es una área que debe ser atendida en forma intencional.

La atención implica la trasmisión de conocimientos, conductas y actitudes en forma sistemática. Y que los discapacitados intelectuales tienen las mismas necesidades sexuales que las personas normales, y por lo tanto se les debe capacitar también en ésta área.

Después de haber revisado algunas definiciones de sexualidad, en el siguiente tema se abordarán aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la sexualidad.

3.2.- SEXUALIDAD BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL Y CULTURAL

Como todas las conductas y actividades humanas, la sexual, experimenta una serie de cambios en el curso de la vida de los humanos, sean "normales" o discapacitados intelectuales. Estos cambios que conducen a lo que se llama maduración, se refieren a las etapas del desarrollo psicobiológico durante el crecimiento físico y la maduración psicológica, en el encuadre de las características socio-culturales, que cada grupo humano limita en el camino para alcanzar niveles más complejos de la conducta de los humanos; considerados ya sea individualmente o en grupos, de acuerdo a sus tipos de trabajo, su nivel de escolaridad, su grado de religiosidad, su nivel económico y sus valores políticos, filosóficos, éticos y estéticos. El sexo y la sexualidad no son acciones independientes de la actividad total de los humanos. Es estudio de la sexualidad debe enfocarse, como toda actividad psicobiológica, a través de la teoría de los sistemas, de la dialéctica, de la teoría de la información y de la cibernética.

El conocimiento de la sexualidad y las manifestaciones del sexo, van a ser determinadas por los parámetros socio-culturales, de cada grupo humano. Así, la sexualidad está influida por los parámetros filosóficos, axiológicos, religiosos, morales, económicos y políticos, que caracterizan a cada grupo humano.

Según Freud, todas las concepciones populares sobre la sexualidad se establecen en las siguientes conclusiones principales:

A.- La vida sexual no comienza sólo en la pubertad, sino que se inicia con evidentes manifestaciones desde el momento de la concepción.

B.- Es necesario establecer una neta distinción entre los conceptos de los sexual y lo genital. El primero es un concepto más amplio y comprende muchas actividades que no guardan sólo relación con los órganos genitales.

C.- La sexual abarca la función de obtener placer en zonas somáticas, que ulteriormente se pone al servicio de la procreación, pero a menudo las dos funciones no se superponen del todo. Como señala Freud la boca es, desde el momento del nacimiento, el primer órgano que aparece como zona erógena, es decir las zonas que proporcionan mayor placer, citado en Nava (1991).

El chupeteo del niño, actividad a la que este se aferra tenazmente, presenta muy precozmente un impulso hacia la satisfacción que, si bien surge de la ingestión alimentaria y estimulada por ésta, tiende a alcanzar el placer independiente de la nutrición, de modo que podemos y debemos considerarlo sexual. A todo esto se le considera como la primera fase de la sexualidad llamada fase oral.

La segunda fase denominada sádicoanal, es en donde se busca la satisfacción en las agresiones y en las funciones excretoras. Al incluir las tendencias agresivas, nos fundamos en el concepto de que el sadismo es una mezcla instintiva de tendencias puramente libidinales y puramente destructivas, mezcla que desde entonces perdura durante toda la vida.

La tercera fase denominada fálica, es la conformación definitiva que adoptará la vida sexual. Es notable que en ella no actúen los genitales de ambos sexos, sino sólo el masculino (falo). Los genitales femeninos permanecen ignorados durante mucho tiempo, y el niño, en su intento de comprender los procesos sexuales, adhiere a la venerable teoría cloacal, genéticamente bien justificada.

La sexualidad biológica se refiere a lo cromosómico, anatómico y funcional, dentro de lo cromosómico se puede decir que genéticamente la especie humana se caracteriza por tener 23 pares de cromosomas, de dos tipos, 22 pares de cromosomas somáticos o autosomas y un par de cromosomas sexuales o heterocromosomas.

Todas las células diploides de la especie humana tienen 23 pares de cromosomas, de los cuales el par 23 puede ser de un cariotipo XY, en el caso de los varones y XX en el caso de las mujeres.

Las células haploides son las encargadas de preservar la especie, cada una de ellas, el óvulo y el espermatozoide, tienen la mitad del contenido genético de un organismo, que se completará con la otra mitad, para producir un organismo con células diploides. Puesto que el óvulo siempre es XY el espermatozoide puede ser X o Y, el sexo genético de un nuevo organismo estará determinado normalmente por el tipo de espermatozoide que fecunde al óvulo, lográndose así, según el caso células y organismos XX o XY, mujer o varón.

Los cromosomas sexuales o gonosomas son los que van a dar las características sexuales de cada individuo, tanto somáticas como psíquicas en potencia. Así las diferencias sexuales anatómicas y fisiológicas del organismo están determinadas por una combinación de factores: Genéticos, hormonales y ambientales externos.

Los comportamientos sexuales pasan por un proceso de desarrollo de diferentes períodos, partiendo de una potencialidad bisexual, que existe en ambos sexos y que se consolidará en un comportamiento sexual, con diferentes tonos o modalidades de acuerdo al tipo de desarrollo que se establezca. Para llegar a consolidarse los caracteres finales se pasa por diferentes etapas del desarrollo, que manifiestan períodos críticos o períodos de máxima susceptibilidad, Goy y col. (1964), citado en Nava (1991), para la respuesta a diferentes condiciones endocrinas, que al irse sucediendo en el tiempo van estructurando tipos de comportamiento característicos. Estos momentos críticos son más sobresalientes en las etapas iniciales prenatal y perinatal, pero en ciertas condiciones también existen durante la vida juvenil y de maduración de los organismos.

La sexualidad psicológica en esta intervienen los conocimientos que tenemos sobre: el significado de la sexualidad, la emocionalidad, el sensualismo, el placer, el erotismo, la libido, la afrodisia, lo anímico y el amor.

En la conducta sexual, la armonía se obtiene cuando se piensa lo que se dice y se dice lo que se hace, equilibrio homeostático de armonía o consonancia cognitivo conductual.

Las alteraciones en estas instancias psíquicas conducen a una disonancia cognitivo conductual que va ha ser la causa de los trastornos de conducta, desadecuaciones e incompatibilidades que

conducirán a problemas psicológicos como: angustia, depresión, neurosis, tensión, etc., que afectan directa o indirectamente todas las actividades humanas, con gastos inútiles de materia y energía y desperdicios de tiempo y espacios, que se opondrán al desarrollo humano de la persona y del grupo al que pertenecan.

En la sexualidad social, interviene la información sobre los valores, la ética, la moral y la subestructuras filosóficas, políticas, económicas e interactivas de la sexualidad y el sexo.

El aspecto sociocultural no se ha preocupado por los valores ontogénicos, y sólo norma la actividad sexual del adulto maduro, prohíbe y olvida todas las manifestaciones y actividades de las etapas anteriores a la madurez. La actividad sexual sólo es permitida y justificada en la adultez madura.

De esta manera los niños y los jóvenes se encuentran en un callejón cuya única salida es la de la madurez sexual permitida, por lo que se les reprime cualquier otra manifestación y se le somete a un compás de espera, para que puedan manifestar su sexualidad, independientemente de cuales sean sus deseos, necesidades y finalidades.

La sexualidad cultural, en esta interviene la información que conocemos sobre: la antropología del sexo, los valores culturales, las finalidades admitidas, los mitos prohibidos o castigados, las formas de comunicación válidas, las uniones y los factores estéticos, de la actividad sexual, así como las formas de educación sexual recomendadas.

Se debe advertir por los estudios realizados que el niño es por naturaleza un ser sexual y que, como indica Freud (1905), citado en Nava (1991), los impulsos y sentimientos sexuales existen desde el nacimiento. La sexualidad impulsa todo tipo de conducta tanto sexual como no sexual. El aceptar la sexualidad como una característica natural y espontánea de la infancia se ha convertido en un problema cultural, ya que algunas culturas admiten las manifestaciones de la sexualidad en niños y jóvenes y por el contrario otras culturas las prohíben y las castigan.

Es fácil notar como la información que la sociedad a través de diferentes medios, proporciona sobre el sexo, sólo es una instrucción, que esta muy lejos de ser una educación. Para dar una adecuada educación sexual, además de proporcionar los conocimientos sobre el sexo, se deben dar a conocer los valores, la ética y lo legal, que constituyen las bases para saber realizar la conducta sexual sanamente, tanto individualmente como socialmente.

Claro está que al proporcionar la información sexual sin una normativa ética o patrón legal, lo único que se está haciendo es promover la actividad sexual, sin un sentido axiológico, de esta manera se fomenta la violencia, la cual esta creciendo en forma alarmante. Esto se acentúa más si se considera que el intercambio de la sexualidad es principalmente social y en el se encuentran comprometidas las parejas que experimentan los actos sexuales.

En los humanos las sociedades se encuentran jerarquizadas de acuerdo a diferentes factores de relaciones de economía, de creencias y por su puesto de poder. El que la actividad sexual sea fuente de poder, le adjudica una característica política.

El término política es definido como los métodos o tácticas utilizadas en la dirección de un estado o gobierno y un conjunto de estratagemas destinadas a mantener un sistema. El sistema tiene como base una serie de condiciones ideológicas, las cuales deben cumplirse y se debe obligar a que se cumplan, para que el sistema no cambie y perdure.

Así la actividad sexual ha pasado de una condición biológica-reproductiva a una práctica política; las ideologías dominantes de los grupos culturales a sometido la reproducción y el placer a una lucha política, al darle a la actividad y manifestación del sexo un significado de poder.

La lucha por el poder no es sólo de razas, castas, clases o grupos económicos, sino también de sexos, siendo la reproducción y el placer, características fundamentales de la actividad sexual, que forman parte de los elementos que intervienen en la lucha por el poder. Lucha cuyo campo es el noviazgo, el matrimonio, la familia, los grupos políticos y económicos, en suma toda la sociedad plena.

Por lo anterior se concluye que nuestro comportamiento y actitudes sexuales están considerablemente influenciados por nuestras creencias, pensamientos y percepciones sobre el sexo. Las exigencias y expectativas culturales al igual que las enseñanzas y doctrinas religiosas ayudan a moldear nuestra actitud con respecto al sexo. Uno de los objetivos de crecer en sociedad es aprender a expresar adecuadamente nuestra sexualidad, sin la carga que representan las prohibiciones absurdas o la ansiedad y culpas excesivas.

Es por esto que la presente investigación pretende aportar algunos elementos básicos para el desarrollo satisfactorio y responsable de la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual y "normales".

En el siguiente tema se habla acerca de la salud sexual y enfermedades de transmisión sexual, así como sus implicaciones.

3.3.- SALUD SEXUAL Y ENFERMEDADES SEXUALES

Al hablar acerca de sexualidad es como una puerta cerrada para la mayoría de las personas que están en desacuerdo con estos temas, algunas veces por sus creencias religiosas, otras por sus opiniones firmes sobre lo que es bueno y lo que es malo. Pomeroy (1968), señala que este tema ha sido excluido de todo examen y tratamiento público; en las relaciones humanas e incluso en su estudio en las obras científicas, citado en Cruz (1986).

La sexualidad con base biológica pura, tendencias, apertencias y conductas de especie, no se dan en el ser humano. Siempre esta fuertemente matizada por costumbres y configuraciones sociales del grupo.

La sexualidad sana no ha sido investigada adecuadamente, ni se conoce bien, por falta de metodología bien fundada y de material utilizable.

La vieja confusión de salud con normalidad y la vaguedad conceptual de ambos términos, han dado lugar a tomar por sano lo que no es por ejemplo la abstinencia, y lo normal por lo que tampoco es, ejemplo las relaciones sexuales premaritales.

Al ejercer la sexualidad se debe tomar en cuenta que el sujeto que participa puede quedar contagiado de alguna enfermedad, y estas son denominadas **Enfermedades Venéreas (E.V.)**, que viene del Latín Venus, amor o deseo sexual, o **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)** llamadas así aproximadamente desde la década de los 80's.

Los organismos que causan la ETS se encuentran ordinariamente sólo en los humanos y no pueden vivir fuera de él.

Estas enfermedades atacan a hombres, niños y mujeres por igual, con el descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos nació la esperanza de que se podía erradicar estas enfermedades, pero en la actualidad ya no se considera como una meta realista la erradicación total de estas enfermedades, no por lo menos hasta que se desarrollen nuevas técnicas de tratamiento y control de las conductas sexuales del paciente.

El control de las ETS es un tanto difícil por muchas razones ya que en algunos casos los médicos se muestran renuentes a reportar casos nuevos en sus pacientes de consulta particular a los oficiales de salud pública, especialmente cuando los pacientes son adolescentes; entre los cuales ha sido mayor el incremento en los últimos años. Como resultado las personas que infectaron a los adolescentes y aquéllos a su vez infectados por dichos adolescentes, no son tratados. Los problemas legales con el control de las ETS suman legiones, ya que es imposible legislar eficazmente contra el comportamiento humano que conduce a la diseminación de las ETS. Los estudios que se han hecho revelan que cualquier adolescente puede contraer las enfermedades venéreas, sino se tiene buena preparación de su sexualidad.

Una de las porciones de población que muestra el mayor aumento en las ETS en años recientes ha sido el grupo de los hombres homosexuales. La promiscuidad sin lugar a dudas esta vinculada con las ETS sin embargo el impulso sexual intenso, en si mismo, no es una causa de conducta promiscua.

Por otra parte la sociedad debe saber enfrentarse al hecho de las E.V. cuando aparecen.

En el siguiente segmento se enumeran algunas de las ETS que son muy frecuentes.

GONORREA: El término significa "flujo de semilla" y fue usado por Galeno en el año 130 de nuestra era para describir los signos de la enfermedad que aparece en el varón.

En 1879 A. Neisser, citado en CONAPO, (1990) identificó la bacteria que causa la gonorrea y la denominó gonococo, diciendo que esta bacteria tiene forma de frijol o de riñón, encontrándose en pares, estas bacterias atacan los labios de la vagina produciendo una irritación. Esta se adquiere por lo regular durante el coito con una persona infectada.

SIFILIS: El médico Fracastoro publicó en 1530, citado en Mc. Cary (1983) un poema con el cual alcanzó gran popularidad acerca de un pastor llamado Syphilis que padecía una enfermedad, que hasta entonces había sido conocida con el nombre de "La gran viruela" y desde entonces este padecimiento fue conocido como sífilis, esta enfermedad alcanzó grandes proporciones epidémicas a lo largo del mundo conocido este mal pocos años después de que Colón y su tripulación habían regresado a Europa.

La causa de esta ETS se encontró en una espiroqueta, que es un organismo semejante a un sacacorchos denominado Treponema Pallidum, con cuerpo cilíndrico de 8-14 espirales rígidas. La sífilis permanece vulnerable a la penicilina.

SIFILIS TEMPRANA: La sífilis temprana se divide en sífilis primaria y secundaria la ETAPA PRIMARIA se identifica mediante una lesión o un chancro que habitualmente aparece en la zona genital 10-14 días después del coito con una persona infectada. El chancro comienza como una pequeña pápula roja que se ulcera y se humedece, en esta etapa el único signo de infección lo constituye un ganglio indoloro aumentado en el sitio del desagüe linfático regional por ejemplo: en el pene o en los labios menores la tumefacción ganglionar se localiza en la ingle.

La ETAPA SECUNDARIA se caracteriza por una erupción no puriginosa, dando lugar al nombre de "Viruela grande". La erupción que comienza después de 6 semanas y habitualmente dentro de un lapso de 3 meses, es a veces tan leve que pasa inadvertido (Lewis 1955, idem).

Las lesiones secundarias sanan sin tratamiento y sin dejar cicatriz, en unas semanas o meses posiblemente un año.

PERIODO LATENTE: Es la tercera etapa y comienza 2 años después de la infección inicial. El período latente es peligrosamente engañoso.

SIFILIS TARDIA: esta etapa es la cuarta y se denomina tardía puede manifestarse en cualquier órgano o tejido del S.N.C. y en el sistema cardiovascular y particularmente en la piel. Las lesiones tardías pueden aparecer en la boca, sobre la lengua; acompañados habitualmente por engrosamiento de tejido o la aparición de úlceras destructivas.

CHANCROIDE: Esta enfermedad es producida por el Estreptobacilo de Ducrey. Es una enfermedad altamente contagiosa que se disemina típicamente por el coito.

Se caracteriza por ulceraciones, habitualmente en los puntos de contacto físico.

El primer signo del chancroide aparece alrededor de 12-16 semanas después del coito infectante. Por lo general se manifiesta con una pápula o úlcera de bordes infractuados, llena de tejido necrótico.

LINFOGRANULOMA VENEREO: Es un padecimiento general que invade los tejidos en las zonas inguinal y anogenital, la lesión primaria se manifiesta unos días después del coito infectante.

VERRUGAS VENÉREAS: Estas constituyen en realidad tumores benignos de una infección viral filtrable. Las verrugas venéreas pueden ser transmitidas a otras personas o a otras partes del cuerpo de la misma persona.

HERPES GENITAL: Es una enfermedad aguda de la piel ocasionada por el virus herpético simple el cual tiene dos formas:

A.- El tipo 1 aparece por arriba de la cintura de manera típica como úlceras o ampollas; por fiebre que afecta a la boca, labios o nariz.

B.- El tipo 2 suele encontrarse debajo de la línea de la cintura. El herpes del tipo 2 suele ser sexualmente transmitida, el herpes de tipo 1 no necesariamente se trasmite por este medio.

Ha sido difícil encontrar tratamientos eficaces contra las infecciones herpéticas. El virus se vuelve hipersensible a la luz y puede ser inactivado por exposición a la misma.

MONILIASIS O CANDIDIASIS VAGINAL: Es una enfermedad frecuente en la mujer; localizada en la vulva, vagina y cérvix.

Producida por hongos del tipo de las levaduras; Cándida albicans. Se transmite sexualmente aunque no necesariamente; es más frecuente en las mujeres embarazadas, en las que toman anticonceptivos hormonales en las mujeres que padecen diabetes, que toman corticoides o antibióticos de amplio espectro. En la mujer hay comezón vulvar intenso, ardor, flujo de color blanco con grumos. En el hombre aunque generalmente no hay molestias, puede presentar comezón intensa en el glande con placas blanquecinas.

URETRITIS NO GONOCOCCICAS: GARDNERELLA VAGINALIS: Es una infección vaginal en las mujeres, producida por la bacteria Gardnerella vaginalis antes llamada HAEMOPHILUS VAGINALIS.

Son frecuentes en las mujeres, en algunas, el cuadro es asintomático como en la mayoría de los hombres, la enfermedad esta universalmente distribuida y se contrae mediante el coito. Produce ardor y comezón, abundante flujo cremoso color grisáceo y mal olor, hay enrojecimiento del epitelio vaginal y cervical. El hombre puede ser un portador asintomático.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS: La chlamydia trachomatis es una bacteria que produce infecciones genitales en el hombre y la mujer. Esta enfermedad se contrae por contacto sexual, tiene un período de incubación de 1-2 semanas después del contacto heterosexual u homosexual. Existen gran número de portadores asintomáticos especialmente entre las mujeres.

CONDILOMA ACUMINADO: Son tumores benignos de la piel y membranas mucosas contiguas, también llamado verrugas venéreas o crestas producidas por el virus del PAPILOMA GENITAL.

Son relativamente frecuentes, se contraen por contacto sexual con período de incubación de 2-3 meses.

ONOVANOSIS: GRANULOMA INGUINAL; Es una enfermedad moderadamente contagiosa, crónica, indolora, progresiva, autoinoculable que puede transmitirse sexualmente y es producida por CALYMMATOBACTERIUM GRANULOMATIS. Es una enfermedad rara, más frecuente en las zonas tropicales, en los hombres y en los homosexuales, tiene un período de incubación de 8-12 días.

PECICULOSIS PUBICA: Es una parasitosis frecuente en el hombre que puede transmitirse sexualmente y es producida por PHITIRUS PUBIS. Estos parásitos son exclusivamente humanos, de distribución universal. Es más frecuente en climas fríos y gentes con malos hábitos higiénicos. Se transmite sexualmente aunque no necesariamente, ya que también puede contagiarse a través de la ropa de cama etc.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: SIDA; Este síndrome es una nueva entidad clínica, descrita a partir de 1981 en los E.U.A.; caracterizado por una inmunodeficiencia de células T. asociadas a infecciones por microbios oportunistas y a un cáncer llamado SARCOMA DE KAPOSI, el curso del síndrome es grave y siempre mortal.

Se ha atribuido como posible factor etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida al virus asociado con la linfadenopatía, virus linfático tipo III.

El virus ataca principalmente un tipo de glóbulos blancos, los linfocitos T, estos linfocitos al ser atacados por el virus del SIDA, mueren rápidamente sin defensas, siendo por ello presa fácil de los microorganismos que existen en el medio ambiente.

Existen grupos humanos con factores de riesgo para contraer el SIDA: los homosexuales o bisexuales promiscuos, los drogadictos que utilizan la vía intravenosa, los hemofílicos, pacientes transfundidos etc.

El padecimiento es más frecuente en los hombres, las vías de transmisión son: contacto parental, por contacto sexual y posiblemente transfusionario, y por transfusión sanguínea.

Por lo anteriormente señalado se cree necesario que se le debe dar mayor importancia a las enfermedades sexuales vistas como un problema de salud pública; es entonces un punto importante la difusión de la información a toda la población sobre estos problemas, así como dar algunas medidas de prevención como por ejemplo:

- 1.- Evitar la promiscuidad sexual.
- 2.- Seleccionar adecuadamente a la pareja sexual.
- 3.- Utilizar el preservativo o condón durante el coito.
- 4.- Usar espermicidas con antisépticos por la mujer.
- 5.- Realizar una adecuada limpieza de los genitales después de la relación sexual.

6.- Efectuar una revisión médica periódica de la salud integral del individuo, incluyendo la esfera genital y ante cualquier alteración o sospecha de enfermedad de transmisión sexual acudir al médico para el manejo correspondiente.

7.- Jamás automedicarse, ni aplicarse ungüentos.

Después de dar a conocer algunas enfermedades de transmisión sexual así como sus implicaciones, en el siguiente apartado se hablará del derecho que tienen los discapacitados intelectuales a ejercer su sexualidad con responsabilidad y conocimiento de causa.

3.4. - SEXUALIDAD EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL COMO UN DERECHO HUMANO

Cuando se habla de la sexualidad de los individuos con discapacidad intelectual se puede decir que se esta en un caso en donde los 2 temas están asociados a poca aceptación. Hace muy pocos años es cuando en algunos países ha ocurrido un cambio de actitudes hacia estas 2 áreas. Aquí se reconoce el derecho que tienen los individuos con discapacidad intelectual de ejercer su sexualidad con responsabilidad. Pero para que esto suceda debe de haber un gran esfuerzo educativo especial para la enseñanza en esta área.

Es así que al hablar de sexualidad se habla de una expresión total de la personalidad del individuo sea de cualquier sexo. La sexualidad, se inicia con la vida al darle sentido a todos los actos que realiza con y ante sus semejantes.

La educación se trasmite y, va dando sentido a la integración de todos los potenciales biopsicosociales que surgen a lo largo de la vida del individuo.

En el proceso educativo se facilita el desarrollo de la sexualidad gracias a la maduración corporal y a los estímulos culturales y sociales que a cada grupo humano corresponden.

La educación de la sexualidad, ha de constituirse en la piedra que da el toque para que se logre el desarrollo más completo del individuo, le ayude y prepare para que viva una vida con plenitud en cada momento de su existencia.

A través del tiempo, se ha visto a la sexualidad de un modo timorato y represivo y se ha tratado de controlar; aún en sociedades más avanzadas; esto contribuye al incremento de tabúes, y malas informaciones, distorsionadas y la formación de prejuicios, hechos que a la larga repercuten en la vida sexual de los individuos.

Los tabúes que la sociedad ha creado sobre el sexo, se proyectan y se agudizan en la sexualidad de los discapacitados intelectuales.

La sociedad no puede seguir aceptando que los sujetos excepcionales deben ser recluidos debido a los mitos de que los sujetos son asexuados o incontinentes.

Se debe de tomar conciencia de que la sexualidad es un derecho de todos, que la actividad, sexual ocurre, se hable o no se hable de ella, y que mientras más información se tenga de ella, mejor se encontrarán los individuos para conducirse en forma correcta.

La sexualidad se debe entender en cualquier ámbito como una característica inherente que acompaña al individuo desde su nacimiento hasta su muerte. En base a lo anteriormente mencionado, se debe de proporcionar una educación de la sexualidad; basada en el derecho a la información y en el fortalecimiento de la responsabilidad individual de manera formal, por lo que es imperativo incluir en los planes de estudio como enseñanza obligatoria, la información sobre la sexualidad, siempre adaptada al grado de desarrollo de las personas y el carácter de las respectivas instituciones educativas.

Como ya se mencionó la educación de la sexualidad impregna e integra la personalidad de la mujer y del varón desde que nacen hasta que mueren, refleja la historia de cada quien y matiza su ser

interno, con todo lo que ha favorecido u obstaculizado su vida.

Las personas con discapacidad intelectual tienen el derecho a la educación sexual desde la edad temprana, no sólo como una seguridad para prevenir abusos, enfermedades trasmisibles sexualmente, embarazos no deseados, sino también para ayudarlos a desarrollarse como individuos íntegros hasta lograr su máximo potencial, y a convertirse en miembros contribuyentes de una sociedad. Esto implica ayudarlos a satisfacer sus necesidades con el mínimo de consecuencias indeseables.

Kempton (1975), dice que "Ningún grupo ha sufrido más opresión por el simple hecho de ser seres sexuados que todos aquellos etiquetados como deficientes mentales". citado en Macías (1988).

Como se describió arriba a los discapacitados intelectuales se les controla o se les castiga cuando estos manifiestan su sexualidad.

Tradicionalmente la sociedad ha tomado precauciones extremas para asegurar la opresión sexual a los individuos con discapacidad intelectual, mediante leyes o normas que les prohíben contraer matrimonio o hacer uso de su sexualidad.

La imposibilidad sexual de los discapacitados intelectuales, pertenece más a la fantasía que a la realidad.

Si el discapacitado intelectual no alcanza un coeficiente intelectual normal, no tiene porque presumirse que su capacidad sexual sea subnormal, puesto que su estructura biológica es sana y normal.

Ya que la búsqueda de las condiciones placenteras es una característica de los seres vivos desde los primeros días de la vida, que se va desarrollando hasta alcanzar los más altos niveles en los humanos con el erotismo.

La capacidad reproductora aparece y se auna a la erótico-sexual en la adolescencia, como consecuencia de la activación de algunas funciones hipofisarias, que segregan algunas hormonas sobre las glándulas sexuales, las cuales realizan cambios funcionales y psíquicos. Estos cambios se manifiestan por la diferenciación de los caracteres sexuales secundarios y la iniciación de las funciones reproductoras. Una de las grandes dificultades para comprender al adolescente, esta determinada por la aparición de la función reproductora que viene a unirse a la búsqueda erótica y a experiencias de placer.

El problema fundamental de la sexualidad incluye la conciencia del propio cuerpo y su funcionamiento, higiene de los genitales, autoimagen, valores personales, desarrollo sociosexual, estilos de vida y los puntos de vista en los que se refiere a su interacción social Morris y Price (1974), citado en Macías (1988).

También cabe señalar que algunos autores han argumentado el derecho a la sexualidad de los individuos discapacitados, ya que es evidente que la inmensa mayoría de discapacitados intelectuales tienen capacidad suficiente para ejercer sus derechos y que están en condiciones de asumir las responsabilidad que de ellos suponen Begab, (1974).

Ronald, (1974), indica que los discapacitados están en condiciones de asimilar los conceptos en relación con la conducta sexual como con cualquier otra forma de conducta. En el mismo año Golstein declara que la mayor parte de los discapacitados son normales en el aspecto sexual: su desarrollo emocional y físico es casi paralelo al de las personas normales.

Mayers, dice que los discapacitados educables tienen derecho también a una educación sexual adecuada a su nivel de comprensión.

En suma, podemos decir que se reconoce totalmente el derecho de los individuos discapacitados a la información y capacitación en todas las áreas vitales, como cualquier otra persona, incluyendo obviamente conocimientos adecuados en relación con su proceso físico, psicológico y social; vinculada con su sexualidad, y también para facilitar su expresión sexual y a su vez para evitar problemas relacionados con su sexualidad, citado en Cruz (1986).

Al hablar del derecho y responsabilidad que tienen los discapacitados intelectuales no se puede pasar por alto los tabúes y prejuicios existentes dentro de la sexualidad y por esto el siguiente apartado abordará estos aspectos.

3.5.- TABÚES Y PREJUICIOS SOBRE LA SEXUALIDAD

Pomeroy, señala que: a pesar de que en la actualidad se habla mucho sobre sexo en diferentes fuentes de comunicación; no existe algo formal que verdaderamente pueda auxiliar a las personas discapacitadas intelectuales a esclarecer las dudas que tienen en su sexualidad, citado en Cruz (1986).

A pesar de esa apertura en los medios masivos de información aún se observa que es un tema prohibido, lo cual indudablemente influye en el incremento de tabúes, de información inadecuada y prejuicios.

No obstante que se toca el tema, abiertamente en algunos lugares, aún hay sectores que lo prohíben y sin embargo, no por eso la gente no manifiesta su sexualidad, se comporta sexualmente, esto último lo lleva a cometer errores por tener problemas de información y formación.

En la actualidad existe un gran cúmulo de información inadecuada sobre la sexualidad, ya que ésta se ha reunido en gran parte mediante la inferencia y la observación informal. Incluso existe poca investigación formal sobre la conducta sexual.

Hay tabúes y prejuicios psicológicos, sociales y religiosos que afectan la imagen de las personas con y sin discapacidad intelectual. Rubio en 1984, dice que al hablar de sexualidad de los individuos con discapacidad mental, estamos ante la conjunción de dos temas que tradicionalmente han estado asociados a actitudes de poca aceptación, de rechazo, o en el mejor de los casos, de evitación.

Otra de las posiciones que confirman esta situación, señala que al grupo sexualmente oprimido se les asigna un estado asexual tradicional o en el mejor de los casos secular y sagrado, de comportamiento sexual y lo atribuyen aún con el fin exclusivo de la reproducción. Y a los individuos a quienes esto no es físicamente posible, se los considera carentes de deseos y responsabilidad social y/o emocional y se les niega el conocimiento de esta información, lo cual propicia esta desinformación, fomentando así los tabúes.

Goodman (1974), dice que los discapacitados intelectuales son niños, sin necesidades físicas conminatorias. A ellos no les preocupan las cuestiones sexuales. Hablar de estas cosas con ellos no haría sino despertar ideas que le preocupan, mejor será dejarlos que sigan inocentes, citado en Cruz (1986).

Por lo anteriormente mencionado, el problema de los tabúes y prejuicios se debe en mucho a la gran desinformación que existe acerca de estos dos temas, sexualidad y discapacidad intelectual ya que hay poca información acerca de estos. Otra cuestión es que la gente se cierra a conocer estos temas y habrá que abordarlos de una forma abierta mediante cursos, talleres, seminarios, conferencias, etc.

En el siguiente capítulo se abordarán tópicos más detallados en cuanto a la sexualidad de los jóvenes con discapacidad intelectual.

IV.- LA SEXUALIDAD EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

4.1.- LA ESFERA SOCIOSEXUAL DE LOS DISCAPACITADOS.

Por mucho tiempo se consideró a la persona discapacitada intelectual como asexual, sin embargo las experiencias nos muestran que esta concepción es falsa; los discapacitados intelectuales tienen amigos y amigas se enamoran y desean casarse y tener hijos.

Mientras que su actividad sexual no se hace manifiesta, todo marcha bien, puesto que el mundo y la moral ordinaria no resultan afectados, pero cuando desde su discapacidad intelectual se acercan a una sexualidad normal empiezan a preocupar a la sociedad y no saben que hacer con este supuesto problema; es por esto que viven las experiencias sexuales como una frustración al no poder ejercerla por la misma prohibición a la que están sometidos.

En la sociedad occidental en la que vivimos, el adolescente discapacitado no puede llevar una vida sexual libre debido a todos los inconvenientes implícitos de la inexperiencia y de la dependencia por la que atraviesan.

Para muchos padres y profesionales, la aceptación de la educación sexual, con derecho a una vida sexual activa en personas discapacitadas, sólo aceptan que tengan relaciones sexuales en base a la no reproducción. El deseo sexual por parte de los discapacitados intelectuales tropieza con obstáculos insuperables, puesto que la sociedad no está dispuesta a aceptar este derecho; por el contrario va a impedirlo en cuanto le sea posible.

Es muy discutible el hecho de que las personas discapacitadas mentales tienen derecho a una vida sexual activa sin reproducción.

