

31921
44



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA

EL DESARROLLO SEXUAL DEL ADOLESCENTE CON
DEFICIENCIA INTELECTUAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MARTHA PATRICIA CHAVEZ HERNANDEZ

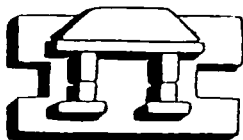
ASESORA:

MTRA. NORMA YCLANDA RODRIGUEZ SORIANO

DICTAMINADORAS:

MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA

LIC. LETICIA SANCHEZ ESCALADA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



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

AL **CENTRO DE REHABILITACION Y ORIENTACION FAMILIAR A.C.** POR PERMITIRME DESARROLLAR COMO PROFESIONISTA Y PERSONA, ADEMAS DE CONOCER A UNOS ANGELITOS ESPECIALES.

A MI AMIGA Y MAESTRA BERTHA GACIA MEDINA POR TODO LO QUE ME ENSEÑO.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO POR SU APOYO. PRINCIPALMENTE A CHAYITO POR SU PARTICIPACIÓN TAN ACTIVA EN MI PROYECTO.

A MI ASESORA NORMA POR SU APOYO SINCERO, TANTO EN LO ACADEMICO COMO EN LO PERSONAL Y SU CONSTANTE PACIENCIA. REALMENTE APRENDI MUCHO DE TI, GRACIAS.

A MI QUERIDA AMIGA JOSEFINA POR SU APOYO MORAL Y SU GRAN AMISTAD DE TODA LA VIDA.

A TODA MI FAMILIA POR SU APOYO MORAL, PRINCIPALMENTE A MI MADRE Y MIS HERMANOS POR SU INTERES EN MI TRABAJO. GRACIAS.

UN RECONOCIMIENTO MUY ESPECIAL A MIS COMPADRES CARMELA Y ENRIQUE POR SU APOYO MORAL Y TECNICO, TAMBIÉN A ENRIQUITO POR SU AYUDA. GRACIAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI PEQUEÑO GRAN AMOR

A MI HIJO *JUAN PABLO* LE DOY GRACIAS POR COMPARTIR SU TIEMPO Y SU INTERES POR MI TRABAJO. TE DEDICO ESTA TESINA COMO MUESTRA DE SUPERACION Y AMOR POR LA NIÑEZ. TE AMO.

A *JUAN OSCAR* MUCHAS GRACIAS POR ESTAR A MI LADO EN ESTOS MOMENTOS Y APOYARME EN TODOS MIS PROYECTOS Y MOTIVARME A CONTINUAR TRABAJANDO HASTA EL FINAL. GRACIAS POR TODO AMOR.

GRACIAS A LA VIDA Y A DIOS POR DARMÉ LA OPORTUNIDAD DE TRABAJAR Y SALIR AVANTE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ustedes y Nosotros

**Ustedes cuando aman
exigen bienestar
una cama de cedro
y un colchón especial**

**nosotros cuando amamos
es fácil de arreglar
con sabanas que bueno
sin sabanas da igual**

Mario Benedetti

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4

	INDICE	
RESUMEN		3
INTRODUCCIÓN		4
Capítulo 1		
LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES		7
1.1	Criterios de definición	7
1.2	Clasificación	12
1.2.1	Deficiencia física	12
1.2.2	Deficientes intelectuales	13
1.2.3	Deficientes sensoriales (auditivo y visual)	14
1.2.3.1	La sordera	14
1.2.3.2	Ceguera y debilidad visual	15
1.2.4	Deficiencia en el lenguaje	16
1.2.5	Deficiencia en el aprendizaje	18
1.2.6	Sobredotados	19
1.2.7	Problemas de conducta	20
1.3	Normatividad de la educación	22
1.4	Integración educativa	23
1.5	Currículum	26
1.6	El papel del psicólogo en la educación	26
Capítulo 2		
EL DEFICIENTE INTELECTUAL		30
2.1	Definición	31
2.2	Etiología	32
2.3	Instrumentos de evaluación	33
2.3.1	Pruebas de inteligencia	34
2.3.1.1	Pruebas de Weschler	34
2.3.1.2	Pruebas de inteligencia de Stanford-Binet	35
2.3.1.3	Escala de capacidades intelectuales de Mc. Carthy	35
2.3.1.4	Prueba de dibujo de Goodenough-Harris	36
2.3.1.5	Prueba Gestáltica viso-motora de Bender	36
2.3.2	Escala de desarrollo	36
2.3.2.1	Escala de desarrollo infantil de Bayley	36
2.3.2.2	Examen evolutivo de la conducta de Arnold Gesell	37
2.3.3	Escalas de conducta adaptativa	37
2.3.4	Entrevista	37
2.3.5	Evaluaciones médicas	37
2.4	Etapas de desarrollo	38

Capitulo 3

LA ADOLESCENCIA NORMAL VS ESPECIAL

		45
3.1	Cambios físicos	47
3.1.1	Crecimiento externo	47
3.1.2	Crecimiento orgánico	49
3.2	Alteraciones conductuales	51
3.3	Ambiente socio- cultural	56

Capitulo 4

LA SEXUALIDAD

		63
4.1	Desarrollo psico - sexual	65
4.1.1	Lactancia	67
4.1.2	Infancia	68
4.1.3	Pubertad y adolescencia	69
4.1.4	Respuesta sexual	72
4.2	La sexualidad del deficiente intelectual	74
4.3	Contexto de la sexualidad "especial"	76
4.3.1	La familia como educadora sexual	76
4.3.2	La educación sexual de los padres	81
4.3.3	El maestro como educador sexual	83
4.4	Educación sexual para deficientes intelectuales	85

Capitulo 5

VIVENCIAS PROFESIONALES

		90
5.1	Etapa escolar	91
5.2	Etapa puberal	93
5.3	Adolescencia	94
5.4	Actitudes de los padres ante la sexualidad de sus hijos	98

CONCLUSIONES	102
---------------------	-----

REFERENCIAS	105
--------------------	-----

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El presente trabajo hace un análisis sobre el desarrollo sexual del adolescente con deficiencia intelectual, mediante una revisión bibliográfica, partiendo de la definición de las personas con necesidades educativas especiales y su clasificación, así como su situación en el ámbito educativo y el papel del Psicólogo como instructor especializado.

Al conocer el mundo de las personas con discapacidad, enfoqué mi estudio al deficiente intelectual por tener características muy particulares y un desarrollo sexual similar al "normal".

Para entender mejor al deficiente intelectual se analizó su definición, su etiología y los instrumentos de evaluación para diagnosticar el nivel de deficiencia.

Comprendiendo al sujeto de estudio se hizo una breve revisión sobre el desarrollo de la adolescencia "normal" y "especial" con el fin de ubicar al joven discapacitado como un adolescente más; haciendo hincapié en los cambios físicos de la pubertad y los cambios conductuales de esta etapa.

En el capítulo de la sexualidad se realizó una revisión sobre el desarrollo psico-sexual especificando las diferentes etapas de evolución; así como la sexualidad del deficiente intelectual y el contexto social donde se desenvuelve. Refiriendo algunos trabajos sobre educación sexual en sujetos con deficiencia mental y programas de orientación a padres y maestros. Se llegó a la conclusión de que la familia, la escuela, y la sociedad son lugares donde el discapacitado "aprende" sobre la sexualidad.

Partiendo de las experiencias profesionales que me dejaron 16 años en el área de educación especial; me atrevo a exponer algunas vivencias profesionales como muestra de las conductas sexuales de los niños y en particular adolescentes con deficiencia intelectual.

Concluiré que la sexualidad es un asunto muy complejo y poco estudiado, además con un sin número de variables que lo influyen. El no tener un manejo adecuado de su sexualidad, puede alterar el desarrollo integral del sujeto, al grado de negarle la posibilidad de socializarse y ser una persona productiva.

Tanto los padres como los maestros deberían comprometerse a apoyar al deficiente intelectual en su desarrollo sexual, así como en su desarrollo en general.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte esencial en la vida de cualquier individuo, es una expresión propia del sentir y del vivir, la sexualidad es un término que se ha estudiado de manera muy limitada y principalmente dirigido a las funciones reproductivas; las conductas sexuales han sido analizadas debido a su complejidad como conducta y su importancia como expresión social.

Desde años pasados la información que se daba sobre la sexualidad era heredada de padres a hijos, además de una educación elemental en las escuelas sobre el desarrollo biológico y la reproducción.

Master y Jonhson (1978) realizaron investigaciones más profundas y científicas sobre la respuesta sexual y abrieron un camino hacia el mundo de la sexualidad.

A partir de este momento la ciencia se interesa por el conjunto de variables que intervienen en la vida sexual, es entonces cuando se analiza las relaciones sociales y familiares que enmarcan dicho evento, es decir, que las relaciones familiares de padres e hijos van formando su desarrollo sexual mediante una educación informal.

Algunos autores como Barragán (1994) mencionan que la sexualidad se manifiesta en una dimensión afectiva, moral y psicológica dentro de un contexto cultural. Partiendo de esta premisa entendemos que la sexualidad es un evento conductual que engloba un gran número de variables, iniciando por el aspecto biológico que desencadena las cargas hormonales en la adolescencia.

La adolescencia es el momento culminar de la preparación biológica para el sexo, la transformación física y hormonal de los pubertos provoca algunos problemas de adaptación y de identificación con su nueva apariencia sexual así como de ajuste conductual a sus necesidades sexuales.

Considero de suma importancia la adolescencia como la etapa de desarrollo, donde el individuo se enfrenta a su sexualidad en toda su plenitud.

Fernández (1991) plantea que el desarrollo biológico está asociado al desarrollo mental, afectivo, emocional y por supuesto sexual; además de que su crecimiento corporal no es aislado, sino una reestructuración dinámica de sus emociones y sus conductas.

La adolescencia parte de la metamorfosis física y biológica que simultáneamente va generando cambios conductuales y afectivos que se ven influenciados por el ambiente sociocultural donde se vive. La sexualidad en la adolescencia se configura en diferentes matices, se moldea en base a la experiencia tenida y a la información en la escuela y en su casa.

El fenómeno de la sexualidad en general es un tema difícil de estudiar por todas las implicaciones que conlleva. Analizar el desarrollo sexual de cualquier individuo nos llevaría a pensar que la interacción de su medio familiar y social le formarán su propia percepción de la sexualidad, al llegar a la adolescencia se irán concretizando las conductas propias de esta etapa y formará un individuo sexualmente activo.

Para cualquier sujeto este proceso no es fácil y va acompañado de muchos tropiezos para definir la gama de conductas sexuales que se tienen en la vida. Sin embargo de una manera u otra la sexualidad se manifiesta y se logra vivir con ella. Ahora ¿Qué pasará con la sexualidad de los sujetos con necesidades educativas especiales? Tal vez sea una pregunta muy compleja y con una respuesta muy escasa. La cuestión de la sexualidad se ve opacada en los individuos con necesidades educativas especiales por ser una población con características muy particulares.

Los niños con necesidades educativas especiales son considerados como personas asexuadas y tienen una limitación sexual por su deficiencia, sus conductas sexuales pueden ser mínimas.

A pesar de lo que se piensa de estos niños, la manifestación de la sexualidad se presenta al igual que en cualquier otro individuo, pero con la etiqueta de su discapacidad; por lo tanto su aceptación social es complicada y poco tolerada. La sociedad y nuestra cultura consideran que los individuos con necesidades educativas especiales solo presentan cambios físicos propios de la adolescencia y no tienen mayor relevancia. Sin contemplar sus cambios emocionales, conductuales y hormonales que transforman su desarrollo como ser humano. Estos jovencitos tienen necesidades sexuales y de manera muy particular cada uno vive su sexualidad con su limitación social y su discapacidad.

Dentro de la población de los niños con necesidades educativas especiales tenemos a los deficientes físicos, sensoriales e intelectuales; Enfocaré mi análisis a los deficientes intelectuales por ser un grupo más compacto y homogéneo con características físicas más aceptables socialmente. Además se encuentran institucionalizados en escuelas especiales, su desarrollo hormonal es similar al nuestro y su apariencia física es como la de cualquier adolescente.

Este grupo de discapacitados enfrenta serios problemas con su desarrollo sexual ya que por su limitante intelectual se les considera con una nula necesidad sexual y una conducta sexual molesta para la comunidad y su familia.

Sin embargo el sujeto discapacitado manifiesta su sexualidad de manera espontánea y presentan conductas sexuales más concretas a partir de los cambios biológicos que lo van transformando en un individual sexuado. Esta circunstancia altera al propio discapacitado, a su familia y a sus educadores, debido a la poca información que tienen sobre el tema en nuestra cultura, además los familiares se ven desorientados e incapaces de manejar la situación, ya que la sexualidad "normal" es un asunto escabroso y difícil de tratar en nuestra cultura. En el caso particular de los adolescentes deficientes intelectuales los envuelve la incertidumbre y el desconocimiento del tema, al igual que a sus padres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los profesionistas encargados de su educación han tratado a estos niños de una manera muy lineal sin percatarse de la complejidad de su trabajo y la cantidad de factores que influyen en la vida de los discapacitados.