Freud (1981), comenta que la sexualidad se hace al ritmo de la personalidad. La sexualidad nunca está terminada, lo mismo que la personalidad, y la personalidad se hace al ritmo de la sexualidad. El ser humano es un continuo evolucionar; por eso al referirnos al discapacitado mental es preciso reconocer que su evolución varía en relación a la normal y con ellas varía también su sexualidad pues sigue el ritmo de su personalidad.

Muchos educadores se han esforzado inútilmente por inculcar "normas". Actuando de esta manera, sólo han logrado destrozar la imagen que el discapacitado intelectual tiene sobre lo que significa lo femenino y lo masculino; ésta información ha llevado al discapacitado intelectual a mostrar comportamientos desviados, o bien actitudes de rebelión. Se han realizado muchos intentos interpretativos, siempre desde reducidas perspectivas adultas e ideológicas, las cuales restringen la expresividad de la sexualidad desde las primeras manifestaciones, a etapas anales, orales genitales, etc. Horney, (1953); Fromm (1941), comentan que es evidente que el problema de la sexualidad es visto como fenómeno biológico, no puede ser comprendido sólo si se le sitúa en el marco del papel y del estatus de una determinada cultura; según las sociedades las prohibiciones y las concesiones son diferentes y la importancia y la forma de la organización familiar son diversos, citado en Macías (1988).

Diversidad de estudios como los de Taner (1960, 1962, 1966), Frisancho (1979), entre otros, ponen de manifiesto que, en principio no se pueden separar la biología del medio ambiente al estudiar el crecimiento y el desarrollo y por otra parte, no todos los organismos maduran a la misma velocidad con los mismos incrementos y en etapas cronológicas precisas para toda la especie.

Adoptando una posición menos radical, pero sin negar que se a abusado de causalismos estereotipados y simplistas, cabe comprender que es a través del tiempo y de un sin número de conductas que el niño, el joven y el adulto de uno y otro sexo va reconociendo el mundo que lo rodea y reconociéndose el mismo como individuo, una unidad que percibe, siente, reacciona, responde, reflexiona, crea, y convive en sociedad.

En el universo de una sexualidad que se hace compleja en relación directa al desarrollo anatomofisiológico, a una estructuración particular psicológica y a una socialización y territorialidad cada vez mayor y más compleja, la fantasía enriquece, ofrece alternativas y protege al ser de sentimientos de culpabilidad en relación a los juicios morales valorativos con que se ve amenazada su expresividad sexual.

Bandura y Walter (1974), dicen que la conducta sexual es sobre todo resultado del aprendizaje social, de forma que los factores no hormonales determinan en gran parte el momento, la incidencia y la naturaleza de las actividades sexuales en hombres y mujeres, citado en Macías (1983).

Una de las formas más frecuentes de manifestación conductual ante la sexualidad es la compensación fantástica mediante la que los sujetos básicamente introvertidos crean situaciones irreales en las que toda su imposibilidad se convierte en lo opuesto. Esto es, aventuras inventadas, logros y triunfos sexuales irreales y grandiosos se relatan ante los compañeros con el afán de presumir y no quedar fuera de la competencia o sentirse descalificado.

Una situación que se ve con frecuencia en el trato de los adolescentes es la relativa a las dificultades para lograr su identidad. Debemos ser muy cautos y tener en cuenta muy claros estos hechos.

Algunos estudios han mostrado que con frecuencia los padres de familia se oponen a la institucionalización de programas educativos de sexualidad. Argumentando que si el individuo con discapacidad intelectual es inocente, hay que dejarlo así. La dificultad que tienen muchos padres de familia para aceptar las implicaciones eróticosexuales de la pubertad en la vida de sus hijos e hijas con discapacidad intelectual ha sido señalada. No obstante, muchos padres y madres reconocen que la situación de sus hijos es una educación formal, que demanda más apoyo, pues la ignorancia en nada ayuda a la obtención de conductas adecuadas y sólo hace de sus hijos e hijas víctimas fáciles de explotación y engaño y por ello aceptan con interés las iniciativas de programas de educación de la sexualidad para sus hijos e hijas.

Las actitudes de los profesionales a cuyo cargo está la educación y cuidado del individuo con discapacidad, ha sido foco de atención en varios estudios que han documentado el hecho de que con

frecuencia los profesionales poseen actitudes condenatorias de la expresión sexual en individuos con discapacidad mental. En muchos países, sin embargo, ha ocurrido un cambio de conciencia respecto a la necesidad de educación, orientación y apoyo en el área de la sexualidad de éstos individuos.

Por lo tanto al hablar de la esfera sociosexual, también se debe tomar en cuenta la respuesta sexual reproductiva en la pareja discapacitada intelectual lo cual se aborda en el siguiente apartado.

4.2.- PAREJA DISCAPACITADA Y RESPUESTA SEXUAL REPRODUCTIVA.

Con frecuencia los individuos con DISCAPACIDAD INTELECTUAL muestran una actitud conservadora y puritana ante la expresión sexual. Aun las parejas casadas con discapacidad intelectual entrevistadas por una investigadora le dieron la impresión de que la expresión coital era infrecuente. Se ha señalado que no es de sorprender el conservadurismo mostrado, dada la documentada tendencia de sus educadores más cercanos (padres y profesionales) a mostrar estas actitudes como los modelos a seguir. En oposición a lo antes mencionado algunos investigadores comentan que entre mayor sea el daño a las capacidades intelectuales, mayor es la probabilidad de que el desarrollo sexual biológico se vea afectado. Los individuos con niveles profundo y severo de discapacidad intelectual tienden a mostrar retraso en su maduración sexual característica de la pubertad así como un bajo interés e impulsos sexuales.

La gran mayoría de individuos con discapacidad intelectual están en las categorías leve y moderado y en ellos, el desarrollo reproductivo es básicamente igual al de los individuos sin discapacidad. Auriolles (1984).

Generalmente el tema de pareja discapacitada o bien el matrimonio, produce usualmente angustia y recelo, ya que a las personas con discapacidad intelectual se les tiene muy restringido y en algunos casos hasta prohibida alguna expresión de su sexualidad, como el mostrar su afecto a personas del sexo opuesto, y en ocasiones hasta del mismo sexo.

El matrimonio entre individuos con discapacidad intelectual, contrariamente a lo que se cree, en muchas ocasiones se acompaña de efectos benéficos. El tener una vida parecida al común denominador de la comunidad pareciera tener un efecto estabilizador.

Katz, por ejemplo, señala que con una preparación adecuada, encamamiento y ayuda comprensiva y continua... los adultos levemente discapacitados... logran un ajuste marital tan bueno como el de los adultos sin discapacidad en las mismas circunstancias socioeconómicas. De acuerdo a una revisión realizada por Schulman, Citado en Auriolles (1984), las personas con discapacidad intelectual:

- 1.- Tienen a casarse con personas con mayores habilidades intelectuales y sociales que ellas mismas, aunque éstas diferencias tienden a ser pequeñas.
- 2.- Las oportunidades de matrimonio y procreación parecen ser mayores para las mujeres jóvenes con discapacidad que para los hombres con discapacidad. Esto también es cierto para la población general.
- 3.- Tienen a ser concretos en sus planes y actividades diarias.
- 4.- La mayoría de las parejas casadas tienden a complementar sus recursos. Las habilidades de uno complementan las del otro.
- 5.- La mayoría dependen de otros adultos con discapacidad para la convivencia, evitando el contacto con sus vecinos quienes pueden tener actitudes de rechazo.

6.- Las frecuencias de coito marital en un grupo estudiado no difirieron notablemente de las de un grupo control de individuos no discapacitados.

Así pues se puede decir que en general existe actividad sexual en todos los individuos, con discapacidad intelectual y/o "normales", consistente en definidas excitaciones y juegos eróticos que lo llevan al orgasmo, pero el incremento y comienzo de la sexualidad regular suele coincidir con el principio de la adolescencia.

Por lo anterior es necesario que se cuente con una educación formal y sistemática, de la cual se habla en el siguiente tema.

4.3.- IMPORTANCIA EN LA EDUCACION Y ORIENTACION SEXUAL EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Es importante la educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual puesto que todo el mundo tiene derecho a la información y entrenamiento en todas las áreas vitales, inclusive en la sexual, para ello es necesario dar información a los deficientes mentales respecto a este tema, mediante cursos, talleres y propuestas como la presente.

De antemano se sabe que los discapacitados mentales podrán adquirir información sexual como lo hace la mayoría de las personas consideradas normales. Aunque sus oportunidades sociales para experimentar y aprender las habilidades sexuales son muy limitadas, por lo cual es necesario que no se profundice en la desigualdad ya que es mejor orientarlos.

Un aspecto del conocimiento y desarrollo personal del discapacitado mental es brindarles ayuda y una excelente oportunidad para que manejen el conocimiento del propio cuerpo, para que tengan una mayor competencia de seguridad en la expresión física.

Los problemas que el discapacitado mental afronta son individuales y es por esto que la educación de la sexualidad debe de ser elaborada de tal forma que responda a aquella situación individual.

La educación de la sexualidad es un componente de importancia fundamental en la formación de las personas con discapacidad intelectual, porque al igual que las personas "normales" los discapacitados intelectuales necesitan este tipo de conocimientos para no caer en frustraciones. Ya que esta información al igual que otras áreas es vital para su desarrollo.

La orientación adecuada para que el adolescente desarrolle una sexualidad y una función dependerá no sólo del conocimiento que se le imparta sobre la fisiología sexual, sino también del ambiente que lo rodea, lo cual incluye la calidad moral de las personas que conviven con él, el manejo que reciba conforme va entendiendo los hechos relativos a la reproducción, también es igual de importante la forma en cómo se explique la anatomía y el funcionamiento de los órganos sexuales.

El discapacitado intelectual no es necesariamente un discapacitado sexual, ya que está muy interesado en el sexo y se encuentra tan expuesto como los demás seres "normales" a enfrentar dificultades para satisfacer ese interés.

Algunos estudios del comportamiento sexual de los discapacitados intelectuales, han podido establecer que estas personas son tan capaces de autocontrolarse sexualmente como las personas "normales"; pero evidentemente hay un problema de educación de autocontrol. Son múltiples los estudios que demuestran la necesidad de incluir a la educación sexual como un área de estudio tanto para sujetos entrenables como para educables. Una educación de la sexualidad es una excelente forma de rehabilitación integral; aunque muy pocos lleguen a darse cuenta de la eficacia que puede resultar de una educación que tome en cuenta y a fondo a la sexualidad.

La educación de la sexualidad en las personas con discapacidad mental, llevada a fondo puede ser una clave de recuperación y rehabilitación.

La educación de la sexualidad en el discapacitado mental puede aparecer como inmanejable para muchos educadores y desde luego para los padres. Puesto que existen muchos padres que toman a la educación de la sexualidad de sus hijos discapacitados mentales como algo por encima de su comprensión, porque tienen miedo del uso que sus hijos puedan dar a este conocimiento, o como en ciertos padres de jóvenes normales sienten inseguridad en el momento de guiarlos por este terreno.

Hall, Morris, Backer (1973), comprobaron que muchos padres encuentran extremadamente difícil hacer frente al desarrollo, conducta y conocimientos sexuales de sus hijos discapacitado. Estos autores se inclinaron por un programa en el cual se incorpora información de ambas partes, padre - adolescentes, haciendo un mayor énfasis en la comunicación. Es irreal creer que los estudiantes con discapacidad mental no tengan dudas acerca de su sexualidad y que no son capaces de reaccionar a las respuestas de la misma forma que lo hacen los jóvenes "normales".

Se debe recordar que los jóvenes discapacitados mentales son vulnerables y pueden caer fácilmente como víctimas de la explotación y la seducción, Kempton (1979).

El conocimiento de su propio desarrollo sexual de su fisiología, así como de los procesos reproductivos deberían de ir al parejo tanto en las personas con discapacidad mental como en las normales, dirigido hacia un encuentro de sus naturales necesidades emocionales y sociales, citado en Macias (1988).

Tomando en cuenta la educación sexual para discapacitados mentales se considera que no se debe dejar la responsabilidad a una sola persona, y esto se puede lograr cambiando los esquemas educativos y teniendo una educación de la sexualidad que ayude a ser más responsable a la persona discapacitada, promoviendo la educación de estos individuos y de las personas que los rodean tratando de poner mucho énfasis en los problemas de abuso sexual, responsabilidades que trae consigo la paternidad y sobre todo en el tema de anticoncepción; así como llevar a cabo una mejor educación para el propio medio responsable y educador.

El derecho a ejercer la sexualidad en los jóvenes con discapacidad mental debería de ser aceptado ya que una educación formal y sistemática ayudaría a que los jóvenes adquirieran información de sí mismos.

Además de que este derecho haría a las personas más capaces y responsables de sus propias decisiones.

Es por esto que en el siguiente tema se abordarán estos tópicos.

4.4.- EDUCACION SEXUAL PARA: CONTROL DE NATALIDAD, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y TOMA DE DECISIONES.

Los programas de salud e higiene destinados al discapacitado intelectual han sido designados como educación de la sexualidad, pero estos trabajos sólo constituyen una pequeña parte de la educación sexual para el discapacitado.

Es importante señalar que la sexualidad se debe considerar en un sentido muy amplio, implicando esto que no sólo se debe tratar de los órganos sexuales y de su funcionamiento, sino también de las emociones que a través de ellos expresan los seres humanos, las funciones que la cultura asigna al sexo, el sentido que tienen muchos símbolos, gestos y mensajes no verbales que se asocian a la sexualidad, y sobre todo se debe de poner mucho énfasis en el tema de la anticoncepción y de las enfermedades venéreas.

Dentro de la educación para el discapacitado intelectual el tema de la anticoncepción es uno de los más controvertidos, ya que se presentan conflictos como: si es adecuado o no el esterilizar a las personas que padecen discapacidad intelectual como medida de prevención, que tan confiable sería el dejar toda la responsabilidad al discapacitado intelectual, en caso de utilizar otro método anticonceptivo, Macías (1988).

Por otra parte un argumento especialmente peligroso y sin base lo contribuye el hecho de que la sexualidad humana es un simple fenómeno que se aprende naturalmente.

Vincen (1969), dice que la instrucción formal es vista por sus oponentes como innecesaria, debido a que la información actual acerca del sexo podría destruir su "misterio" y lo "sagrado", disminuyendo las posibilidades de su gozo futuro, citado en MacCary (1983).

En América Latina se han desarrollado muy pocos programas de educación sexual basados en una investigación sistemática acerca de las necesidades de los jóvenes, y son todavía menos los que se han evaluado adecuadamente.

La mayor parte de las evaluaciones presentan graves errores metodológicos y abarcan en su mayoría el conocimiento sexual y anticonceptivo, valorando en menor medida el comportamiento relacionado con el inicio de la actividad sexual y el uso de anticonceptivos.

Planeando tu vida es un programa de educación sexual que se basa en investigaciones explicativas realizadas en México, mismo que fue evaluado con 1632 estudiantes de preparatorias públicas. Se tomaron a dos grupos uno de los cuales tomó el curso y el otro sirvió de grupo control.

Los resultados muestran que los adolescentes que tomaron el curso tuvieron un mayor conocimiento sobre sexualidad y anticoncepción, así como una mayor percepción de acceso y uso de anticonceptivos.

Los resultados obtenidos en ese estudio tienen especial relevancia en países de Latinoamérica, en donde la educación sexual no forma parte de la mayoría de los programas escolares, Pick (1994).

Investigaciones realizadas en otros países han reportado que la educación sexual entre adolescentes incrementa la probabilidad de utilizar anticonceptivos y previenen las enfermedades venéreas, y que aquellos adolescentes que reciben tal educación antes de su primera relación sexual tienen más probabilidad de tomar decisiones más acertadas para el uso de anticonceptivos.

Marsiglio y Mott, encontraron que el asistir a un curso de educación sexual es la única determinante significativa para una toma de decisiones efectiva; mientras que Morrison (s.f., idem) informa que el comportamiento anticonceptivo de los jóvenes se relaciona con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición y toma de decisiones. Tales resultados resaltan la importancia de brindar más información que la referente sólo a la fisiología y anatomía de los aparatos reproductores, y que es más importante aún la psicología, la sociología, la anticoncepción y las enfermedades sexuales y/o venéreas en un marco motivacional más amplio, citado en Pick (1994).

Pocos programas de educación sexual han sido desarrollados en Latinoamérica, y los que se apoyan en investigaciones lo hacen de manera indirecta, dado que están basados en estudios descriptivos y no en estudios explicativos, y los pocos que existen no se han enfocado a la conducta sexual o anticonceptiva abarcando únicamente conocimientos y actitudes; de ahí la necesidad de ampliar el desarrollo de modelos de intervención innovadora para adultos y jóvenes.

Los individuos con niveles leves y medios de discapacidad intelectual son los que tienen mayores probabilidades de procrear. Esto es ventajoso porque las medidas educativas y de orientación tienen mucha mayor eficacia entre ellos que con individuos con niveles de discapacidad mental más profundo. El recomendar que la procreación sea evitada es algo que parece congruente con una visión humanista que reconoce los derechos de los individuos con discapacidad intelectual, misma que rechaza la esterilización obligatoria y la prohibición legal indiscriminada que pudieran llegar a sugerirse.

Debe reconocerse el derecho de los individuos con discapacidad intelectual a expresar sus emociones respecto a la paternidad y a la maternidad. Deben de aplicarse acciones educativas y de orientación en lugar de forzarle en un sentido u otro. En el caso de llegarse al acuerdo de evitar la procreación hay que tener en mente alternativas de satisfacción a las necesidades parentales.

Los individuos discapacitados intelectuales son capaces de mostrar cariño, afecto, y de cuidar a su descendencia, sin embargo hay una carencia de experiencias intelectualmente enriquecedoras que son necesarias para el desarrollo intelectual de la prole. La solución de prevenir y desalentar la procreación entre individuos con discapacidad pareciera ser la más sencilla y lógica pero, de hecho, no resuelve de manera satisfactoria el conflicto, lo que ayudaría a resolver este hecho es permitir que el discapacitado intelectual ejerza su sexualidad con responsabilidad y conocimiento.

Por lo tanto para que el discapacitado intelectual de una conducta afectiva y sexual semejante a la de otros jóvenes, es necesario cubrir tres factores:

- 1.- Su reconocimiento como sujeto deseante.
- 2.- Normalización de su vida.
- 3.- Conciencia de autonomía y responsabilidad, Fierro (1979), citado en Macías (1988).

Concluyendo así que el discapacitado intelectual es una persona que puede satisfacer sus necesidades con el mínimo de consecuencias indeseables, porque al igual que las personas "normales" tiene sexo biológico, psicológico y anatómico; es decir sexo integral y que de ninguna manera debe estar excluido de toda educación sexual, así como tampoco de otra área de conocimiento.

7. METODOLOGIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de la sexualidad se debe mencionar los factores que influyen determinadamente en ella, dentro de los cuales se encuentran:

- La educación: ya que obstaculiza y contribuye en la sexualidad del adolescente.
- La sociedad: ha negado, suprimido, y hasta castigado las expresiones sexuales.
- Los padres en ocasiones no tienen una comunicación adecuada con sus hijos ya sean discapacitados intelectuales y/o "normales" acerca de este tema, trayendo esto como consecuencia una información errónea o inapropiada de la sexualidad, provocando distintos problemas como:
 - desconocimiento de su propio cuerpo
 - un manejo inapropiado de su sexualidad
 - problemas de pareja
 - disfunciones sexuales, etc.

Por otro lado la sexualidad en los discapacitados intelectuales, ha sido prohibida y obstaculizada, más que a las personas "normales", por lo tanto es de gran importancia el desarrollo de programas relacionados con estos temas, para apoyar el derecho de todo individuo a ejercer su sexualidad de forma responsable y con conocimiento de causa.

JUSTIFICACION

Se considera que la propuesta es importante porque sirve como guía de orientación sexual para jóvenes con discapacidad intelectual ya que les permite:

- 1.- Tener posibilidades de hacer uso de su sexualidad en una forma responsable y con conocimiento.
- 2.- Sensibilizar a la sociedad el derecho que tiene para ejercer su sexualidad.
- 3.- Permite tener un control de la natalidad.
- 4.- Hacer posible que no haya una propagación de enfermedades venéreas.
- 5.- Prevenir agresión sexual en estas personas.
- 6.- Evitar embarazos no deseados.

Las necesidades sociales que pretende cubrir este programa son que los jóvenes con discapacidad intelectual obtengan mayor información sexual como lo señalan los puntos anteriormente mencionados.

Se considera que el beneficio no sería para una sola persona ni para una institución, puesto que esta información se puede extrapolar a otras poblaciones con características similares e inclusive a personas consideradas como "normales".

Esta propuesta tiene relevancia en el sentido:

- Educativo: ya que permite ampliar el curriculum y ayuda a apoyar el trabajo de los profesores al impartir estos temas.
- Desde el punto de vista cultural permite la transmisión de conocimientos de sexualidad, así como de nuevos valores.

- Desde el aspecto político, permite sensibilizar a los dirigentes nacionales para extender la enseñanza de la sexualidad a todo tipo de población y así poder prevenir enfermedades sexuales, embarazos no deseados entre otros.

Debido a que la información acerca de la sexualidad ha sido un tema prohibido en los jóvenes con discapacidad intelectual existen mitos, tabúes y prejuicios.

Con la presente propuesta se pretende que se le de mayor difusión a la educación sexual para disminuir la incidencia de los problemas sexuales, así como los mitos, tabúes y prejuicios en este tipo de población.

Esta investigación tiene valor teórico ya que sirve para la posterior aplicación de un programa que puede ser el inicio de nuevas investigaciones para resolver la problemática de la sexualidad.

Es necesario que esta información se trate con más amplitud de lo que se ha cubierto puesto que los conocimientos día con día evolucionan y siempre deben de estar vigentes.

Esta propuesta es valiosa y de gran utilidad para:

LOS EDUCADORES: porque les facilitará su labor al tener a la mano un programa sistemático, secuenciado, adecuado y de interés para el joven con discapacidad intelectual.

LOS PADRES: ya que podrán obtener información adecuada para sensibilizarse y tener la posibilidad de que puedan hablar con sus hijos acerca de la sexualidad.

OBJETIVO:

Proponer un programa de educación sexual formal y sistemático para jóvenes con discapacidad intelectual.

Proporcionar al instructor una guía para facilitar su enseñanza acerca de la sexualidad.

ESPECIFICACION DE SUJETOS:

Esta propuesta va dirigida a jóvenes con discapacidad intelectual entre 13 y 18 años de edad.

MATERIALES:

Los materiales son: hojas de papel, lápices, colores, hojas tipo rotafolio, artículos de revistas, libros, marcadores, películas, hasta modelos de plástico de los aparatos sexuales masculino y femenino, así como los diversos dispositivos anticonceptivos.

PROCEDIMIENTO PARA EL DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Para la presente investigación se realizó una búsqueda de bibliografía exhaustiva de libros, tesis, y revistas acerca de la discapacidad intelectual, así como de la sexualidad y temas afines a ésta.

El segundo paso a seguir fue la elaboración de fichas bibliográficas tanto de libros como de tesis y revistas.

En tercer lugar se conformaron fichas documentales y de trabajo.

El cuarto paso fue integrar toda la información obtenida en una monografía.

El quinto paso fue desarrollar el proyecto de investigación
El sexto paso fue el desarrollo del programa de educación sexual
para la toma de decisiones con responsabilidad y conocimiento en
jóvenes con discapacidad intelectual.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Avila Calderón José Luis. (1994). Material de apoyo al seminario de titulación. México: UNAM.
- 2.- Campbell Donald, Stanley Julian. (1970). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos aires: Amorrortu.
- 3.- Carnois Allaer. (1972). La adolescencia. España: Herder.
- 4.- Coleman C. John. (1980). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- 5.- Conapo. (1982) Educación y sexualidad. (vol. 4). México: Conapo.
- 6.- Coronado Guillermo. (1978). Tratado sobre clínica de la deficiencia mental. México: Continental.
- 7.- Craig J. R., Metz L. P. (1987). Métodos de la investigación psicológica. México: Interamericana.
- 8.- Cruz Verona Miguel A. (1986). Reporte de las necesidades de información sobre la sexualidad de los adolescentes con retraso superficial. (tesis). México: UNAM, Iztacala.
- 9.- Cytryn, Leon y Reginal S. (1978). El retardo mental: sus causas, diagnóstico y prevención. Argentina: Buenos Aires.
- 10.- Chiva Maty. (1973). El diagnóstico de la debilidad mental, débiles normales, débiles patológicos. Colección: Aprendizaje. México: Pablo de Río.
- 11.- Ferrando María del Carmen. (1984). Sexualidad, formación e información. España: Narcea.
- 12.- Freud Sigmund. (1989). Esquema del psicoanálisis. México: Paidós.
- 13.- Ingalls P., Robert. (1982). Retraso mental: La nueva perspectiva. México: Manual Moderno.
- 14.- Gotwald, H. William y Golder Holtz. (1981). Sexualidad, la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- 15.- Katchadourian A. Herant. (1985). Las bases de la sexualidad humana. México: Continental.
- 16.- Lambert Luc, Jean. (1981). Introducción al retraso mental. España: Herder.
- 17.- Leao Carneiro A. (1982). Adolescencia: sus problemas y su educación. México: Hispano-Americana.
- 18.- Maccary Leslie James. (1983). Sexualidad humana. México: Manual Moderno.
- 19.- Macias Chinchue Alicia. (1988). Educación de la sexualidad para personas que padecen deficiencia mental. (tesis), Universidad del Valle de México.
- 20.- Macotela Silvia. (1994). Introducción a la educación especial. México: UNAM.
- 21.- Mayer Gross W. (1967). Las enfermedades mentales en el niño y en el adolescente. Argentina: Paidós.
- 22.- Nava Rivera Armando. (1991). La sexualidad del futuro. México: Facultad de Psicología UNAM.

- 23.- Neira Giraldo Octavio. (1988). Explorando las sexualidades humanas, aspectos psicosociales. México: Trillas.
- 24.- Rubio Aurioles Eusebio. (1984, Enero 7). "Educación de la sexualidad y retraso mental." Cuadernillo para educadores sexuales.
- 25.- San Martín Hernán. (1984). Salud y enfermedad. México: La Prensa Médica Mexicana.
- 26.- SEP. (1981). La educación especial en México. Quadernos SEP. (N° 8)
- 27.- Silberman García Sarah, Andrade Palos Patricia. (1994). "El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental". Revista de Salud Mental, 17.
- 28.- Solís-Cámara Reséndiz Pedro. (1982). "Importancia de la conducta adaptativa del retraso mental". Revista de Salud Mental, 5.
- 29.- Speck Otto. (1978). Rehabilitación de los insuficientes mentales. España: Herder.
- 30.- Wainer G. Gerardo. (1984). El aprender, el conocer y el retraso mental. Argentina: Paidós.
- 31.- Weiss Susan, Andrade Patricia, Townsend John, Givaudan Martha. (1994). "Evaluación de un programa de educación sexual y anticoncepción en adolescentes". Revista de Salud Mental, 17.
- 32.- Zazzo René. (1973). Los débiles mentales. España: Fontanella.

**CARTA DESCRIPTIVA DE LA PROPUESTA DE UN
PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA LA TOMA DE
DECISIONES CON RESPONSABILIDAD Y CONOCIMIENTO
EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.**

**SUGERENCIAS PARA UN MEJOR APROVECHAMIENTO DE LA INFORMACION
CONTENIDA EN LA PRESENTE PROPUESTA**

- 1.- Se recomienda que las actividades se lleven a cabo cuando los temas se hayan cumplido teóricamente en su totalidad.
- 2.- El material que se ocupe para cada actividad debe ser los más apegado a la realidad, ya que las personas con discapacidad intelectual requieren de éste tipo de material para un mejor aprovechamiento del joven.
- 3.- El instructor deberá ser muy específico en las instrucciones de cada actividad.
- 4.- En las actividades que se requiera formar equipos se sugiere que el instructor los forme al azar, procurando que en cada actividad los jóvenes convivan con diferentes compañeros.
- 5.- Se sugiere que el material a utilizar en cada actividad sea fácil de manipular por los jóvenes.
- 6.- Si en alguna actividad un joven interviene o lee en voz alta sus trabajos, el instructor deberá cuidar que nadie haga escarnio de él.
- 7.- Se sugiere que el instructor lea previamente al tema las actividades que se requieren para cada uno.
- 8.- Si al realizar las actividades resulta que algún joven ha sido víctima o participe de una violación, abuso sexual o forma de presión para sostener relaciones sexuales, se les sugiere al instructor que lo trate individualmente o lo canalice y evite que el grupo se entere.
- 9.- En las actividades se sugiere que el instructor maneje la información en forma confidencial en caso de ser necesario.
- 10.- Es importante siempre disponer de más de un instructor para cubrir eficientemente la perspectiva biopsicosocial de la sexualidad.

PERFIL DEL INSTRUCTOR

- El instructor es el encargado de organizar, dirigir y asegurarse de que se cumplan los objetivos de la propuesta. Así como también es de vital importancia que vigile el desarrollo del grupo (necesidades, intereses, progresos, integración), para adecuar el trabajo al grupo y de ésta forma hacer flexible el curso en éste sentido, reforzando los aspectos centrales de cada tema.

- Es necesario que el instructor colabore con el grupo para una mejor asimilación del tema.

- Para tener una mayor participación grupal el instructor debe de tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- * La participación debe ser voluntaria.
- * La comunicación entre el instructor y el grupo debe permanecer todo el tiempo abierta.
- * Prestar atención a lo que los demás digan.
- * Aceptar que hay distintas formas de participación.
- * Dejar expresar libremente los desacuerdos y acuerdos individuales y de grupo.
- * No influir en las decisiones que cada persona tome.

Para un manejo satisfactorio de la propuesta el instructor debe tener las siguientes características:

- 1.- Contar con formación profesional acerca de discapacidad intelectual, sexualidad, psicología y pedagogía.
- 2.- Tener respeto mutuo y seguridad en si mismo.
- 3.- Ser honesto y directo.

TEMA 1: IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SEXUAL

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual describirá la relevancia del conocimiento en la educación sexual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
1.1 Mencionará aspectos sociales, culturales y psicológicos importantes que debe tener la educación sexual.
1.2 Enunciará los beneficios que tiene para él (ella) la educación sexual.

ACTIVIDADES:

- * El instructor repartirá a cada joven un cuestionario que consta de 6 preguntas abiertas, sobre la importancia que tiene la educación sexual (Anexo 1).
- * Una vez contestado será entregado al instructor.
- * El instructor tomará unos cuestionarios al azar y los leerá a todo el grupo.
- * Partiendo de lo que se haya leído se sacarán conclusiones en forma grupal, acerca de la importancia de tener conocimientos sobre la sexualidad.
- * Estas actividades tienen como finalidad cubrir el objetivo general así como los específicos de éste tema.

MATERIAL:

- Lápiz y papel.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se administrará el cuestionario de la importancia de la sexualidad (Anexo 1), de forma individual.

TEMA 2: DEFINICIONES DE SEXO Y SEXUALIDAD

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual describirá con sus propias palabras el concepto de sexo y sexualidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual
2.1 Discriminará entre el concepto de sexo y sexualidad.

2.2 Describirá aspectos sociales y culturales en relación con el concepto de sexo.

2.3 Describirá aspectos sociales y culturales en relación con el concepto de sexualidad (valores, costumbres, hábitos).

2.4 Definirá su propio concepto de sexo y sexualidad.

ACTIVIDADES:

- * El instructor realizará tarjetas en donde contengan la palabra sexo o sexualidad.

- * El instructor deberá formar equipos máximo de 5 personas.

- * Cada equipo tomará una tarjeta al azar en la cual se encontrarán la palabra sexo o sexualidad, según sea el caso para que los diferencie.

- * Con base en el concepto que le haya tocado a cada equipo este dará su definición escribiéndola en una cartulina y la mostrará al grupo.

- * Posteriormente se discutirán en grupo las diferentes definiciones, interviene los instructores para reforzar éstas.

- * En cuanto se haya terminado la actividad anterior se formará una mesa redonda en donde cada individuo definirá su propia sexualidad en relación a sus valores, costumbres y hábitos.

- * Con base en éstas actividades se pretenden cumplir los objetivos mencionados con anterioridad.

MATERIAL:

- Cartulina, marcadores, lápiz y papel.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se formarán 6 equipos con 5 personas de ambos sexos.

TEMA 3: CAMBIOS FISICOS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual identificará las características sexuales (primarias y secundarias) femeninas y masculinas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
3.1 Conocerá las características físicas primarias de la sexualidad femeninas y masculinas.
3.2 Enumerará los cambios físicos secundarios masculinos y femeninos en la adolescencia.