Asimismo la familia manifiesta su angustia ante el desconocimiento del desarrollo sexual y la llegada de la adolescencia.

La sociedad debe entender que los discapacitados también son individuos sexuales y afectivos que pueden manifestarse diferente como persona.

Sugiero que una necesidad educativa especial para estos niños es precisamente la orientación para comprender y aprender a manejar su sexualidad.

Debido a la cantidad de factores que influyen en este fenómeno y la importancia social y personal; es necesario **hacer un análisis sobre la sexualidad del adolescente con deficiencia intelectual.**

El profesionista con mayor participación en el tema es el Psicólogo por ser el especialista que estudia la conducta del sujeto y su proceso evolutivo como individuo. Los profesionistas de la educación se apoyan en la psicología como tabla salvadora de su carencia de información.

El presente trabajo hace una integración bibliográfica sobre temas relacionados con las personas que tienen necesidades educativas especiales; en el primer capítulo se menciona su clasificación, definición, contexto educativo y social; el estudio específico del deficiente intelectual se realiza en el segundo capítulo, además de su definición, etiología, su desarrollo general; en el tercer capítulo se analiza su adolescencia, cambios puberales, alteraciones conductuales y socio-culturales; en el cuarto capítulo se hace referencia a la sexualidad y su desarrollo, su manifestación en el deficiente intelectual, su contexto social y familiar; el último capítulo contiene un breve reporte de las vivencias profesionales obtenidas durante mi trabajo como psicóloga con niños discapacitados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1

LOS NIÑOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES

1.1 Criterios de definición

Dentro del Sistema Educativo Nacional los niños que presentan alguna dificultad para incorporarse a las instituciones educativas regulares o que requieren de algún apoyo técnico en su aprendizaje, son sujetos con necesidades educativas especiales.

"... Se entiende por alumnos con necesidades educativas especiales aquellos que requieren, en un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas por padecer discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, por manifestar trastornos graves de la conducta o por estar en situaciones sociales o culturales desfavorables..." (Real Decreto 1390 / 1995 LOPEG-SEP, citado en Gómez 1998, p.14).

Desde el punto de vista legal todos los niños que requieran de una atención especial en las aulas estarán sujetos a técnicas de aprendizaje. De acuerdo a la necesidad educativa que presenten, serán distribuidos en 2 diferentes servicios:

La educación complementaria y la esencial; la primera se refiere a los niños con problemas leves o moderados que no les impiden asistir a las escuelas regulares, pero requieren de apoyo o estimulación en virtud de que presentan alteraciones en su aprendizaje. El segundo servicio se da a niños que necesitan asistir a instituciones especiales para favorecer su independencia personal, tanto en el caso de discapacidad múltiple como específica.

Desde un criterio muy amplio podríamos decir que todos los niños en determinado momento presentan una necesidad educativa, desde los niños superdotados hasta marginados sociales o maltratados.

Realmente el término de niños con necesidades educativas especiales, es muy extenso y heterogéneo, es decir, en la práctica real un grupo de niños con necesidades especiales tiene una gran variedad en sus niveles de atención, aprendizaje, conducta, movilidad, sociabilidad, etc.

Estos niños presentan un desarrollo específico, ya que éste se determina por su historia familiar y cultural independientemente de su deficiencia.

Considero que falta mucho de manera legal para legislar correctamente la educación de estos niños y los cambios que se deben hacer en las aulas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las diferentes definiciones de necesidades educativas especiales surgen del principio de normalización, donde se considera a las personas discapacitadas con las mismas oportunidades y posibilidades que el resto de las personas "normales". "...Esta igualdad con los demás ciudadanos de cada país es lo que da validez global al principio de normalización..." (Sánchez, 1977, p.8).

Este principio da pie a recalcar la importancia de las personas con necesidades especiales, como cualquier otro individuo que tiene el mismo valor como ser humano y ciudadano, con sus respectivos derechos.

En mayo de 1995 se formó una Comisión Nacional Coordinadora para el Desarrollo del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (DIF, 1995). En este documento se plantean algunas acciones de manera institucional:

- Prevención de la salud y de la discapacidad
- Ampliar el acceso a la rehabilitación
- Acceso de niños con discapacidad a estancias del DIF
- Protección al anciano discapacitado
- Integración de los menores discapacitados a escuelas regulares
- Oportunidad de trabajo a los discapacitados
- Garantizar a las personas con discapacidad el acceso a la cultura, deporte y recreación
- Derribar las barreras físicas, de transporte y comunicación
- Difundir la cultura del respeto al discapacitado
- Garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos de los discapacitados
- Registrar a las personas con discapacidad con el fin de conocer el universo total y los porcentajes reales de las diversas discapacidades en México.

Estos lineamientos apoyan al concepto de normalización e integración para incorporar a estos niños a escuelas regulares, con niños sin ninguna deficiencia.

Por otro lado proponen instituciones específicas donde estos niños puedan explotar sus aptitudes y aprender con las modificaciones curriculares adecuadas. Actualmente existen los Centros de Atención Múltiple (CAM) de la Secretaría de Educación Pública, siendo una de las opciones educativas para los niños con necesidades educativas especiales.

De manera general mencionaré algunas definiciones de los niños con necesidades educativas especiales:

"... hay necesidades educativas especiales cuando una deficiencia (física, sensorial, intelectual, emocional, social o cualquier combinación de éstas) afecta al aprendizaje hasta tal punto que son necesarios algunos o todos los accesos especiales, al currículo especial o modificado, o a unas condiciones de aprendizaje especialmente adaptadas para que el alumno sea educado adecuada y eficazmente. La necesidad puede presentarse en cualquier punto en un continuo que va desde la leve hasta la aguda; puede ser permanente o una fase temporal en el desarrollo del alumno..." Brennan (1988, p.36).

Sánchez (1997, p.39) se apoya en la definición que regula el Ministerio de Educación y Ciencia en el Real Decreto BOE, 2-6 de 1995 (SEP,1997) donde se

TIENEN CON
FALLA DE ORIGEN

plantea que las necesidades educativas especiales "...tienen su origen en causas relacionadas, fundamentalmente, con el contexto social o cultural, con la historia educativa y escolar de los alumnos o con condiciones personales asociadas bien a una sobredotación en cuanto a capacidades intelectuales, bien a una discapacidad psíquica, sensorial o motora a trastornos graves de conducta..."

Puigdemílliv (1998, p.219) menciona que las "...necesidades educativas que presentan alumnos con limitaciones en importantes esferas del desarrollo: déficit motor, sensoriales, deficiencia mental o trastornos de la personalidad..."

La mayoría de los autores se basan en las deficiencias orgánicas, físicas y psico-sociales que los niños presentan en las aulas, así como los tropiezos que manifiestan en el proceso enseñanza-aprendizaje. Por otro lado tenemos los desadaptados sociales con severos problemas de conducta y los superdotados con su capacidad intelectual que alteran sus relaciones sociales. Estos niños requieren de necesidades educativas especiales por salir de la norma.

Realmente es un gran número de individuos los que forman este grupo de necesidades especiales. Se podría decir que el 3% de la población presenta afectaciones graves y permanentes (Pigdelivoll, 1998).

Considero que la definición del Real Decreto de 1995 (citado en SEP, 1997) LOGE-SEP es la más completa, ya que abarca las deficiencias y las posibles alteraciones psico-sociales de todos los niños. Por tal motivo la tomaré como guía para clasificar las diferentes discapacidades.

No existe una división entre los niños discapacitados y los "normales", más bien es una serie de necesidades individuales que se insertan en un conjunto único; por lo tanto, todos tienen derecho a llevar una vida digna, independiente y normal.

Dependiendo de las circunstancias ambientales es como se podría determinar una discapacidad, es decir, que el contexto escolar y familiar tiene un papel importante en el desarrollo general del niño. En el caso específico de alguna discapacidad el niño evoluciona de acuerdo a su ambiente, que en determinado momento marca su limitación.

Esta situación en algunos casos puede ser fatal, pero siendo optimista la interrelación positiva de este ambiente favorecerá al niño. Un papel relevante de los educadores será entonces, buscar e implementar acciones de trabajo que apoyen el aprendizaje y desarrollo social de estos niños.

Otro aspecto importante es el significado social que tenemos del deficiente, desde su persona como tal y su situación, así como el comportarse ante ellos. En este sentido, una representación rígida y parcial, centrada en la discapacidad, puede llevar al prejuicio; una concepción mas integral nos llevaría a percibir todo el entorno ambiental y las capacidades potenciales de los discapacitados.

Así pues, el significado social de la deficiencia ha sido abordado por algunos investigadores de la SEP, como tres compontes que forman el concepto de actitud: cognitivo, afectivo y conductual, (Curso Nacional de Integración Educativa, 2000).

El componente cognitivo de actitud se refiere a lo que se piensa que es la discapacidad, son creencias que se tienen respecto a la limitación. Una posición negativa sería enmarcarlos en un estereotipo físico sin considerar sus capacidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Una posición positiva es tomar en consideración la totalidad de sus habilidades con respeto sin negar sus limitaciones.

El componente afectivo de la actitud tiene que ver con la valoración que se hace de la discapacidad y con los sentimientos y afectos. Partiendo de una postura negativa encontraríamos los sobrenombres despectivos que significan rechazo. Desde una posición positiva sería entender y ser flexible, tomando en cuenta tanto las dificultades como las posibilidades.

El componente conductual de la actitud es cuando se dan las interacciones en las situaciones de intercambios específicos. Una apreciación negativa es el rechazo y la discriminación. La posición positiva nos llevaría a un estado de igualdad y de interacción con los demás.

Una conclusión es que esta relación social está determinada en gran medida por la percepción que se tiene de uno mismo y su interacción con el contexto formando conceptos y etiquetas. La familia, los maestros y compañeros nos percibimos en cuanto a nuestras interacciones cotidianas y así nos etiquetamos con una personalidad específica. A partir de este concepto es como nuestra actitud es diferente ante todos. Por medio de este trato diferenciado comunicamos lo que esperamos de cada uno de ellos.

Dentro de la interacción cotidiana de la discapacidad creamos estas etiquetas y formas de comunicación, que pueden ser perjudiciales para las personas diferentes. Realmente la imagen que tenemos de estas personas es determinante en la forma de tratarlos y de actuar frente a ellos. Lo más grave es la percepción que tienen sus padres, su familia y su entorno social sobre su discapacidad. Actualmente su llegada a la escuela es determinante por la relación con sus profesores y compañeros que lo reetiquetan, por lo que la integración educativa queda lejos de ser completamente real. En la mayoría de los casos estas actitudes negativas perjudican considerablemente las funciones de los niños.

La economía mental es cuando el individuo reduce sus atributos y los engloba en un grupo estereotipado, justificación de hostilidad o de discriminación de otros grupos en forma negativa, integración del propio grupo de referencia al compartir los prejuicios del grupo y el incremento de la cohesión intragrupal, (Curso Nacional de Integración Educativa SEP, 2000).

Los prejuicios generan cierta incertidumbre en su identidad, sobre todo cuando se trata de personas inseguras o en la etapa de adolescencia, se acrecienta la necesidad de pertenencia a un grupo con características similares a él y por desgracia se unen los discriminados o rechazados. Esto determina un estado emocional intenso, con miedo por la discriminación y esto entorpece los procesos cognitivos complejos, o genera conflictos de interés que provocan apreciaciones desviadas para justificar la defensa del propio grupo.

En función de la economía mental, se da un fenómeno de minimización de sus cualidades, al estereotiparse en su etiqueta de discapacitado. Esta visión puede afectar su autoestima y reflejarse en su interacción con el grupo social, dando pie a que todos los individuos que se sientan desvalorados por sus deficiencias tendiendo a unirse en grupos y reflejan una actitud negativa.

TIENE UN
FALLA DE ORIGEN

Para evitar los estereotipos será adecuado resaltar las cualidades y fortalecer la construcción de una adaptación social positiva del discapacitado en la comunidad en general. Principalmente la familia debe tener mayor atención en sus cualidades y buscar su desarrollo sin olvidar sus limitaciones.

"...Para educar contra los prejuicios y favorecer la tolerancia y el respeto por las diferencias, es necesario: a) propiciar esquemas que mantengan un buen nivel de autoestima, resolver adecuadamente la incertidumbre y aceptar las diferencias sociales; b) sensibilizar sobre el riesgo de poner en actividad los estereotipos y prejuicios; c) analizar el significado que damos a la realidad, por ejemplo a la discapacidad, como una construcción social, d) entender que la influencia de las condiciones biológicas resultan modificadas por las influencias psicológicas y sociales..." (SEP, 2000).

El análisis del niño con necesidades educativas especiales es muy amplio, ya que no es sólo un individuo con alguna alteración orgánica, más bien, es una persona con todo un desarrollo alterado por su limitación.

Considero que es relevante que todas las personas que se relacionan con estos niños tengan los conocimientos reflexivos sobre la importancia de ser especial.

Ahora bien, la población con alguna discapacidad no necesariamente es objeto de una necesidad educativa especial, es decir, existen niños que presentan alguna discapacidad física mínima que no limita su habilidad para el aprendizaje y por tal motivo se adaptan a los contenidos curriculares de las escuelas regulares.

Por otro lado tenemos a los niños que por su capacidad de aprendizaje rebasan los contenidos curriculares y tienen necesidades educativas especiales para aprovechar su capacidad intelectual.

También se encuentra el grupo de niños marginados culturalmente que por su misma situación social presentarían estas necesidades.

La población con discapacidad es muy extensa y variada, uno de los primeros pasos para un buen estudio de este fenómeno es conocer su totalidad.

La Organización de las Naciones Unidas, a través de la OMS señala como población discapacitada, a los siguientes rubros:

- Deficiencia mental
- Trastornos de audición y lenguaje
- Impedimentos neuromotores
- Trastornos visuales
- Problemas de lenguaje
- Problemas de aprendizaje

La Secretaría de Educación Pública además de incluir todas las anteriores discapacidades agrega la de los niños sobre salientes o sobredotados, como individuos con necesidades educativas especiales.

Considero apropiado también incluir a los niños con problemas de conducta, ya que son un fenómeno muy frecuente en las aulas, y un problema que los profesores marcan como muy agudo dentro de su práctica cotidiana.

A continuación se hará una breve revisión de la clasificación de los niños con necesidades educativas especiales.

1.2 Clasificación

1.2.1 Deficiencia física

La deficiencia física en el individuo se presenta con una evidente desventaja física en comparación de otras personas. Esta limitación puede ser originada de manera congénita o adquirida después del nacimiento.

En la literatura actual se ha definido a este grupo de sujetos con distintos términos, tales como: minusválidos físicos, deficientes ortopédicos, con daño neuro-motor, discapacitados motores, etc. Independientemente de su denominación, los podríamos definir como discapacitados físicos, tal como lo plantea Puigdemívil(1988, p.223). "...la discapacidad física o trastorno motores son aquellos que alteran el movimiento de la persona limitando la posibilidad de realizar determinados movimientos y/o provocando un desajuste entre la intencionalidad del acto motor y su realización..."

Los niños con esta deficiencia enfrentan una serie de problemas para su desarrollo personal, así como en la escuela.

Existe una gran variedad de enfermedades que forman el grupo de discapacidades físicas; mencionaré los principales grupos:

- Reumatismo en los niños y en particular la artritis reumatoide juvenil.
- Las afecciones ortopédicas: luxación de cadera, enfermedad de Perthes, deformidades del pie, pies zambos, equinos congénitos, etc.
- Las agencias de miembros (amelias, focomelias, sindactilias, etc.)
- Las escoliosis y cifosis, en particular las que precisan corsés y posiformidades.
- Las enfermedades de los músculos (distrofia muscular degenerativa y esclerosis múltiple).
- Las afecciones motoras bajas (astas anteriores de la médula), en este grupo pueden incluirse los pacientes con poliomielitis.
- Las paraplejas, las tetraplejas y hemiplejas de origen traumático.
- Las parálisis cerebrales (espástica, flácida, atáxica, atetósica).
- Alteraciones congénitas de la columna vertebral (espina bífida y el mielomeningoceles).
- La ostiogenesis imperfecta, que llega a producir deformidades por la multiplicidad de fracturas.
- Los casos de hemofilia en que se hayan llegado a producir deformaciones por hemorragias en las articulaciones.

La escuela de quemaduras que produzcan grave retracciones y deformidades. Como puede observarse el grupo de los niños con deficiencia física es muy extenso y muy complejo en su diversidad.

Existe la hipótesis de que estos niños tienen un coeficiente intelectual normal o superior, creo que esta afirmación sería un poco imprecisa, porque su desarrollo

intelectual puede verse afectado por su limitación física, ya que no tienen un adecuado acceso a la educación.

También presentan trastornos psicológicos (ansiedad y depresión) evidentes, ya que su limitación física los enfrenta a tener cuidados específicos en su higiene y alimentación, además el utilizar aparatos o adaptaciones ortopédicas para su mejor desarrollo.

En la mayoría de los casos existen alteraciones agregadas como: ceguera, sordera, estrabismo, problemas de lenguaje, problemas de conducta, epilepsia u otra. Esta circunstancia empobrece el desarrollo escolar y social del niño.

Independientemente de su limitación física, el desarrollo de su personalidad es determinado por el apoyo recibido de su familia y el interés personal que él demuestre por su superación.

Es importante mencionar que la familia sufre un gran trastorno emocional por la llegada de un hijo "anormal" con graves complicaciones, que implican cuidados especiales y una educación muy particular. El enfrentarse a algo tan desconocido e incierto provoca inseguridad y un gran desequilibrio emocional. Simultáneamente se ven presionados económicamente porque este tipo de niños necesitan la asistencia de médicos, neurólogos, ortopedistas, terapeutas físicos, etc.

La integración de estos niños a las escuelas regulares ha sido un paso muy difícil pero importante, ya que los profesores se encuentran desorientados ante las características de estos alumnos. Esta situación se agudiza con la sobrepoblación de los grupos, los problemas conductuales y de aprendizaje del resto del grupo.

Falta mucho trabajo en las comunidades y en el ámbito educativo para integrar realmente a los minusválidos.

Sin embargo, algunos niños a pesar de sus limitaciones han podido seguir sus estudios en escuelas oficiales, con el esencial apoyo de sus familias y el espíritu de lucha que caracteriza a muy pocos.

Los niños que presentan alteraciones muy graves no asisten a escuelas regulares y son atendidos en instituciones médicas, servicios de fisioterapia y algunas escuelas especializadas en trastornos neuromotores, que generalmente son muy costosas.

Actualmente han surgido instituciones de asistencia privada que apoyan a estos niños, como: Hospital Sraners, Teleton, Confederación del deficiente mental etc. Y a nivel federal existen escuelas oficiales como los Centros de Atención Múltiple (CAM), D.I.F., Secretaría de Salud, y otras.

1.2.2. Deficientes intelectuales

El término de deficiente mental ha sido muy utilizado en la antigüedad, hasta en nuestros días muchos autores los definen utilizado sinónimos como: retrasado mental, subnormal, oligofrénicos, débiles mentales, deficientes intelectuales y retardados en su desarrollo.

La mayoría de los autores mencionan que la deficiencia de estos individuos está en función del nivel de inteligencia que desarrollen en comparación con los niños normales. Considero que al medir cuantitativamente la inteligencia de cualquier

CON
FALLA DE ORIGEN

individuo mediante tests, obtendríamos resultados parciales, porque la inteligencia que pueda uno tener está determinada por factores culturales, sociales y hasta genéticos.

El deficiente intelectual, su etiología, sus características y su desarrollo en general como individuo con necesidades educativas especiales será estudiado en el capítulo 2.

1.2.3. Deficiencia sensorial (auditiva y visual)

La deficiencia sensorial es cuando se limita la vía de información que normalmente permite describir el mundo mediante una interacción circular, Piantoní (1997).

Se podría decir que esta limitación afecta el proceso de adquisición de conceptos y funciones en el desarrollo madurativo del niño.

Los niños que entran en este grupo de deficientes son aquellos con problemas en la interacción con su medio ambiente, tanto para aprender como para relacionarse. La carencia de cualquier sentido implica una limitación en su vida en general.

Este grupo se divide en deficientes auditivos y visuales.

Iniciaré hablando de los auditivos.

1.2.3.1 La sordera

Se puede definir como la pérdida total o parcial de la capacidad auditiva.

Puigdellivol (1988, p.229) define a este problema como "... la pérdida de audición que impide una correcta captación del sonido y en especial del lenguaje...".

A estas personas se les denomina hipacúsicos (hipo=menos acusia=oir).

El oído tiene un papel muy importante en el desarrollo de cualquier individuo, ya que mediante las ondas sonoras el cerebro recibe información fundamental en la maduración del niño.

Esto no quiere decir que los sordos son inmaduros, más bien, necesitan instrumentos y técnicas adecuadas para facilitarles la adquisición de información.

Existen tres tipos de pérdida auditiva según Molina(1997), de acuerdo a la ubicación del daño sería;

Conductiva; el daño está localizado en el oído medio o el externo.

Sensorineural; el daño está en la cóclea y vías nerviosas superiores.

Mixta; la pérdida auditiva tiene componentes conductivos y sensorineurales.

Este tipo de limitación provoca la ausencia del lenguaje y algunos problemas de percepción, es decir, el niño adquiere su lenguaje de forma natural con la interacción de su medio y paralelamente se da su lenguaje oral y un pensamiento abstracto.

Algunos autores mencionan que el niño sordo requiere de apoyo especializado, específico y sistemático para el desarrollo de su lenguaje tanto de expresión como de comprensión. Si este proceso no es dirigido adecuadamente, el niño puede tener problemas en sus procesos cognitivos.

Una gran fatalidad es que el niño con problemas auditivos tenga otra limitación como la deficiencia mental, física o cualquier otra. Realmente esta situación es difícil más no imposible, puesto que existen técnicas adecuadas para apoyar a estos niños.

Como es de entenderse, estos alumnos pueden acceder a los contenidos curriculares de las escuelas regulares, con el debido apoyo de su familia y todo el personal docente de la institución educativa. En particular este tipo de deficiencia entraría en el programa de integración educativa.

1.2.3.2. Ceguera y debilidad visual

El sentido de la vista es uno de los más importantes, ya que mediante éste obtenemos la mayor información para entender, interpretar e interactuar con el mundo exterior.

Los ojos son un órgano muy complejo que nos permite obtener información que procesamos en el cerebro, estos mensajes desencadenan conexiones sensoriales y cerebrales.

Una discapacidad visual afecta definitivamente el desarrollo físico, neurológico y emocional de los niños. Su identificación temprana es muy importante porque el niño necesita apoyo específico para su desarrollo, favorece su integración a la comunidad y lo prepara para la productividad.

Molina de Uslar (2000) menciona que los adaptamólogos pueden determinar la capacidad de visión de las personas a través de tres aspectos:

- Agudeza visual: Capacidad para distinguir los objetos con rapidez a determinada distancia.
- Campo visual: Corresponde al campo de visión, es decir la porción del espacio que alcanza a percibir la persona. En condiciones visuales una persona pueda fijar la vista en un objeto estático por percibir 180 grados en el campo visual horizontal y 140 grados en el campo visual vertical con ambos ojos. La percepción periférica es de 150 grados con cada ojo.

"...La deficiencia visual se da cuando una persona no alcanza la unidad normal de agudeza visual (diez decimos, o el conocido 20/20)..."(Molina, 1997, p.50).

En la debilidad visual la capacidad visual permanente de la persona es menor de 1/10 o 20/200 en ambos ojos, no existe método quirúrgico de tratamiento, pero ayudado con apoyos ópticos puede lograr una mejoría en la capacidad visual.

De igual manera Sánchez (1997) define la ceguera y el deterioro visual en términos de la agudeza visual o a la habilidad para ver formas a una distancia específica. La agudeza visual se mide en personas que presentan problemas para leer o describir objetos en una distancia aproximada de 20 pies o 6 mts.

En México, se considera ciega a una persona cuando carece de toda percepción luminosa y parcialmente ciega cuando puede percibir la luz pero no discriminar a las personas.

Las personas que presentan estas limitaciones se apoyan mediante lupas, anteojos, catalejos o pantallas amplificadoras.

Su diagnóstico debe ser muy temprano para estimular adecuadamente a quien nace con esta limitación.

Algunas características de estos sujetos son que los niños rotan sus ojos con mucha frecuencia, los débiles visuales hacen movimientos repentinos hacia los lados de sus ojos, hasta que encuentran un punto donde fijar la vista.

Un bebé debe presentar el reflejo óptico y el rastreo ocular, es decir, el niño debe buscar el objeto que le interesa fijando la vista, y posteriormente debe seguir la trayectoria de una persona en movimiento o un objeto desplazando. Es importante observar estas respuestas desde edades muy tempranas.

El desarrollo general de los niños con estas limitaciones se ve ligeramente retrasado desde el área psicomotora, del lenguaje, cognitiva y social. Se podría decir que este retraso se debe a la falta de visión que limita su interacción con el medio que lo rodea. La mayoría de los niños aprenden mediante estímulos visuales y lo hacen a través de la observación e imitación.

En particular en el lenguaje presentan ecolalia, es decir, repiten las palabras que se les dicen, a veces sin entender su significado porque les cuesta trabajo comprender la función interactiva del lenguaje.

A pesar de lo difícil de su desarrollo del lenguaje este va evolucionando debido a su inteligencia normal y al llegar a la edad escolar presentan un adecuado nivel en su lenguaje.

En cuanto a su desarrollo motor, estos niños presentan un tono muscular bajo, su equilibrio y su orientación son muy torpes y lentos.

Las expresiones faciales y el lenguaje corporal también se ven seriamente afectados, ya que son consecuencias de las interacciones visuales, desfavoreciendo las relaciones sociales.

Por lo anterior es relevante el constante apoyo de la familia para estimular en todas las áreas a los niños con limitaciones visuales; con el fin de sustituirles esta carencia hay que desarrollar el sentido del tacto y del oído, para que entiendan el mundo por medio de estos sentidos.