ACTIVIDADES:

- * El instructor proyectará videos y/o películas referentes a los cambios físicos en la niñez y la adolescencia
- * Se proyectará la película La paloma azul, y Pubertad.
- * Con base a esto se formarán 6 equipos de los cuales la mitad identificarán las características primarias masculinas y femeninas de la niñez, mientras la otra mitad identificará las características secundarias masculinas y femeninas de la adolescencia.
- * Una vez concluida la actividad, un representante de cada equipo pasará al pizarrón a escribir estas características.
- * El instructor leerá en voz alta y clara lo escrito por cada equipo.
- * Con base a lo leído se realizarán las conclusiones en forma grupal.
- * Estas actividades pretenden cubrir los objetivos antes mencionados.

MATERIAL:

- Película, video, televisión, lápiz, papel, gises y pizarrón.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se formarán 6 equipos de 5 personas.

TEMA 4: ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS APARATOS SEXUALES MASCULINO Y FEMENINO

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual mencionará las partes principales del aparato sexual masculino y femenino así como sus funciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
4.1 Dada una lámina con el aparato sexual masculino y femenino discriminará las diferentes partes sexuales (Anexo 2).
4.2 Mencionará las funciones del aparato sexual masculino y femenino.

ACTIVIDADES:

- * El instructor elaborará las siluetas femenina y masculina, así como el aparato reproductor de éstos en forma separada (anexo 2).
- * El instructor proporcionará un juego de hojas con siluetas femenina y masculina y un juego de los aparatos reproductores por equipo (anexo 2).
- * Se pedirá al grupo que en la silueta que recibió coloque los genitales masculino y femenino anotando el nombre de cada una de las partes colocadas.
- * A continuación se compararán los dibujos realizados para que se les hagan las correcciones necesarias.
- * A partir de la actividad realizada con ayuda de el instructor enunciarán las funciones y se corregirán los errores.
- * Al término de ésta actividad se realizarán conclusiones grupales para alcanzar los objetivos planteados en éste tema.

MATERIAL:

- Hojas con la silueta masculina y femenina, colores, aparato sexual femenino y masculino de papel y en plástico, cartulina.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: Se formarán 6 equipos de 5 personas.

TEMA 5: RELACIONES SOCIALES (FLIRTEO)

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual discriminará el contacto afectivo de contactos con intereses sexuales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:

- 5.1 Diferenciará diversas formas de contacto físico.
- 5.2 Discriminará cuando se trate de una relación formal de noviazgo y cuando de una casual.
- 5.3 Enumerará características propias de la atracción física y del amor.
- 5.4 Identificará el derecho que tiene toda persona de marcar sus propios límites de la sexualidad.

ACTIVIDADES:

- * Al principio de la actividad el instructor deberá familiarizarse con las historias que encontrará en el anexo 3.
- * Se proporcionará a cada equipo una historia para que ellos la dramaticen con ayuda de el instructor (Anexo 3).
- * Al término de cada dramatización se aclararán puntos importantes de estas.
- * Al término de todas las dramatizaciones se dará una conclusión general en donde existirá apoyo del instructor para que se cumplan los objetivos citados anteriormente.

MATERIAL:

- Atuendos para disfrazarse, pizarrón y gis.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se formarán 3 equipos de 10 personas.

TEMA 6: PATRONES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS JOVEN

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual discriminará las fases de la sexualidad y los patrones de conducta sexual responsable e irresponsable.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:

- 6.1 Enunciará las fases de la conducta sexual.
- 6.2 Identificará patrones de conducta sexual responsable e irresponsable.
- 6.3 Mencionará patrones de conducta sexual convencional y sus consecuencias.
- 6.4 Discriminará alternativas sexuales no convencionales.
- 6.5 Calificará su propia sexualidad como responsable o irresponsable.

ACTIVIDADES:

- * El instructor explicará el objetivo 6.1 (ver contenido temático).
- * El instructor le dará a cada individuo 2 sobres con argumentos para decidir tener relaciones sexuales o no tenerlas (Anexo 4).
- * Los jóvenes analizarán los argumentos y los irán pegando en cuadros de madera para posteriormente colocarlos en una balanza.*
- * El grupo y el instructor decidirán que es lo más factible para ellos, dependiendo de que lado se halla inclinado la balanza.
- * Se hará una discusión grupal para obtener conclusiones generales de conveniencia o inconveniencia de tener relaciones sexuales, y así cubrir los objetivos descritos.

MATERIAL:

- Una balanza (lado izquierdo argumentos para tener relaciones sexuales, lado derecho argumentos para postergar las relaciones sexuales), sobres, cuadritos de madera marcadores, hojas blancas.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se trabajará en forma individual.

TEMA 7: RELACIONES SEXUALES DE PAREJA

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual identificará las ventajas y desventajas acerca de una relación sexual de pareja ya sea circunstancial o permanente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:

- 7.1 Enunciará los riesgos que implica una relación sexual de pareja (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, sentimientos de culpabilidad, aspectos económicos y sociales).
- 7.2 Enumerará las ventajas (sociales, psicológicas y fisiológicas) que implica tener relaciones sexuales de pareja.
- 7.3 Tomará en forma responsable y con conocimiento de causa sus propias decisiones en las relaciones sexuales de pareja.

ACTIVIDADES:

- * El instructor dividirá al grupo en equipos.
- * Cada equipo dará respuestas a diversas formas de presión que ejerce su pareja para tener relaciones sexuales, en caso de que exista presión alguna.
- * Posteriormente el instructor leerá en voz alta y clara algunas formas de presión (Anexo 5).
- * El equipo dará argumentos de como dar mejor respuesta a la presión mencionada por el instructor y si su respuesta es correcta y convincente obtendrá un punto.
- * Al finalizar el equipo que haya obtenido más puntos se le otorgará un premio para seguir estimulándolo a participar.
- * Por último se expondrán conclusiones y se darán algunos puntos de vista para la discusión general.

MATERIAL: - Lápiz, papel, marcadores, campana, papel bond para el registro de puntuación.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: Se formaran 5 equipos de 6 personas.

TEMA 8: EMBARAZO

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual describirá las consecuencias positivas o negativas del embarazo (deseado o no deseado).

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:

- 8.1 Mencionará en que momento se lleva a cabo la concepción.
- 8.2 Identificará al menos 10 formas de como prevenir un embarazo.
- 8.3 Elaborará argumentos pertinentes con su pareja para evitar el embarazo.
- 8.4 Destacará verbalmente la importancia que trae consigo el embarazo (sano).
- 8.5 Identificará las consecuencias que puede traer el embarazo deseado o no deseado.

ACTIVIDADES:

- * El objetivo 8.1 será explicado por el instructor, (ver contenido temático).
- * Previo al tema se pedirá a los jóvenes que investiguen diferentes formas de como prevenir un embarazo.
- * Se formarán equipos de 5 personas e intercambiarán lo que encontraron en su investigación.
- * Imaginando que una joven esta embarazada o embarazaron a una chica el instructor les proporcionará un cuestionario de toma de decisiones para que ellos lo contesten individualmente (Anexo 6).
- * Después de haber contestado el cuestionario se intercambiarán opiniones.
- * Imaginando que se toma la decisión de querer tener al niño el instructor hará preguntas abiertas para que el grupo en general de solución a cada una (Anexo 7).
- * Posteriormente se formará una mesa redonda para discusión.

*NOTA: la siguiente actividad será en dos fases.

PRIMERA FASE:

- * Esta actividad comenzará a explicarse en 5 sesiones antes a este tema.
- * El instructor repartirá a cada joven un huevo crudo explicándoles que representa a un bebé recién nacido y que ellos determinarán su sexo.
- * Se les invitará a disfrazar el huevo como ellos quieran ya sea de sexo femenino o masculino.
- * El instructor les pedirá que se hagan responsables de su huevo (hijo).
- * Se les dará una hoja a cada uno donde vienen reglas para el cuidado de el bebé (huevo), (Anexo 8).

SEGUNDA FASE:

* Después de que los jóvenes se hayan hecho cargo de su bebé huevo se formarán equipos para que comparan experiencias, también se hará una sesión para discusión, en donde el grupo y el instructor sacarán conclusiones en base a las experiencias y discusiones que hayan surgido, tratando de abarcar los objetivos del tema.

MATERIAL:

- Huevos, papel de diferentes colores, estambre, plumones, resistol, hoja de cuidados para el bebé, lápiz, goma.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Individual y grupal.

TIEMPO:

- Explicación del tema 60 min., Primera fase 5 días y Segunda fase 60 min.

TEMA 9: METODOS ANTICONCEPTIVOS

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual describirá el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:

- 9.1 Definirá la anticoncepción.
- 9.2 Enumerará los diferentes métodos anticonceptivos.
- 9.3 Mencionará las desventajas de los métodos anticonceptivos.
- 9.4 Enunciará las ventajas de los métodos anticonceptivos.
- 9.5 Dadas 10 alternativas de anticonceptivos de anticonceptivos elegirá lo que más convenga en determinado momento.

ACTIVIDADES:

- * El instructor definirá el objetivo 9.1, (ver contenido temático).
- * El instructor mediante láminas ilustrará los diferentes métodos anticonceptivos, (se recomienda exponer anticonceptivos reales).
- * El instructor realizará 2 listas en donde vengan diferentes métodos anticonceptivos.
- * El instructor formará 2 equipos, los cuales tomarán un papel al azar y nombrarán ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos que les haya tocado.
- * El instructor deberá familiarizarse con las situaciones mencionadas en el anexo 9.
- * Mediante situaciones dadas por el instructor el joven participará voluntariamente y elegirá el método más conveniente explicando el porqué (Anexo 9).
- * Realizando estas actividades se pretenden cubrir los objetivos planteados.

MATERIAL:

- Hojas, papel, métodos anticonceptivos, atuendos para disfraces, láminas, una reproducción del aparato sexual femenino y masculino.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO: Para la actividad número 4 se formarán 2 equipos de 5 personas, para la actividad número 6 se trabajará individualmente y de forma voluntaria.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TEMA 10: PROSTITUCION

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual identificará la prostitución como alternativa inconveniente de relación sexual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
10.1 Mencionará la definición de prostitución.
10.2 Enumerará las consecuencias que trae consigo la prostitución.
10.3 Discriminará la prostitución en relación con otras alternativas sexuales.

ACTIVIDADES:

- * Previamente al tema se les dejará de tarea que investiguen el tema de prostitución, para lo cual el instructor deberá proporcionarles libros, revistas, artículos etc. con relación al tema.
- * El día de la exposición del tema se les pedirá individualmente que mencionen con sus propias palabras lo que es la prostitución.
- * Los instructores complementarán y enumerarán algunas de las consecuencias de la prostitución, (ver contenido temático).
- * El instructor repartirá un cuestionario a cada joven para que lo conteste, (anexo 4).
- * En base a lo contestado por los jóvenes el instructor junto con ellos darán otras alternativas de relación sexual excluyendo la prostitución (Anexo 10).

MATERIAL:

- Papel, revistas, libros de sexualidad, láminas, gises y pizarrón.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Individual y de debate de grupo.

TEMA 11: ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual identificará las enfermedades de transmisión sexual.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
11.1 Mencionará por lo menos 10 enfermedades de transmisión sexual.
11.2 Describirá algunas características propias de las enfermedades sexuales que conoce.
11.3 Prevendrá las enfermedades de transmisión sexual de una forma satisfactoria.

ACTIVIDADES:

- * Previamente al tema se les dará a los alumnos una lista de 10 enfermedades de transmisión sexual, para que ellos las lean, (ver contenido temático).
- * El día de la exposición se les pedirá a los jóvenes que hagan equipos de 10 personas.
- * A continuación enumerarán mínimo 7 enfermedades de transmisión sexual con sus características por equipo, y las leerán ante el grupo.
- * Después de que los jóvenes intervengan los instructores darán alternativas satisfactorias para prevenir dichas enfermedades, pretendiendo cubrir los objetivos mencionados con anterioridad.

MATERIAL:

- Hojas con el significado de 10 enfermedades sexuales y sus características, lápiz, papel, pizarrón y gises.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

En la actividad número 1 se trabajará de forma individual y en la actividad número 2 y 3 se trabajará en equipos.

TEMA 12: ABUSO SEXUAL Y VIOLACION

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual prevendrá un abuso sexual y/o violación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
12.1 Discriminará la violación del abuso sexual.
12.2 Denunciará cualquier acto de abuso sexual y/o violación.
12.3 Dado una serie de tácticas establecidas de antemano seleccionará formas de prevenir el abuso y violación sexual.

ACTIVIDADES:

- * Los instructores definirán lo que es el abuso sexual y lo que es una violación, (ver contenido temático).
- * El instructor proporcionará a los jóvenes un cuestionario constituido por preguntas en relación al abuso sexual en el cual ellos hallan sido participes pasivos o activos. (Anexo 11).
- * Posterior a la aplicación se realizará una sesión de discusión para obtener conclusiones y ayudar en caso necesario.
- * Después de la actividad anterior se harán 6 equipos de 5 personas y a cada uno se les proporcionará una situación la cual se relacione con una violación o abuso sexual, los jóvenes la dramatizarán con la ayuda de el instructor y seleccionarán la forma de prevenirla y/o ayudar a la víctima (Anexo 12).

MATERIAL:

- Tarjetas, láminas, papel, lápiz y vestuario para disfrazarse.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

En la actividad número 2 se trabajará individualmente, y en la actividad número 6 se harán 6 equipos de 5 personas.

TEMA 13: SEXO Y SOCIEDAD

OBJETIVO GENERAL: El (la) joven discapacitado (a) intelectual asumirá los derechos y obligaciones propias de su rol sexual dentro de la sociedad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: El (la) joven discapacitado (a) intelectual:
13.1 Se ubicara como individuo dentro de la sociedad en la cual tiene derechos y obligaciones.

13.2 Dado el derecho que tiene todo individuo para ejercer su sexualidad, el joven discapacitado ejercerá ese derecho de acuerdo a sus restricciones, limitaciones y posibilidades.

ACTIVIDADES:

- * El instructor escribirá en láminas situaciones, las cuales llevarán un caso que tenga que ver con conducta sexual, así como el derecho y la obligación de ejercerlo (Anexo 13), y las expondrá ante el grupo

- * A continuación el instructor pedirá a los jóvenes que las lean con atención.

- * Después de la actividad anterior se les dará una ficha a cada joven para que ellos anoten con que caso se identifican y por qué?

- * Una vez terminada esta actividad los jóvenes la entregarán a los instructores y éstos a su vez leerán cada caso y cuántas fichas hay en cada uno de ellos explicando los pros y contras que pueden existir.

- * Las actividades referidas tratan de cubrir los objetivos antes mencionados.

MATERIAL:

- Láminas, fichas, lápices, diurex, gis y pizarrón.

DISPOSICIÓN DEL GRUPO:

Se trabajará de forma individual.

CONTENIDOS TEMATICOS DE LA PROPUESTA

TEMA 1: IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SEXUAL

Históricamente se da un amplio período de desinformación de la sexualidad, cualquier estímulo sexual era considerado erróneo, es por esto que el hombre ha vivido en continuo temor de caer en él, y el sexo se ha transformado en un tabú del que no puede salir.

La educación sexual no existía de manera formal y el instinto la suplía mal que bien en numerosas ocasiones; las relaciones sexuales se convirtieron para las mujeres en pesada carga que había de soportar, ya que el hombre generalmente era ajeno por completo a conocimientos precisos para lograr el placer sexual de la mujer, volvía frígida a ésta, circunstancia jamás comentada, y superada estoicamente por el profundo amor que la mujer tenía, convencida de que ella vino al mundo a soportar la sexualidad del hombre, a servir de receptáculo de su semen y a ser madre de sus hijos.

La educación sexual es una actividad que se justifica para lograr aquéllos valores que permiten delinear el mejor perfil de la personalidad. Es imposible negar el influjo de la sexualidad en nuestra vida. Nadie es ajeno a ella.

Sin embargo a lo largo de nuestra civilización hemos ido encubriéndola y adornándola a veces con falsos ropajes que han conseguido desvirtuarla y mitificarla por completo.

La educación sexual pretende directamente formar las personalidades de individuos y en ello estriba su empeño; pero sólo puede hacerlo considerándolas en la trama de las interrelaciones ambientales que constituyen la complejidad de la situación humana.

La educación sexual por consiguiente, se debe de encuadrar por necesidad en el ámbito de múltiples formas de interacción entre el individuo y la sociedad.

El problema de la educación sexual, ya sea por motivos sociales o por razones doctrinales se presenta muy compleja y exige soluciones claras.

La educación sexual que se ha recibido generalmente nos ha condicionado a pensar que la vida sexual, es algo que atañe sólo a la adultez del ser humano, y que sus comienzos se producen con el despertar puberal sin que encontremos rasgos de ella en la infancia o adolescencia.

Es por esto, que la educación sexual es una necesidad sentida de nuestro pueblo, pero una necesidad que no ha recibido la respuesta merecida por ignorancia, prejuicios o malas interpretaciones.

La educación sexual es la base de toda vida familiar.

El uso de la sexualidad depende de una cuidadosa síntesis de información relativa a los aspectos biológicos, psicológicos, éticos, morales, culturales y sociológicos de la conducta sexual humana.

La educación se dedica a la proposición de que cada nueva generación tiene derecho a ejercerla con responsabilidad. Numerosos estudios han demostrado que no existe alguna prueba de que la educación sexual sea perjudicial, que excite la curiosidad

o que estimule los impulsos y deseos sexuales, por lo contrario existen numerosa evidencias de que ayuda al individuo a adquirir una actitud total hacia el sexo y una comprensión de las actitudes, papeles y relaciones sexuales.

Las dificultades con que tropieza la educación sexual son que la sociedad ha negado, suprimido, intolerado y hasta castigado las expresiones sexuales; también existe una inadecuada comunicación por parte de los padres hacia sus hijos acerca de la sexualidad, teniendo como consecuencia una información y formación errónea en cuanto a la sexualidad.

Las encuestas sobre sexualidad demuestran que la falta de información sexual lejos de ser beneficiosa ha contribuido a la proliferación de un sin número de alteraciones sexuales, defectos de forma y de fondo que han sorprendido a la opinión pública mundial, como lo son desconocimiento de su propio cuerpo, manejo inapropiado de su sexualidad, problemas de pareja, disfunciones sexuales etc.

Sin embargo, la educación sexual no se ofrece como una panacea, un preventivo o una cura para los delitos sexuales, pero sí puede ayudar al adolescente a aprender a dirigir y canalizar sus impulsos sexuales con mayor conocimiento e inteligencia, a hacer una elección correcta entre códigos comportamentales, también a reconocer y comprender a hombres y mujeres que tienen impulsos sexuales desviados.

En general excluyendo algunos esfuerzos durante los últimos años, no ha existido una educación sexual sistemática. Esto no quiere decir que no se esté dando educación sexual. El simple hecho de vivir y actuar como seres sexuales nos da la oportunidad de educar, por ejemplo: el padre no acepta ver en el (la) hijo (a) roles propios del sexo opuesto. Esto trae como consecuencia la formación de prejuicios acerca de la sexualidad.

Sin embargo, es necesario insistir en que la educación sexual no es sólo información, instrucción o inductación. No se refiere sólo a dar noticias o enseñar de algo, o imponerle a alguien ideas y creencias, sino también es formar, construir, así como examinar, ilustrar, dirigir y enseñar. Su objetivo fundamental no es sólo brindar conocimiento sobre anatomía, fisiología y crecimiento y desarrollo, sino formar actitudes que capaciten al individuo para que pueda crear sus propios valores que le permitan vivir una vida sexual sana conciente y responsable.

Es pues importante la educación sexual ya que la sexualidad, como expresión de toda personalidad, es el resultado de una auténtica y adecuada formación psicológica, biológica y moral que no se subordina de modo alguno al conocimiento por preciso que este sea.

Es necesario desmitificar el sexo, romper viejos tabúes sobre sexualidad, introducir al adolescente en los distintos aspectos de la biología a fin de que no constituyan para él hallazgos insólitos en su propio cuerpo, para que no sean temas de conversación prohibida, y por tanto sugestiva, y para que los fenómenos fisiológicos tales como la erección, la polución y la menstruación sean para él tan naturales como el deglutir, el orinar o el

defecar. Es pues imprescindible una mayor información sexual sana objetiva y honesta en todos los niveles de educación.

TEMA 2: DEFINICIONES DE SEXO Y SEXUALIDAD

Siempre ha existido un cuerpo de conocimientos sistemáticos acerca de los aspectos biológicos del sexo y la reproducción sexual, sin embargo este conjunto de conocimientos no ha sido aceptado en el plan de estudios de las escuelas porque "no parecía adecuado hablar del sexo como un proceso físico y químico". Por ende, en el pasado, la fisiología reproductiva ha sido una especie de misterio para el adolescente común, y los padres se han sentido contentos de mantenerlo así.

Aún en las escuelas de medicina se llegó a enseñar únicamente los conocimientos básicos sobre el nacimiento del niño y medidas anticonceptivas. A la fecha se escuchan comentarios de que Masters y Johnson sólo estudiaron el proceso químico y físico intentando transmitir el mensaje de que tales estudios dignifican al sexo, citado en Burt (1938).

Y para que la educación sexual disfrute de una amplia aceptación, debe ser algo más que un simple curso de biología -debe ser educación para el amor. Pero, puesto que el amor se practica más efectivamente con plena conciencia de las consecuencias biológicas, la educación sexual no puede ignorar los hechos biológicos y fisiológicos detallados.

Así era necesario tener un término que abarcara los aspectos biológicos de la conducta sexual que incluyera también otros aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales ligados con el sexo, para este fin se acuñó el término "sexualidad".

En todas las formas de la vida, la sexualidad implica un "instinto" esto es, un impulso o urgencia imperativa a cumplir una función biológicamente circunscrita.

La sexualidad es el representante psicósomático de un impulso que depende de la producción de hormonas sexuales, producción que aparece en el momento de la madurez sexual y dura más allá del climaterio.

Por otro lado en el diccionario terminológico de ciencias médicas define al sexo como la "condición orgánica que distingue al macho de la hembra".

Al buscarse los seres obedecen a su necesidad de satisfacción sexual, son causa de gran placer y una sensación de dicha, proporciona las satisfacciones más intensas que conoce la vida humana.

Puntualizando; el conjunto de las características biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de cada individuo constituyen la personalidad dentro de la cual está incluida la sexualidad, que definida en cada sexo permite reconocer la masculinidad en el hombre y la femineidad en la mujer. El sexo es por otro lado referente a los genitales del individuo que permiten diferenciar al sexo femenino o masculino.

TEMA 3: CAMBIOS FISICOS EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es una faceta del ser humano que tiene múltiples manifestaciones y que puede ser estudiada desde muy diversos puntos de vista.

Nuestra naturaleza sexual posee una serie de características biológicas que nos diferencian de individuos reproductivamente complementarios; esto da origen a una serie de ideas, creencias, conocimientos, valores y actitudes respecto a las otras personas y a nosotros mismos.

Paulatinamente al avanzar el proceso de desarrollo biológico y psico-social, esta serie de ideas adquieren nuevos significados.

La vida pasa por etapas, cada una es distinta de las otras.

En la pubertad se producen numerosos cambios físicos, en esta etapa de la vida el cuerpo y la mente pasan por una serie de transformaciones que culminan en un ser masculino o femenino.

Entre los 6 y 12 años de edad el niño abandona sus antiguas tendencias egocéntricas y comienza la era de la amistad, las niñas se agrupan entre sí y con los niños para jugar, la discriminación sexual tan frecuente en algunos grupos de adolescentes, en esta etapa va desapareciendo. Varones y niñas conviven en perfecta armonía, sin que la diferencia de sexos interfiera para nada en sus relaciones.

En la adolescencia, el ritmo de desarrollo físico, psíquico y sexual permite una considerable aceleración hasta el punto de que el adolescente presa de un torbellino, se ve obligado a revisar a veces su visión del limitado mundo familiar para tratar de adaptarla a su nueva fisiología y al mundo exterior. Se ve obligado a aceptar las transformaciones puberales.

Las mujeres por dentro maduran de un modo que da posibilidad al embarazo. Probablemente su pubertad comenzará entre los 9 y los 12 años, y durará hasta que tenga 13 a 17. Sin embargo como cada niña se desarrolla a un ritmo distinto, algunas comenzarán a cambiar físicamente antes de los 9 años, otras pueden empezar después de los 12 años. Pero estas variaciones son normales.

Los varones ingresan en la pubertad unos 2 años después que las niñas. Esto puede provocar algunas molestias para ambos sexos, pues las niñas por un par de años, tienden a parecer mucho más maduras que sus compañeros de clase y sus amigos. También esto es normal. Los varones se pondrán al día en pocos años.

La pubertad es un fenómeno fisiológico, que se caracteriza por la aparición de la capacidad de reproducción, como lo testimonian las primeras menstruaciones en las muchachas y las primeras poluciones en el varón.

La pubertad se presenta automáticamente cuando el cuerpo comienza a producir, en mayor cantidad, algunos elementos químicos llamados hormonas.

Estas hormonas son como mensajeros que viajan en la corriente sanguínea avisando a las diferentes partes del cuerpo que ha llegado el momento de cambiar.

En esta etapa no es de extrañar, que los chicos, principalmente la adolescente, traten de descubrirse frente al espejo,

secretamente, pero no sin experimentar cierta angustia la transformación de sus rasgos, la aparición del acné, las deformaciones generalmente imaginarias de la nariz y los ojos. Asimismo, no siempre aceptan sin cierto malestar la aparición de las primeras manifestaciones sexuales.

Por lo tanto existen 3 tipos de cambios en la pubertad:

1.- Aceleración del crecimiento

Cuando ingresamos a la pubertad crecemos más de prisa que antes. La aceleración del crecimiento disminuye poco a poco y uno deja de crecer. Muchas niñas llegan a su altura definitiva alrededor de los 16 años. La mayor parte de los varones alcanzan la estatura máxima hasta los 18 años más o menos.

2.- Cambios externos:

2.1 Mujer

- maduración de los órganos sexuales
- la pelvis se hace más ancha
- desarrollo del bello en las axilas y el púbis
- comienzo de la menstruación
- desarrollo de las mamas (pechos)
- desarrollo del tejido adiposo sobre las caderas (ensanchamiento de cadera)
- aumenta el atractivo físico
- presencia de acné en ocasiones

2.2 Hombre:

- las cuerdas vocales se alargan, produciendo una voz más grave
- la laringe aumenta de tamaño, de modo que la nuez de Adán se hace más prominente
- los genitales externos crecen con mayor rapidez
- los músculos se robustecen
- aparece bello en el rostro (barba), en las axilas y el púbis
- presencia de acné en ocasiones

3.- Cambios internos:

Los cambios que se producen dentro del cuerpo durante la pubertad son, al principio, menos obvios, pero tienen sus consecuencias.

3.1 El cuerpo empieza a producir hormonas en la mujer estrógeno y progesterona, y en el hombre testosterona.

3.2 Órganos sexuales internos. Comienzan a agrandarse y a funcionar.

3.2.1 Órganos sexuales femeninos:

-útero, ovarios, trompas de falopio y vagina, cérvix, uretra, clitoris, vulva, himen, monte de venus.

3.2.2 Órganos sexuales masculinos:

-vesícula seminal, conducto deferente, próstata, uretra, epidídimo, testículos, pene, escroto.

TEMA 4: ANATOMIA Y FISILOGIA DE LOS APARATOS SEXUALES MASCULINO Y FEMENINO

Los hombres y mujeres tienen órganos sexuales diferentes cuya función es la de producir células germinales. Los órganos sexuales pueden dividirse en órganos genitales y órganos reproductores. Los órganos genitales externos del hombre son el pene y los testículos, y en la mujer, vulva y la vagina. Estos órganos están destinados a la realización del coito.

Los órganos reproductores son internos, y tienen la función de almacenar y descargar el semen en el caso del hombre, y de albergar y alimentar al embrión en el caso de la mujer.

El aparato genital se sitúa, en el caso de uno y otro sexo, en la región de la pelvis menor, que ocupa la parte inferior de la cavidad abdominal.

La pelvis menor contiene además de los órganos genitales, la vejiga en la parte anterior y el recto en la parte posterior.

En la base de la pelvis menor, situado entre los 2 muslos se halla el ano, parte terminal del tubo digestivo, y los órganos genitales externos, tanto los masculinos (pene y escroto), como los femeninos (vulva y vagina).

En la mujer los órganos genitales ocupan la mayor parte del pequeño espacio existente entre la vejiga y el recto.

PARTES Y FUNCIONES DEL APARATO SEXUAL MASCULINO. (ver figura 1).

TESTICULOS: son las gónadas masculinas y sus funciones principales de estos durante la sucesión normal del crecimiento y el desarrollo del hombre son:

1.- Producir hormonas sexuales masculinas

2.- Producir semen (líquido eyaculador en el orgasmo del hombre).

ESCROTO: El escroto es un recipiente en forma de saco que contiene los testículos y su función principal es regular la temperatura.

Los testículos están situados en el escroto porque el semen no puede producirse efectivamente a la temperatura corporal.

EPIDIDIMO: Es una estructura anatómica que une los testículos con el conducto deferente.

Después de la fase de reproducción el semen se introduce en el epididimo donde se almacena una pequeña cantidad, y el esperma se aloja y madura en el durante 6 semanas.

PENE: Órgano masculino para la copulación y la orinación, formado por 3 cilindros, cada uno de los cuales contiene tejido esponjoso y erectil.

URETRA: Es un conducto en forma de tubo que se extiende desde la vejiga hasta la glándula prostática.

Sirve de conducto común de salida del semen y la orina y posee una válvula que no permite se mezclen.

CONDUCTO DEFERENTE: Es una estructura anatómica que une el epididimo con el conducto eyaculatorio, así su función es ser una vía de paso para el semen.

VESICULA SEMINAL: Son glándulas que unen el conducto eyaculatorio y secretan, entre otras sustancias, fructuosa (es una azúcar simple que proporciona nutrición al semen), permitiéndole al esperma deslizarse hasta el óvulo o célula sexual femenina.

PROSTATA: Esta formada por tejido granular, es piramidal y se encuentra inmediatamente debajo de la vejiga.

La glándula prostática produce varias sustancias químicas que se supone ayudan al semen en su intento de fecundar un óvulo.

GLÁNDULAS DE COWPER: Son pequeñas glándulas, del tamaño de un chícharo, producen una reducida cantidad de líquido durante la excitación sexual, el cual sale del pene antes de la eyaculación. De ahí que sea posible que ocurra un embarazo aún cuando no haya habido una eyaculación completa.

PARTES Y FUNCIONES DEL APARATO SEXUAL FEMENINO. (Ver figura 2).

OVARIO: Existen 2 ovarios uno a la derecha y otro a la izquierda situados en la parte interna de la pelvis menor, suspendido en ella por los vasos que lo irrigan y por los ligamentos que lo atan a la trompa de falopio y al útero.

El ovario tiene la forma de una almendra su color es blanco rosado y tiene una superficie regular, rugosa y llena de cicatrices, su función es liberar óvulos, producir estrógenos y progesteróna.

TROMPAS DE FALOPIO: Estas están situadas una a la derecha y otra a la izquierda como permitiendo que el óvulo se dirija desde el ovario hasta el útero. La trompa es un conducto que termina, en un ensanchamiento, en forma de embudo - el pabellón- cuyos bordes son dentados presentando unas franjas de 10 a 15 milímetros de altura que se extienden sobre el ovario en medida desigual.

La trompa contornea el ovario y después se dirige hacia la parte alta del útero, circula a través de su pared para abrirse en su cavidad. La trompa es lisa y regular, se abre a nivel del pabellón directamente en la cavidad peritoneal y, en el otro extremo, en la cavidad del útero, (ver figura 3).

ÚTERO o MATRIZ: Es un órgano único, impar, central, tiene una posición vertical pero visto de perfil, aparece inclinado sobre la vejiga, arriba y hacia adelante.

El útero es un músculo rojizo, hueco, en forma de pera, cuya extremidad más estrecha se dirige hacia abajo, su cavidad se halla recubierta por una mucosa cuyo espesor varía durante el ciclo menstrual; el útero termina hacia abajo y su cuello penetra en la vagina. El tamaño del útero varía según la edad. Este órgano recibe el óvulo fecundado, lo mantiene durante el embarazo y se contrae para ayudar a la expulsión en el momento del parto.

VAGINA: Es un conducto muscular membranoso único, situado en el centro, que comunica el cuello uterino con la vulva.

La vagina esta recubierta por una mucosa con sectores muy condensados, lo cual le da la apariencia de estar atravesada por pliegues transversales.

La vagina sirve como:

- 1.- Órgano femenino para el coito.
- 2.- Un conducto de paso para la recepción del semen.
- 3.- Un canal por el que sale al exterior el feto.
- 4.- Un paso para el flujo menstrual.

URETRA: Es el tubo a través del cual se descarga orina del cuerpo, se extiende desde la vejiga hasta el orificio extremo uretral.