1.2.4. Deficiencia en el lenguaje

Los seres humanos tenemos la necesidad de sentirnos vivos y podernos manejar en la sociedad mediante la comunicación. Por medio de la comunicación buscamos obtener objetos, información, reconocimiento, atención, afecto y toda una interrelación entre los miembros de la sociedad.

Para comunicarnos utilizamos el lenguaje en cualquiera de sus expresiones, principalmente la verbal. " ...El lenguaje es la capacidad humana de representar el mundo interno y el mundo externo por medio de símbolos convencionalmente codificados..." (SEP, 2000, p. 60).

El lenguaje es una de las herramientas más importantes en la socialización de cualquier sujeto. Por tal motivo la deficiencia de este medio de comunicación es determinante en el desarrollo de cualquier persona.

La función del lenguaje es relevante, ya que desde las primeras etapas de la vida se expresan emociones, necesidades y las relaciones con su medio familiar y social. La expresión puede ser desde un gesto hasta una frase estructurada, ya sea verbalmente y/o por escrito.

El proceso que sigue el desarrollo del lenguaje es muy complejo, ya que se combinan las estructuras superiores del cerebro y la articulación fonética de la función misma del lenguaje. Además el lenguaje debe de ser aprendido dentro de una comunidad, que al mismo tiempo que lo enseña, inducen al niño a pensar según unas estructuras lingüísticas concretas y determinadas en la comunidad.

Existen diferentes etapas del desarrollo en general y el lenguaje en particular, que deben cumplirse de acuerdo a la edad cronológica del niño. Esto tiene variaciones de acuerdo a la carga genética y a la estimulación familiar.

Gisbert, Mardomingo, Cabada, Sánchez y Toledo, (1991) mencionan que existen tres niveles básicos del lenguaje; el nivel léxico (simbolización, memorización y o relación con el ambiente), el nivel estructural (cambios lingüísticos en el nivel receptivo y o expresivo), el nivel articulatorio (cambios en la cavidad orofacial).

El diagnóstico en la alteración del lenguaje debería ser atendido lo más tempranamente posible, a pesar de que es difícil la precisión de lo normal y lo patológico. Es importante orientar a los padres sobre su desarrollo general para observar alguna alteración.

Algunas causas que determinan dichas alteraciones pueden ser las prenatales, perinatales y posnatales.

En los prenatales tenemos las malformaciones congénitas en el aparato receptor y articulatorio (labio leporino, hendidura del paladar), por otro lado las enfermedades virales de la madre.

En las causas perinatales están los partos distócicos y anoxia; que son las más frecuentes en la parálisis cerebral, la oligofrenia y sordera. Además tenemos los partos prematuros y de alto riesgo.

Las causas posnatales son infecciones severas como la meningitis y tóxico infecciosas, también traumatismos craneo-encefálicos que pueden provocar afasia tanto en niños como en adultos.

A continuación se hará una breve revisión sobre los diferentes trastornos del lenguaje según lo plantea Gisbert et. al. (1991):

- Trastornos de la voz; la voz con sus cualidades de tono, timbre, melodía y ritmo de emisión, puede alterarse por causas diversas. Provocando disfonías, disfonías endócrinas, niños disfásicos, la voz del laringectomizado, el timbre nasal de las rinolalias.

- Trastornos del habla; el habla es la manera de disponer de los órganos articulatorios y la dinámica de la propia articulación, que cuando se apartan de la norma constituyen las dislalias (rotasismo, sigmatismo etc.)
- Dislalias audiógenas; saben articular fonéticamente las siguientes letras (b, v, p, m, l, g, k, h, ll, rr, bl, fl, sl, gr, tl, dr, etc.)
- Dislalias orgánicas; son trastornos de la articulación debido a causas orgánicas que se manifiestan en el timbre de voz y las cavidades de resonancia.
- Dislalias neurológicas; el trastorno de las áreas cerebrales o las conexiones con los músculos correspondientes a la articulación, dan como resultado una dislalia (apraxia y apraxia bucolinguofacial).
- Disartias psicógenas; se presentan mediante el tartamudeo en sus diferentes modalidades.
- Perturbación del lenguaje; es la ausencia o trastorno en el desarrollo o pérdida total o parcial, con deterioros o regresiones por causas diversas, en donde también se ven afectados los niveles léxico y articulario.

Como se podrá apreciar, el problema de la discapacidad en el lenguaje es muy amplio y complejo tanto en su estructura, como en su función. Por desgracia, generalmente esta limitación se ve acompañada de otras y esto maximiza la dimensión del problema en un niño con necesidades educativas especiales.

1.2.5. Dificultades en el aprendizaje

Desde los primeros años construimos nuestro mundo mediante diferentes recursos, como: los sentidos, el movimiento, el cuerpo y las interacciones con su medio físico y social.

La interacción con los demás nos permite crear nuevas formas de comunicación y lleva a usar formas simbólicas para expresarnos.

Estas relaciones se tornan cada vez más complejas, incluyen más elementos en su estructuración y organización. Con la integración de todos estos procesos el niño comienza a interpretar su realidad.

El proceso de aprendizaje del repertorio académico básico se va dando desde los primeros contactos con el medio, hasta estructurar la lecto-escritura en el ámbito escolar.

Existen dos tipos de estudiantes con problemas de aprendizaje: 1.- "...aquellos con bajo rendimiento escolar debido a limitaciones esencialmente internas o fisiológicas..." y 2.- "...aquellos estudiantes con pobre rendimiento en la escuela a

consecuencia de influencias de tipo ambiental o externas"... Sánchez, Cantón y Sevilla. (1997, p.26).

Las características generales de los niños con estas limitaciones son en algunos casos daño neuropsicológico, alteraciones en la capacidad de interacción con su medio, alteraciones en la recepción sensorial, atención, percepción y alteración en los canales de información.

Otras características pueden atribuirse al ambiente que rodea el desarrollo del niño, son las reacciones de ajuste por problemas personales se manifiestan por dificultades en la socialización, conductas inapropiadas, impulsividad y autocontrol deficiente.

Los problemas derivados de la interacción del niño con su escuela se manifiestan por deficiencia en las tareas, dificultad en la escritura, en la lectura y matemáticas, así como en el proceso de la información; Teniendo poca tolerancia a la frustración y una pasividad en el aprendizaje en general.

Para que un niño pueda aprender en la escuela debe cumplir algunos requisitos, primero tener la edad requerida por las autoridades educativas, y en segundo término un nivel de maduración que le permita aprender los contenidos curriculares de una escuela formal.

La maduración para el aprendizaje es la disponibilidad del niño, que le permite tener capacidades para aprender y se debe a cambios fisiológicos o a procesos internos del sistema nervioso central, además de factores externos, como el entorno familiar y el medio sociocultural.

Las principales causas de la dificultad en el aprendizaje, son: retraso en la maduración neurológica (alteraciones en las funciones cerebrales), inmadurez en el desarrollo perceptivo-motor, retraso en el desarrollo psicolingüístico, inmadurez en el desarrollo de la atención - memoria y retención, así como bloqueos en la estructuración del pensamiento concreto.

Todos estos factores contribuyen al fracaso escolar en los niños.

Esta limitación en particular es muy ambigua, ya que cualquier niño en cierto momento de su vida escolar puede presentar problemas en su aprendizaje, lo importante es acudir a las estrategias adecuadas para apoyar este problema.

Por otro lado están los niños con trastornos neurológicos o físicos que entorpecen el aprendizaje, pero pueden ser estimulados para acceder a los contenidos escolares.

Los padres de familia y los maestros juegan un papel determinante en la evolución del proceso de enseñanza aprendizaje.

1.2.6. Sobredotados

Los niños sobredotados son aquellos que sobre salen en las actividades escolares, de tal manera que rebasan el nivel cognitivo de sus compañeros de su misma edad.

Existen diferentes opiniones sobre la descripción de estos niños. La mayoría retoman pruebas psicométricas de inteligencia que miden el CI y los niños que

... CON
FALLA DE ORIGEN

tienen resultados arriba de 140 se consideran sobredotados según lo menciona Terman, (citado por Sánchez et. al., 1997), al igual que lo plantea Manzano en el Curso Nacional de Integración Educativa, (SEP, 2000).

Por otro lado otros autores plantean que no solo la capacidad intelectual es importante evaluar, también la creatividad, la motivación por la tarea y la productividad son factores que reflejan la capacidad total del individuo.

Las características generales de los niños superdotados son: Pensamiento abstracto, creatividad, lenguaje amplio y sofisticado, memoria y atención precoz, una gran capacidad de almacenar información y pensamientos rápidos además de la capacidad de resolver problemas creando nuevas soluciones.

En el aspecto social se ven afectados por su desigualdad de intereses y razonamiento de la realidad, junto a sus compañeros de su misma edad, es decir, que entre mayor es su CI menos es su adaptación social.

Estos niños presentan un gran sentido por la competencia y relación con personas adultas que satisfagan su inquietud intelectual, buscando mayor contacto con los adultos y aislándose de los niños de su edad.

La personalidad de estos niños es muy tenaz en cuanto a sus actividades intelectuales, disfrutan de metas difíciles y firmeza en sus convicciones además de seguridad en sí mismos, pero tienen dificultades en sus relaciones sociales y afectivas.

Desde muy pequeños presentan una precocidad en su desarrollo desde el área motora, hasta la cognitiva, es decir, caminan, hablan, y aprenden a leer antes que cualquier niño "normal". Al entrar a las escuelas formales se encuentran desilusionados por el nivel intelectual de los niños de su edad y esto puede provocar una desadaptación social de superdotado manifestándose por alteraciones en su conducta, por ejemplo hiperactividad, agresión y aislamiento.

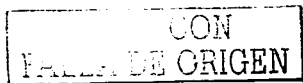
El origen de la "superinteligencia" puede atribuirse a factores genéticos o ambientales, es decir, que el medio donde el niño se desenvuelve es importante para el desarrollo de su nivel cognitivo.

En algunas culturas mas avanzadas los niños son estimulados desde pequeños para favorecer el proceso cognitivo. A diferencia de los países pobres que solo cubren las necesidades primarias de sobrevivencia de los niños de sus comunidades.

Actualmente el gobierno mexicano debería de buscar y apoyar a estos niños con becas, además de utilizar modelos educativos que favorezcan su productividad. Ya que en ocasiones quedan en el anonimato por las carencias económicas de sus familias.

1.2.7. Problemas de conducta

Las alteraciones conductuales son actitudes y acciones diferentes que salen de la norma social. Esto quiere decir que cualquier individuo que se comporte distinto a los demás miembros de su comunidad, puede estar presentando una alteración de la conducta.



El ser humano tiene una gran complejidad de funcionamientos y una cantidad de recursos para enfrentarse a las situaciones que le tocan vivir a lo largo de su desarrollo.

Para cada uno de estos seres tiene una carga genética que determina como será su relación con su medio ambiente. Además de las estructuras familiares y sociales donde se desenvuelve el niño durante su existencia.

El desarrollo del niño se va dando conforme a su material biológico, íntimamente relacionado con las experiencias de interacción con su medio. Cada estímulo nuevo provoca un complejo funcionamiento de reacciones del presente asociadas a las vivencias del pasado.

Algunos autores plantean que los problemas conductuales son la expresión de conflictos internos. Considero que más que un reflejo interno, son expresiones de situaciones o vivencias tenidas a lo largo de su existencia.

De manera general se podría decir que la etiología de estos trastornos se encuentra en un daño neurológico o alguna alteración madurativa de su desarrollo, además de relaciones difíciles con familiares, en el ámbito escolar y social.

A continuación se mencionarán diferentes trastornos de la conducta que plantea Gisbert et. al. (1991).

Clasificación de los Trastornos de la Conducta:

➤ Trastornos del sueño:

Sueño intranquilo, pesadillas, terrores nocturnos, sueños excesivos y somnolencia.

➤ Trastornos de la alimentación:

Falta de apetito, anorexia, bulimia, lentitud para comer, conductas inadecuadas en la comida.

➤ Trastornos de los esfínteres:

Eneuresis, estreñimiento, diarrea, exceso de salivación, exceso de succión.

➤ Trastornos de la actividad:

Debilidad motora, inquietud, inestabilidad, destructividad, pereza, desordenado, balanceos, succión del pulgar, tics.

➤ Trastornos del lenguaje:

Retraso en la adquisición, disartria, disfasia, afasia, mutismo, tartamudez, problemas de expresión.

➤ Trastornos de la afectividad:

Rechazo a las caricias, indiferencia, tímido, vergonzoso, en exceso sensible, celoso, egocéntrico, agresivo y cruel.

➤ Trastornos del estado de ánimo:

Irritabilidad, berrinches, llanto frecuente, culpabilidad, depresión, angustia, miedo, fobias, apatía, desinterés.

➤ Trastornos psicovegetativos:

Cefalea, migraña, abdominalgia, facilidad para vomitar, mareos, colitis, gastritis, úlcera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Trastornos del aprendizaje escolar:
Distracción, lentitud, malas notas, rechazo escolar, dislexia, disgrafia, discalculia, indisciplina, rebeldía.
- Trastornos de las relaciones sociales:
Solitario, rechaza amigos, víctima de los demás, peleas frecuentes, agresor, delator, tramposo en exceso.