CERVIX: Es la estrecha abertura en la parte inferior del útero, que se extiende hasta adentro de la vagina.

VULVA: Constituye los órganos genitales externos de la mujer.

Esta compuesta por una zona central ligeramente hundida, el vestíbulo rodeado por 2 repliegues cutaneomucosos los cuales son:
1.- Labios mayores: Son principalmente pliegues gruesos de piel que rodean la abertura externa de la vagina, cada labio tiene 2 superficies a) superficie exterior pigmentada, cubierta de pelos gruesos y fuertes, b) superficie interior suave con folículos sebáceos grandes.

2.- Labios menores: Son 2 pliegues más pequeños de piel situados entre los labios mayores, se dividen en 2 proporciones: a) una porción superior que forma un pliegue que sobresale de las glándulas del clitoris, b) una división inferior que se une debajo del clitoris y forma el frenillo del clitoris.

HIMEN: En la mujer virgen el orificio inferior de la vagina se encuentra cerrado en parte por una membrana llamada himen; una especie de diafragma que presenta uno o varios orificios de forma y dimensión variable, su grosor, su flexibilidad y su elasticidad son también variables.

MONTE DE VENUS: El relieve de grasa situada en la superficie frontal del hueso púbico se llama monte de venus. El término monte de venus significa en Latín "El monte del amor". Esta capa de grasa sirve principalmente como almohadilla protectora de los órganos sexuales femeninos. En la pubertad, el bello cubre el monte de venus en forma triangular.

CLITORIS: Sobresaliendo entre los labios menores se encuentra un cuerpo cilíndrico conocido como clitoris, y este contiene numerosos vasos sanguíneos, y el nervio pudendo lo inerva con fibras sensitivas.

Así el clitoris sirve como receptor y transmisor de estímulos sexuales.

TEMA 5: RELACIONES SOCIALES (FLIRTEO)

El niño como el púber y el adolescente, son los que se encuentran más expuestos al abuso sexual, ya que su criterio acerca de la sexualidad está en vías de formación.

Cuando llega a la juventud el hombre y la mujer, deben tener en esta etapa, conocimientos sexuales amplios para evitar este tipo de abusos.

El individuo a través de su formación, adopta en la vida, una determinada actitud mental, lo que le hace vivir de forma determinada y este impacta a la sociedad de igual forma que la sociedad le imprime a él determinadas actitudes sobre su actividad sexual, su concepción del sexo estará dada siempre por la sociedad y por su forma de pensar. El período comprendido entre la pubertad y el principio de la edad adulta se denomina adolescencia y esta es la época cuando el chico o la chica se distancian un tanto de sus padres y buscan relaciones emocionales con sus compañeros de edad. Es una época de crisis, una época de grandes oportunidades: de tomar decisiones constructivas sobre su carrera, su forma de vida, identidad, valores y aspiraciones; pero también es una época en la que se corre considerables riesgos: el riesgo de la decepción, de recibir heridas en los puntos más vulnerables. Por medio de los diferentes estudios se sabe que entre los 8 y los 13 años son frecuentes los llamados "juegos sexuales" es decir las primeras manifestaciones de que el niño le concede un carácter erótico a todo lo relacionado con el sexo. Hay una gran variedad de juegos sexuales.

Kinsey encontró en su encuesta que era frecuente que la gente exhibiera sus genitales y los manipulara, tuviera contacto físico oral o anal con los genitales etc., citado en Azcarraga (1976).

Existen diferencias normales en la intensidad del instinto sexual de cada individuo. La sexualidad es mucho más importante para unas personas que para otras.

La mayoría de los adolescentes tienen afectos, a menudo centrados en una persona. Estos afectos a veces se manifiestan sólo en sueños y fantasías. Si una persona es tímida y se encuentra en presencia de el objeto de su afecto, puede sentirse tan tensa que se muestre muy torpe e incapaz de hablar, y por ello es posible que evite deliberadamente el contacto con la persona que ama, otros jóvenes no evitan el contacto con el sexo opuesto, sino que por el contrario lo buscan activamente. Organizan fiestas, incluyendo a chicas y a chicos, y planean otras actividades que en un principio incluyen a grupos y pandillas, y que, más adelante, puede efectuar una pareja.

Algunos jóvenes a veces limitan su actividad sexual a sólo salir con pareja, a tomarse de las manos, abrazarse y besarse etc. Estas actividades parecen inocentes, pero pueden resultar muy excitantes. Otros se entregan al juego preliminar, al escarceo, a las caricias y besos mutuos durante largo rato.

El adolescente se entusiasma si tiene una percepción de sí mismo como atractivo y sexualmente deseable pero si se percibe feo o desagradable, puede caer en una depresión.

Por lo anterior se puede decir que los jóvenes en esta etapa de su vida se encuentran desubicados y deseosos de experimentar su sexualidad, pero se debe aprender a diferenciar lo que puede ser una relación de noviazgo por amor y cuando únicamente se desea tener contacto físico.

El tener "pareja" generalmente significa salir con una persona exclusivamente.

PROS Y CONTRAS DE TENER UNA PAREJA

- Tienen seguridad de compañía: si tiene pareja la cita esta asegurada cuando lo desea.
- Aceptación del grupo: todo el mundo lo hace.
- Seguridad personal: es más fácil tener una pareja a salir con varias personas.
- Preferencia mutua: se gustan mutuamente y no se desea salir con nadie más.
- Cuando se tiene pareja se le conoce mejor y eso ayuda a aprender a adaptarse y comprender a la gente.
- Cuando se tiene pareja no siempre hay que hacer algo especial.
- También el tener pareja causa algunos problemas como:
 - Tener pareja limita los contactos sociales.
 - Interfiere en los estudios y quita tiempo.
 - A veces ocasiona problemas sexuales.
 - Es difícil romper la relación.

Ahora bien cuando se sale con un chico (a), si en la cita hay un beso, se debe de tomar en cuenta que hay varios tipos de besos, existen los sencillos saludos de afecto, que se dan a familiares y amigos, los besos tímidos de despedida que vienen con las primeras citas.

BESO CALIDO: dice "me gustas mucho" a un chico (a) con el que se sale muy a menudo.

Las emociones que este beso suscitan son un poco complicadas. Este beso no sólo es un simple intercambio de pensamientos placenteros; sino también es un intercambio de sensaciones físicas y lleva con naturalidad a los besos y las caricias.

Los besos y las caricias son diseñadas para excitar a ambos sexos, estos constituyen los primeros pasos para el acto sexual, aunque no necesariamente. Y es por esto que deben mantenerse bajo un constante y firme control.

Sin embargo pueden besar y acariciar o ser besado y acariciado pero nada más, y la persona decide hasta donde quiere llegar, a una relación sexual o sólo hacer de esta una relación buena y agradable.

Aún después de lo anterior se puede pensar que se tiene todo bajo control. Disfrutando el placer de acariciarse, pero repentinamente se da cuenta nuevamente que en una relación hombre-mujer intervienen dos personas y las dos tienen que mantener el control.

El muchacho o muchacha con el cual se acarician se puede excitar más rápido y pierde el control, el impulso sexual es más fuerte que el interés que siente por la pareja y su propio deseo de control.

Se puede decir que se esta madurando y se debe saber que si se está acariando con la pareja están jugando con fuego, si se dicen a si mismo (a) "yo puede llegar hasta aquí y no mas allá cuando quiera, sin tener problemas".

Por otra parte independientemente de que se este enamorado o no se debe de saber que existen diferentes tipos de relaciones las cuales son:

1.- RELACIONES SEXUALES TRANSITORIAS- donde no se involucra ningún sentimiento, y puede existir paga.

Este tipo de relaciones se establece generalmente para satisfacer la curiosidad o para conseguir satisfacción personal, y en este tipo de relaciones no se toma en cuenta las necesidades de la otra persona. Y para este efecto él o la compañera puede ser desde una trabajadora sexual hasta una chica que le sirve sólo para satisfacer su curiosidad sexual.

En estas relaciones si se tiene una orientación adecuada el joven sabrá afrontar esta situación y aprenderá a su debido tiempo lo que es una relación sexual en la que se involucra el amor, el deseo, la satisfacción etc.

2.- RELACIONES SEXUALES CON CONOCIDOS O AMIGOS

Cuando existe una relación sexual a este nivel lo más seguro es que existan sentimientos de afecto pero no de compromiso emocional. Los chicos a menudo practican esta relación por placer o por prestigio ante el grupo.

Las chicas a diferencia lo hacen para complacerse, ya que el gran deseo de las personas no los predispone " a enamorarse" o involucrase emocionalmente, trayendo como consecuencia una relación superficial y que a veces puede traer consecuencias poco agradables, como por ejemplo, embarazos no deseados, involucramiento emocional de alguna de las personas con la no correspondencia de la otra.

3.- RELACIONES SEXUALES BASADAS EN UN SENTIMIENTO EMOCIONAL PROFUNDO

Por lo general, estas relaciones sexuales surgen en los últimos años de la adolescencia, la pareja desea expresar su amor y las relaciones sexuales provee esta oportunidad.

Para que se de este tipo de relación debe de haber una atracción física y emocional así como una comunicación libre acerca de sus sentimientos y las consecuencias y soluciones que puede traer consigo una relación sexual. También debe de haber habido tiempo de noviazgo con sólo besos y caricias solamente para poder llegar a tener una buena relación sexual y con el tiempo llegar a una unión.

Por todo lo anteriormente mencionado se debe de aprender a discriminar cuando hay amor verdadero y cuando sólo una simple atracción.

Se puede comenzar diciendo que el amor es algo difícil de describir.

Lo que si es cierto, es que en el amor se involucra una atracción física, emocional, gusto por estar con la otra persona, tener una buena comunicación.

Eric Fromm (citado en C.J. Burt, Educación sexual, 1985) menciona que en el amor hay 4 partes constitutivas:

a) Trabajo: significando con ello que una persona desea trabajar para quienes ama y darles una entrega total.

B) Responsabilidad: que la persona evalúe constantemente las consecuencias de su conducta relacionadas con otras y se prepare para ayudar cuando lo necesiten las personas que ama.

C) Respeto: significa que la persona se abstiene de explotar a otras; evita la coacción en la que se beneficia a expensas de la otra.

D) Comprensión: dando a entender que trate de "colocarse en los zapatos de otros" .

El amor es algo que puede llenar de felicidad a una persona cuando es correspondido, pero que puede hacerla desgraciada cuando es rechazado o utilizado. La necesidad de amor, el deseo de iniciar una relación afectiva, es un elemento muy importante en la vida de los adolescentes.

Sin embargo, hay que procurar recordar que no somos solamente un objeto sexual, sino una persona con muchos y valiosos dotes y capacidades, tanto emocionales como intelectuales. Si no te permites a ti mismo caer en la obsesión por la sexualidad y por la admiración a los demás, si trabajas en otros aspectos positivos de tu persona, tendrás muchas mas probabilidades, a la larga, de mantener una relación sentimental feliz.

TEMA 6: PATRONES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS JÓVENES

Existen muchas razones por lo que un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales. Un de las más frecuentes es porque se aman y/o tienen confianza mutua. El tener relaciones sexuales es una forma especial de conocerse y una manera de demostrar que dos personas se tienen amor. Otra razón es la búsqueda de placer.

La relación sexual es el acto en el cual, como parte de un intercambio de caricias, excitación y afecto, el hombre introduce y saca rítmica y satisfactoriamente el pene en la vagina de la mujer con el fin de A) procrear y B) satisfacerse mutuamente. Su nombre técnico es copulación o coito. Este acto debe de darse sólo si existe el deseo, el cual es un conjunto de sensaciones y sentimientos ligados al cortejo y a la atracción física por alguien, siendo la principal disposición a dar y recibir placer sexual. Además existen otras razones o situaciones que conducen a tener relaciones sexuales: 1) no querer sentirse sólo (a), 2) desear un bebé aunque no se tenga una pareja dispuesta a compartir la responsabilidad que ello requiere, 3) el querer mostrarle a la pareja que damos todo por el (ella), 4) el temor a que la pareja nos deje, 5) tener relaciones porque los (las) amigos (as) ya tienen relaciones sexuales, 6) para sentir algo nuevo, 7) porque se sabe que ya se esta en edad de tener experiencia sexual, 8) porque se le dificulta decir no, 9) porque no se tiene en el hogar todo el cariño que se necesita, 10) para convencer a un (a) muchacho (a) que se case, 11) para probar que es muy "macho" o muy "mujer" 12) para aumentar el número de conquistas logradas.

Entre las experiencias humanas más importantes tanto para el hombre como para la mujer se encuentra la denominada amor que es esencialmente una experiencia más emocional que reflexiva, llegando en ocasiones a pensamientos obsesivos respecto al ser al que se ama.

El enamoramiento es un componente asociado con el proceso de amar en el que se encuentran un estado de soñar despierto y pensamientos constantes respecto a la persona de la que se está enamorado. Es normal pasar este proceso de enamoramiento; también es normal tener confusión acerca de si los sentimientos que se tienen, son realmente enamoramiento. Es fundamental ponerse a reflexionar sobre las razones que tiene la pareja para establecer una relación interpersonal sea sexual o no, así como la importancia de saber establecer relaciones sociales más permanentes.

Kinsey en un estudio demostró que existen patrones definidos de actitudes y conducta sexual.

Aunque es indudable que las condiciones socioeconómicas desempeñan una función importante en el desarrollo de los hábitos sexuales del individuo, existen otros aspectos cuya influencia también es decisiva. Uno de estos factores es el desarrollo emocional.

Dentro de los comportamientos que se pueden desarrollar a raíz de lo antes mencionado se encuentran:

1.- MASTURBACION: Es una forma de descarga sexual común en ambos sexos y que hasta cierto punto ocurre en todas las edades, sobre todo después de la pubertad, la masturbación constituye una práctica generalizada entre los adolescentes del sexo masculino, pero no tan comúnmente expresada por las muchachas de la misma edad. La masturbación con frecuencia se aprende por experiencias con los (las) compañeros (as) o amigos (as).

2.- CARICIAS SEXUALES: Que se elevan con frecuencia hasta el punto del orgasmo, constituyen una descarga sexual para parejas de la clase media y alta pero se practica en menor grado en las parejas de la clase baja. Entre estas técnicas están los besos, la estimulación táctil de las zonas erógenas incluyendo los senos y los órganos genitales, y en ocasiones el contacto oral-genital.

Las caricias sexuales han sido empleadas a menudo por parejas que desean evitar la consumación del acto sexual o coito; pero se ha utilizado comúnmente como estimulación erótica previa al contacto sexual.

3.- COITO: Se refiere a la relación sexual entre un hombre y una mujer.

3.1 Coito premarital: las mujeres y los hombres recurren al coito premarital como fuente de descarga sexual. En este acto, los muchachos tienen por lo general contacto con muchas mujeres, en cambio, más de la mitad de las mujeres que tienen coito premarital lo hicieron con quienes posteriormente se unirían en una relación formal.

3.2 Coito marital: este se practica entre las personas que han contraído matrimonio, esta sigue siendo la conducta de descarga más común y aceptada.

3.3 Coito extramarital: esto se da tanto en hombres como en mujeres y las razones para buscar otra pareja son: necesidad emocional, mejoramiento de posición social, venganza dirigida contra la pareja etc.

4.- HOMOSEXUALIDAD: La relación homosexual es común entre los adolescentes varones y mujeres aunque tiende a ser de índole ocasional y esporádica, consistiendo en tener relaciones con personas del mismo sexo.

Cuando se llega a la adolescencia se debe de tomar en cuenta las conductas que ya se mencionaron anteriormente, ya que el adolescente busca sobre todo encontrar su propia identidad y conseguir la independencia, amar y ser amado.

Desde los cambios y desarrollo de los órganos sexuales, el adolescente vive su propia realidad y la del mundo desde otra perspectiva. Aparece el impulso sexual, la necesidad de liberación de energía etc.

Lo anterior se deriva de que en la adolescencia se señala la necesidad de entrar al mundo del adulto y por lo tanto cambiar su actitud ante el mundo.

La madurez sexual del adolescente no corresponde con otras dimensiones de su persona: en el nivel social, económica y afectiva. Pero según sean sus vivencias pueden condicionar el futuro de su personalidad.

En la actualidad existen pautas de comportamiento sexual variables e imprecisas, como principios éticos y convenciones sociales rígidas. El joven se encuentra confuso ante la posibilidad de continuar con los patrones familiares o tomar la decisión de iniciar una relación. Los medios masivos de comunicación bombardean cotidianamente al joven con estímulos sexuales, además los amigos y pareja los presionan para que se inicien en la actividad sexual.

Los jóvenes se hallan incómodos con las expectativas de los roles sexuales convencionales, a menudo se sienten también incómodos con la heterosociabilidad y heterosexualidad de la vida social de la adolescencia.

El adolescente siente que algunas de sus actitudes serán calificadas de conductas desviadas, aunque sólo sea porque los jóvenes son mucho menos inhibidos que las generaciones anteriores y menos inclinados a sentirse cohibidos por lo convencional o por las furtivas miradas de los demás.

Algunos jóvenes ante su impulso sexual y frente a una sociedad que tiene una doble moral sexual inician su aprendizaje de la sexualidad con una mujer que es indiferente a él; no hay ternura, ni erotismo ni una real y profunda intimidad. Esto da lugar muchas veces al contagio de enfermedades sexualmente transmisibles, y a conflictos que pueden dificultar la vida sexual posterior. También existe la pornografía en la cual se busca la excitación a través de la exposición de imágenes, películas y mensajes pornográficos, siendo esto otro camino que distorsiona y parcializa la actividad sexual. Esto refuerza las informaciones contradictorias, casi siempre con el fin de instigar al adolescente al consumismo del sexo. La legítima necesidad del joven de conocer esta área lo lleva a buscar los mensajes más explícitos que en su mayoría de veces vienen acompañados de información distorsionada, que se da en situaciones ficticias y descontextuadas.

Existen también adolescentes que optan por la abstinencia, la cual consiste en no tener actividad autoerótica, o con otra persona.

Otro tipo de patrones conductuales que puede adoptar el joven son los siguientes:

A) Las citas: son el primer encuentro importante en la vida de los adolescentes. Estos encuentros o citas son de gran utilidad pues permiten que las muchachas y los muchachos se conozcan el uno al otro.

B) Lo besos: son el primer contacto específicamente presexual experimentado por la mayoría de los adolescentes. Diferenciando este tipo de beso del precedente de los padres o bien de otros adultos.

Otro tipo de beso es el "beso profundo" a veces conocido como "beso francés" en el que la lengua de uno penetra en la boca del otro, es una actividad con un componente más específicamente sexual.

C) Petting: son aquellas formas de contacto sexual próximas al coito; esta es una expresión americana utilizada para referirse a una amplia variedad de actividades, desde una simple caricia es zonas erógenas hasta situaciones muy semejantes al coito, el

petting no es una entidad en si misma, sino un nombre genérico aplicado a varios actos, que como tal puede generar consecuencias sociales muy diversas:

- Estimulación de los senos por encima de la ropa.
- Estimulación de los senos por debajo de la ropa.
- Estimulación genital.
- Estimulación intergenital (es decir, el órgano sexual femenino y masculino están en contacto, pero no tiene lugar la penetración).

Ante un estímulo sexual suficiente y mantenido, el organismo humano responde de una manera cíclica similar en ambos sexos. Para conseguir que la relación sexual sea correcta, la pareja debe conocer las fases del ciclo de respuesta sexual y condicionar su comportamiento frente a su compañero (a) en dichas fases. Las cuales son:

1.- **FASE DE EXCITACION:** Comienza cuando el individuo recibe estímulos para-sexuales que puede provenir de otras personas en cualquiera de los 5 sentidos, así como de la propia elaboración psicológica de un estímulo sexual, como son los sueños o fantasías eróticas. La duración de esta fase es variable y esta en función de la respuesta individual, del estado en que se recibe y, sobre todo, de las características del estímulo.

2.- **FASE DE MESETA:** El estímulo sexual se vuelve más intenso y continuo, aumentando los niveles de tensión sexual.

3.- **FASE DE ORGASMO:** En esta fase se incrementan los estímulos sexuales, se evita las inhibiciones y se elimina cualquier tipo de conexión con el mundo exterior.

Es caracterizada por unas contracciones rítmicas de la musculatura vaginal en la mujer que favorecen la movilización de la sangre acumulada durante las fases anteriores en el aparato genital. En el hombre estas contracciones provocan la eyaculación, es decir la expulsión del semen por el pene.

El orgasmo es una respuesta totalmente involuntaria que debe ocurrir en todo acto sexual para que este sea completo, tanto en el hombre como en la mujer, constituyendo así la finalidad básica de toda relación sexual.

4.- **FASE DE RESOLUCION:** En esta fase la tensión sexual decrece, y disminuye bruscamente la tensión muscular y la vasocongestión pélvica. Esta fase es distinta en ambos sexos, pues mientras la mujer puede presentar más orgasmos si es correctamente estimulada, el varón entra en un período refractario que le impide ser reestimulado y conseguir otro orgasmo durante un período que oscila, según los individuos, entre media hora y hora y media.

Esta diferencia entre el hombre y la mujer obedece a una ley biológica. Por lo anterior, los adolescentes necesitan del conocimiento de la sexualidad para tomar desiciones, y para evitar ser fuertemente influenciados por las opiniones y valores de aquéllos que lo rodean. La familia, los amigos, los medios de comunicación, la religión, todas pueden dar a la gente joven impresiones de como deben comportarse sexualmente pero en ocasiones estas impresiones pueden ser contradictorias. Los adolescentes pueden poner estos conocimientos para tomar desiciones; reconociendo y siguiendo sus propios valores.

Así mismo, los adolescentes, deben considerar las consecuencias de las decisiones que toman ya sean inmediatas o de largo plazo, de contenidos físicos, psicológicos y sociales. Cuando el individuo no toma decisiones sexuales adecuadas se puede arrepentir de haber tenido relaciones sexuales, de no haber usado algún tipo de método anticonceptivo o de embarazar o quedar embarazada. Algunas pautas o medidas que es necesario distinguir acerca de la conducta sexual son:

a) Las normas sociales permitidas: Que son el comportamiento aceptado por la sociedad, de otra forma si se transgreden las normas, se hacen acreedores de una sanción. Una norma social que es conveniente adoptar, es que no debe utilizarse la violencia para el acto sexual.

b) Las costumbres: generalmente designan "lo que se debe hacer"; y lo que se espera de uno.

c) Convencionalismos: Generalmente forman parte de las "buenas maneras" y son obligatorias hasta cierto punto.

TEMA 7: RELACIONES SEXUALES DE PAREJA

Para comenzar con este tema, conviene tener presente que el modo de relación entre el hombre y la mujer nunca ha sido ajeno a la cultura del momento histórico, que se manifiesta en criterios religiosos, económicos, políticos, sociales etc.

En algunos textos se menciona que lo que antes se buscaba en una pareja era una buena madre o un buen padre de los hijos.

Hoy las personas buscan en la pareja algo distinto a lo que se buscaba, pero ese algo no está muy claro y es además opuesto a los patrones interiorizados en el proceso educativo, familiar, escolar y social que debido a la edad de las parejas actuales, estaba aún claramente impregnado por los valores tradicionales. Nos estamos refiriendo a temas como los roles sexuales, la autonomía de la pareja y el concepto mismo del amor.

Sin embargo la relación sexual es un acto social como lo menciona Hesnard, citado en Salvat, (1973), y por lo tanto debe partir de una expresividad, la cual viene dada por la dinámica corporal. Quiere esto decir que sus cuerpos, en especial sus zonas erógenas tienen un papel importantísimo para lograr una completa realización del acto sexual.

A pesar de su importancia, no debemos olvidar que no es el cuerpo humano el único protagonista de la sexualidad, pues en la cópula también está presente el psiquismo.

Para entender el proceso por el cual se establece una pareja debemos recordar que la pareja es un proceso dinámico de interrelación. Desde el primer momento de atracción, de seducción, se establece un proceso de comunicación mediante el cual las 2 personas intercambian mensajes que explican como son y que esperan del otro. Estos mensajes son, en parte no verbales. Este tipo de comunicación es muy importante en el aspecto físico como lo prueba que son las modas que dictan como debe ser nuestro cuerpo para ser atractivo.

Las relaciones sexuales tienen una finalidad constante, la consecución del orgasmo de ambos sexos y, la de reproducción.

Una relación sexual no se reduce al entusiasmo y al romance, también incluye unas realidades concretas, como son que el sexo te expone a algunos riesgos, como el embarazo no deseado las enfermedades venéreas y las alteraciones emocionales, es importante saber como reducir al mínimo estos riesgos y como realizar los aspectos placenteros del amor.

Sin embargo las relaciones entre adolescentes de distinto sexo, son un desarrollo normal del interés por el otro sexo y no son muy intensas ni duraderas. Yendo al cine, tomando un refresco juntos, bailando, caminando o jugando, los jóvenes llegan a conocerse como personas y como miembros del sexo opuesto. Mostrar consideración y afecto por el otro es también parte de la experiencia. Estos lazos son reales mientras duran, y pueden ser vistos como una práctica para las relaciones amorosas más permanentes que vendrán luego.

No todas influencias sobre la sexualidad serán tan obvias como las que causan las exageraciones de los medios de difusión.

Cuando se habla de sexo, muchos confunden hechos con opiniones. Al aprender a reconocer las opiniones ajenas, distinguiéndola de los hechos, les será más fácil adquirir sus propios valores sexuales.

Todo adolescente, necesita adquirir una serie de principios y valores que le sean de utilidad. Una de las principales preocupaciones consiste en determinar en que circunstancias es correcto, y hasta conveniente, tener relaciones sexuales.

Por supuesto que ocasionalmente los muchachos y muchachas se pondrán serios y comenzarán a andar de novios o a preguntarse si deberán hacerlo, por otra parte es poco aconsejable que los jóvenes se enamoren profundamente, pues la adolescencia es una buena época para obtener variadas vivencias y conocer muchas chicas y chicos. Solamente al encontrarse y responder a diferentes temperamentos, intereses y puntos de vista, puede una persona joven comenzar a seleccionar aquéllos que más valora.

Los valores generalmente son compartidos por la sociedad en forma abierta o encubierta, cada individuo determina si son correctos o incorrectos.

Las opiniones ajenas pueden ser una influencia poderosa para determinar las decisiones sexuales de un adolescente.

Los principios sexuales se originan por múltiples influencias culturales, la enseñanza religiosa, la conducta de quienes nos rodean, la televisión, los libros, las películas, revistas, las normas que se refieren a la conducta sexual, los valores que nuestros padres nos han enseñado, lo que dicen los amigos y hasta el resultado de la propia experiencia sexual.

Antes de tomar decisiones importantes referidas a nuestra propia sexualidad, es esencial conocer nuestros propios valores. Puesto que es importante reconocer que cualquiera que sea nuestra decisión definitiva, es responsabilidad de nosotros mismos.

Como regla general los adolescentes se guían por los estándares de sus familias y las costumbres de su comunidad. Los muchachos descubren que al tocar los senos o genitales de una chica incita a una cálida respuesta y esto, a su tiempo aumenta su propio apremio sexual, produciendo una erección.

Pero en ocasiones el deseo o necesidad de actividad sexual se da de manera espontánea, dudando así que se busque una experiencia sexual, algunas veces, aunque la persona no este especialmente interesada por la sexualidad, la presencia de un individuo atractivo o la existencia de una situación determinada pueden provocar su apetito sexual.

El apetito sexual surge en una zona que controla la emoción. La componen circuitos y centros neurales, la producción de andrógeno activa los centros sexuales del cerebro, y así es como nos hacemos capaces de experimentar deseo sexual.

El deseo sexual lo experimentan ambos sexos, sin embargo las experiencias sexuales no siempre son las mismas para los dos sexos. Tanto hombres como mujeres tienden más a desear y a disfrutar de la relación sexual con la persona a la que aman, más que con un extraño.

El amor constituye un buen estímulo sexual. Estar enamorado intensifica los deseos y respuestas sexuales del individuo. Si una persona es objeto de un leve contacto por parte de un amigo informal del sexo opuesto, no es probable que exprese una respuesta sexual, mientras que, si la persona de quien está enamorado o "encaprichado" le rosa la mano, aunque sea por casualidad, es posible que sienta excitación. Esta relación entre el amor y el deseo es tan estrecha para algunos individuos, pero esto no quiere decir que les pase a todos.

El adolescente pues se enfrenta por lo tanto con dos posibilidades poco felices: debe detener sus impulsos de una forma poco satisfactoria, o continuar hasta el coito con los riesgos y la carga de culpa que esto implica.

Los jóvenes por lo general entienden la situación y tratan de contener sus deseos hasta el momento apropiado, para lo cual existen razones sólidas tales como: somos miembros de una sociedad y como tal debemos de trabajar dentro de las pautas de conducta que la sociedad a elegido.

En nuestra sociedad existe una objeción moral básica al coito fuera del matrimonio. También está el hecho de que pocos jóvenes pueden afrontar el riesgo de tener un hijo antes de poder darle un hogar seguro y estable.

Cuando se habla de adolescencia es natural que el joven desee sentirse querido y tratar de satisfacer a quienes le brindan cariño. Pero los adolescentes raramente tienen la suficiente experiencia con una variedad de personas como para saber con seguridad cual es un sentimiento genuino y cual es un apasionamiento pasajero. Es mejor dejar las relaciones sexuales hasta que lo sepan.

En la mayoría de los casos, la sexualidad se practica por el placer que proporciona, y también porque hace más agradable la vida y más profundo el amor. El goce de la sexualidad es algo que debería darse siempre en un marco humano y lleno de responsabilidad. Esto significa que ni los miembros de la pareja ni los hijos deben verse física ni emocionalmente perjudicados por la experiencia sexual. Pero esto es una discusión que deben tomar los propios interesados; es una responsabilidad que les pertenece y en la que nadie puede intervenir.

TEMA 8: EMBARAZO

Durante el coito o acto sexual el hombre deposita en la vagina de la mujer unos 300 millones de espermatozoides. Están nadando contra corriente tienen que recorrer un trayecto para llegar al óvulo, un largo camino lleno de peligros: acidez vaginal, microbios del cuello, movimientos de los cilios de la trompa etc. Unos pocos conseguirán llegar al final pero solamente uno de ellos fecundará al óvulo.

Cuando el espermatozoide llega a la trompa puede ocurrir que la ovulación no se halla realizado todavía pero como el medio es alcalino, puede vivir en ella de 1 a 7 días y esperar la llegada del óvulo.

Los espermatozoides no fecundan el óvulo de inmediato, sino que deben permanecer por lo menos durante 6 horas en la trompa para que gracias a unas reacciones enzimáticas en las superficies y modificaciones químicas en su cabeza, adquieran su capacidad de fecundación.

La fecundación se produce en el momento en que un espermatozoide penetra en un óvulo, es decir, mediante el acto sexual o coito, los espermatozoides son depositados en el conducto vaginal y suben por el útero hasta penetrar en las trompas de falopio.

Durante la pubertad, las hormonas echan a andar la capacidad reproductiva de las mujeres; es entonces cuando una mujer puede embarazarse.

Sin embargo por lo común las personas que se embarazan sin haberlo planeado consideran que se trató de un "accidente". La verdad es, en cambio, que el embarazo es producto de factores fisiológicos específicos y por tanto "no" es, de ninguna forma accidental.

En realidad explica porque es tan importante, sobre todo para los adolescentes, saber con claridad como puede ocurrir un embarazo.

El joven debe saber que cada que tiene relaciones sexuales existe la probabilidad de que se embarace o de que embarace a otra persona.

Lo peor que lo puede pasar a un adolescente es quedar embarazada o embarazar a alguien, cuando esto no se tiene planeado. Tener relaciones sexuales es una decisión que tiene que ver con la honestidad individual y que además tiene consecuencias. La parte de "honestidad" se refiere al joven mismo.

Ya sea el o la joven si decide ser sexualmente activo es su responsabilidad aprender y conocer lo más posible acerca de las opciones para el control de la natalidad.

Algunos jóvenes que comienzan a tener relaciones sexuales demasiado pronto, y quedan embarazadas o embarazan a alguien, dejan que el sexo interfiera en su rendimiento escolar, y causan a sus padres y así mismo muchas preocupaciones.

Toda la información acerca del proceso de concepción, es importante ya sea para evitar un embarazo no deseado o simplemente, para reunir información para cuando se decida tener un hijo.

Por lo anterior se puede decir que es divertido y excitante, al joven puede hacerlo sentir adulto. Empero, definitivamente no es un juego.

Estudios demuestran que de cada 10 adolescentes que se encuentran embarazadas sin haberlo deseado, 8 no han utilizado ningún método anticonceptivo, casi todos los embarazos de adolescentes se producen porque la pareja carece de adecuados conocimientos sobre anticoncepción, creen que a ellos no les sucederá, por lo mismo se deben de postergar las relaciones sexuales o estar bien preparado para afrontar las consecuencias de la relación sexual.

El embarazo en los adolescentes es un serio problema social, económico y de salud.

Los jóvenes que tienden a ser dependientes, pasivos, con baja autoestima y que se comunican pobremente con su familia, maestros, amigos etc. en especial con lo referente al sexo, están expuestos en edades más tempranas a las relaciones sexuales y a quedar o dejar a alguien embarazada, junto a la necesidad de satisfacer sus demandas afectivas y de compañía.

Algunos adolescentes ven el embarazo como única oportunidad en sus vidas ya que su medio cultural y socioeconómico no promueve en ellos aspiraciones educativas o profesionales.

Como consecuencia de la publicidad en general, la presión del grupo de amigos orilla a los adolescentes a iniciar una vida sexual activa en etapas tempranas.

Tomando en cuenta todo lo anterior se considera de gran importancia la implantación de programas educativos de orientación sexual y planificación familiar, que permitan al adolescente conocer de forma integral su sexualidad, así como métodos de prevención del embarazo no deseado tales como:
- anticonceptivos orales, condón, abstinencia, diu,
- espumas, espermaticidas, método del ritmo, temperatura, jaleas, duchas, coito interrumpido, inyecciones, vasectomía, oclusión tubaria etc.

Se debe de tomar en cuenta que conociendo y sabiendo como utilizar los métodos de anticoncepción anteriormente mencionados disminuye si no en su totalidad si un gran porcentaje de embarazos no deseados que en ocasiones pueden hasta causar la muerte de la madre y del bebé debido a su corta edad; ya que es obvio que mientras es menor la edad de la madre, sus condiciones de madurez biológica también son menores, y por ello la posibilidad de desarrollar anemia aguda, cualquier forma de toxemia y otras complicaciones del embarazo y el parto, se hacen frecuentes. En general, se describe para las madres menores de 20 años un riesgo mayor de morir, por otro lado se observan con frecuencia en los productos de la concepción de padres adolescentes los siguientes daños:

- bajo peso al nacer
- anomalías congénitas
- deformaciones neurológicas, que pueden resultar en discapacidad mental, ceguera, sordera, parálisis, epilepsia y otras alteraciones físicas.

Es importante resaltar que si bien la parte más visible de los problemas vinculados al embarazo en adolescentes son los daños a la salud física; pero también lo son y de mayor trascendencia los psicológicos, los cuales no son atendidos.

Hay que destacar también el costo emocional y social que implica para la pareja adolescente, asumir prematuramente compromisos para las cuales no están aptos desde el punto de vista de la madurez de su desarrollo psicológico, así como de su capacidad para lograr independencia económica.

Es obvio que esta situación tiene repercusiones directas sobre el niño, al ser este depositario de las frustraciones que origina ser niño de una pareja adolescente.

En suma en esta etapa la carga emocional que traería consigo un embarazo, aunado a responsabilidad que supone la paternidad, hacen que el individuo caiga en un estado de crisis que lo conduciría a la ansiedad no resuelta y a la frustración temprana.

TEMA 9: METODOS ANTICONCEPTIVOS

La sexualidad es el instrumento del que se vale la naturaleza para la reproducción de la especie; hemos sido programados de tal manera que nuestra necesidades eróticas sean muy intensas y para que la sexualidad nos resulte muy placentera, a fin de vernos movidos a aparearnos y multiplicarnos. Sin embargo hemos ido demasiado lejos en materia de reproducción, hasta el extremo de que el número de habitantes de la Tierra amenaza con superar nuestras reservas alimenticias y nuestros recursos naturales. Por ello en nuestra sociedad, sólo una pequeña proporción de la actividad sexual debe tener por objeto la procreación. Lo último que desea la mayoría de los adolescentes es tener un hijo; no hay duda de que uno de los mayores peligros, tanto para los padres como para los adolescentes, es un embarazo no deseado o el nacimiento de un niño no querido, llegando esto a ser una tragedia en la mayoría de los casos. Algunas parejas resuelven este problema decidiendo no mantener relaciones sexuales hasta que deseen tener un hijo y hasta que estén en condiciones de ocuparse de él. Otras, en cambio, coinciden que la sexualidad es algo positivo, independientemente de la cuestión de los hijos.

El hecho es que tener relaciones sexuales de cualquier tipo, sin utilizar correctamente algún método efectivo de anticoncepción, es como jugar a la ruleta rusa. Tal vez no se quede embarazada en la primera vez, ni la décima pero hay muchísimas probabilidades de que, a menos que se prevengan efectivamente se quede embarazada tarde o temprano.

La esperanza de que no va a pasar no es un método anticonceptivo en lo absoluto. No obstante los adolescentes se sienten frecuentemente culpables respecto a sus propios niveles de actividad sexual. Aunque esto no necesariamente previene la ocurrencia de actos sexuales, esta bien comprobado que los adolescentes frecuentemente rechazan los métodos anticonceptivos, debido a la incapacidad de reconocer su propia actividad sexual. Aún para aquellos que ya hayan experimentado una relación sexual, la idea de premeditación y planificación, puede producir gran ansiedad en cada ocasión que se tiene oportunidad de llegar al coito. Por otro lado los adolescentes dan muchos motivos por los cuales no usan anticonceptivos. Algunos dicen que esos métodos arruinan el romance y la espontaneidad del sexo, sin embargo por comparación con la dura realidad de un embarazo no deseado, tomarse un poco de tiempo para la prevención no es tan molesto. Además, hasta el método anticonceptivo puede ser romántico, si se encara con una actitud positiva y original, compartiéndolo con la pareja. Muchos jóvenes tienen la sensación de que es más fácil no tomar decisiones sobre anticonceptivos, o dejar esa responsabilidad a la pareja, pero como hacen falta dos personas para provocar un embarazo, lo ideal sería que ambos compartieran por igual la responsabilidad de evitar el embarazo. Por otra parte, se han exagerado los riesgos que para la salud representa el uso de anticonceptivos y consistentemente se pasa por alto que también los métodos protegen contra un riesgo mayor que es el embarazo.

Es necesario que él (la) adolescente desarrolle una actitud de responsabilidad para obtener información sobre anticonceptivos y así, desmitificar la búsqueda de éstos en farmacias, con un ginecólogo, en un centro de salud o de planificación familiar. El desarrollo de estas conductas ayudará a los adolescentes a sentirse más cómodos y competentes cuando tengan la necesidad de obtener un método anticonceptivo para ellos mismos.

Para aquellas parejas que consideren que no hay nada de malo en mantener relaciones sexuales aparte de la procreación, existen muchos métodos para el control de la natalidad, métodos que les permiten experimentar el placer de la sexualidad y reducir las probabilidades de que se produzca un embarazo.

Existen diferentes métodos anticonceptivos que pueden ser utilizados por los adolescentes. Es el médico el que deberá orientar y guiar al adolescente para que en forma conjunta se tome una decisión adecuada a su situación.

Lo primero que hay que exigir a cualquier anticonceptivo o método para impedir la concepción es que sea seguro para ambas personas. Y lo segundo que hay que exigir es que sea eficaz. También es importante que no interfiera en el placer sexual, y que no sea emocionalmente inaceptable para ninguna de las dos partes. El mejor anticonceptivo sería aquel que, para cada pareja concreta, proporcionase la mayor protección posible contra el embarazo con la menor interferencia posible en el placer sexual de ambos, y todo ello al menor precio.

Pero ninguno de los anticonceptivos que existen por ahora es perfecto para todo el mundo. No obstante, existen algunos muy eficaces, pero todo esto es si se toman las precauciones necesarias y la mayor de las responsabilidades para usarlos correctamente. A continuación se mencionan los anticonceptivos que se usan más comúnmente, así como sus ventajas y desventajas:

1.- MÉTODOS NATURALES o CÍCLICOS

1.1 Método de la abstinencia periódica (del ritmo o calendario): Este método se basa en el hecho de que la mujer es fértil solo durante las 48 horas después de que el óvulo atraviesa la superficie del ovario y baja por las trompas de falopio hasta el útero, donde si no es fecundado termina por morir.

Este método es útil para algunas parejas pero no para todas, ya que la mayoría de las mujeres no ovula regularmente, requiriendo que la mujer lleve un registro constante de sus ciclos menstruales por lo menos de un año. La ovulación ocurre, típicamente en algún punto entre 2 menstruaciones unos 14 días antes de la menstruación siguiente.

La menstruación ocurre cada mes. Su comienzo y duración puede variar ampliamente.

El funcionamiento cíclico del ovario, no es un fenómeno aislado, sino que, íntimamente ligados a él, existen modificaciones cíclicas a nivel de otros órganos del aparato genital.

Así, por ejemplo, en el momento de la ovulación el moco cervical se halla en condiciones óptimas para que penetren en él los espermatozoides y el endometrio, 7 días después de la ovulación se encuentra preparado para anidar el huevo si es fecundado.

La menstruación puede ser variable en cada mujer, ya que para algunas es de 28 días, para otras es de 30,32 y hasta 36 días, por lo que es difícil determinar un estándar de días fértiles en general.

VENTAJAS: No requiere gasto alguno, no disminuye el placer sexual.

DESVENTAJAS: No es eficaz en todos los casos, requiere de la orientación de un médico, altera la espontaneidad de la relación sexual.

Deben utilizarlo únicamente las parejas que conocen con toda certeza el ciclo ovulatorio de la mujer.

1.2 Método de la temperatura basal: Suele suceder que se produzca un ligero descenso de la temperatura justo antes de la ovulación y un leve ascenso después de ella. Por lo tanto, después de haber medido ese ascenso de temperatura por 3 días consecutivos, es probable que la mujer ya no sea fértil.

VENTAJAS: No requiere gasto alguno, no disminuye el placer sexual.

DESVENTAJAS: Requiere que se tome la temperatura con un termómetro especial en cuanto se despierta todas las mañanas, para establecer patrones habituales, requiere la orientación de un médico, reduce la espontaneidad de la relación sexual.

1.3 Método del moco: Consiste en revisar la mucosidad cervical antes del coito, ya que existen en esta mucosidad unos cambios característicos que se producen coincidiendo con la ovulación, y que indican los períodos "seguros" y los períodos "fértiles" de la mujer.

VENTAJAS: No requiere gasto alguno, no disminuye el placer sexual.

DESVENTAJAS: Altera la espontaneidad de la relación sexual, requiere aprender a reconocer los cambios en el moco cervical en diferentes etapas del ciclo menstrual.

1.4 Coitus interruptus (coito interrumpido): Con este método se puede evitar la concepción, si la pareja practica el acto sexual hasta que el hombre llega al punto próximo al orgasmo. En este momento, retira el pene de la vagina de la mujer y eyacula afuera.

VENTAJAS: No requiere gasto alguno, no requiere preparación alguna.

DESVENTAJAS: Puede suponer una frustración tanto para el hombre como para la mujer, el hombre debe tener un excelente control eyaculatorio, pero aún así, algunos espermatozoides escapan a veces del pene antes de la eyaculación.

Este método no es del todo seguro.

2.- METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR EL HOMBRE

2.1 El preservativo (condón): Consiste en un tubo generalmente de goma que se coloca como una funda en el pene erecto. Los hay también de "tacto de piel", elaborados de intestino delgado de oveja, y de material plástico.

Su seguridad varía en función de la calidad del preservativo empleado, ya que la única causa de fallo es la ruptura del mismo.

VENTAJAS: No es necesaria receta médica, puede adquirirse en cualquier farmacia, es seguro si se coloca adecuadamente, es decir,

dejando un espacio en la punta para el semen, evitando así que se rompa la goma. El condón proporciona también protección contra algunas enfermedades venéreas y no es caro.

DESVENTAJAS: Probable pérdida de sensación del varón durante el coito, debido probablemente a que la goma es un mal conductor del calor; la necesidad de interrumpir el juego sexual cuando llega precisamente a su momento de máxima tensión para colocarlo; la necesidad de retirar el pene de la vagina tras la eyaculación y antes de la destumescencia, pues si no se corre el riesgo de dejar el preservativo dentro, también se corre el riesgo de que el preservativo resbale y caiga del pene, o bien de que este agujerado y pueda salir el semen.

2.2 Vasectomía: Es una operación quirúrgica en la que se corta el conducto que lleva los espermatozoides a la uretra.

El hombre que se ha sometido a esta operación experimenta un placer sexual y un orgasmo completamente normales, pero su semen no contiene espermatozoides, y por ello no puede fertilizar un óvulo. La vasectomía es una operación sencilla que puede llevarse a cabo en la consulta de un médico con anestesia local.

VENTAJAS: Eficaz, no altera el placer sexual de ninguna de las dos partes.

DESVENTAJAS: Generalmente la operación es irreversible. A algunos hombres les deprime perder su capacidad de engendrar hijos, y otros son contrarios a los procedimientos quirúrgicos.

No es útil para los hombres que puedan desear tener hijos en un futuro.

3.- METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS POR LA MUJER

3.1 Diafragma: Es una pieza de goma flexible, pequeña y convexa que se inserta en la vagina para que cubra la abertura del cérvix que conduce al útero. Se le usa siempre con crema o gelatina anticonceptiva, que se coloca dentro de la concavidad y en el borde del diafragma.

Este debe ser insertado en la vagina antes del coito, preferiblemente no más de 1 ó 2 horas antes, para que los elementos químicos del espermicida conserve aún su potencia.

Este método representa una protección contra el embarazo por un lapso de tiempo de 6 a 8 horas después de las cuales debe quitarse, renovar la jalea espermicida e insertarse de nuevo en la vagina. Después del acto sexual, siempre debe dejarse en su lugar durante unas 6 u 8 horas pero no más de 24.

VENTAJAS: Es relativamente eficaz, no interfiere en el placer sexual de ninguno de los dos, inofensivo desde el punto de vista médico, no es caro.

DESVENTAJAS: Algunas mujeres encuentran desagradable la introducción en la vagina de un objeto extraño. La jalea espermicida tiene un leve olor a medicina que resulta desagradable para algunas personas. El diafragma debe ser prescrito y colocado por un médico pues existen varias medidas; si no es utilizado correctamente este método se tiene que inyectar gelatina espermicida antes de cada coito; puede interferir en la espontaneidad del acto sexual.

3.2 Cápsula cervical: Es similar al diafragma en cuanto que se ajusta al cérvix y actúa como barrera, evitando que el espermatozoide entre en el útero. Es más pequeña que el diafragma y tiene forma de dedal; se ajusta cómodamente a cérvix por succión.

VENTAJAS: A diferencia del diafragma no hace falta inyectar otra dosis de gelatina antes de cada coito.

DESVENTAJAS: Debe ser ajustada a cada cévix por un profesional, quien también proporciona a la mujer cuidadosas instrucciones para su inserción y extracción. Al principio muchas mujeres tienen problemas para insertarla y retirarla; por lo tanto es importante practicar la operación antes de salir del consultorio. También se debe llenar la cápsula hasta la tercera parte con gelatina o crema anticonceptiva antes de insertarla en la vagina.

3.3 Cremas, espumas y jaleas vaginales: Están elaboradas con espermicida. Estos productos matan los espermatozoides sin afectar a las células del cuerpo, la mujer o el hombre las introduce en la vagina inmediatamente antes del coito o acto sexual.

VENTAJAS: No es necesaria la prescripción médica, algunos de estos preparados contribuyen además a prevenir enfermedades venéreas.

DESVENTAJAS: Estos métodos no son seguros además de incómodos, pues el producto debe aplicarse inmediatamente antes del coito, y debe renovarse cada 30 minutos.

3.4 Esponja anticonceptiva: Es una suave esponja plástica que opera de modo similar al diafragma. Se la inserta en la vagina y se ajusta al cérvix; esta contiene su propio espermicida, para utilizarla se moja la esponja con agua y se le inserta en la vagina antes del coito asegurándose de que cubra el cérvix. Humedecerla es esencial, no solo porque facilita la inserción, sino, sobre todo, porque así se activa el espermicida. Debe dejarla colocado durante 6 u 8 horas después del acto sexual; una vez retirada es preciso descartarla pues no tiene efecto por segunda vez.

VENTAJAS: Es descartable, de venta libre y se le puede comprar en una farmacia, no hay problema de dejarla insertada hasta por 24 horas, en ese tiempo es posible repetir el coito sin agregar espermicidas adicionales. Tiene un cordel suave que permite retirarla con facilidad, no requiere la aplicación de cremas o gelatinas.

DESVENTAJAS: No se debe usar durante la menstruación, ni durante los primeros meses después de un parto ni cuando se detecta una secreción anormal de la vagina, tiene algunos efectos colaterales como irritaciones ocasionales o reacciones alérgicas al espermicida y sequedad de la vagina.

3.5 La píldora: Son un preparado de hormonas femeninas sintéticas; cada marca difiere en cuanto al tipo y cantidad de hormonas que contiene. En general hay 2 variedades de píldoras disponibles "la combinada", que contiene estrógeno y progestina, y la "minipíldora", que solo contiene progestina. En la píldora combinada, el estrógeno impide que los óvulos maduren y sean liberados; como el espermatozoide no encuentra nada que fertilizar, no se presenta ningún embarazo. En el caso de la minipíldora, en cambio, la mujer suele continuar ovulando, pero la progestina causa

un cambio en la mucosa del cérvix, dificultando al esperma la entrada en el útero.

VENTAJAS: No interfiere en el placer sexual de ninguna de las 2 partes. Es altamente eficaz, no es cara.

DESVENTAJAS: Debe ser recetada por un médico, y requiere revisiones físicas regulares. Debe tomarse diariamente durante 20 días seguidos, e interrumpir después la toma durante 8 días. Si la mujer olvida un día tomar la píldora, existe peligro de embarazo. En algunas mujeres se dan efectos secundarios desagradables e incluso peligrosos, como por ejemplo:

Dolor de cabeza, mayor apetito, aumento de peso, fatiga, debilidad, entumecimiento, inflamación de los pechos o dolores en los mismos, falta de aliento, tos, dificultades para hablar, problemas de visión (disminuida o borrosa), fuertes dolores en las pantorrillas o en los muslos, ictericia (piel amarillenta).

Si llegaras a utilizar este método y si sientes algún malestar de los antes mencionados interrumpe su uso y consulta inmediatamente al médico, él te dirá que debes hacer.

Este método no es seguro desde el punto de vista médico para las mujeres maduras.

3.6 Dispositivos intrauterinos (a veces citado como DIU): A este método se le llama comúnmente espirales, son pequeños artefactos que el médico inserta en el útero.

Todas las espirales están hechas de plástico. Sin embargo con el fin de mejorar su efectividad algunas también tienen un alambre de cobre envuelto a partes de plástico.

No se sabe exactamente como funcionan las espirales, pero se han propuesto 3 teorías: la más ampliamente aceptada sostiene que actúan como un pequeño cuerpo extraño dentro del útero, irritando su revestimiento y evitando que el óvulo fertilizado se implante. La otras 2 teorías son: que si el óvulo comenzara a implantarse, la espiral lo desprendería de un golpe, o que el artefacto puede causar una pequeña infección dentro del útero que mata a los espermatozoides.

Lo cierto es que es uno de los métodos más aceptados y eficaces de los que se dispone en la actualidad, existen en el mercado varios tipos:

- Progetasert
- Copper
- Lippes Loop

VENTAJAS: Altamente eficaz (98%). No interfiere en el placer sexual de ninguna de las 2 partes, no es necesaria ninguna preparación, de modo que no afecta la espontaneidad.

DESVENTAJAS: Debe ser prescrito, colocado y retirado por un médico. No todas las mujeres lo toleran; a algunas les produce hemorragias y dolorosos espasmos, y a otras les causa infecciones. Algunas mujeres se niegan a que se inserte en su cuerpo un objeto extraño. La presencia del espiral aumenta la probabilidad de una infección genital, no se recomienda a mujeres jóvenes que todavía no han dado a luz. Se debe de revisar periódicamente, ya sea cada 6 meses o cada año.

Existe el riesgo de quedar estéril por inflamación pelviana o por perforación del útero, siendo esto más común en las adolescentes y en las mujeres que nunca han estado embarazadas.

3.7 Salpingoclasia (ligadura de trompas): Es una operación quirúrgica, en donde se cortan las trompas de falopio de una mujer, impidiendo así que los óvulos lleguen al útero, y que los espermatozoides alcancen a los óvulos. La operación es muy sencilla.

VENTAJAS: Completamente eficaz. No interfiere en el placer sexual de ninguna de las 2 personas.

DESVENTAJAS: Suele ser irreversible. Se trata de una operación quirúrgica, y toda intervención conlleva un cierto riesgo. Algunas mujeres son contrarias a la operación. Ciertas mujeres experimentan depresión al perder la capacidad de engendrar hijos.

Este método debe ser elegido por las parejas que tienen ya todos los hijos que desean. No es recomendable para las mujeres que puedan desear hijos en un futuro.

TEMA 10: PROSTITUCION

La prostitución se refiere al acto en el cual la mujer o el hombre tiene relaciones sexuales con diversas parejas a cambio de una remuneración económica.

Esta actividad es un medio por el cual el hombre o la mujer tienen relaciones sexuales comerciales con la persona que lo solicita. Es una transacción comercial en la que la oferta está representada por el varón o la mujer, y la demanda lo está por el cliente que paga por la relación sexual.

La prostitución es una actividad que generalmente la realiza la mujer por lo que es generalmente rechazada por la sociedad; esta ocupación no es conocida como trabajo, y no goza de las prestaciones, derechos y obligaciones que la sociedad ha creado para las diversas actividades económicas; se los señala como persona transgresora de las normas sociales; en consecuencia se le margina socialmente.

La conducta de la prostituta, se encuentra relacionada básicamente con las estructura matrimonial, con los objetivos culturales respecto a los roles del hombre y de la mujer, y con los valores referentes al sexo, existen también objetivos culturales que son altamente valorados y que en algunas ocasiones crean tensiones que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos y colocan al individuo en posiciones de conflicto que lo llevan con más facilidad a asumir conductas no aceptadas socialmente.

Es muy difícil que la prostitución desaparezca. Pero hay serias razones para desear que la prostitución se reduzca a un mínimo. Está expuesta a 3 objeciones graves: primero, el peligro para la salud de la comunidad; segundo, el daño psicológico para las mujeres, ya que generalmente se ven rechazadas por la sociedad, lo cual les crea conflictos como: baja autoestima, depresión, introversión (dificultad para relacionarse con los demás); tercero, el daño psicológico para los hombres, porque éste en algún momento puede llegar a ver a cualquier mujer como objeto comercial y puede generar la dificultad para tener una relación de pareja saludablemente.

Aunque las 3 razones son muy importantes, el peligro para la salud puede ser la de mayor peso. Las enfermedades venéreas están difundidas especialmente entre las prostitutas.

Es posible tomar precauciones que disminuyan grandemente la posibilidad de que se produzcan, pero se considera indeseable hacer conocer ampliamente la naturaleza de estas precauciones porque ese conocimiento podría promover la vergüenza. Y a menudo los que contraen una enfermedad venérea postergan el tratamiento porque están avergonzados, debido a que toda enfermedad de este tipo se considera deshonrosa.

Con base en lo anteriormente mencionado se puede referir que a medida que la sociedad se va modernizando y va adquiriendo los valores de sociedad de consumo, puede darse un aumento de la prostitución, el robo, la drogadicción etc., en los grupos de nivel económico bajo.

Ahora bien para analizar la prostitución desde el punto de vista psicológico se hace necesario hacer incapié en la importancia que tiene el proceso de socialización en el individuo, puesto que de la forma en que este proceso se lleve a cabo dependerá el tipo de adaptación e interacción que establezca el individuo dentro del contexto social en que vive.

No obstante, es obvio que la prostitución, mientras exista, será el medio de difusión más peligroso.

La prostitución como existe ahora es una forma de vida indeseable. El mismo peligro de enfermedad hace de la prostitución un oficio peligroso, una vida desmoralizadora; es una vida de ocio y que predispone a la bebida. Tiene el grave inconveniente de que la prostituta generalmente es despreciada, y es probable que sea mal vista hasta por sus clientes. Por todas estas razones, la prostitución es una ocupación extraordinariamente indeseable.

Por otro lado al hablar de prostitución en relación con la adolescencia puede resultar aún más peligrosa, ya que en este período el adolescente se encuentra en una época de confusión y de curiosidad ante el medio social en que se desenvuelve y puede caer fácilmente en esta actividad como miembro activo o pasivo.

Es común que el comportamiento del adolescente sea impulsivo y confuso en cuanto a sus objetivos, ya que no ha sido provisto de un entrenamiento que le permita ir incorporándose paulatinamente al mundo adulto y que le facilite la elección de alternativas para futuras posiciones o roles por desempeñar. Se le considera a esta etapa del desarrollo como algo muy importante porque dada la fragilidad de la identidad y la excesiva sensibilidad a presiones externas que manifiesta el adolescente, lo hacen que sea una persona muy vulnerable y por tanto susceptible de que adopte algunas conductas inapropiadas.

Si la confusión e inseguridad propia del adolescente no es canalizada, o bien, si este no cuenta con las vías o medios adecuados para que resuelva sus conflictos de manera tal que pueda integrarse a la sociedad como un miembro activo y/o productivo dentro de esta, reforzará junto con otras carencias, la propensión a presentar este tipo de conductas.

El trato con prostitutas si es habitual producirá probablemente efectos psicológicos en el adolescente, como por ejemplo el que se habitúe al sentimiento desagradable de tener relación sexual sin afecto. Tenderá también, si tiene un código moral a despreciar a toda mujer con la que tenga relaciones sexuales, llegando esto a causarle una autoestima baja.

Llevándolo a olvidar que el acto sexual sólo debe realizarse cuando ambos lo desean, y que debe ser precedido invariablemente por un período de juego amoroso. En consecuencia, será duro y brutal con su mujer, originando en ella una aversión que es muy difícil desarraigar.

Ahora bien se dice que utiliza a las prostitutas son los jóvenes solteros y hombres que nunca se casan.

Hay una gran variedad de razones por las cuales se recurre a las prostitutas y algunas de las principales son:

A) SEXO SIN NEGOCIACION:

Hay hombres tanto en la clase trabajadora como en la media, que, por diversas razones encuentran que la negociación involucrada en la heterosociabilidad de nuestros días es más compleja de lo que pueden soportar. Algunas de ellas sencillamente no poseen destreza social para cortejar sexualmente a una mujer, y les parece que el contacto con una prostituta es menos complicado.

B) SEXO SIN RESPONSABILIDAD:

El contacto con una prostituta no sólo ahorra tiempo y a menudo dinero sino que también reduce la obligación del hombre hacia la mujer. La prostituta puede cosificarse, porque el dinero y el contexto limitará cualquier otro atractivo que ellas puedan tener.

C) SEXO POR EROTISMO Y VARIEDAD:

El tener contacto con una prostituta ofrece otros servicios. Para hombres que son ambivalentes en cuanto a la sensualidad sexual o a las técnicas sexuales apropiadas para sus esposas, la prostituta es la típica mujer "mala" de la que puede esperarse practicar sexo "sucio".

Hay algunos hombres que desean experiencias sexuales que no suelen esperarse de mujeres más convencionales, los hombres interesados en la servidumbre, las disciplinas, el sadomasoquismo y otros rituales sexuales acuden a las prostitutas.

Otra cuestión es que las prostitutas proporcionan el beneficio de la juventud a hombres ya mayores.

D) PROSTITUCION COMO FACTOR DE SOCIABILIDAD:

En el pasado el burdel era un lugar de sociabilidad para muchos hombres, actualmente a desaparecido este servicio, ahora los hombres pueden utilizar el servicio de acompañante que se llama por teléfono, así como el de alguna prostituta. Tales arreglos ofrecen compañía agradable para una noche y una automática experiencia sexual.

E) SEXO FUERA DEL HOGAR:

La mayor incidencia contemporánea de prostitución ocurre, probablemente, cuando los hombres no están relacionados o no viven en sus ambientes habituales, en especial cuando se encuentran en grupos sólo de varones, estos hombres a menudo se involucran con prostitutas.

F) SEXO PARA EL INCAPAZ:

Debido a los diversos obstáculos mentales o físicos, algunos hombres son incapaces de estimular la relación sexual en las formas convencionales. Puede ser físicamente deformes, muy feos, mentalmente deficientes, o visiblemente lisiados. En consecuencia no abordan a las mujeres convencionales porque piensan que los van a rechazar, y entonces se dirigen a las prostitutas, por creer que estas no se niegan a alguien que puede pagar.

Pero aún cuando estas mujeres por lo general están dispuestas a tomar a todos los clientes, algunas cobran a este tipo de hombres un precio mayor o le niegan el servicio. Es por esto que las relaciones sexuales deben ser un deleite mutuo, a las que se llega sólo por impulso espontáneo de ambas partes. Utilizar a una persona en asunto tan íntimo, significa no sentir hacia el ser humano, como tal, ese respeto del cual debe surgir toda moral verdadera.

En las relaciones sexuales, toda moral libre de prejuicios consiste especialmente en el respeto por la otra persona y la decisión de no usarla sólo como medio de satisfacción personal sin tomar en cuenta sus deseos personales.

Por el hecho de que la prostitución peca contra este principio, seguirá siendo indeseable aún si las prostitutas fueran respetadas y se eliminara el riesgo de enfermedad venérea.

TEMA 11: ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL

Las enfermedades de transmisión sexual eran comúnmente llamadas "enfermedades venéreas", son enfermedades contagiosas que se adquieren durante el acto sexual, cuando alguna de las personas involucradas previamente lo ha adquirido de la misma forma.

Durante mucho tiempo se creyó que las personas podrían contagiarse de estas enfermedades ya sea en el baño, en tazas o platos o con sólo hablar o saludar de mano a la persona contaminada. Se desconocía por su puesto, el medio de contagio y las características de los microorganismos que los producían; ahora se sabe que estas formas de transmisión no son posibles.

A pesar de que actualmente la mayoría de las enfermedades de este tipo son fácilmente diagnosticables y de fácil cura por los médicos y especialistas, muchas personas cuando se contaminan y comienzan a notar los síntomas en sus órganos genitales, como por ejemplo comezón, hinchazón, enrojecimiento, secreción de pus etc. a menudo se sienten culpables y les da vergüenza prefiriendo ocultar su padecimiento, esta actitud puede acarrear serias consecuencias para la salud de las personas si no se atiende a tiempo.

Anteriormente se mencionó que a las enfermedades de transmisión sexual se les llamaba comúnmente "enfermedades venéreas" y este término viene de "Venus" que era la diosa de la belleza y el amor, a ella se le debe el término "venéreo" que significa transmitido por la relación sexual. Pero el término de enfermedad venérea aún lleva el estigma de el pecado.

Las enfermedades de transmisión sexual son aún las "enfermedades secretas" de los escritores del pasado. Las personas con enfermedad de transmisión sexual no sólo deben soportar los insultos biológicos que acompañan a la enfermedad, sino que además deben tolerar la carga de una sociedad que lo acusa al decir "se lo toina merecido".

No es poco frecuente en la actualidad que los pacientes con enfermedades de transmisión sexual que se tratan en algunas instalaciones médicas sean humillados por el personal médico en un plan premeditado para exacerbar el castigo que ya sufren. Si a lo anterior se le agrega el hecho de que muchas enfermedades pueden transmitirse en forma sexual, así se hizo necesario evaluar el término de enfermedad venérea, cargado de valores morales. Quizá de manera pertinente apareció una nueva frase "Enfermedad de transmisión sexual" (ETS). Este término parece útil, pues no sólo se limita a enfermedades que se transmiten sólo durante la relación sexual, sino que además incluye infecciones que pueden transmitirse por otros tipos de contacto, como ropa interior prestada, toallas de baño infectadas, sanitarios insalubres, ropa de cama mal aseada. Además, quizá el término enfermedad de transmisión sexual no hace alusión inevitable a los valores morales que se asocian con la frase enfermedad venérea.

A continuación se mencionarán algunas enfermedades de transmisión sexual:

1.- GONORREA: La gonorrea es producida por una bacteria llamada "gonococo", fue descubierta por vez primera en 1879 por el bacteriólogo Albert Neisser. Esta bacteria es una célula viva, lo que significa que puede llevar a cabo, muchas de las actividades de las células vivas del cuerpo humano, carece de un núcleo claro, mitocondrias y otras estructuras celulares.

El nombre de gonorrea lo implantó el médico Gregogaleano ya que supuso que la enfermedad producía una liberación anormal de líquido seminal por lo tanto unió las palabras gonos ("semilla") y rhoia ("flujo").

Cuando se adquiere la enfermedad, la persona se da cuenta que ha sido contagiada porque empieza a notar emisión de pus y dolor en el pene o la vagina. El líquido en un principio es acuoso y después se hace espeso y blanco o amarillo verdoso.