Como se podrá apreciar este tipo de alteraciones son muy extensas para revisarlas en unos cuantos párrafos.

Estos individuos son etiquetados por sus profesores y sus compañeros como niños problema, sin considerar que tienen trastornos en su estado emocional, principalmente en el afectivo.

Pero estas alteraciones algunas veces se ven reflejadas en su comportamiento en clase, por lo tanto son considerados niños con necesidades educativas especiales.

A manera de conclusión se puede decir que el mundo de los niños con necesidades educativas especiales es inmenso y complejo, por todo lo anteriormente mencionado.

Esto invita a todos los profesionales que se interrelacionan con estos niños a comprometerse para conocer más el fenómeno de las necesidades especiales, con el fin de mejorar el apoyo que les brindan.

1.3 Normatividad de la educación

Es importante no categorizar a los alumnos sobre la base de sus deficiencias, es decir, debe evitarse la etiquetación entre los alumnos de acuerdo a sus condiciones personales. Ya que en algunos casos el déficit que se presenta en las aulas puede ser transitorio, o en caso de ser permanente la etiquetación, puede limitar su potencialidad.

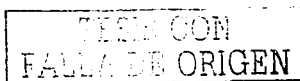
El papel del personal educativo es relevante en el desarrollo emocional de los niños. Deberían de regirse por los lineamientos federales e internacionales, en cuanto al respeto y el apoyo que se merecen estos ciudadanos. Realmente esto es un tanto difícil, puesto que la sociedad no está realmente sensibilizada con estos niños. Pero nosotros como personal docente tenemos la obligación de promover el respeto y la cordial convivencia con ellos.

De manera práctica existen muchas limitaciones para integrar a los niños en la educación formal.

Internacionalmente se ha planteado modificar las estructuras físicas de los inmuebles escolares; como rampas, baños, elevadores, etc. Procurando mejorar los accesos para los niños con sillas de ruedas, prótesis, muletas, ciegos, etc.

La normatividad de la educación en nuestro país se rige por el artículo tercero de la constitución, donde el Estado queda obligado a impartir educación a todos los habitantes del territorio nacional desde la etapa pre-escolar hasta la secundaria.

En cuanto a la Educación Especial, en 1993 se proclamó como educación básica y todas las entidades federativas tendrán que garantizar sus servicios a quien lo solicite. Desde intervención temprana, hasta la formación para el trabajo.



Todas estas modificaciones a la ley son apoyadas en el derecho fundamental del hombre; a saber: el derecho a la educación.

La Comisión Nacional SEP-SNTE en 1997, menciona que la jerarquía normativa de la educación, se norma de la siguiente forma:

- Artículo tercero Constitucional.
- Ley General de Educación.
- Planes y Programas de estudio.
- Libros de texto gratuitos.
- Calendario escolar.

Programa de desarrollo educativo 1995-2000.

La Educación Básica Nacional rige legalmente la educación especial, dando como lineamientos que la educación especial es obligatoria y gratuita. Además no podrá ser condicionado su servicio.

Inicialmente tenemos a los CENDI (Educación inicial), CAM (Centros de atención múltiple donde se apoya desde intervención temprana y la primaria), USAER (Unidad de servicios de apoyo a escuelas rurales), CECAD (Centros de capacitación y trabajo), COEC (Centro de Orientación y Canalización).

La ley general de educación en su artículo 41 menciona que los niños con problemas de aprendizaje deberán ser atendidos en USAER, los padres y los profesores recibirán orientación.

Todos estos estatutos dan significado al lema de UNA EDUCACION PARA TODOS ya que se pretende mejorar la calidad educativa para todos los niños.

Tanto los "normales" como los "especiales" serán beneficiados con la nueva política educativa, es decir que la normatividad de la educación permitirá a los discapacitados a integrarse a escuelas regulares, siendo este el primer cambio al sistema educativo nacional.

Esta transformación se va dando muy paulatinamente, por su complejidad y la involucración de muchas instancias. Es decir que la modificación de la política educativa en México, esta en sus inicios y falta mucho para poder realizar un verdadero cambio.

Dentro del cambio conceptual de la educación surge la "integración educativa" como una fórmula para la instrucción de los niños especiales

1.4 Integración educativa

La integración educativa se refiere al acceso y permanencia de los alumnos con necesidades educativas especiales en los centros educativos con base en un currículum básico, en los que tienen acceso a la educación regular con adecuaciones curriculares para su apoyo académico. Por otra parte están los Centros de Atención Múltiple donde los niños con limitaciones más severas cursan su escolaridad. Las USAER, donde personal calificado apoya en las escuelas regulares y los CAM como escuelas especiales.

En la conferencia mundial de necesidades educativas especiales en 1994 en la ciudad de Salamanca España organizada por la UNESCO, declararon las siguientes proclamaciones:

- Todos los niños de ambos sexos tienen un derecho fundamental a la educación y debe dárseles la oportunidad de alcanzar y mantener un nivel de conocimiento.
- Cada niño tiene características e intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje que le son propias.
- Los sistemas educativos deben ser diseñados y los programas aplicados, de modo que satisfagan todas las gamas de esas diferentes características y necesidades.
- Las personas con necesidades deben tener acceso a la escuela ordinaria y deberán integrarse a una pedagogía centrada en el niño, capaz de satisfacer esas necesidades.
- Las escuelas con estas orientaciones integradoras representan el medio más eficaz para combatir las actitudes discriminatorias, construir una sociedad integradora y lograr la educación para todos; además de proporcionar una educación efectiva a la mayoría de los niños y mejorará la eficacia. En definitiva, la relación costo-eficiencia en todo el sistema educativo.

Sobre la base de estas declaraciones, los delegados en la conferencia solicitan a los gobiernos las siguientes acciones:

- Dar un mayor presupuesto y prioridad política al sistema educativo.
- Tomar como ley o como política el principio de la educación integradora.
- Fomentar y facilitar la participación de los padres, comunidades y organizaciones de personas con deficiencia en la planeación y proceso de adopción para atender a los niños con necesidades educativas especiales.
- Garantizar un cambio sistemático, actualizando a los profesores para prepararlos en las escuelas integradoras.

El buscar la equidad en las escuelas integradoras, es un reto muy grande, puesto que debe existir un cambio político, económico, social y cultural en el contexto del discapacitado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen barreras más difíciles de cruzar que las arquitectónicas, como ejemplo está la estructura tradicional educativa que había excluido a estos alumnos de sus aulas.

El gobierno mexicano se ha planteado como objetivo general en la educación, promover la integración de los menores con discapacidad a la escuela regular y la cultura de respeto a la dignidad y los derechos humanos políticos y sociales de las personas con discapacidad.

Esta estrategia política tiene como base favorecer un ambiente menos restringido y una integración social. Mediante el modelo de integración pedagógica denominado "NEE" y adaptación curricular (Barraza, Cazares y Campos, 2000). Los profesores han aprendido a vivir con la integración y han aprendido conflictos socio-relacionales, e ideológicos y contextuales que incluyen dicho proceso a pesar de la existencia de un modelo teórico, los maestros no cuentan con las herramientas suficientes para enfrentarse a la educación integradora de las NEE. Además, las condiciones particulares del sistema educativo nacional, no han sido lo más apreciado para la integración, ya que los procesos de gestión-administración, la formación y actualización de los maestros y la estructura general del sistema son muy complejos.

Se podría decir que este proceso de integración es muy reciente y se encuentra en etapa inicial de construcción.

La base teórica de esta propuesta constructiva la plantea Castillona (2000), donde se orienta sobre una perspectiva constructivista mencionado que:

- 1) El comportamiento humano sólo puede entenderse en relación con los contextos particulares.
- 2) Se supone que los acontecimientos que se producen en un contexto determinado son reinterpretados en la mente de los participantes y por consiguiente sólo pueden entenderse teniendo en cuenta estas múltiples realidades.

Por lo tanto la percepción del individuo está limitada por nuestros recursos personales y experiencias. Es decir que la experiencia que los profesores tienen sobre su imagen y la de los alumnos en el contexto escolar es determinante para su vivencia en las aulas.

Por tal motivo, debe hacerse hincapié en la reflexión acerca del papel de los maestros y el personal que está en las escuelas.

La misma integración educativa busca el perfeccionamiento de todo el personal mediante capacitación, talleres de reflexión e investigación y análisis sobre la integración misma y su metodología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.5 Currículum

Un currículum se reduce con frecuencia a contenidos, planes y programas de estudios, además implica siempre una determinada directiva pedagógica, reflejando una concepción no sólo de lo educativo, también de lo social, lo político y lo cultural.

Anteriormente se hacían planes de estudio centrados en la adquisición de contenidos que favorecieran la disciplina de estudio, ahora se pugna porque los planes de estudio privilegien las necesidades e intereses de los alumnos.

De manera particular los niños con necesidades educativas especiales tienen que acceder a los contenidos curriculares de los programas de estudio que lleva la Secretaría de Educación Pública en las escuelas oficiales. Es decir todos los niños "normales" tienen que guiar su aprendizaje escolar por planes y programas ya establecidos por la misma escuela.

En el DIAC se registran los datos generales del alumno, así como una historia clínica, familiar y escolar, además de una evaluación psico-pedagógica y una exploración en las diferentes áreas del aprendizaje.

De acuerdo con los resultados obtenidos de este documento se determina el tipo de adecuaciones curriculares que necesita el niño.

En general se podría hablar de diferentes adecuaciones, por un lado las físicas que se refieren al mobiliario, rampas, cambios en las aulas, aparatos ortopédicos, auxiliares auditivos y otros. Las adecuaciones metodológicas están definidas por el apoyo técnico de personal especializado y planes de intervención diseñado por los docentes.

Toda adecuación curricular debe ser bien definida, así como estructurada para que sus técnicas metodológicas alcancen el objetivo.

Además de llevar un minucioso seguimiento de este plan para retroalimentarse con los resultados.

Realmente no es un trabajo fácil para los profesores, que apenas empiezan a conocer a los niños con necesidades especiales. Estamos iniciando el proceso de integración educativa de estos niños.

Dentro de la SEP existe un grupo de apoyo técnico denominado equipo para docente, donde el psicólogo tiene un papel muy importante, ya que se encuentra íntimamente relacionado con los niños que presentan necesidades educativas especiales.

1.6 El papel de psicólogo en la educación

La psicología es una ciencia que no está muy bien delimitada aún entre los profesionistas que la ejercen, la psicología es un tanto enigmática y hasta cierto punto mística en sus análisis según los estudiosos de otras áreas.

En la práctica profesional existen conflictos cuando se tiene que trabajar con un equipo multidisciplinario, y éste se siente invadido por las funciones del psicólogo. Un caso más específico es lo que sucede en la SEP donde los docentes no saben

específicamente cuáles son las funciones del psicólogo, y mucho menos que pueden apoyarlos en su trabajo.

Ahora bien, si entendemos que el psicólogo estudia la conducta del ser humano, todo individuo puede ser sujeto a exploración; es decir que el área de intervención de este profesionista en la educación es muy amplia y diversa, siendo una pieza clave en la educación de cualquier niño.

El Manual de Profesiones de la SEP (2000), plantea que el psicólogo pertenece al grupo de profesionistas que apoyan al equipo docente. Donde sus funciones se resumen en los siguientes puntos:

- Realizar la evaluación diagnóstica inicial y las posteriores revalorizaciones.
- Registrar observaciones continuas sobre el proceso educativo del niño.
- Detectar los casos que requieren atención psicopedagógica.
- Establecer y mantener relaciones interpersonales con alumnos y padres de familia.
- Asesoría a padres de familia.
- Asesoría al personal docente en aspecto de diagnóstico.
- Evaluar el proceso de atención del alumno para dar recomendación.
- Apoyar al personal docente en la atención que se brinda a los alumnos en el aula.
- Analizar el proceso de enseñanza aprendizaje en el aula.
- Organizar sesiones de trabajo individual con alumnos que lo requieran.

Aparentemente las funciones que debe desempeñar un psicólogo en la SEP son muy específicas, pero la realidad es diferente. El personal docente y hasta los propios directivos no tienen muy claro cuales son las funciones del psicólogo.

Si consideramos que la carrera de psicología está basada en un currículum específico, diseñado para cubrir las expectativas sociales y científicas de esta profesión; entonces no deberían de ser tan ambiguas las funciones del psicólogo en la educación actual.

De manera muy particular mencionaré el plan de estudios que llevan en la carrera de psicología en Iztacala (FESI), por ser la escuela que me dio las bases teóricas de mi formación profesional como psicólogo.

El sistema modular de la carrera se definió teniendo en cuenta la situación social en las cuales se realiza la práctica profesional del psicólogo en México.

Se diseñó un sistema modular constituido por tres módulos, cada uno de los cuales se encargaría de proveer al estudiante de las habilidades necesarias para su práctica profesional.