También a la sensación quemante que acompaña a la micción pero tal vez desaparezca después de 2 ó 3 semanas, puede verse afectadas vejiga y riñones, próstata, vesícula seminal y epididimo. La infección grave de epididimo se llama Epididimitis y se caracteriza por hinchazón dolorosa de testículos.

La gonorrea es especialmente riesgosa para la mujer, esta enfermedad puede infectar las glándulas de Bartholin, lo que se llama "bartolinitis". También puede ocurrir infección de las trompas de falopio lo que se llama "salpinguitis". Para causar cicatrización en las trompas causando esterilidad.

El diagnóstico de la gonorrea es más fácil en el hombre que en la mujer.

La penicilina era el tratamiento milagroso para esta enfermedad hasta 1970, en la actualidad se ha descubierto que algunos tipos de gonorrea son resistentes a esta, en la mujer se debe de suministrar el doble de unidades de penicilina que en el hombre.

Ahora además de la tetraciclina existen otros medicamentos eficaces que pueden sustituir a la penicilina.

2.- SIFILIS: Esta es la enfermedad insidiosa de las enfermedades sexuales y también es una de las más peligrosas. En relación con esta enfermedad ningún país o zona del mundo parece dispuesto a reclamarla como suya hay algunos que dicen que fue Colón quien la llevo a Europa después de su viaje al nuevo mundo, otros dicen que ya existía en el viejo mundo, etc. lo que sí se sabe es que la sífilis se debe a una bacteria espiral, que se descubrió por primera vez en 1905, esta bacteria pasa a través de la piel humana lesionada o mucosas intactas, y suele transmitirse por contacto directo con lesiones infecciosas.

La sífilis se manifiesta por una serie de fases y son:

a) Sífilis primaria: Se caracteriza por una lesión que se llama chancro, y se le denomina "chancro duro" o "hunter" y varía de tamaño, y puede aparecer en genitales o zonas extragenitales, como labio, lengua, amígdalas, pezones, dedos y ano. Este chancro primario curiosamente es relativamente indoloro aún si se úlceras y agregue un líquido que contiene cientos y cientos de espiroquetas. En las mujeres, los chancros genitales son mucho menos obvios que en hombres, pues por lo común se encuentran en vagina o cuello uterino. Las espiroquetas infectas los ganglios linfáticos durante

la fase primaria y se extienden en el cuerpo a través de la sangre a esto se le denomina "espiroquetimia".

A menudo los ganglios linfáticos que drenan la zona del chancro aumenta de tamaño y se endurece de forma alarmante pero indolora. Durante esta fase se manifiesta lo traicionero de esta enfermedad, pues aún sin tratamiento médico el chancro desaparece después de 4 a 6 semanas y esto produce una falsa seguridad y a veces trágica.

Acaba sólo de iniciarse la obra destructiva de las espiroquetas.
b) **Sífilis secundaria:** Aproximadamente 1 ó 2 meses después de parecer el chancro, es obvio que la enfermedad ya es extensa. En casi todos los casos aparece una erupción de la piel, por lo regular en brazos y piernas, dorso, hombros, pecho y abdomen. A veces aparece en el cuero cabelludo, para causar pérdida de cabello. La erupción tal vez se acompañe de dolores de cabeza, fiebre poco intensa e hinchazón de ganglios linfáticos. Pueden aparecer placas blanco grisáceo e hinchadas en mucosas, en especial labios, paladar blando y lengua. Esta es una fase muy contagiosa, por ejemplo, las espiroquetas son tan abundantes en la boca que pueden infectar a dentistas y a sus asistentes, como en la sífilis primaria aún si no se trata en algunos meses ocurre remisión completa de los síntomas.

c) **Sífilis terciaria o tardía:** La fase terciaria tal vez no aparece durante 5-20 años. Durante este lapso, la infección persiste en fase latente. Cuando de nuevo se hace un habitante activo del cuerpo, tal vez se formen tumores suaves y gomosos, que se llaman "gomas", para anunciar su reaparición. Pueden formarse en cualquier tejido, y a veces afectan lengua, paladar y huesos faciales.

A la postre tal vez se ulceren. En el paladar, tal vez perforen el tejido hasta la cavidad nasal y trastornen el habla.

En esta fase se hace obvio que la sífilis es esencialmente una enfermedad del aparato circulatorio. Los tipos más frecuentes de sífilis tardía y sus probabilidades de aparición son las siguientes:

- **"Sífilis tardía benigna"**- Es la forma más leve y frecuente de afección terciaria que se caracteriza por la aparición de gomas rara vez produce muerte o incapacidad total.

- **"Sífilis cardiovascular"**- Esta lesiona uno de los venas sanguíneas más importantes del cuerpo, la aorta, este conducto es de importancia vital, lleva sangre oxigenada directamente del lado izquierdo del corazón hacia todas las partes del cuerpo.

- **"Neurosífilis"**- Cuando la sífilis afecta el sistema nervioso, se llama neurosífilis, es sin duda la manifestación más cruel de esta enfermedad, puede manifestarse por una amplia gama trastornos neurológicos desde la parálisis generalizada a trastornos de la personalidad y mentales. Aún así puede detenerse el curso de la enfermedad por medio de antibióticos. También pueden afectarse los nervios ópticos, y puede causar a veces hasta la muerte.

3.- **CHANCROIDE:** Esta enfermedad es contagiosa y se adquiere a través del coito. Se manifiesta con un granito o úlcera de borde infractuoso. Su período de incubación es de 3 a 5 días.

El tratamiento eficaz del chancroide puede lograrse con sulfonamidas o tetraciclina.

4.- **LINFOGRANULOMA VENEREO:** Es una enfermedad causada por un virus, se encuentra en todo el mundo, pero es más frecuente en regiones tropicales.

En el hombre, las lesiones primarias aparecen en los genitales de 5 a 21 días después de la exposición sexual.

Frecuentemente, no aparece la lesión primaria, y el primer signo surge de 10 a 30 días después de la exposición sexual en forma de ganglios linfáticos inflamados.

En la mujer, son improbables las lesiones primarias, posteriormente puede haber lesiones de uretra, labios o vagina.

Las lesiones de esta enfermedad son muy contagiosas, la inmunidad no sigue a un ataque de la enfermedad, el tratamiento del linfogranuloma venéreo con estreptomycinina es algo eficaz.

Esta enfermedad no es mortal y generalmente se cura, pero puede causar graves complicaciones como:

- A) Pérdida del control rectal de la defecación.
- B) Pérdida del control de la urinación.
- C) Daño a las estructuras reproductoras .

5.- **VERRUGAS VENEREAS:** Estas se conocieron durante muchos siglos y les prestaron atención los griegos y antiguos romanos. Sin embargo, el nombre mismo de la enfermedad está equivocado, pues las verrugas no son exclusivamente de transmisión venérea. De hecho, el origen y forma a menudo se desconocen. Su nombre médico o científico es: "Candidioma acuminado", y algunas autoridades en la materia consideran que el nombre común de la enfermedad debería cambiarse a "Verrugas genitales".

De hecho las verrugas venéreas, son un crecimiento tumoral causado por la verruga humana.

Los candidiomas acuminados son crecimientos suaves y de color rosa, de disposición aislada o en forma de racimos de uva. Crecen con rapidez y pueden formar grandes masa semejantes a coliflores. En los hombres suelen crecer debajo del prepucio y en el extremo de la uretra y con menos frecuencia alrededor del ano. En mujeres, estos crecimientos a menudo se descubren en los labios, a veces en el perineo, y menos a menudo en la pared vaginal y cuello uterino. Normalmente las verrugas genitales son pequeños crecimientos benignos que proliferan por arriba de la superficie sobre la que crecen, sin embargo, los candidiomas acuminados pueden crecer mucho y penetrar en los tejidos por debajo de la superficie.

Actualmente existen datos suficientes que sugieren que las verrugas venéreas también pueden hacerse cancerosas en ocasiones, y esto debe tenerse presente si esta enfermedad es persistente o aumenta de tamaño con rapidez.

6.- **HERPES GENITAL:** El herpes genital es probablemente la enfermedad sexual más común después de la gonorrea, esta enfermedad es una inflamación de la piel aguda causada por el virus, la infección puede ir acompañada de fiebre, dolor de cabeza, inapetencia y malestar general.

El grupo de virus se clasifica como virus herpético. Dos de los cinco miembros de este grupo se llaman virus del "Herpes simple 1" y del "Herpes simple tipo 2". A este virus se le conoce como los virus del amor debido a que se diseminan por contacto íntimo entre una persona y otra, producen lesiones locales en piel y mucosas.

El "Herpes tipo 1" se asocia con la infección no genital que suele llamarse herpes labial. Estas lesiones y otras erupciones de la piel causadas por este virus suelen aparecer por arriba de la cintura.

Las cepas tipo 2 del virus son la causa de bordes dolorosos en los genitales, muslos y nalgas, esto es, en las regiones por debajo de la cintura.

Este virus "tipo 2" se trasmite en forma sexual y es la enfermedad venérea principal en el mundo.

Durante algún tiempo se suponía en forma automática que las lesiones herpéticas por arriba de la cintura se debían al tipo 2. No obstante, ambos tipos pueden transmitirse por actividades sexuales bucogenitales.

Al parecer los virus herpéticos se esconden y así rara vez se exponen a los anticuerpos que circulan por el cuerpo en la sangre. El herpes tipo 2 cuando ataca a la mujer en el cuello uterino puede provocar cáncer cervical.

Actualmente no existe curación de la enfermedad herpética tipo 2. Pueden tratarse los síntomas para aliviar el malestar del infectado.

7.- MONILIASIS O CANDIDIASIS VAGINAL: Es un microorganismo que forma parte de la flora vaginal normal. Este hongo, es un habitante común del cuerpo humano, en especial de la boca, vía digestiva y vaginal. Pero el crecimiento de este hongo, así como su efecto sobre el cuerpo, al parecer lo limitan las bacterias coexistentes. Así pues cuando disminuye el número de las bacterias que comparten el medio con este microorganismo, el hongo crece sin límites, y puede constituir una infección grave.

Esta enfermedad es más frecuente en mujeres diabéticas y postmenopausicas, esta infección se descubre en la vagina, se caracteriza por un derrame espeso y blanco, semejante a queso y de olor mohoso y desagradable. El revestimiento de la vagina también puede estar inflamado y cubierto por placas blancas que se fusionan. En general la candidiasis vaginal es irritante pero difícilmente tan grave como muchas de las demás enfermedades de transmisión sexual. En ocasiones los labios se hinchan y enrojecen. El cultivo de este hongo puede tratarse eficazmente con compuestos antimicóticos, entre ellos nistatina y candicina.

8.- URETRITIS NO GONOCÓCICA: También llamada uretritis no específica. Este trastorno suele referirse a cualquier infección o inflamación de la uretra en que no se determina la causa o no puede o no puede determinarse. En los hombres esta enfermedad suele producir un derrame turbio y acuoso y una sensación quemante en la uretra. Las mujeres en muchos casos no presenta síntomas, pero al parecer puede servir de portadora de la infección.

- Se conocen 2 categorías de uretritis no gonocócica:
- A) La que se contagia por vía venérea.
 - B) Las que se contagian por una vía no venérea.

Para el tratamiento de esta enfermedad se han utilizado la mayoría de los antibióticos disponibles, con resultados variables.

9.- **GRANULOMA INGUINAL:** Es principalmente una enfermedad de la piel y las membranas mucosas, no es una enfermedad mortal, pero las lesiones ulceradas afectan a otras partes y se extiende la enfermedad. Esta enfermedad se descubrió por vez primera en la India en 1882 pero se identificó en Estados Unidos en 1913. Actualmente parece ser endémico en ciertas partes de E.U.A., en especial donde el clima es más adecuado, templado o caluroso.

Esta enfermedad no es muy contagiosa, y si bien se supone que la transmisión se lleva a cabo durante la relación sexual, probablemente también ocurren otras formas de diseminación.

El granuloma inguinal aparece en los genitales como un barro indoloro, en el pene o labios vulvares, que a la postre se ulceran. En hombres homosexuales, las lesiones también aparecen en el ano. Se trata de una infección crónica, pues las llagas o lesiones rara vez serán en forma espontánea, sino que siguen extendiéndose. A la postre las llagas producen un olor penetrante característico. Si no se trata esta enfermedad progresiva, no solo debilita, sino que también puede causar la muerte.

Una vez que se descubre la enfermedad puede curarse en sus primeras fases con antibióticos, como tetraciclina y estreptomicina.

10.- **TRICOMONIASIS:** Es un organismo unicelular protozoario que vive en las vías genitales urinarias de hombres y mujeres. Fue descrito por Donné en 1936.

Si bien este microbio puede alcanzar niveles infecciosos en la uretra y próstata del hombre, rara vez causa malestar alguno, excepto prurito del pene y a veces una excreción transparente poco abundante. En mujeres la enfermedad es diferente causa de infecciones de vagina, cuello uterino y vejiga urinaria.

Si bien la infección puede transmitirse durante la relación sexual, el microbio sobrevive en la mayor parte de las superficies sin que haya un huésped, y puede diseminarse por asientos de excusados y toallas.

Esta infección en mujeres se caracteriza por sensación quemante y prurito, además de derrame acuoso, blanco espumoso o amarillento de olor desagradable. Además la pared de la vagina se inflama.

La infección se trata con metronidazol, compuesto químico que se distribuye en el mercado con el nombre de flagyl, que se tomará durante 10 días aproximadamente. Se recomiendan duchas vaginales con vinagre (una cucharada de vinagre por litro de agua tibia) 2 veces al día para aumentar la acidez de la vagina.

11.- **VAGINITIS:** Es un término general para cualquier inflamación de la vagina. Los agentes físicos son causa de derrame excesivo de moco vaginal, incluyendo diafragma, supositorios, dispositivos intrauterinos, incluso taponas, substancias químicas como la píldora del control de la natalidad, microbios infecciosos en la vagina. El trastorno se llama leucorrea.

12.- **CISTITIS:** Es una infección bacteriana de la vejiga urinaria. Si bien ocurre en hombres y mujeres, por lo común se descubre en mujeres, este trastorno se acompaña de una sensación quemante durante la micción, deseo más o menos constante de orinar y a veces dolor y molestia en la región abdominal inferior.

La cistitis se trata eficazmente con antibióticos.

13.- **PROSTATITIS:** Es una infección de la próstata y hay varios microbios que causan la infección. De hecho, no son poco frecuente las infecciones mixtas debidas a más de un tipo de microorganismos.

En hombres jóvenes, la prostatitis puede ocurrir sin que haya síntomas obvios. Sin embargo la infección puede producir dolor en la ingle y fiebre. El hombre tal vez experimente una sensación quemante durante la eyaculación y después de esta.

La prostatitis se trata con antibióticos.

14.- **PEDICULOSIS PUBICA:** Hay 3 tipos de piojos que son habitantes obligados del cuerpo humano. Dos son muy semejantes uno del otro, y se llaman piojo de la cabeza y piojo del cuerpo un tercer tipo se llama "ladillas". Este piojo se disemina por lo regular, pero no en forma exclusiva, por contacto sexual, y de ahí toma otro nombre; "Papillón D'Amore". No obstante, no es poco frecuente adquirir estas ladillas de ropa de cama, ropa o toallas infectadas.

Estos piojos miden 2 mm. de largo y cuentan con un cuerpo gris con tres pares de patas rojizas. Como las patas terminan en pinzas les permiten cogerse de los pelos en que viven, superficialmente parecen cangrejos.

Las ladillas en general viven en las zonas cubiertas de pelo de la región púbica, ano y sobacos, y pueden incluso infectar las pestañas.

Al alimentarse causan prurito grave, lo que se acompaña de puntos inflamados.

Actualmente el tratamiento es relativamente fácil y eficaz, el medicamento que se recomienda es Kwell que es un champú.

15.- **SARNA:** Es una infestación muy contagiosa causada por un ácaro parásito, tienen cierta relación con las arañas y son semejantes a las garrapatas.

Este parásito ataca a hombres y mujeres de todas las edades, se trasmite de sujeto a sujeto durante contacto estrecho o íntimo. Como los ácaros infestan con facilidad los genitales y las nalgas, además de otras zonas corporales, pueden transmitirse durante el contacto sexual.

Estos parásitos se mueven con tanta rapidez sobre la superficie de la piel, que es muy alta su capacidad para pasar de una persona a otra. La hembra se incrusta en la piel del huésped, proceso que tarda cerca de una hora, pronto comienza a depositar 2 ó 3 huevos al día y los sigue haciendo a medida que cava a veces durante incluso dos meses.

A la peste ocurre sensibilidad a los ácaros en el sujeto infestado, que muestra brotes salientes de la piel, rojos, semejantes furúnculos. El prurito se hace intenso, y durante la noche pueda ser insoportable. El tratamiento por lo común consiste en la aplicación de una solución de hexacloruro de gammabenceno sobre toda la superficie corporal, del cuello hacia abajo.

16.- **MOLUSCO CONTAGIOSO:** Es una enfermedad viral de la piel y mucosa, infecta a hombres y mujeres de cualquier edad, pero es más frecuente en niños y adultos jóvenes. Las lesiones que produce esta enfermedad son salientes circulares, a menudo con centros deprimidos. No están rodeados de inflamación, y siempre son poco notables. Por lo regular estas lesiones aparecen en el tronco y en los genitales. La enfermedad con frecuencia desaparece en forma espontánea. Sin embargo, las lesiones se pueden eliminar con una cureta filosa, por lo regular sin anestesia, o frotarse con varias sustancias químicas que se aplican directamente sobre la piel.

17.- **TIÑA CRURAL:** Es una infección provocada por un hongo patógeno, esta enfermedad suele limitarse a la ingle y superficie de la región interna del muslo, y produce lesiones pardas con límites precisos. Si bien la tiña crural suele transmitirse por contacto con ropa y sostenes atléticos infestados, sigue siendo posible la transmisión por contacto sexual.

Se trata con fungicidas, pomada de Whitfield o solución al 1% de violeta de genciana.

18.- **SHIGELOSIS:** Hace pocos años en E.U.A. era una enfermedad sobre todo de niños y madres que vivían en zonas pobres.

Hoy en día es también una enfermedad de transmisión sexual en hombres homosexuales, a tal grado que estos sujetos tal vez justifiquen incluso un 30% de todos los casos reportados de esta enfermedad.

Esta infección es una desinteria causada por bacterias. Estos microbios pueden transmitirse por heces, dedos, moscas o alimentos. Los primeros síntomas que se experimentan como dolor y fiebre se deben a la inflamación de las mucosas del intestino grueso. Tal vez ocurra diarrea, sensación quemante en el pecho e incluso vómito. Si la enfermedad es grave puede tratarse con antibióticos como penicilina o tetraciclina.

19.- **HEPATITIS "B":** Se debe a un virus, estudios realizados sugieren que se transmite durante el contacto sexual entre homosexuales y en cónyuges de portadores conocidos.

Los primeros síntomas de la enfermedad incluyen vómito, fatiga y depresión mental. Aparece luego ictericia (color amarillento de piel y ojos), y la recuperación completa tarda quizá varios meses. No existe tratamiento específico, para esta enfermedad.

20.- **AMIBIASIS:** Se debe a un organismo unicelular, se transmite por agua contaminada, moscas, personas infectadas que manejan alimentos y contacto entre una persona y otra.

Recientemente se hizo evidente que la transmisión de esta enfermedad puede ocurrir en cualquier actividad sexual que produzca contacto fecal-bucal. La mayoría de los casos que se han reportado hasta ahora han ocurrido en hombres homosexuales.

21.- **ENTEROBIASIS:** Es un parásito intestinal. Se descubre más a menudo en climas templados y fríos que en regiones tropicales. Durante la noche la hembra se desplaza al ano, (ya que este parásito vive en el intestino grueso) donde deposita huevos. El prurito a veces es intenso, es por lo regular consecuencia de esta migración nocturna. Si bien el sujeto se rasca la zona que produce comezón, tal vez tome huevos debajo de las uñas, estos huevos luego

pueden transmitirse a la boca, para causar reinfección. El parásito también puede transmitirse durante el juego sexual si se toca con los dedos el ano de la pareja. Se ha observado diseminación de la enterobiasis en homosexuales.

Este parásito puede eliminarse por medio de varios medicamentos, incluyendo tabletas de pamoato de pirvino.

22.- **HAEMOPHILUS VAGINALIS:** Esta bacteria infecta la vagina, para causar una forma de vaginitis, puede ocurrir leucorrea y olor desagradable. Investigaciones han puesto de manifiesto que este microorganismo es el predominante en la uretra en la mayoría de las parejas de las mujeres infectadas. Se trata con ampicilina.

23.- **SIDA:** El síndrome de inmuno-deficiencia adquirida apareció como de la nada en la primavera de 1981.

Las siglas del síndrome de inmuno-deficiencia adquirida se pueden explicar así:

-Síndrome: El SIDA se manifiesta a través de una serie de enfermedades y síntomas diversos que suelen ser fatales.

-Inmuno-Deficiencia: El virus del SIDA hace que el cuerpo sean incapaz de combatir ciertas infecciones y enfermedades.

-Adquirida: El virus del SIDA se obtiene de alguien más.

El SIDA por lo general se define como la presencia de una enfermedad clínica consistente en infecciones oportunistas.

Los datos derivados del control epidemiológico, sugirieron al principio que el SIDA era causado por un agente transmisible, estos datos incluían: (1) la epidemia del SIDA era nueva; (2) apareció primero en áreas geográficas limitadas y después se extendió; (3) los grupos iniciales de personas infectadas (varones homosexuales y adictos a drogas) y los identificados más tarde (homofílicos y receptores de transfusiones sanguíneas) estaban predispuestos a enfermedades contagiosas, pero diferían social, económica y geográficamente; y (4) el agrupamiento de casos sugirió lazos y contactos comunes. Las vías principales de transmisión del SIDA son: contacto sexual íntimo, homosexual o heterosexual, transfusión de sangre, o productos hematológicos contaminados, y paso del virus de madres infectadas a sus fetos o recién nacidos en utero, durante el trabajo de parto y el nacimiento o en el período neonatal temprano.

Los signos y síntomas que pueden surgir del SIDA son:

- I. Fatiga intensa persistente por varias semanas sin causa obvia.
- II. Ganglios linfáticos tumefactos, por lo general en ambos lados, en la región cervical, axilar e inguinal.
- III. Pérdida inexplicable de peso, mayor de 4.5 kilogramos en dos meses.
- IV. Fiebre persistente o sudaciones nocturnas durante varias semanas.
- V. Acortamiento persistente de la respiración y tos no productiva de varias semanas.
- A.- Ahora bien el virus de SIDA no se transmite a través del contacto con una piel sin heridas, y no sobrevive fuera del cuerpo, por lo que es imposible adquirirla en los siguientes casos.
-tocando al enfermo, abrazándolo, tomándose de las manos, bailando, saludándose de mano, compartiendo el mismo excusado, ingiriendo comida preparada por personas con sida, mediante cualquier otra

forma de contacto cotidiano.

B.- El virus del SIDA no se transmite por medio de cosas que tocamos diariamente, por lo que es imposible adquirirlo al tocar objetos tales como:

-compartir equipos de gimnasia, teléfonos, auriculares, máquinas de escribir, toallas, dinero, perillas de puertas, pasamanos.

C.- El virus del SIDA nunca se ha transmitido por:

-compartir un emparedado, un refresco o un cigarro, usar los mismos platos, cucharas o tarros de café, usar un bebedero público. Actualmente no hay vacuna, o medicamento que pueda aliviar el SIDA, hay medicamentos que aminoran un poco los malestares solamente.

Las formas de precaución no son médicas ya que no las hay sin embargo se puede prevenir mediante:

-tener una sola pareja sexual, utilizar condón, no tener relaciones sexuales, tratar que las transmisiones de sangre sean seguras, no utilizar jeringas de otras personas, entre otras.

Ya se han mencionado algunas enfermedades de transmisión sexual, ahora bien, para ponerles un freno a estas y prevenirlas de forma satisfactoria se debe de tomar en cuenta que no para todas las enfermedades hay cura y que las vacunas eficaces contra las enfermedades de transmisión sexual en la actualidad son fantasías médicas. Al parecer el esfuerzo debe hacerse a través de la educación, para que pueda comunicarse la información suficiente alentando a las personas a que por lo menos soliciten orientación.

La educación sexual es entonces una forma de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Hasta ahora no se cuenta con un método 100% eficaz para prevenir estas enfermedades, sin embargo, ciertas precauciones son parte del sentido común, y vale la pena explorarlas. En primer lugar, tal vez fuera útil que las personas limitaran sus parejas sexuales a personas que conocen y cuyos hábitos sexuales le son familiares. El hecho también de tener relaciones sexuales cuando las personas están física y emocionalmente preparadas es una forma de evitar las enfermedades. La relación sana en lo físico y lo emocional se produce por desiciones personales y por elecciones concientes.

TEMA 12: ABUSO SEXUAL Y VIOLACION

El abuso sexual se da en todas las edades, razas, grupos étnicos y clases sociales, por lo que no hay un factor determinante en la incidencia del abuso sexual. Así pues, el hecho de que se reporte mayor número de casos en familias pertenecientes a la clase baja no indica que la clase media o alta estén exentas de el peligro de sufrir una agresión. Es por esto que el abuso sexual es conceptualizado como un evento al que todos estamos expuestos y puede ser que ocurra o que jamás se presente.

El abuso sexual involucra violencia y fuerza física menor que la violación, la cual frecuentemente va acompañada de un ataque físico. Las víctimas de violación con frecuencia son amenazadas con armas.

El acto que ocurre en el abuso sexual generalmente no es el coito sino más bien tocar los genitales, la masturbación y la exhibición.

El abuso sexual se repite, los atacantes se aprovechan de la víctima en diversas ocasiones; en contraste la violación ocurre típicamente una sola vez y casi siempre involucra un coito.

Este fenómeno social involucra a todos puesto que es una cruda y dolorosa realidad en nuestra sociedad.

No sólo las mujeres son víctimas de abuso sexual. A veces también son atacados hombres y niños varones. Sin embargo, las mujeres sufren este tipo de acoso con mayor frecuencia, además, se tiende a criaras de un modo que les hace más difícil el protegerse contra los requerimientos sexuales no deseados.

Para prevenir el abuso sexual podemos tomar diferentes medidas como son:

- Recibir información de sexualidad, para defender la propiedad y exclusividad de nuestro cuerpo y el derecho a negarnos a recibir caricias que no deseemos.
- Comunicación y confianza, pues es importante que no tengas miedo de expresar lo que sientes, puesto que no es malo y al decirlo ayudará a que la gente que de rodea lo comprenda.
- Buscar ayuda para que se aclaren tus dudas, en cuanto a la sexualidad y así te orienten de una manera correcta.
- Si no te sientes a gusto en algún lugar no asistas, puesto que estas arriesgando tu integridad.
- Si fuiste agredido (a) sexualmente denuncia de inmediato este acto a las autoridades, para frenar a tu agresor (ra), ya que una persona que ha agredido sexualmente a otra tiene la tendencia latente de volver a hacerlo.
- Cuando acudas a sanitarios públicos es conveniente que lo hagas en compañía de un (a) amigo (a) o un familiar, y en caso de que veas a una persona extraña o del sexo opuesto, sal inmediatamente de ahí.
- Debes darte la libertad de decir no a una caricia o acercamiento no deseado, incluyendo las que provengas de tus padres o familiares pues es tu derecho evitar caricias que no desees.

- También debes tener en cuenta que nadie tiene más derecho que tú a tocar tu propio cuerpo a menos que tu lo permitas convicentemente.

- Nunca hagas algo que no quieres hacer, así te lo diga un amigo.
- Nunca hables con nadie que no sea de tu confianza acerca de tu cuerpo o sobre las cosas que te preocupan.

- No te subas al carro de un desconocido.

- Cuando alguien te invite a lugares solitarios di "no".

- Si alguien te muestra su cuerpo desnudo o sus partes íntimas aléjate de esa persona y denúncialo.

- Si un desconocido te pide ayuda para buscar algo que se le perdió dile que no y aléjate inmediatamente.

Ahora bien, la violación es un acto agresivo en el que una persona obliga a otra al acto sexual. Pero lo sorprendente es que el motivo oculto tras la violación no es, fundamentalmente sexual, sino que es dominar, controlar y humillar a la víctima.

Muchas de las víctimas nunca denuncian el delito a la policía, con frecuencia porque temen verse aún más humilladas, blanco de desconfianza y hasta de crítica.

Es imposible evitar absolutamente todo riesgo de ser atacado, pero existen ciertas medidas que pueden ayudarnos a reducir el riesgo. El primer paso es admitir que estamos en peligro de sufrir una agresión sexual, pues esto nos servirá para estar más alerta, tomar más precauciones y preparar estrategias posibles para enfrentarnos a nuestro (s) atacantes. Tanto el abuso sexual como la violación son experiencias horribles, en las que preferiríamos no pensar. Sin embargo es necesario, para pensar anticipadamente como responder uno ante un ataque.

Es preciso protegerse del mejor modo posible y según la propia capacidad.

*** SI ERES ATACADA (O):**

En caso de ser víctima de un ataque necesitarás, a un tiempo, apoyo emocional de alguien en quien confíes y atención médica inmediata. También deberás decidir si efectuar o no la denuncia policial. Esta es una decisión que sólo te corresponde a ti, sin embargo, la única posibilidad de impedir que el agresor repita sus ataques es mediante la cooperación de la víctima.

Hoy en día la policía recibe una preparación especial, con lo cual sus agentes son más sensibles a las necesidades y a los sentimientos de la víctima; así es más probable que la traten de un modo comprensivo, en vez de considerarla culpable.

Para no eliminar posibles pruebas no debes cambiarte de ropa, bañarte ni hacerte labajes sino después de haberte puesto en contacto con la policía y haberte sometido a un examen médico en el hospital.

*** SI TE VES ATACADA (O)**

Recuerda que quien hizo algo malo no eres tú, sino quien te atacó. Busca apoyo en tus padres, tus amigos, tus profesores o algún otro adulto. Recordando que este tipo de violaciones es ilegal y que puede ser denunciado a un policía como cualquier otro abuso.

Si no quieres llamar a la policía, una opción es telefonear a alguna organización especializada, ya que cuentan con asesores que pueden proporcionar apoyo emocional e informarnos sobre que corresponde hacer; también nos ayudan a decidir si denunciaremos o no la violación a la policía. En casi todos los casos, sus servicios son confidenciales.

*** SUGERENCIAS PARA TU MAYOR SEGURIDAD:**

- Siempre procura, circular por zonas iluminadas.
- Camina con paso seguro y parejo.
- Evitar en lo posible puertas, arbustos y callejones donde pueda ocultarse un violador.
- Si te parece que un coche te esta siguiendo, gira en redondo y alejate en dirección opuesta.
- Si crees que alguien te sigue camina deprisa hasta una zona donde haya luces y gente.
- Si alguien te pide indicaciones desde un automóvil, ten cuidado. Responde siempre desde lejos y no te acerques al vehículo.
- Cuando creas que estas en peligro no tengas miedo de gritar y echar a correr.
- Si te encuentras en problemas, llama la atención de cualquier modo, gritando, rompiendo una ventana, o grita "fuego" y así tu agresor probablemente tendrá menos opciones.
- Procura salir siempre en compañía de una persona amiga, puesto que existe menos posibilidad de ser atacado (a).
- Ten siempre a la mano los números telefónicos de emergencia y dinero o tarjeta para hacer la llamada necesaria.
- No levantes a desconocidos en tu vehículo ni hagas señas para que cualquier coche te recoja.
- Ten preparada la llave entre los dedos, lista para abrir la puerta de tu casa o la del automóvil.
- Anota los numeros telefónicos de emergencia junto al teléfono de tu casa.
- Si ves un coche descompuesto no te detengas a ayudar al conductor, es preferible que le envíes auxilio desde un teléfono.

*** COMO RESPONDER A UN ATAQUE:**

- Someterse al ataque: si crees que al defenderte puedes salir herida (o) o si tienes miedo de resistirte, no lo hagas. El hecho de que te sometas a una violación por miedo, no significa que lo hallas consentido. Sigue siendo violación y, por lo tanto, delito, aunque no tengas ni un solo golpe, y deberías denunciarlo a la policía.
- Resistencia pasiva: En ocasiones la víctima quiere resistirse al ataque pero tiene miedo de gritar o forcejear. En estos casos puedes tal vez "desactivar" al atacante con una resistencia pasiva: "Háblale y trata de convencerlo de que no lleve a cabo su ataque. Si logras tranquilizarlo y ganar su confianza, quizá te deje escapar.
- Di al atacante que estas embarazada o que tienes una enfermedad venérea. Esto tal vez pueda detener al atacante.

-Trata de desconcertar al violador. Finje desmayarte, o grita histericamente.

*Si estas en tu casa, di al atacante que esta por llegar tu novio, tu marido o alguien con quien compartes tu vivienda.