"...Estos módulos son: a) el teórico, el cual se encarga de proporcionar los aspectos teóricos y metodológicos, así como los repertorios verbales requeridos como apoyo a los módulos aplicado y experimental; b) el experimental, que subraya los contenidos teóricos y metodológicos a través del trabajo en el laboratorio con animales y humanos, posibilitando el eslabonamiento paramétrico entre las situaciones teóricas y aplicadas, y c) el aplicado, que lleva a los principios teóricos y a las situaciones técnicas y procedimientos de laboratorio a las

DEBES CON
FALLA DE ORIGEN

situaciones concretas de trabajo..." Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, (1980).

El objetivo general es proporcionar los repertorios precurrentes para aplicada y para esto se diseñaron actividades fuera del salón de clases, es decir el alumno se enfrentará en un ambiente natural y traerá los elementos para su análisis en el salón de clases. Esto permite hacer un amplio análisis de diversos contextos.

Se definieron cinco funciones profesionales, las cuales son: detección, desarrollo, rehabilitación, planeación, prevención e investigación.

Cubriendo cuatro áreas problema: instrucción, ecología y vivienda, salud pública, productividad y consumo.

Dicho currículum no tiene una meta puramente informativa, se desarrollan habilidades para un mejor funcionamiento profesional. Por ejemplo la conducta verbal es establecida en función de las habilidades adquiridas en laboratorio y teoría, así como los repertorios que se adquieren en las interacciones con las instituciones y la comunidad.

Como se podrá entender, la formación profesional del psicólogo va más allá de las expectativas institucionales y profesionales que se tienen de él.

Basándose en todas las habilidades que tiene un estudiante de la conducta para laborar en el sistema educativo, el psicólogo sería una pieza fundamental en el plan de la integración educativa en nuestro país.

Sin lugar a duda, además de diagnosticar y sugerir estrategias de intervención metodológica; nuestro apoyo técnico iría desde planear verdaderas estrategias metodológicas en el proceso enseñanza-aprendizaje, sensibilización del personal docente para el trato con alumnos y padres de éstos, realización de actividades que favorezcan las relaciones interpersonales y familiares, así como talleres de creatividad, juego, lecto-escritura, autoestima, autocuidado, sexualidad, etc.

Realmente el campo de acción es muy fértil pero con muchos obstáculos administrativos y personales de los demás profesionistas.

Por desgracia esta situación desfavorece a los niños con necesidades educativas especiales que intentan integrarse a escuelas regulares. Porque el psicólogo podría apoyar de manera práctica la integración de los niños en la escuela, es decir, trabajar en la aceptación social de sus limitaciones, en la participación de sus padres en la educación de sus hijos, en el apoyo técnico de los profesores y estructurar un ambiente propio para el aprendizaje. Y así, mejorar su calidad de vida.

A manera de conclusión mencionaré que las personas con necesidades educativas especiales son un grupo muy complejo y sofisticado, debido a las lesiones orgánicas que les provocan ciertas limitaciones en su desarrollo como individuo.

Después de la revisión de cada una de las diferentes categorías, encontré al deficiente intelectual como el grupo más homogéneo desde sus características hasta su entorno escolar y familiar.

Por tal motivo la intervención del psicólogo sería más concreta y específica, ya que los deficientes intelectuales se desarrollan en instituciones especializadas donde se dirige su aprendizaje, así como sus hábitos sociales y familiares.

TRABAJO CON
FAMILIA DE ORIGEN

Generalmente su desarrollo físico es "normal", como el de cualquier niño y por esta apariencia puede integrarse a la vida social con facilidad. Pero su comportamiento y su baja asertividad lo segregan en la comunidad. Es entonces cuando se debe planear estrategias de modelamiento y modificación de la conducta para su mejor adaptación al medio. Por todo lo anterior creo indispensable que el psicólogo apoye al deficiente intelectual en la integración global al mundo. Debido a su formación profesional tiene las herramientas suficientes para dirigir este proceso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 2

EL DEFICIENTE INTELECTUAL

El grupo de niños con necesidades educativas especiales es muy amplio y heterogéneo en sus características. De manera general se podría decir que son sujetos con alguna alteración orgánica que determina cierta limitación en su desarrollo como alumno de cualquier escuela regular.

Los niños que tienen limitaciones físicas o sensoriales son más adaptables al trabajo en las escuelas oficiales, ya que por su capacidad intelectual "normal", pueden acceder a los contenidos curriculares con el apoyo metodológico de personal especializado.

Por otro lado están los alumnos con problemas de aprendizaje, de lenguaje y de conducta que también pueden ser incluidos en salones de clases regulares, donde podrán acceder a los contenidos con el debido apoyo de los docentes y el personal calificado.

Claro que esta distribución sería la ideal para que todos los niños con necesidades educativas especiales recibieran el apoyo adecuado y se integraran a las escuelas regulares como lo mencionan las leyes federales.

Ahora bien, ¿Qué pasa con el deficiente intelectual? su situación es clara: **No tiene cabida en la integración educativa**, porque dado su déficit en el aprendizaje jamás alcanzará los contenidos curriculares de las escuelas oficiales. A pesar de las adecuaciones o de los planes metodológicos para mejorar el proceso de aprendizaje, difícilmente pueden alcanzar el nivel académico de sus compañeros.

Generalmente son inscritos en escuelas de educación especial donde son guiados a una escolaridad limitada, manejo de autocuidado e iniciación al trabajo. Estos centros educativos pueden ser oficiales o particulares.

Esto significa que los deficientes intelectuales, están fuera de la integración educativa y son remitidos a escuelas especiales como el CAM (Centro de Atención Múltiple de la SEP) y las escuelas de iniciativa privada. Dentro de este ámbito escolar los grupos de alumnos muestran ciertas características homogéneas que agrupan las necesidades de los deficientes intelectuales.

Es entonces cuando se forman grupos de niños con carencias y necesidades muy similares que tienen que ser cubiertas por la institución educativa que los tiene y sus familias.

Dada las conductas y actitudes de estos deficientes, son agrupados en instituciones especializadas para educarlos tanto en el ámbito académico como personal.

El personal docente y especializado que los instruye, tiene que utilizar técnicas metodológicas adecuadas para satisfacer estas demandas, enfrentándose a problemas de aprendizaje, por ejemplo: memoria a largo plazo, la abstracción de problemas matemáticos, poca atención, poco interés por el trabajo académico, etc. En general los deficientes intelectuales tienen una conducta dispersa y muestran actitudes de desobediencia en la escuela y en el hogar, en la escuela pueden ser entrenados a conductas definidas, actividades manuales y/o laborales.

Considero que el grupo de deficientes forma un patrón específico de conductas dentro del aula y que engloban sus necesidades físicas y emocionales en sus conductas. Particularmente la sexualidad es un asunto que los tiene desconcertados e inquietos por las sensaciones que perciben y los cambios físicos que experimentan.

Por todo lo anterior creo necesario hacer un análisis más específico sobre este grupo de discapacitados.

2.1 Definición

La mayoría de los autores definen a los deficientes intelectuales con base en un análisis cuantitativo de la inteligencia mediante pruebas psicométricas que determinan el grado de coeficiente intelectual.

No estoy de acuerdo en medir a estos sujetos con dichas escalas, considero más apropiado hacer un análisis más global de las características de cada niño y su medio ambiente. Este mismo planteamiento lo hace Molina (1997, p.27), quien sugiere hacer una evaluación psicológica completa, observación de su interacción familiar y social, aplicación de baterías que incluyan psicomotricidad, además de evaluar maduración, aprendizaje y socialización. De acuerdo a lo anterior este autor define la deficiencia mental como "...un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible en las neuronas. Dependiendo del tipo de neuronas de la corteza cerebral que hayan sido lesionadas, el niño manifestará una limitación en ciertas áreas del desarrollo..."

Cervera (1988, p.13) plantea que la deficiencia mental es "...un estado de desarrollo mental incompleto, de tal clase y grado que el individuo es incapaz de adaptarse por sí mismo al medio ambiente normal de sus compañeros, en el sentido de carecer de una existencia independiente y precisar control o apoyo externo..." Podemos observar en esta definición que es importante la adaptación social y escolar del niño, así como sus posibles habilidades en el aprendizaje.

La Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han intentado definir la deficiencia mental. Para la AAMD, "...la deficiencia mental está constituida por un grupo de síntomas que aparecen antes de que se complete el crecimiento y desarrollo de la persona, y caracterizada por una reducción de las capacidades intelectuales, de tal grado que llega a impedir la facultad de aprendizaje y una correcta adecuación social.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para la OMS, el concepto de subnormalidad mental se define, simplemente, como un incompleto e insuficiente desarrollo de las capacidades mentales..." Cervera (1988, p.15).

Creo que las definiciones de la OMS y la AAMD son las más aproximadas a la realidad, ya que consideran el entorno social, la capacidad de aprendizaje y su desarrollo intelectual. Son las áreas más afectadas en el deficiente mental. Lo importante es ahora tener los instrumentos de evaluación adecuados para diagnosticar esta deficiencia y hacerlo en una edad temprana.

En la mayoría de los casos los padres o los profesores, son los primeros en darse cuenta que los niños muestran cierta lentitud en su desarrollo, problemas en el aprendizaje y en el lenguaje.

La OMS y la AAMD plantean que existen cinco niveles o grados de deficiencia mental, clasificados a partir de pruebas que evalúan el C.I., (Bautista, 1993, p. 214)

	<i>Coefficiente Intelectual</i>
1.- Límite o borde	68 - 85
2.- Ligero	52 - 68
3.- Medio	36 - 51
4.- Severo	20 - 35
5.- Profundo	inferior a 20

Algunos otros autores los clasifican en cuanto a su capacidad de aprendizaje, manejando los términos de educable, entrenable y de custodia. Dentro de los educables tenemos a los límite y ligeros, los entrenables abarcan los medios y los severos, y los de custodia son los profundos. Gisbert et. al.(1991).

2.2 Etiología

Existe una gran variedad de causas probables que determinen la deficiencia intelectual, para una mejor comprensión las clasificaremos en prenatales, perinatales y posnatales; de acuerdo a las utilizadas por Gisbert et. al. (1991).

Dentro de las **prenatales** encontramos:

- Alteraciones genéticas y aberraciones cromosómicas, tales como: Síndrome de Down, Síndrome de Edwards, Síndrome de Patau, Síndrome del Maullido del gato, Síndrome de Turner, Síndrome de Klinefelter y otros
- Infecciones vírales como: varicela, sarampión, paperas, hepatitis, sífilis, etc.
- Trastornos metabólicos, alteraciones en el procesamiento de las proteínas, azúcares y yodo.
- Infecciones cerebrales tales como: Meningitis, Encefalitis, Meningoencefalitis, Abscesos cerebrales y Encefalopatías entre otros.
- Malformaciones del feto principalmente las que lesionan el encéfalo.
- Incompatibilidad sanguínea Rh.
- Medicamentos como antibióticos, sulfas, corticoesteroides, etc.
- Intoxicación de origen endógena (diabetes).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Intoxicación de origen exógena (tabaquismo, alcoholismo, droga, etc.).
- Alteraciones emocionales que provoquen trastornos en la presión arterial.
- Enfermedades de la madre que alteren los signos vitales.

En el periodo **prenatal** los niños se ven más expuestos a accidentes o malas maniobras de los médicos.

A continuación se mencionarán algunas de estas causas:

- Traumatismo durante el parto
- Complicaciones en el parto como inercia uterina, placenta previa, estreches pélvica.
- Hipoxia
- Partos prematuros
- Cordón enredado en el cuello
- Hemorragias craneo encefálicas
- Fallo cardíaco prolongado
- Prescripción de medicamentos inadecuados en ese momento
- Anestesia mal aplicada
- Condiciones asociadas con ambientes desfavorables.

Después del nacimiento, el bebé está expuesto a situaciones adversas para su desarrollo, a estas causas se les llaman **Postnatales** , enseguida mencionaremos las más importantes.

- Infecciones tóxicas como el cólera, la meningitis
- Traumatismos graves del cráneo
- Encefalopatías bilirrubínicas
- Fibroplasia
- Lesiones en encéfalo
- Factores genéticos de nutrición
- Degeneración cerebelosa
- Epilepsia
- Causas desconocidas con disfunción cerebral estructurada
- Retraso mental familiar - cultural
- Psicosis y desórdenes mayores de la personalidad

En algunos de los casos de deficiencia intelectual las causas pueden ser varias combinadas o una definitiva que marque la limitación.

En la práctica profesional con estos niños he encontrado que la gran mayoría tuvo negligencia médica en el parto.

2.3 Instrumentos de evaluación

Es relevante conocer las diferentes formas de evaluar a un deficiente intelectual, para saber dentro de qué rango está su limitación y obtener resultados adecuados para su educación.

Una exploración puede ser mediante la observación directa e indirecta, las dos nos pueden reflejar el desarrollo general del individuo evaluado.

Dentro de las pruebas psicométricas más utilizadas están las mencionadas por Sattler (1996), las cuáles citare brevemente.

2.3.1.- Pruebas de inteligencia.

2.3.1.1.- La prueba de Weschler se divide en 3 subpruebas que manejan diferentes reactivos que exploran distintas áreas de la inteligencia.

a) Escala de inteligencia para niños *WISC-R (Weschler, 1974 citado en Sattler)*

Se aplica a niños de 6 años a 16 años 11 meses, con 12 subpruebas agrupadas en una escala verbal y una escala de ejecución. Proporciona el CI mediante una puntuación estándar de la prueba.

La escala verbal incluye los reactivos de información general (30 preguntas), los de semejanza (17 preguntas), aritmética (18 preguntas), vocabulario (32 palabras), comprensión (17 preguntas) y retención de dígitos.

La escala de ejecución tiene los reactivos de figuras incompletas (26 reactivos), ordenación de dibujos (12 reactivos), diseño de cubos (11 reactivos), ensamble de objetos (4 reactivos), claves y laberintos.

Este instrumento es muy importante para la medición de la inteligencia y muy socorrido por profesionistas que se apoyan en las pruebas psicométricas.

b) Escala de inteligencia para niveles preescolar y primaria *WPPSI (Weschler, 1967 citado en Sattler)*

Prueba de inteligencia para niños en edad preescolar y primaria, con 12 subgrupos organizados en una escala verbal y una de ejecución.

La escala verbal tiene los reactivos de información (23 preguntas), vocabulario (22 palabras), aritmética (20 problemas), semejanzas (16 preguntas), comprensión (15 preguntas) y oraciones (10 enunciados).

La escala de ejecución contiene los ítems de casa de animales, figuras incompletas (23 reactivos), laberintos (10 ensayos), diseños geométricos (10 diseños) y diseño con cubos (10 diseños).

Esta prueba esta considerada como una de las mejores ya que su confiabilidad es satisfactoria y proporciona un CI aceptable.

c) Prueba de inteligencia para adultos *WAIS-R (Weschler, 1981 citado en Sattler)*

Incluye 11 subpruebas agrupadas en una escala verbal y una de ejecución.

La escala verbal maneja los reactivos de información general, comprensión, aritmética, vocabulario, comprensión y retención de dígitos.

La escala de ejecución contiene los reactivos de comprensión verbal, organización perceptual.

Al igual que las anteriores pruebas son de las más importantes en la evaluación del CI para adultos, por tal motivo se hizo una breve mención, por ser una prueba relevante en la literatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.2.- Prueba de inteligencia de *Stanford-Binet* : Cuarta Edición (citado por Sattler)

Esta batería evalúa la inteligencia desde los 2 años hasta los 23 años, dividiendo la prueba en 4 subgrupos que exploran 4 áreas designadas según los rangos de edad.

En el área de razonamiento verbal se utilizan reactivos de vocabulario, comprensión, absurdos y relaciones verbales.

En el área de razonamiento abstracto-visual se utilizan los reactivos de análisis de patrones, copiado, matrices, doblado y cortado de papel.

En el área de razonamiento cuantitativo están los reactivos de cuantificación, series de números y construcción de ecuaciones.

En el área de memoria a corto plazo están los ítems de memoria de cuentas, memoria de oraciones, memoria de dígitos y memoria de objetos. Esta prueba explora las capacidades cognitivas de los niños y los adultos jóvenes.

2.3.1.3.- La *Escala de Capacidades Intelectuales de Mc Carthy* (Mc Carthy, 1972 citado en Sattler)

Evalúa el nivel de inteligencia del preescolar y el escolar.

Dieciocho pruebas agrupadas en seis escalas: verbales, perceptuales- ejecución, cuantitativas, memoria, motora y general cognitiva.

En la escala verbal se evalúa la capacidad para comprender y procesar estímulos verbales y para expresar pensamientos, por medio de las siguientes categorías: memoria pictórica, conocimiento de palabras, memoria verbal, fluidez verbal y analogías opuestas.

En la escala perceptual-ejecución se busca la coordinación visomotora y razonamiento no verbal a través de la manipulación de materiales concretos, mediante actividades tales como: construcción de cubos, solución de rompecabezas, secuencia rítmica, orientación lateralidades, dibujo de un diseño, dibujo de un niño y agrupamiento conceptual.

En escala cuantitativa se observa la facilidad para el manejo de números y la comprensión de conceptos cuantitativos, tales como: preguntas de número, memoria numérica, conteo y clasificación.

En la escala de memoria se evalúa la memoria a corto plazo por medio de la memoria pictórica, secuencia rítmica, memoria verbal y memoria numérica.

En la escala motora se observa la coordinación motora gruesa y fina mediante la coordinación de piernas, coordinación de brazos, acción imitativa, dibujo de un diseño y el dibujo de un niño.

Este instrumento proporciona un índice cognitivo general, para niños de 2 años 6 meses hasta 8 años 6 meses.

Es una prueba muy útil para obtener un perfil cognitivo del niño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.1.4.- La prueba de dibujo de Goodenough- Harris (Harris, 1963 citado en Sattler)

Cuyo objeto es medir la madurez intelectual, es decir, la capacidad para formar conceptos de carácter abstracto.

El instrumento de evaluación es el dibujo de la figura humana, además de una mujer y de sí mismo.

Esta prueba implica percepción (discriminación de semejanzas y diferencias), abstracción (clasificación de objetos) y generalización.

Es aplicada a niños de 3 años a 15 años 11 meses, es una prueba complementaria para evaluar el nivel cognitivo teniendo como ventaja la mínima influencia cultural sobre los dibujos.

2.3.1.5.- Prueba Gestáltica Viso-motora de Bender (Bender, 1938 citado en Sattler).

Se utilizan 9 tarjetas con diseños geométricos que el niño copia.

Esta prueba es interesante y llamativa para los niños, sus resultados son libres de cualquier influencia cultural:

Se utiliza en niños 5 años a 11 años 11 meses y es para medir el desarrollo perceptivo motor, mediante la distorsión de la forma, rotación, integración y perseverancia.

No debe considerarse como único instrumento de diagnóstico para un daño cerebral.

Además de las pruebas psicométricas existen otros instrumentos de evaluación como las escalas de desarrollo infantil, la cual sigue una secuencia lógica del desarrollo general del niño desde la lactancia hasta la etapa preescolar.

2.3.2.- Escalas de desarrollo

2.3.2.1.- Escalas de desarrollo infantil de Bayley (Bayley, 1969 citado por Sattler)

Evalúa a niños desde la lactancia hasta los 2 años 6 meses y de los 2 años a los 6 años, explorando el desarrollo mental y motor.

Siendo una de las pruebas más confiables para evaluar el desarrollo, por lo cual es una de las más utilizadas en el medio.

De igual manera tenemos la prueba de desarrollo de Denver, la cual nos informa acerca del nivel de desarrollo de las áreas personal-social, motora fina, de lenguaje y motora gruesa.

Este estudio es para niños recién nacidos hasta 6 años. Es un instrumento que detecta el nivel de desarrollo del niño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.2.2.- El Examen Evolutivo de la Conducta de Arnold Gesell, (citado en Gesell, 1994)

Teniendo como función evaluar el funcionamiento del sistema nervioso central, identificar la presencia de cualquier deficiencia neuromotriz o sensorial, descubrir la existencia de trastornos evolutivos desde la lactancia.

La observación de cada uno de los cinco campos principales - adaptativo, motor grueso, motor fino, del lenguaje y personal social- pone al lactante bajo el foco de un examen oportuno.

Evaluación de la madurez y un examen neuromotor y sensorial así como permite la diferenciación y la exploración detallada de las respuestas normales y anormales.

Este tipo de instrumentos dan pauta al evaluador para saber el nivel de retraso en el desarrollo, las áreas afectadas y hacer un diagnóstico precoz de cualquier discapacidad.

2.3.3.- Las escalas de conducta adaptativa tienen como objeto observar las normas de independencia personal, sociabilidad y de relación con su mismo grupo. En el nivel lactante se observan las habilidades sensorio-motoras, de comunicación, de auto ayuda y habilidades sociales.

Durante la infancia y la pubertad los criterios para evaluar son: habilidades académicas básicas en las actividades de la vida diaria, razonamiento y juicio apropiado en la interacción con su medio y habilidades sociales.

Una escala un tanto útil para valorar la capacidad de individuos institucionalizados con retraso mental.

2.3.4.- La entrevista es una parte importante en el proceso de evaluación, es fundamental mencionar que el manejo de la entrevista con los padres y con los niños en particular, tiene un gran peso en los resultados obtenidos al final.

Los temas que se cubren en las entrevistas con los padres son: el problema de referencia, maneras en las que se ha manejado el problema, antecedentes médicos, del desarrollo, educativos y sociales del niño; historia familiar, tratamiento previo del problema, expectativas y deseos acerca de la evaluación.

En la entrevista se puede obtener más que las respuestas a una serie de preguntas, la habilidad del entrevistador para llevar la sesión y la observación subliminal de la situación familiar y personal del sujeto, enriquecería su diagnóstico.

2.3.5.- Evaluaciones médicas como: las pruebas bioquímicas, pruebas de gabinete (electroencefalograma, topografía etc.) y en algunas ocasiones pruebas genéticas como el cariotipo.

De manera particular Rodríguez (citado en Cervera, 1988) plantea que debe hacerse un diagnóstico precoz para iniciar el tratamiento y desarrollar habilidades.

Menciona que los principales indicios de una probable alteración o deficiencia en el recién nacido, pueden ser: irritabilidad, hipotonía muscular, reacción a los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estímulos (lentos o exagerados), disminución de las respuestas reflejas y otras conductas reflejas.

Jonhson (1990) plantea que la evaluación de CI no es realmente determinante para diagnosticar la deficiencia intelectual, porque existen diferentes factores que alteren las respuestas del niño, como pueden ser: enfermedad, cansancio, turbado emocionalmente y otros. Esto afecta el rendimiento de la capacidad del niño.

Por lo tanto un test de inteligencia no es completamente fiable por la rigidez en sus respuestas y cuantificación de un proceso cognitivo.

Además, un niño de un ambiente cultural restringido carece de entorno adecuado que le ayude a rendir bien en una prueba de inteligencia.

"...El nivel general en que se sitúa a un niño tiene mayor significación que los valores numéricos obtenidos en un momento determinado..."(Jonhson, 1990, p.52).

Considero que el uso de las pruebas de inteligencia es apropiado, pero deben ser complementadas con otros instrumentos de evaluación para concretizar un mejor diagnóstico, además es necesario puntualizar que las pruebas de desarrollo tienen mayor capacidad de análisis y un campo de acción más extenso para su evaluación.

El Examen Evolutivo de la Conducta de Gesell me parece el más apropiado para la evaluación.

Esta prueba informa de alteraciones del desarrollo desde el nacimiento, esto es sumamente relevante, ya que el diagnóstico temprano de cualquier deficiencia es determinante en la rehabilitación y posterior desarrollo.

Este instrumento acompañado con una buena entrevista y un resumen neurológico, con algunos estudios de gabinete y biológicos, nos da un panorama general del niño para elegir las estrategias adecuadas para su educación.

Es necesario conocer al niño con esta deficiencia desde sus primeros meses de vida, para saber como es su desarrollo y las características muy particulares de dicha discapacidad.

Para esto se hará una breve revisión de las diferentes etapas por las que pasan los sujetos referidos.

2.4 Etapas de desarrollo

Un recién nacido funciona basándose en reflejos y poco a poco va adquiriendo nuevas habilidades, en su entorno familiar y su estructura orgánica.

El deficiente intelectual recorre el mismo camino de crecimiento y de desarrollo que el niño "normal". Pero su progreso es más lento permaneciendo más tiempo en cada una de las etapas del desarrollo.

En la primera etapa de la vida de los deficientes intelectuales, un factor determinante es la reacción emocional de la familia ante la llegada de un niño con dicha limitación. Por lo general, la madre es sometida a un cuadro de angustia, ansiedad y depresión.

Los factores orgánicos y familiares dan un toque particular al niño con deficiencia intelectual, así como una evolución peculiar en su desarrollo general.

Todo recién nacido necesita cuidados especiales para evitar algún problema, pero en el caso de los deficientes intelectuales los cuidados deben ser más específicos porque presentan problemas de alimentación, de respiración o focos infecciosos, entre otros.

La mayoría de estos niños son muy frágiles y débiles en su salud, esta circunstancia afecta definitivamente.

Durante su desarrollo psicomotor su evolución es lenta, pero con una adecuada estimulación logran estabilizar posiciones, desplazamientos asistidos y finalmente la marcha.

Para la adquisición del lenguaje el niño va madurando su sistema nervioso mediante la estimulación recibida por sus padres o especialistas, desde los primeros sonidos guturales hasta la estructuración de frases.

Los deficientes intelectuales van saltando sus etapas de desarrollo con dificultades y con un apoyo constante de la familia. Mientras que un niño normal a los siete meses se sienta, uno con discapacidad lo hace hasta el año o más. De igual manera el niño normal pronuncia sus primeras palabras al año y el deficiente al año y medio, dos o tres años.

Estas situaciones lastiman el aspecto emocional de la familia y su reacción puede ser muy variada, desde la depresión hasta la euforia por la rehabilitación de su hijo y en general, una sobreprotección.

Para entender el desarrollo del niño con deficiencia es necesario conocer el desarrollo general de los niños normales, para esto se tomara como referencia a *Gesell, (1994)*.