-Resistencia activa: Si gritas, forcejeas o luchas tal vez sea la reaccion más conveniente y en algunos casos, pueda asustar o desalentar al atacante. En otros, la resistencia puede hacer que el violador se torne más violento o más deseoso de someter a la víctima.

Existen diferentes tipos de resistencia activa. He aquí algunos:

-Gritos, pueden sorprender o asustar al atacante. En zonas aisladas, gritar no sirve de nada.

*Forcejeo y lucha, esto puede desalentar al violador. Si no tienes miedo de herir a otros y puedes acastarle un buen golpe, eso quizá te proporcione la oportunidad de escapar.

-Armas, estas pueden ahuyentar al atacante, como revolveres, puñales, o sustancias químicas. Pero estas úsalas si es que sabes como hacerlo y que no tengas miedo, pueden resultar muy peligrosas, porque el atacante puede volverlas contra ti.

TEMA 13: SEXO Y SOCIEDAD

La sexualidad se vive en una época concreta en una determinada sociedad. Para nosotros constituye, al mismo tiempo una emoción esencialmente subjetiva. Deseos, sentimientos, realización y desarrollo del cuerpo, son elementos que sentimos que nos pertenecen, que son algo nuestro. Pero esta realidad que experimentamos como algo tan personal y tan intenso debe ser inmediatamente confrontada con otras realidades externas a nosotros mismos. Para amarnos, necesitamos gozar la sexualidad en plena libertad y encontrarnos solos.

Los obstáculos que limitan y condicionan los contactos sexuales y el libre ejercicio de la sexualidad surgen de todas partes y se multiplican. Siendo esto la simple consecuencia de nuestra estructuras sociales.

La consideración de la sexualidad desde un punto de vista social, gira alrededor de 2 asuntos completamente diferentes: la conducta sexual y el papel que desempeña cada sexo en la sociedad. La sociedad cambia al hombre moderando sus instintos, jerarquizando sus deseos, reprimiendo o inhibiendo muchas de sus motivaciones, la sociedad aprovecha al hombre integrándolo a su núcleo, cultivando en él sus temores e imponiéndole una religión determinada, el hombre no puede ser considerado como ajeno a la sociedad, debe ser considerado como un ente social; y precisamente porque existe debe tener derecho a un placer sexual grande o pequeño, variado o monótono, intenso o suave, prolongado o breve como él lo prefiera, en la medida en que en el proceso de tener esa satisfacción preferida, no afecte necesariamente y desaleamente, los derechos y satisfacciones sexuales (o no sexuales) de terceros.

El sexo puede ser una actividad deleitable si nadie corre peligro. Desafortunadamente para muchos, siempre parece haber algún peligro, como por ejemplo: embarazos no deseados, enfermedades venéreas, inestabilidad emocional, etc.

Pero la responsabilidad es esencial en cualquier relación emocional. El grado de responsabilidad depende de los límites de la relación. Incluso en el encuentro de una sola noche, implica algún grado de responsabilidad con respecto al placer suyo y del compañero (a) sensibilidad ante su honor y sensaciones ya que cada individuo es diferente y por lo tanto las normas para la conducta sexual en la sociedad evolucionan típicamente de varias fuentes, una de las preocupaciones principales es el bienestar de los niños, puesto que ellos tienen derecho a ser educados dentro de una familia estable, es por esto que existe la tradicional restricción del coito antes del matrimonio y solamente es aceptado dentro de él mismo, siendo esto un intento para asegurar que el niño nazca dentro de una relación estable donde pueda recibir una atención adecuada. No obstante, muchos otros convencionalismos sexuales de la sociedad no tienen nada que ver con la seguridad de los niños, y han surgido para proteger al individuo de la explotación, para evitar una conducta que ofenda a otros individuos, o para reflejar varias dogmas religiosas.

Muchas personas arguyen que cualquier forma de conducta sexual privada entre adultos, en la que no se hace daño a nadie debería ser legal.

Hay por supuesto, cambios evidentes en las actitudes y conductas sexuales de nuestra sociedad.

Estos cambios que han ocurrido y siguen ocurriendo, estriban más en nuestras actitudes y franqueza de la sexualidad, que en nuestra conducta.

Siempre ha habido muchas relaciones premaritales y extramaritales, pero hace poco que la gente se ha vuelto franca acerca de sus prácticas y experiencias.

La adolescencia es una etapa muy adecuada para promover en los jóvenes el control de su propia conducta y la búsqueda de orientación sobre la materia.

A nivel psicológico en general, el adolescente debe aprender sobre el comportamiento porque al llegar a esta etapa, comienza a verse rodeado por una serie de recursos de los que antes no disponía y que por su inmadurez tiende a mal emplear.

Socialmente los esfuerzos por ventilar en la comunicación familiar el aspecto que se refiere a los inicios de la atracción formal por el sexo opuesto, es decir cuando comienza a internarse en los aspectos de sexualidad se les debe de proporcionar a los jóvenes una orientación bien sistematizada acerca del tema.

Por otra parte se debe de observar también que a pesar de la herencia cultural que nos ha legado la sociedad occidental en relación a las normas y valores con respecto a la sexualidad, cuyos pilares fundamentales han sido la negación, ocultamiento y represión, el propio desarrollo social nos coloca hoy en una posición mucho más ventajosa para analizar a la sexualidad.

Por lo anterior se puede decir que la sexualidad del hombre es producto del complejo entrecruzamiento de estructuras biológicas, psicológicas y sociales, que se cristalizan en cada sujeto de forma propia y le proporcionan a este sus características de identidad y orientación sexual.

Se dice entonces que la sexualidad se vive en una época concreta, en una determinada sociedad.

El campo de la sexualidad es muy amplio y abarca varios aspectos, (social, económico, moral, psicológico, biológico, etc.).

Una de las formas en una sociedad influye, en las actitudes, conducta y roles sexuales de sus miembros es por medio del proceso llamado "Modelamiento". Este el proceso en que el individuo observa y adopta como propias, las conductas y actitudes de los demás. En general, la gente ve a los demás, no tanto para aprender como hacer respuestas sexuales sino para determinar cuando es apropiada una respuesta en particular.

En todas las sociedades han existido ciertos deberes que eran desempeñados predominantemente por las mujeres; otros eran reservados a los hombres, y otros más eran compartidos por ambos. Sin embargo, las tareas específicas asignadas a cada sexo han variado; lo que en una sociedad se considera como labor masculina, puede ser femenina en otra.

Retomando el papel del modelamiento se dice que es importante para determinar los roles sexuales probablemente con más intensidad de lo que influye en la conducta sexual. Los padres son modelos primarios. Para muchos jóvenes los modelos que tienen son contrarios a su forma de pensar de tal manera que razonan y disertan sobre la convivencia de las relaciones sexuales antes del matrimonio y aún desde la adolescencia; sobre la madurez y la experiencia que estas aportan al hombre y a la mujer y de inutilidad, tanto en el aspecto biológico como social, la virginidad al llegar al matrimonio, como sobre lo absurdo que es fincar en ella el valor total de la mujer.

Con lo anterior no se quiere decir que un adolescente tema o se frustre por no seguir preceptos que muy probablemente sus padres tampoco siguieron, pero sí se puede decir que se quieren evitar conflictos tales como:

A) Una pareja que tiene relaciones sexuales en plena adolescencia y cursando sus estudios de secundaria o sus primeros semestres de preparatoria o comenzando a desempeñar su primer trabajo, se verá implicado en conflictos como celos, el deseo de vivir juntos, lo que no deja de complicar la vida porque no es matrimonio ni noviazgo, pero sí es inmadurez.

B) Los estudios se verán afectados porque ambos albergan temores diversos y sensación de estar viviendo la vida a medias, porque estarán inquietos con la mente fija en "lo que ocurrió".

C) La muchacha puede quedar embarazada.

D) Si las relaciones no se practican normalmente interpareja (en exclusividad el uno para el otro), si no propiamente dicho en promiscuidad (todas para todos), los participantes llegarán a ser insolentes y a su vez serán mal juzgados.

E) La realidad de que miles de mujeres mueren anualmente por lo provocación del aborto sobre todo en grado avanzado de gestación.

La dinámica de las relaciones sexuales es demasiado compleja como para esperar evitar todo conflicto. Pero hay que esperar que el sexo brinde más placer a más gente, conforme aprendamos a interactuar de una manera más significativa y al paso que disminuyan nuestras inhibiciones y angustias.

Esperando así mismo, que el sexo no se reduzca a un acto egoísta, sin procurar la satisfacción del compañero (a); sino que para la mayoría de la gente se convierta en una experiencia agradable compartida con alguien a que aprecie en toda su estatura humana.

CONCLUSIONES

La educación de la sexualidad ha sido un tema de discusión en el sentido moral, ético, religioso, social, biológico, psicológico etc. La información que se da acerca de éste tema en ocasiones es muy limitado y peor aún errado.

La sexualidad es una parte fundamental del ser humano, independientemente de su posición socioeconómica, cultural y de sus niveles de discapacidad, sin embargo la educación de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual les ha sido negada y en ocasiones hasta prohibida.

La presente propuesta ofrece una guía de información acerca de la sexualidad, pretendiendo darle mayor difusión, y así disminuir los problemas de índole sexual, aunque en la actualidad existen textos sobre este tema, no tienen en ocasiones un lenguaje u organización adecuada para las personas con discapacidad intelectual, es por esto que el programa está diseñado para que él o la joven discapacitado (a) intelectual cuente con las herramientas necesarias para tomar sus propias decisiones, utilizando éstas para manejar de una forma adecuada sus sentimientos, pensamientos y conductas sexuales, también es un facilitador para hacer frente a los problemas que se le presenten orientándolos tanto a ellos como a las personas que lo rodean en el ámbito de la sexualidad.

Sin embargo el querer no es siempre poder, debido a lo importante del tema central de la propuesta "sexualidad" y a las personas a las que va dirigido "joven con discapacidad intelectual" el llevar a cabo su ejecución en ocasiones es difícil ya que la gente que rodea a las personas con discapacidad intelectual se niega a que se les de esta información, siendo esto una posible limitante para su posterior aplicación.

Por otro lado, el programa no pretende dar solución a todos los problemas acerca de la sexualidad, pero si es una guía con información formal y sistemática, que por su contenido puede ser aplicada a cualquier tipo de población, con la diferencia que si se aplica a jóvenes con discapacidad intelectual se requiere que el instructor sea aún más preciso en su explicación dando la información lo más clara y sencilla posible sin profundizar en ésta, pues como se sabe el joven con discapacidad intelectual aprende de forma más lenta. En este sentido la aplicación de las actividades debe ser más específica requiriendo aún de más tiempo del que necesitaría cualquier otro miembro de la sociedad.

Ahora bien la información acerca de la sexualidad siempre es la misma para toda la población, pero sin olvidar que la forma de presentación difiere según el tipo de población, en este caso su aplicación debe ser más esmerada puesto que el programa va dirigido a jóvenes con discapacidad intelectual, aunque bien es cierto que todas las personas con discapacidad intelectual así como de la población en general poseen la capacidad de manifestar adecuadamente su sexualidad, siguiendo las normas establecidas, siempre y cuando se les brinde la estructura y orientación sexual necesaria.

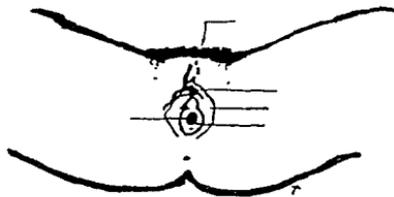
ANEXO 1

INSTRUCCIONES: Contesta brevemente las siguientes preguntas

- 1.- ¿Qué significa sexualidad?
- 2.- ¿Qué te han dicho acerca de la sexualidad tus maestros?
- 3.- ¿Qué has aprendido de tus papas acerca de la sexualidad?
- 4.- Menciona la importancia que tiene la educación sexual.
- 5.- ¿Qué aspectos sociales, culturales, biológicos consideras importante saber acerca de la sexualidad?
- 6.- ¿Qué te gustaría saber acerca de la sexualidad?

ANEXO 2

INSTRUCCIONES: Escribe las diferentes partes del aparato sexual masculino y femenino en las siguientes figuras.



↑
Genitales femeninos externos.



↑
Genitales masculinos externos.

ANEXO 3

SITUACIONES PARA DRAMATIZACIONES:

OBJETIVO: en esta dramatización se discriminará cuando se trate de una relación formal de noviazgo y cuando de una relación sexual casual.

1.- Sandra conoció a un joven llamado Ernesto en su fiesta de cumpleaños, ella se sintió muy emocionada porque al despedirse él le dio un beso en la mejilla.

Pasada una semana le habló por teléfono Ernesto y la invitó a salir, pero sus papás, (Juan y Ana) no la dejan salir sola y es por esto que decidió invitar a sus compañeros (Rosa, Luis, Jaime, Teresa, Jorge y Rocío) llegando a la cita Ernesto se molesto demasiado porque él quería estar a solas con Sandra, pero sus amigos trataron de darle explicaciones a Sandra del porque él había tomado esa actitud.

OBJETIVO: En esta dramatización el joven diferenciará la atracción física de el amor.

2.- En la clase de educación sexual Daniel conoció a Rosa y le gusto demasiado, Daniel a toda costa quería ser amigo de Rosa, y por tanto pidió ayuda a sus amigos, porque él quería conquistarla ya que decía estar enamorado de ella; pero ella no le hacía caso, pasado un tiempo después de que Daniel había insistido mucho Rosa decidió salir con él, y le platicó a sus amigas que iba a salir con él.

Daniel emocionadísimo se puso su mejor ropa, pasado un tiempo los dos decidieron ser novios, y así pasaron 4 meses.

Un día estando los dos juntos en el parque y después de haber platicado durante un rato se dieron cuenta de que no sólo se gustaban, sino que realmente sentía amor mutuo, puesto que en ese tiempo se dedicaban a pensar en el bienestar de ambos, hacían planes a futuro, y querían ayudarse el uno al otro.

OBJETIVO: En la siguiente dramatización el joven reconocerá el derecho que tiene toda persona a marcar sus propios límites acerca de la sexualidad.

3.- María y Rubén son novios, y María lo quiere mucho, él quiere tener relaciones sexuales con ella y busca a toda costa que ella acepte.

María a su vez lo platica con sus amigas, y les dice que si no acepta tener relaciones sexuales con Rubén él va a dejarla.

Sus amigas le aconsejan que si Rubén está verdaderamente enamorado de ella esperará a que María quiera tener relaciones sexuales con él, y que si no acepta es porque él lo único que quiere es aprovecharse de la situación. Por otro lado sus amigos de Rubén hablan con él y le hacen ver el derecho que tiene ella de marcar sus límites. Al final Rubén entiende a María y respeta su decisión.

ANEXO 4

ARGUMENTOS PARA TENER RELACIONES SEXUALES:

- A) Estar preparado física y emocionalmente.
- B) Saber que riesgos puede traer consigo una relación sexual.
- C) Ser responsable de su propio cuerpo.
- D) No depender de nadie física, económica y emocionalmente.
- E) No ser obligado.
- F) Saberse proteger para evitar enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no deseados.
- G) Sentir realmente amor por la pareja.
- H) Saber manejar tu propio cuerpo.
- I) Estar totalmente convencido de lo que se va a hacer.
- J) Tener una buena comunicación con la pareja.
- K) Conocer los hábitos y costumbres de la pareja.
- L) Tener intereses en común, compañerismo.
- M) Tener respeto mutuo.
- N) Contar con buena salud física y mental.
- Ñ) Tener capacidad de brindar y recibir amor.

ARGUMENTOS PARA NO TENER RELACIONES SEXUALES:

- A) No sentirse preparado para tener relaciones sexuales.
- B) Posibilidad de embarazo no deseado.
- C) No saberse proteger.
- D) Tener relaciones sexuales solamente por obligación.
- E) No estar enamorado.
- F) No saber como manejar tu propia sexualidad.
- G) Tener relaciones sexuales sólo por imitación.
- H) Obligar a tu pareja para tener relaciones sexuales.
- J) No contar con una buena salud física y mental.
- K) Tener relaciones sexuales sólo por curiosidad.
- L) No saberse comunicar con la pareja.
- M) Ser dependiente emocional o económico de otra persona.
- N) No conocerse a sí mismo.
- Ñ) Sentirse forzado ante una situación de peligro.

NOTA: Los argumentos se darán recontados inciso por inciso.

ANEXO 5

FORMAS DE PRESION PARA TENER RELACIONES SEXUALES:

- 1.- Por imitación: Todo el mundo lo hace.
- 2.- Por obligación: Si me amas debes tener relaciones sexuales conmigo.
- 3.- Por chantaje: Si tú no tienes relaciones sexuales conmigo no me verás nunca más.
- 4.- Por miedo: Si no tienes relaciones sexuales conmigo puedo hacerte daño.
- 5.- Por seducción: Pruébame, seré lo mejor que has tenido.
- 6.- Por inestabilidad emocional: Ahora que estas tan sólo (a) vamos a tener relaciones sexuales, yo "si" te quiero.
- 7.- Por inestabilidad económica: Si tienes relaciones sexuales conmigo puedo ayudarte económicamente.
- 8.- Porque son novios: Tú tienes tantas ganas como yo de tener relaciones sexuales.
- 9.- Por curiosidad: Quiéres intentar tener relaciones sexuales para ver si te gusta.
- 10.- Por popularidad: Si tú quieres ser popular entre los (as) chicos (as) de la escuela debes tener relaciones sexuales.

ANEXO 6

INSTRUCCIONES: Contesta brevemente las siguientes preguntas.

1.- Imaginando que tuviste relaciones sexuales con tu pareja, y de esa relación hay un embarazo ¿que harías?

- A) Informo a mi pareja (si es mujer).

- B) Como ayudo a mi pareja (si es hombre).

- C) ¿Por cuánto tiempo puedo callar?

- D) ¿Qué solución voy a tomar?

- E) ¿En dónde puedo buscar asesoramiento?

- F) ¿Quién me puede ayudar?

ANEXO 7

2.- Suponiendo que ya tomaste la decisión de tener el bebé contesta lo siguiente:

- A) ¿Cuentas con un sueldo o tienes forma de recibir dinero suficiente para mantenerlo?

- B) ¿Cuánto tiempo tendrás que dedicarle al trabajo para mantener al niño?

- C) ¿Tendrás tiempo para atender, educar y dar amor al niño?

- D) ¿Cuánto tiempo tendrás para dedicarlo a tu persona?

- E) ¿Puedes ser el padre o la madre que te gustaría ser para tu hijo?

- F) ¿Qué ayuda emocional, económica y de otro tipo puedes recibir de tu pareja y/o de tu familia.

ANEXO 8

HOJA DE CUIDADOS PARA EL BEBE

- 1.- Ponerle nombre.
- 2.- Bañarlo diariamente.
- 3.- Darle sus alimentos aproximadamente cada 3 ó 4 horas.
- 4.- Llevarlo al pediatra cada vez que sea necesario.
- 5.- Llevarlo a que le pongan todas sus vacunas.
- 6.- Estar al pendiente de él todo el tiempo.
- 7.- Cambiarlo de pañal cada que lo requiera.
- 8.- Lavarle la ropa.
- 9.- Plancharle la ropa.
- 10.- Tener limpios todos sus utensilios.
- 11.- No golpearlo ni permitir que sea golpeado.
- 12.- Tenerle paciencia.
- 13.- Cuando lllore tratar de averiguar que es lo que le pasa.
- 14.- Preparar sus alimentos con una higiene adecuada.
- 15.- Procurar tener siempre tus manos limpias.
- 16.- Tomarlo en tus brazos con cuidado.
- 17.- Tener cuidado en sus medicamentos cuando lo requiera.
- 18.- No ponerlo en lugares donde su vida corra peligro.
- 19.- No tener animales cerca de él.
- 20.- Sobre todas las medidas anteriores, la principal es amarlo y respetarlo ante todo.

ANEXO 9

INSTRUCCIONES: Con base en las siguientes situaciones elige el método anticonceptivo más conveniente y explica el por qué de la elección.

OBJETIVO: Seleccionar el método anticonceptivo más adecuado a una situación específica.

1.- Juana y Beto han estado saliendo juntos por más de un año. Cuando ellos empezaron a tener relaciones sexuales, Juana tomaba la píldora. Ella las tomó por 6 meses aproximadamente. Hace un mes, ellos tuvieron una pelea y decidieron no verse por un tiempo. Juana dejó de tomar la píldora. La otra noche, ellos salieron otra vez juntos, hablaron de muchas cosas y decidieron continuar sus relaciones. Esta noche, ellos están solos en casa de Beto y él quiere reanudar sus relaciones sexuales. ¿Qué método anticonceptivo les recomiendas y por qué?.

2.- Hugo y Susana están locos uno por el otro. Durante los 3 últimos meses, ellos se han hecho muchas caricias íntimas, pero nunca han llegado al acto sexual. Esta noche es muy especial, debido a que Susana mañana sale de vacaciones por 2 meses, fuera de la ciudad. Ellos no se han visto mucho durante el último mes y ambos desean demostrarse su cariño haciéndose el amor. Ellos fueron a la última función de cine y están en el carro, pero no tienen a la mano ningún anticonceptivo. ¿qué método anticonceptivo pueden usar y por qué?.

3.- Arturo y Marta han estado teniendo relaciones sexuales 1 ó 2 veces por semana durante 6 meses, ellos habían estado usando el retiro y parecía que funcionaba bien; hasta hace 2 semanas, cuando la menstruación de Marta se retrasó. Por 20 días ellos temieron que Marta estuviera embarazada y ambos juraron que nunca más tendrían relaciones sexuales sin tener alguna protección. Finalmente, la menstruación de Marta llegó. Ella quiere usar un método anticonceptivo pero le da vergüenza ir a un centro de planificación familiar. Arturo no quiere utilizar el condón. ¿Qué método anticonceptivo les recomiendas y por qué?.

4.- La familia de Carlos es muy religiosa y le han inculcado la creencia de que el acto sexual debe reservarse para el matrimonio. Carlos respeta tanto a sus padres como a su religión. Carlos está saliendo con Erika y siente por ella un gran cariño. Erika ya ha tenido relaciones sexuales en sus noviazgos anteriores. (Ella tomaba la píldora, pero dejó de tomarla cuando terminó con su último novio hace 3 meses). Erika piensa que es natural y que tanto ella como Carlos tienen todo el derecho de expresarse su cariño que sienten uno hacia el otro, teniendo relaciones sexuales. ¿Qué método les recomiendas y por qué?.

Nota: Estas situaciones fueron tomadas del libro: Planeando tu vida de Sussan Pick de Weiss.

ANEXO 10

INSTRUCCIONES: Contesta "SI" o "NO" según consideres:

1.- Si tienes deseos de tener relaciones sexuales recurrirías a la prostitución?

SI _____ NO _____

2.- Si tuvieras deseos de tener relaciones sexuales se lo comentarías a tu pareja?

SI _____ NO _____

3.- Si no tuvieras dinero y lo necesitaras urgentemente te prostituirías?

SI _____ NO _____

4.- Consideras que la prostitución es una alternativa satisfactoria para las relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

ANEXO 11

INSTRUCCIONES: Contesta brevemente las siguientes preguntas.

- 1.- ¿ Qué es el abuso sexual?.
- 2.- ¿ Qué es la violación?.
- 3.- ¿ Serías capaz de denunciar a alguien que te ha agredido sexualmente?.
- 4.- ¿ Consideras que los agresores sexuales son de un mismo sexo?.
- 5.- ¿ Ayudarías a una persona a denunciar un acto de agresión sexual?.
- 6.- ¿ Has sentido el deseo de atacar a alguien sexualmente?.
- 7.- En caso de ser afirmativa tu respuesta anterior ¿ Has buscado alguna ayuda?.

INSTRUCCIONES: Tacha la opción que creas conveniente y contesta por qué.

8.- ¿ Crees que estos delitos sexuales se pueden prevenir?.

A) NO

B) SI

POR QUE? _____

9.- ¿ Conoces alguna forma de prevención?

A) NO

B) SI

CUAL? _____

ANEXO 12

INSTRUCCIONES: En base a las dramatizaciones siguientes los jóvenes seleccionarán una forma de prevenir y/o ayudar a la víctima en una agresión sexual.

OBJETIVO: Que el joven identifique de donde puede provenir un abuso sexual o violación y de alternativas de prevención a las mismas.

I. - Teresa reprobó el examen de biología, ella se sintió muy mal, sus amigas le dijeron que no se preocupara y que le iban a ayudar para el siguiente examen. Teresa les dijo que sus papás la van a regañar por no haber estudiado y no sabe que hacer. El maestro Raúl la vio llorando cuando salió del salón y le pidió que se esperará, que él le podría ayudar a que ese 5 de calificación se convirtiera en 10. Teresa le preguntó cómo y él le contestó que se dejara acariciar y besar, ella aceptó con tal de obtener un 10, pero después de esto ya no se sintió bien consigo misma.
¿Cómo ayudarías a Teresa y que recomendarías?

II. - Luis no asistió hoy a clases porque se ha sentido mal desde hace unos días, pues le ha dolido mucho el estómago. Sus papás deciden llevarlo con la doctora, y ésta les dice que es una infección y lo cita para el día siguiente. Ya en el consultorio Luis le dice a la doctora que ya se siente bien y ella le responde que se desvista para revisarlo y que ella hará lo mismo para que le explique lo que sucedió. Luis no quiere hacerlo, se sale del consultorio corriendo y se lo cuenta a sus papás.
¿Cómo ayudarías a Luis y que recomendarías?

III. - Su papá de Irene es muy amigo de su vecino pues tienen muchos años de conocerse. Irene dice que es una buena persona porque cuando el señor la encuentra le regala dulces y la invita a su casa. Un día se encuentra a su vecino en el mercado y éste la invita a su casa, ya estando ahí le da dulces y refresco, ella le agradece la invitación y al volver le dice que le gustaría más el agradecimiento si lo besará, pero ella se espanta y quiere salirse de ahí. El se enoja y le dice que si se sale se los dirá a sus papás, y ellos se enojarán con ella porque pensarán que es una grosera, sin embargo ella logra salirse de la casa y no le cuenta nada a sus papás.
¿Cómo ayudarías a Irene y qué le recomendarías?

IV. - Su mamá de Jazmín manda al mercado a esta, pero como no le gusta ir acompañada prefiere ir sola, cuando sale de su casa un hombre la persigue y no se da cuenta de esto pues es muy confiada. Faltando una calle para llegar al mercado el hombre la alcanza y le invita un helado, Jazmín acepta sin darse cuenta de las intenciones del extraño, ya estando solos y en un lugar alejado este intenta violarla.
¿Cómo ayudarías a Jazmín y qué le recomendarías?

V.- David es un adolescente muy juguetón, cierto día sus padres salieron de compras, él se encontraba sólo en su casa cuando llegó su primo; y se da cuenta de que David está sólo y le dice que jueguen un rato mientras llegan sus papás, David acepta y su primo le explica el juego, diciéndole que cada vez que pierda se tiene que quitar una prenda, a David no le agrada la idea pero al final acepta.

Pasado un tiempo David casi se encuentra desnudo, y en ese momento su primo comienza a acariciarlo pero él no se deja, esto hace que se enfade su primo y le dice que si no acepta le va a contar a sus papás que es muy grosero con él y como es mayor de edad le van a creer. David por miedo a que sus papás crean esa mentira acepta. Pero él se siente muy mal al otro día en la escuela.

¿Cómo ayudarías a David y que le recomendarías?.

VI.- Lucero es una chica muy sociable y por lo mismo tiene muchos amigos, un día la invitaron a una reunión, ella encantada acepta y les dice que va a llevar a una amiga. Lucero le habla a su amiga Rocío para invitarla a la fiesta, pero esta le contesta diciéndole que no porque no le agrada ese tipo de amigos puesto que tienen muy mala fama. Lucero no le da importancia a los comentarios de su amiga y ella sí asiste a la fiesta, en donde hay música y muy buen ambiente, después de algunas horas empiezan a beber y a ingerir drogas, todos se empiezan a ir y sólo queda 3 compañeros y Lucero, pero de repente sus amigos no controlan sus actos por el estado en el que se encuentran y empiezan a agredir a Lucero sexualmente y ella no sabe como defenderse.

¿Cómo ayudarías a Lucero y qué recomendarías?.

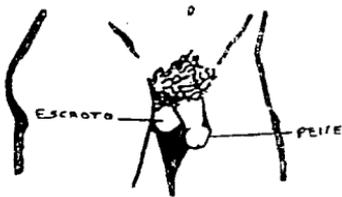
ANEXO 13

OBJETIVO: El joven se ubicará dentro de la sociedad en la cual tiene derechos y obligaciones en cuanto a su sexualidad.

- 1.- Reyna y José son novios desde hace 1 mes, él le pide que tenga relaciones sexuales si no la dejará. Reyna sabe que si tiene relaciones sexuales puede traer consecuencias y que además José tal vez de todos modos la dejará, porque aún llevan muy poco tiempo de novios y aún están muy chicos, por lo que ella le dice a su novio que si de verdad la quiere respetará su decisión de no tener relaciones sexuales, puesto que ella siente que todavía no está ni física ni emocionalmente preparada.
- 2.- Gerardo quiere tener relaciones sexuales, pero ninguna de sus amigas acepta tener relaciones con él, por lo que decide ir con una trabajadora sexual para tener relaciones, ya estando con ella decide no utilizar condón, aún sabiendo que puede contraer alguna enfermedad de transmisión sexual. Después de algún tiempo él comienza a tener molestias en los genitales y no le da importancia, piensa que será pasajero y no lo comenta con nadie.
- 3.- Elena y Marco tienen relaciones sexuales desde hace varios meses, y no han tenido problemas porque saben utilizar los métodos anticonceptivos correctamente, además tienen mucha comunicación y se quieren mucho, respetan sus decisiones y se ayudan mutuamente en los trabajos de la escuela.
- 4.- Fernando tiene una enfermedad de transmisión sexual y aún sabiéndolo él le pide a su novia Alejandra que tengan relaciones sexuales y ella acepta. Al poco tiempo de tener relaciones sexuales, Alejandra comienza con síntomas de la enfermedad, se lo comenta a su novio y éste le dice que él está sano, que seguramente ella ha tenido relaciones sexuales con otra persona y que no le va a ayudar en nada. Ellos siguen siendo novios y a Alejandra no le importa la actitud que Fernando toma con ella, pues aún así ella lo quiere.
- 5.- Ramón se encuentra reunido con un grupo de amigos, y sale a platicar las experiencias sexuales que ha tenido cada uno, pero como Ramón no ha tenido experiencias de este tipo todos sus amigos se burlan de él, como resultado de estas burlas Ramón empieza desafortunadamente a buscar experiencias sexuales para que ya no se burlen de él y sea aceptado en el grupo, sin darse cuenta de las consecuencias que puede traer consigo esto.
- 6.- Ivonne y Fausto son novios, y forman parte de un grupo de amigos con los cuales se llevan muy bien, en ocasiones van de paseo todos, algunos de sus amigos ya han tenido relaciones sexuales y les han platicando sus experiencias; pero Ivonne y Fausto quieren esperar un poco puesto que creen que todavía no están preparados para tener relaciones sexuales. Su forma de pensar no ocasiona ningún problema con sus amigos puesto que éstos saben respetar sus decisiones.

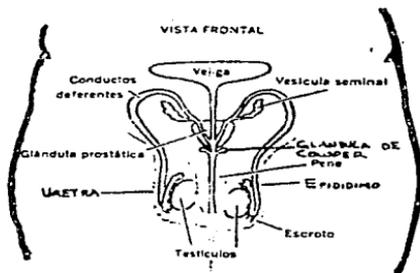
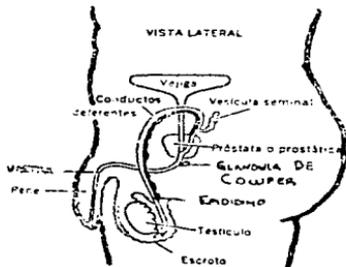
FIGURA 1

APARATO SEXUAL MASCULINO



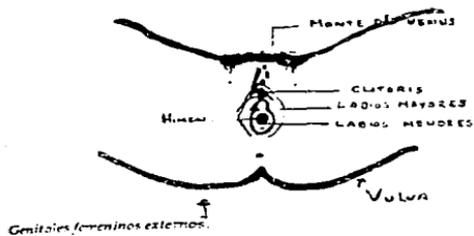
Genitales masculinos externos. →

Genitales masculinos internos



APARATO SEXUAL FEMENINO

FIGURA 7



Genitales femeninos internos

VISTA LATERAL



VISTA FRONTAL

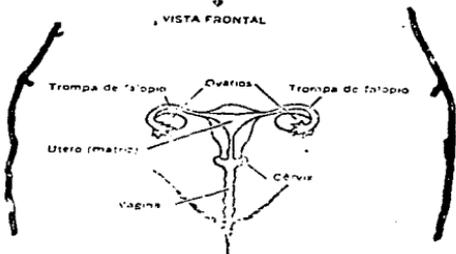
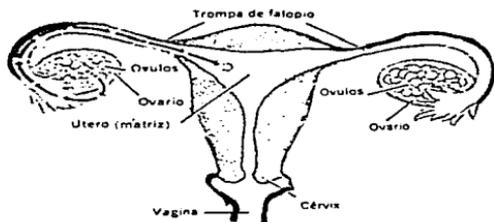


FIGURA 3

TROMPAS DE FALOPIO



MATERIAL DE APOYO DIDACTICO

LIBROS

- Aprendiendo a planear mi vida de primaria a secundaria
- Nuestro cuerpo, estoy cambiando.
- Silvia y Leandro aprenden a no jugar con fuego.
- Rodrigo siente celos.
- Santiago aprende a ser responsable.
- Arturo aprende a reconocer sus errores.
- Te respeto y me respetas.
- Aprendiendo sobre el embarazo.
- Aprendiendo a ser papá y mamá.
- Sexo seguro*.
- Cuidate de los extraños.
- Ximena aprende sobre abuso sexual.
- Cuando debo decir no.
- Un día de campo de la familia conejo.
- Sabrina esta cansada de quedar bien con todos.
- Yo papá yo mamá**.

PELICULAS Y AUDIVISUALES

- Una razón para conocernos mejor.
- Como cuates.
- Pubertad.
- La paloma azul.
- Música para dos.
- Saxofón.
- Los seis momentos más difíciles en la vida de una pareja.
- Barrio de la cruz.
- El último tren.
- Con las manos en los bolsillos.
- Sueño o realidad.
- Luna tierra.
- Una responsabilidad compartida.
- El padrino y sus consejos.
- Tiempo de construir.
- La pareja responsable " El condón".
- Solamente una vez.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- Variantes sexuales.

NOTA: Los libros y películas descritos con anterioridad a excepción de los que se encuentran con asteriscos, se pueden conseguir en: Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población A.C. (IMIFAP).

Málaga norte No. 45 Col. Insurgentes, Mixcoac 03920 México D.F.,
Fax: 5636239, Tel: 5-98-56-73 y 6-11-58-76.

Los videos se pueden conseguir en Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C.

Juárez 208, Tlalpan, C.P. 14000 México D.F. Tel: 5-73-71-00 y 5-73-70-70.

* Ed. Promexa, Renacimiento 180, Col. San Juan Tlihuaca, 02400, México D.F., Tel: 5-61-92-99 y 5-51-46-72.

** Ed. Planeta Mexicana, S.A. de C.V., Insurgentes Sur No. 162 Col. Del Valle, 03100 México, D.F., Tel: 5-75-85-85 y 5-75-80-19.

ILUSTRACIONES DE APOYO

¿Es verdad que...?



Sexualidad



“¿Qué significa la palabra sexualidad?”

Al mismo tiempo que se transforma tu cuerpo, tu vas transformándote como persona.

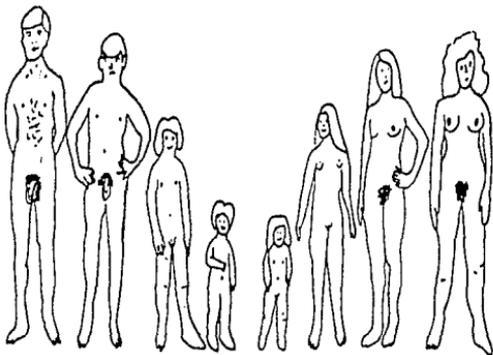
Tus sentimientos y pensamientos van cobrando independencia, tus intereses se amplían y empiezas a interesarte por nuevas actividades.

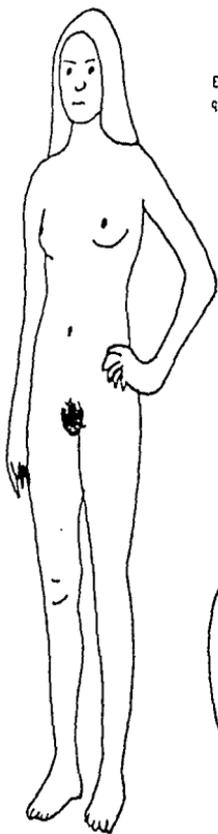
Es una etapa muy importante en tu proceso de desarrollo.



El crecimiento y desarrollo lento que habías tenido en los años anteriores se acelera en esta época de la vida.

El cuerpo se va haciendo más parecido al adulto y se hacen más evidentes las diferencias entre el cuerpo masculino y el femenino.

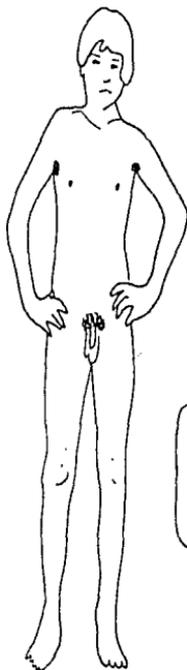




En general las niñas, comienzan primero que los niños esta época de cambios.

- * Sus caderas se van redondeando
- * Se desarrollan los pechos.
- * Aparece el vello púbico.
- * Crecen los órganos genitales.
- * Aparece el vello axilar.
- * Se presenta la primera menstruación.
o menarquia.

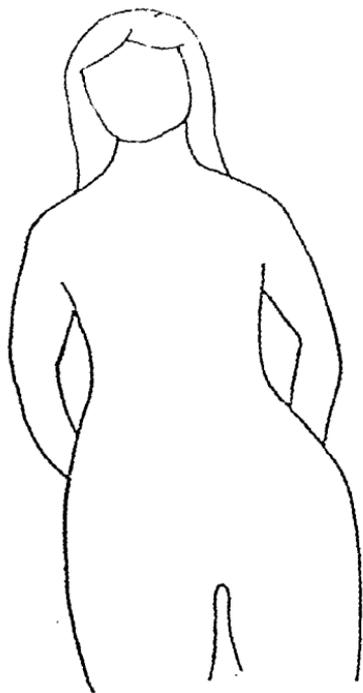
LA MENARQUIA INDICA LA MADUREZ
BIOLÓGICA PARA LA REPRODUCCIÓN
O SEA QUE LOS OVARIOS YA ESTÁN
PRODUCIENDO OVULOS MADUROS

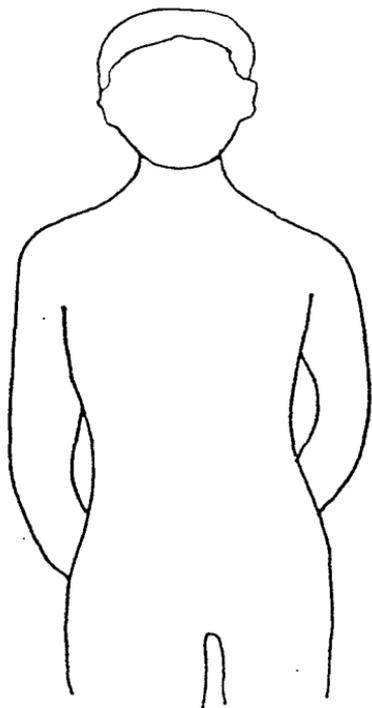


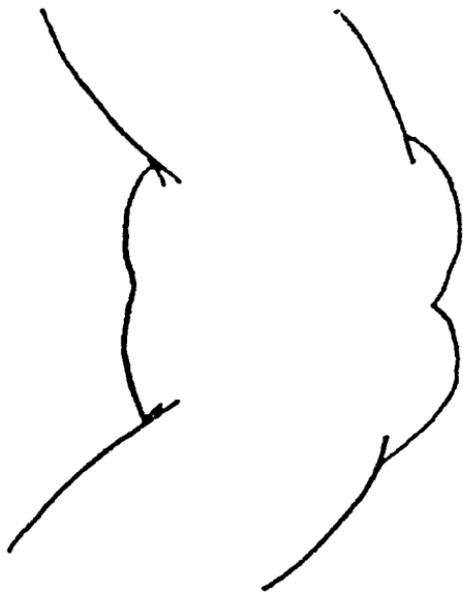
Los principales cambios corporales que se presentan en los niños son:

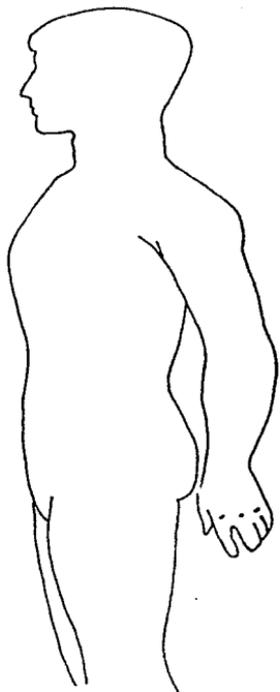
- El cuerpo se vuelve más anguloso.
- Aparece el vello púbico y axilar.
- Aparece la barba.
- Cambia el timbre de la voz.
- Se presentan las eyaculaciones.

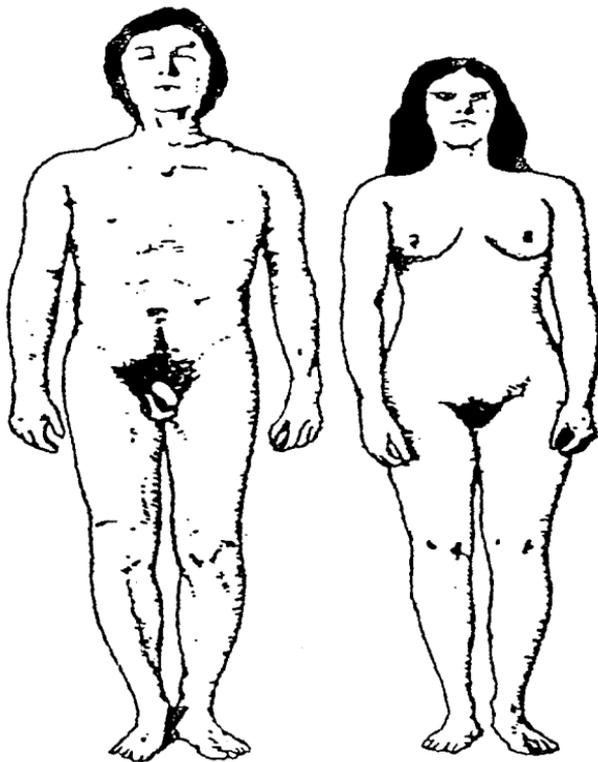
LAS EYACULACIONES INDICAN MADUREZ
BIOLOGICA PARA LA REPRODUCCION,
O SEA QUE LOS TESTICULOS YA ESTAN
PRODUCIENDO ESPERMATOZOIDES.

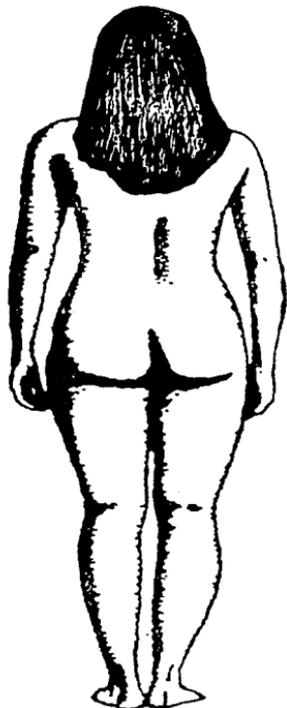
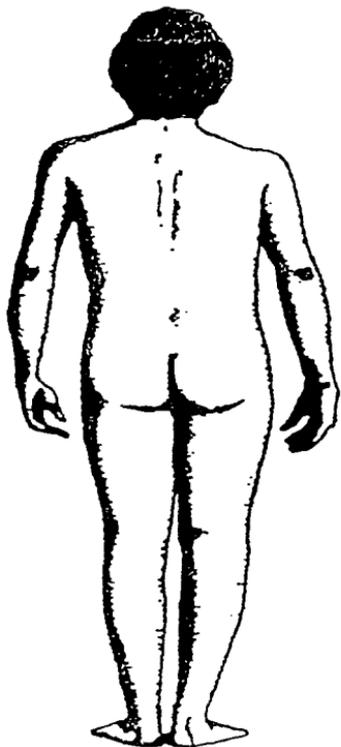


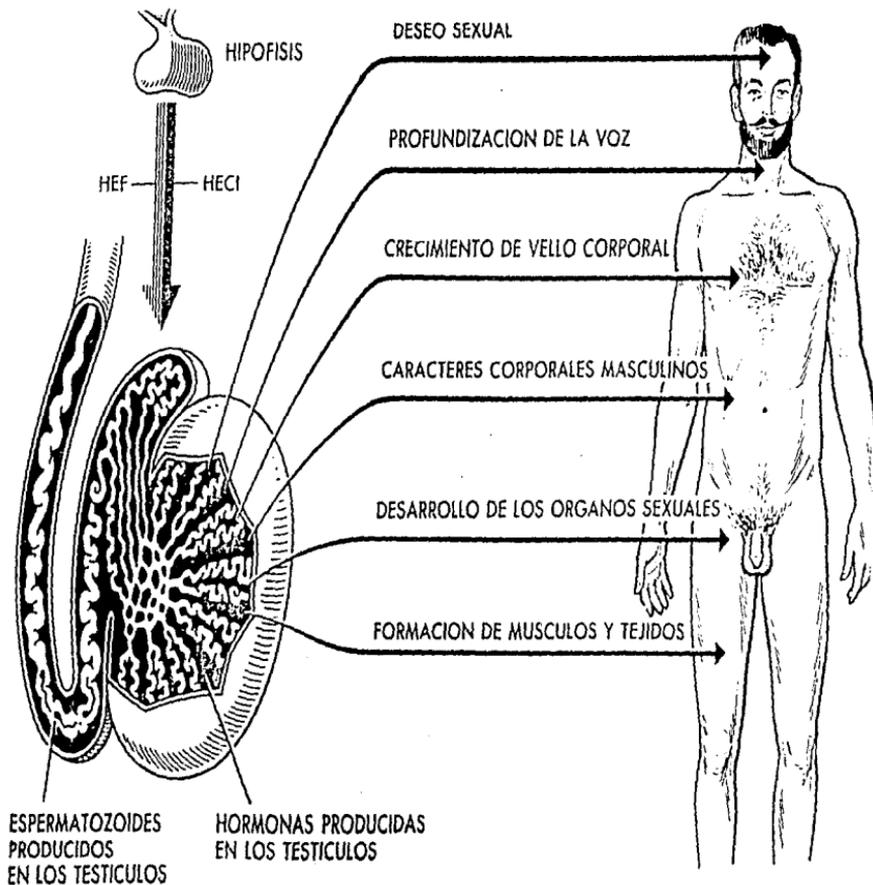


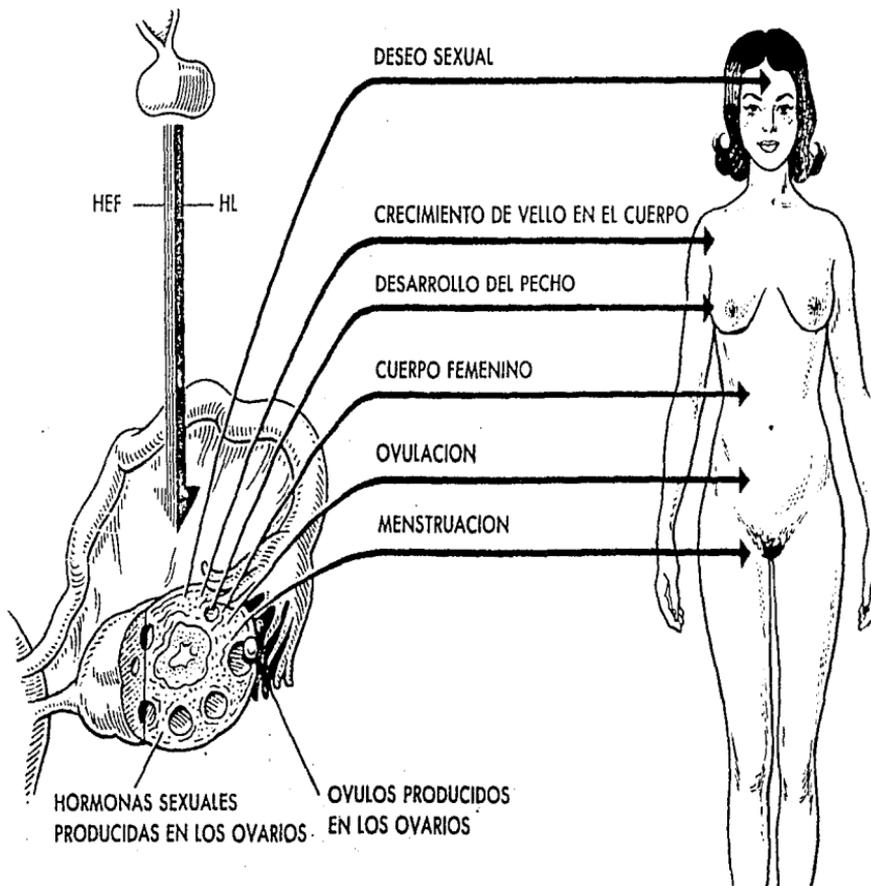






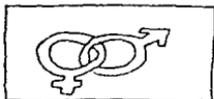






Para platicar, conocerse, entenderse.





Llevar una vida
sexual satisfactoria

Tener buena salud



Tiempo para descansar



Tiempo para leer

Divertirse mucho

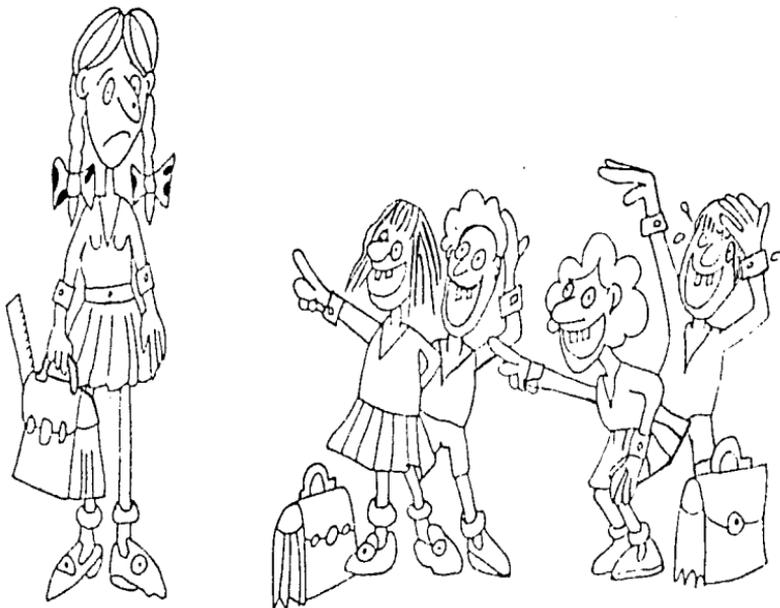


Quererse mucho

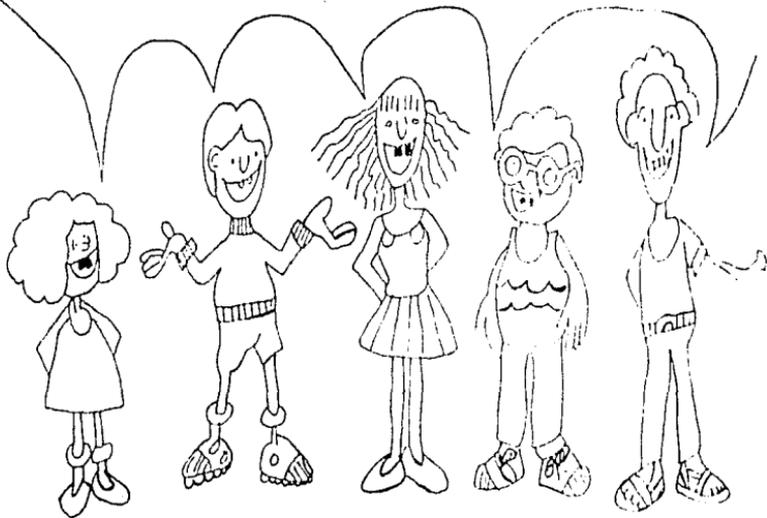


La adolescencia es una época maravillosa aunque en ocasiones te puedas sentir solo y triste.

Los cambios de tu forma de actuar y tu interés por nuevas amistades y actividades te van ayudando a encontrar el papel que te gustaría desempeñar en la vida.



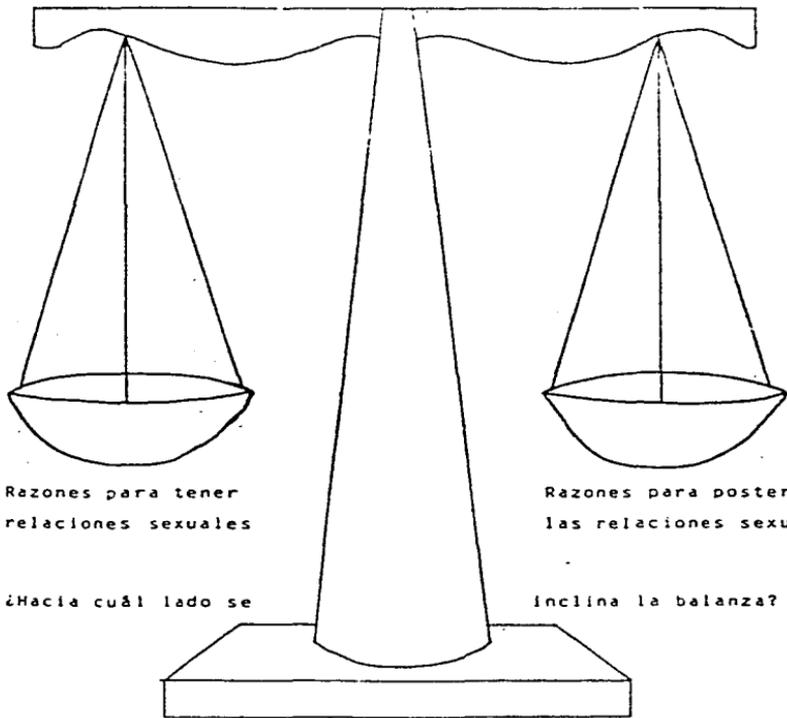
Los cambios en tu forma de pensar y de sentir y te preparan
para ser una persona independiente, además, ...
... te interrogan sobre el por qué de los hechos que te
rodean.



Habrás días en que vas a sentirte como niño y querrás ser tratado como niño, habrás días en que vas a sentirte grande y querrás ser tratado como grande.

Comunícate y expresa tus sentimientos para que te comprendan mejor. No sea que te traten como chico cuando desees independencia o te traten como grande cuando desees protección.



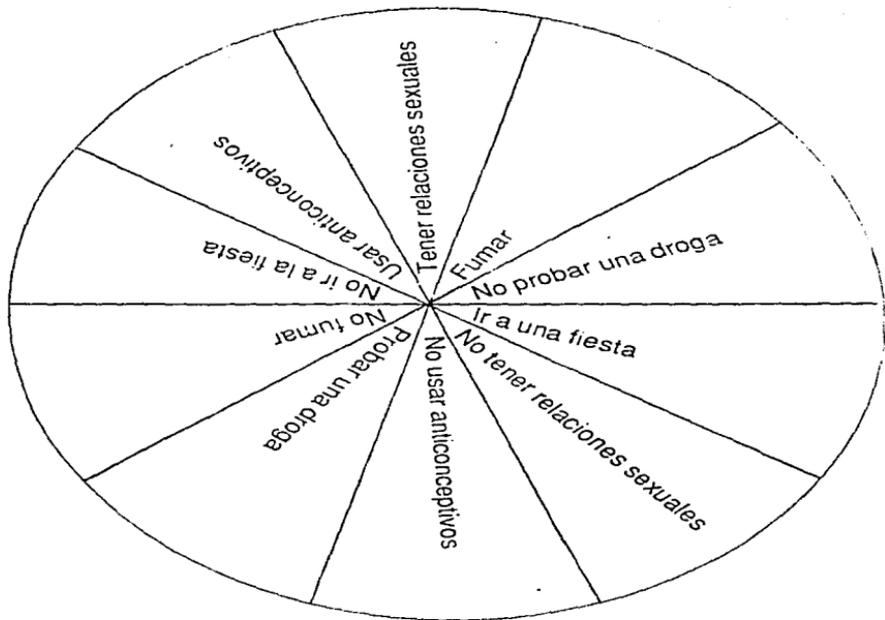


Razones para tener
relaciones sexuales

Razones para postergar
las relaciones sexuales

¿Hacia cuál lado se

inclina la balanza?



VIEJA COMUNICACION

YO HANDB
Y DECIDO,
TÚ OBEDECES



SI, MI VIDA
LO QUE TÚ
DIGAS



NUEVA COMUNICACION

YO QUIERO
ESTO PARA
LOS DOS,
¿QUE'
OPINAS?



ME PARECE
MUY BIEN







EVITAR EL EMBARAZO
NO
DESEADO



Los cambios en tu cuerpo, más rápidos que los cambios en tu manera de ser, indican que existe la posibilidad de reproducirte; aun cuando desde el punto de vista fisiológico no estén dadas todas las condiciones necesarias, para un embarazo sin riesgos de salud para la madre y el bebé.

Más, es muy comprensible que no debes, por ahora, procrear un hijo. Seguramente tendrás adquirir más experiencia, estudiar, divertirte, farte tiempo para decidir qué quieres hacer...



Un hijo necesita para crecer y desarrollarse en forma sana, alegre y completa, que sus padres lo quieran, lo cuiden y le dediquen mucho tiempo.

Tener un hijo, es por tanto, una decisión importante.

Algunas personas a veces deciden esperar a tener un hijo para cuando se sientan más capaces y estén en mejores posibilidades para atenderlo.

En estos casos, las personas pueden decidir o bien no tener relaciones sexuales o tenerlas, evitando que ocurra un embarazo.



Un hijo necesita para crecer y desarrollarse en forma sana, alegre y completa, que sus padres lo quieran, lo cuiden y le dediquen mucho tiempo.

Tener un hijo, es por tanto, una decisión importante.

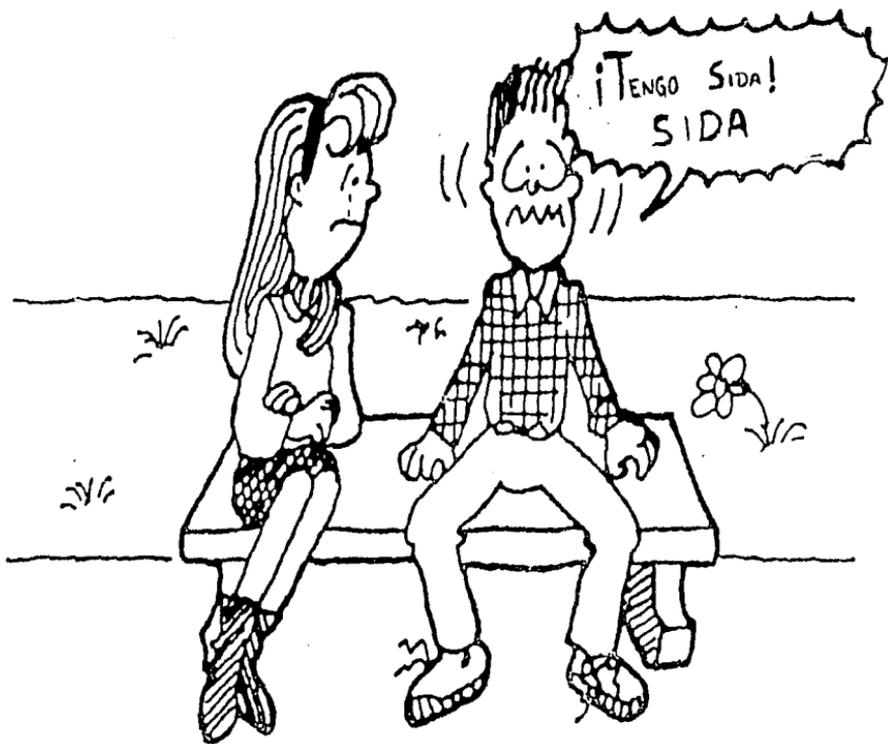
Algunas personas a veces deciden esperar a tener un hijo para cuando se sientan más capaces y estén en mejores posibilidades para atenderlo.

En estos casos, las personas pueden decidir o bien no tener relaciones sexuales o tenerlas, evitando que ocurra un embarazo.













Mientras se producen en tí los cambios corporales, comienzan a cobrar gran importancia los encuentros con otras personas.

Se desarrollan pensamientos y sentimientos de atracción hacia diversas personas.



i'SEXO?!



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Aguirre Sandoval Alfonso. (1994). Educación de la sexualidad. Fondo para la modernización de la Educación Superior. México: Ducre.
- 2.- Aguirre Sandoval Alfonso. (1993). La sexualidad, el cuerpo y la psicología. Fondo para la modernización de la Educación Superior. México: Ducre.
- 3.- Azcárraga Gustavo. (1956). Sexología Básica. México: Prensa Médica Mexicana.
- 4.- Botello M. Oscar. (1976). Manual de comunicación familiar y educación sexual. México: Avante.
- 5.- Bleichmar Silvia. La constitución psicosexual en la infancia. (Teoría Psicoanalítica). Serie de educación sexual. México: C.C.H. SUR. UNAM.
- 6.- Burt J. Jhon. (1976). Educación sexual. México: Interamericana.
- 7.- Carlos Ariua, Casari Ma. Dolores. (1991). Programa integrado de educación sexual en la escuela. España: Narcea.
- 8.- Casado Lluís. (1991). La nueva pareja. Barcelona: Kairós.
- 9.- Comfort Alex. (1991). El adolescencia, sexualidad, vida y crecimiento. Barcelona: Blume.
- 10.- D. Durham Jerry. (1990). Exposición con SIDA. México: Manual Moderno.
- 11.- E. Milander H. (1979). La educación sexual en la escuela primaria y secundaria. Buenos Aires: Paides.
- 12.- Ferrand M. del Carmen. (1984). Sexualidad: formación e información. España: Narcea.
- 13.- G. Daniels Victor. (1997). SIDA. México: Manual Moderno.
- 14.- Gagnon Jhon. (1980). Sexualidad y conducta sexual. México: Pax-México.
- 15.- Getwald H. William. (1993). Sexualidad la experiencia humana. México: Manual Moderno.
- 16.- Guemex Troncoso José. (1977). Relación e interdependencia de psicología, sexo y sociedad. Bases para la educación sexual y paternidad responsable. México: Impresiones modernas.
- 17.- Hain Karen. (1991). SIDA: verdad en lugar de miedo. México: Promexa.
- 18.- José Pritzen Silvino. (1991). Juegos dirigidos. Bogotá: Vozes LTDA.
- 19.- Kahn Nathan J. (1978). Sobre la sexualidad (3a. ed.). España: Lusa.
- 20.- Kenneth C. Jones. (1993). Sexualidad Humana. México: Pax-México.
- 21.- Peretti Marcelo. (1975). La educación sexual (vol. 144). España: Biblioteca Herder.
- 22.- Pick de Weiss Susan. (1998). Planeando tu vida. México: Pax-México.
- 23.- Rattner Josef. (1979). Psicología y psicopatología de la vida amorosa. México: Siglo XXI.
- 24.- Romero A. Lourdes. (1987). Prostitución y drogas. México: Trillas.

- 25.- Rubin Isadore. (1985). Preguntas del adolescente en su desarrollo psicosexual. México: Pax-México.
- 26.- Schafeld Michael. (1972). El comportamiento sexual de los jóvenes. España: Fontanella.
- 27.- Shulz y Williams. (1975). Programación de objetivos en la educación sexual. México: Pax-México.
- 28.- Sigurd Hild. (1977). Educación sexual. España: Everest.
- 29.- Stenchever A. Merton. (1985). Cómo orientar en conducta sexual. México: Pax-México.
- 30.- Suchsdorf Adie. (1993). Guía para la educación sexual. Argentina: Lumen Horne.
- 31.- Voelkers Mahoney Ellen. (1992). Sexo seguro. México: Promexa.
- 32.- Vos Jacqueline. (1987). Guía sexual para la adolescente. Argentina: Javier Vergara.
- 33.- W. Corner. (1982). Tú y el sexo para la joven. México: Pax-México.
- 34.- La educación de la sexualidad humana. Sociedad y sexualidad. (1982) (Vol. 1). México: CONAPO.
- 35.- Guía básica de educación sexual para el maestro de secundaria. (1990). México: Lecturas II, SEP, CONAPO.
- 36.- El conocimiento compartido: el desarrollo de la comprensión en el aula. (1983). España: Paidós.
- 37.- Educación sexual. México: Biblioteca Salvat ST de grandes temas.