Dividiendo el desarrollo en las siguientes etapas:

a) La etapa Lactancia es cuando el niño presenta el reflejo ocular y óptico que le va dando el conocimiento de su medio, la conducta motora se inicia con el controla el cuello, posteriormente se presenta los movimientos del rodado, la posición de sentado y los desplazamientos de arrastre, gateo y marcha.

En la motricidad fina aprende el concepto de coordinación ojo-mano y manipuleo a voluntad.

El lenguaje se desarrolla bastante en esta etapa, ya que se inicia el balbuceo, laléos, ecolalias y las primeras palabras.

En la socio-adaptativa aprende a comer, desde la succión hasta papillas y líquidos en taza.

En cuanto a la sociabilidad, se sonríe, platica, juega y se reconoce como miembro de una familia.

b) La etapa maternal es donde el niño camina solo, corre, brinca y salta y sus movimiento son voluntarios.

En la área del lenguaje expresa el nombre de los objetos y las personas, utiliza frases y por último forma oraciones que utiliza para expresar sus necesidades y tararea algunas melodías infantiles.

En la socio-adaptativa se observa la independencia cuando ingiere alimentos, juego solitario, expresa afecto o rechazo por las personas, acepta reglas sociales y siguen instrucciones sencillas.

En la motricidad fina inicia el garbateo libre, la formación de torres, el pasar una hoja de un libro, etc.

c) La etapa preescolar es cuando el niño se vuelve sumamente social y expresivo, en el lenguaje se observa una estructuración casi completa, puede cantar, recitar y platicar.

Socialmente trabaja en equipo, juega con sus compañeros y también con adultos, sigue las reglas de juego, sigue más de tres órdenes y respeta a sus mayores.

Motrizmente salta, corre, brinca de cojito, trepa, escala, etc.

En la motricidad fina se observa una gran evolución, colorean respetando contorno, recortan, modelan; utilizan pincel, crayola, acuarela, vinilica y otros.

Adquieren los conceptos de selección, discriminación, agrupación, ubicación del tiempo y del espacio, etc.

d) La etapa escolar es donde el niño básicamente aprende conceptos académicos como la lecto-escritura, las matemáticas, el conocimiento de su medio físico y social.

Socialmente tiene grupos de amigos con quien comparte sus juegos y sus ideas sobre los eventos cotidianos de sus vidas.

Todo desarrollo normal debe tener etapas y cambiarlas cronológicamente como lo marca la literatura.

Por lo tanto, la etapa de la infancia es determinante en la vida de cualquier individuo, ya que se forman las bases del aprendizaje y las estructuras cerebrales obtienen su maduración y evolución de manera definitiva.

En el caso particular de los niños con limitaciones, es la etapa más relevante de su desarrollo en general.

Por ejemplo, en el desarrollo motor la conducta de control de cuello, la posición de sentado, y los desplazamientos voluntarios como el rodado, el arrastre, el gateo y el caminado; son logros inmensos que tiene que pasar el niño especial.

Durante la adquisición del lenguaje estos niños presentan dificultades en la emisión de sonidos y palabras, siendo una de las áreas más afectadas.

En el área de socialización se observa poco avance por el mal manejo familiar y la limitación en si.

En la etapa preescolar es donde se ve más marcada la lentitud de su desarrollo y la poca habilidad para competir con los niños "normales".

El niño normal en esta etapa deberá continuar perfeccionando lo aprendido, y toda su movilidad y coordinación psicomotriz van igualmente afinándose al a par con su lenguaje, que va siendo más variado y más fluido, para ir dominando con mayor firmeza su ambiente. Así el niño va adquiriendo poco a poco un conocimiento mejor y más amplio de las personas y del mundo que le rodea, y una noción más clara del tiempo y del espacio; gracias a estos mecanismos fisiológicos va aprendiendo a percibir, a imaginar, a discriminar.

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

Al ingresar al Jardín de Niños, el problema se va marcando cada vez con más precisión, ya que las actividades planeadas en la escuela delatan el retraso que presentan estos niños.

En el ámbito escolar los niños que presentan problemas en el aprendizaje y en su desarrollo en general, son etiquetados como niños especiales.

Su desarrollo como cualquier niño se sigue dando cronológicamente sin importar su discapacidad, llegando como cualquier individuo a la pubertad.

e) Pubertad

En esta etapa del desarrollo humano los niños presentan cambios fisiológicos que marcan el inicio de la adolescencia.

Tanto los niños normales como los deficientes sufren transformaciones desde los 10 o 11 años hasta los 12 o 14 años aproximadamente.

A continuación se mencionarán los cambios más importantes que se presentan en la pubertad:

- Aparición de los signos sexuales secundarios, crecimiento rápido del cuerpo, cambio de voz, aparición del vello púbico y axilar, crecimiento de los pechos y las caderas en las mujeres, sudoración excesiva, etc.
- Desarrollo de los genitales, testículos y pene, ovarios, matriz y órganos externos de la mujer.
- Maduración sexual: hiperfuncionamiento glandular de los testículos con la aparición de la eyaculación, la menstruación con todos los cambios psíquicos que conlleva su presencia.
- Maduración de la libido: atracción por el sexo opuesto, masturbación, erotismo, etc.

Todos los cambios físicos y emocionales son determinantes en el desarrollo de cualquier persona.

En el caso específico de los deficientes es un momento muy especial en su vida, porque su cuerpo deja de protegerlos como niños, ya que crece y se desarrolla al igual que cualquier niño. Ellos se encuentran desconcertados ante estos eventos y no logran asimilar rápidamente los cambios y los problemas de higiene que tienen que adquirir.

Un deficiente intelectual educable y algunos entrenables están frustrados continuamente por su incapacidad para hacer frente a su entorno, es decir, como el aspecto físico es normal, la sociedad les exige competir con sus compañeros "normales" y como esto no es posible, sufren constantes fracasos en casa y en la escuela.

Esta situación emocional puede traer algunos problemas en la pubertad, ya que no tienen una identidad definida y buscan constantemente parecerse a los normales.

Es de vital importancia que los padres ayuden a realizarse como individuo y moldearse a sus limitaciones para disfrutar de su adolescencia.

Sin embargo entre menor sea la discapacidad intelectual, mayor grado de frustración por querer competir con sus compañeros "normales", esta situación provoca un aislamiento e incompreensión de sus familiares.

En este momento de la vida de cualquier persona es importante el apoyo emocional de los padres y la solidaridad de los amigos.

Por naturaleza la pubertad es una etapa complicada y peculiar en el desarrollo de cualquier individuo, en el caso particular de los deficientes es un momento decisivo para integrarse a la sociedad y entender su personalidad con toda las limitaciones que conlleva.

Para un mejor análisis de los deficientes intelectuales se hará una subdivisión en base a sus capacidades y actitudes.

De manera específica tendremos a los deficientes leves que en este momento de su vida, la lesión que los limita no es tan determinante para excluirlos de los grupos de la escuela normal.

Es entonces cuando los deficientes intelectuales se dividen en educables, entrenables y de custodia.

❖ Los deficientes intelectuales denominados *leves y ligeros* los podríamos agrupar en la categoría de educables (CI de 85 - 52).

Dentro de este grupo están los niños que aparentan cierta normalidad en su desarrollo, en las primeras etapas de su vida y en los primeros años escolares. A pesar de ser lentos y rezagados en sus actividades académicas.

En la edad escolar pueden aprender habilidades académicas hasta llegar al sexto grado de primaria hacia finales de su adolescencia. Su educación secundaria es muy difícil y con pocas probabilidades de termino aprobatorio.

El lenguaje y el desarrollo motor es normal, esto permite que su sociabilidad sea poco más sencilla que los deficientes entrenables y de custodia.

En el aspecto familiar los padres en la mayoría de los casos inducen a sus hijos al estudio académico para terminar su secundaria. Por otro lado hay padres que por su ineficacia en la escuela los ponen a trabajar en labores sencillas y poco remuneradas.

❖ Los deficientes intelectuales *entrenables* son los moderados o medios, que entran en el rango de CI menor de 50.

El desarrollo motor es torpe y lento, es decir el sentado y el caminado pueden aparecer hasta los 2 ó 3 años después de lo normal.

Pueden hablar o aprender a comunicarse, sin embargo, el desarrollo social es ineficiente ya que no manejan adecuadamente las reglas y los patrones de convivencia.

Muestran habilidades en los juegos de mesa y en actividades manuales a nivel preescolar.

La función académica en los primeros años es regular, pero su avance es mínimo y tienen posibilidades de terminar un tercer o cuarto grado de primaria a principio de su adolescencia con apoyo de una educación especial.

Se pueden entrenar al trabajo no calificado, con supervisión y con guía pueden desarrollarse adecuadamente en un trabajo sencillo.

Sin embargo en la práctica real estos niños son institucionalizados en escuelas donde aprenden actividades de autocuidado, académicas y manuales. Dejando

transcurrir la infancia y la adolescencia hasta que ya no los reciban en las escuelas especiales.

Sólo algunos entran en el grupo laboral del comercio o talleres de familiares o vecinos, mientras que su vida social es limitada a lo que les ofrezca su familia o su trabajo, separándose de los grupos de personas iguales a ellos.

Difícilmente alguien se preocupa por sus necesidades emocionales, afectivas y mucho menos en las sexuales.

Tanto los educables como los entrenables considero que son personas con todo el derecho a sentir y de conocer el afecto de sus semejantes. Por ejemplo los Síndrome de Down pertenecen a este grupo, son muy afectivos y cariñosos con sus familiares y amigos. Pero por su problema de lenguaje su comunicación es deficiente y un razonamiento poco realista de su situación social. Por ejemplo se ilusionan con tener novio, casarse y tener hijos, sin comprender todo lo que implican estos eventos.

❖ Por último dentro de la clasificación de los deficientes intelectuales tenemos los de **custodia**, que son los que tienen un CI menor de 35 y los caracterizan como graves y profundos.

Este grupo es el más afectado en su limitación, su desarrollo motor es incoordinado y lento con pocas posibilidades de caminar y correr con soltura.

En cuanto a la comunicación es difícil pero aprenden a expresar sus necesidades primarias y a relacionarse mínimamente con su medio.

Presentan una deficiencia generalizada, es decir, una capacidad mínima para funcionar en las áreas sensoriomotoras. Generalmente incapaz de ser entrenado para habilidades domésticas y de higiene, por tal motivo, necesitan cuidados especiales para sobrevivir en su hogar o en la escuela.

No tienen ninguna oportunidad en cuanto al aspecto académico ni al aprendizaje de actividades manuales.

Bajo el entrenamiento especializado pueden aprender a colaborar en su autocuidado, pero siempre con supervisión.

Este grupo de individuos son una carga muy pesada para su familia y por lo tanto son un estorbo para los integrantes de la familia, por tal motivo pueden ser sometidos a maltrato o abuso.

Su integración social es nula y sólo se conforman con cubrir sus necesidades primarias, realmente son un grupo difícil de tratar y de convivir con ellos.

Pero a pesar de ello, se debe buscar que su vida sea más íntegra como seres humanos.

Concluiré que a pesar de no tener un desarrollo "normal" y una secuencia de etapas cronológica y una evolución global, los deficientes intelectuales presentan cambios físicos y psicosociales como todos los niños al llegar a los 12 años aproximadamente. Es entonces cuando hacen su aparición y tanto los niños como los padres se ven sorprendidos ante ellos, ya que se piensa que los deficientes son individuos asexuados o esta etapa del desarrollo llegaría más tarde o nunca aparecería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se hará una revisión más amplia sobre el desarrollo de la adolescencia y cómo ser un niño especial da cierta peculiaridad en esta etapa de la vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3

EL ADOLESCENTE NORMAL VS ESPECIAL

El periodo de la adolescencia es un fenómeno muy complejo, ya que no sólo es una transformación biológica, es un cambio integral de toda la estructura psico-social de cualquier individuo.

La mayoría de los autores mencionan que la adolescencia es una etapa de crecimiento que sigue un patrón común a la especie humana y tiene como fin la maduración sexual (reproducción).

Inicia a los 12 años y termina con el cumplimiento de los 18 años, según las leyes mexicanas. Legalmente, llegar a los 18 años garantiza la "adultez" y el fin de la adolescencia (periodo de transición entre la infancia y el ser adulto).

Definir el concepto "adolescencia" en un momento cronológico de la vida de cualquier individuo sería muy radical, ya que este periodo se ve envuelto con grandes variantes que determinan su desarrollo integral.

Algunos autores como Hurlock (1973) define el término como la etapa de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la adultez, construye un periodo de transición entre ambos y se inicia con los cambios corporales y puberales.

Se podría cuestionar si crecer hacia la madurez sólo se refiere a la reproducción sexual o a la madurez psico-social que requiere cualquier individuo.

Valdez (2000, p.13) menciona que según el diccionario, la adolescencia es "... el periodo intermedio entre la infancia y la edad adulta, en el curso del cual el advenimiento de la madurez genital revoluciona el equilibrio adquirido anteriormente..."

La adolescencia desde una perspectiva biológica se define como una explosión hormonal sexual que produce la aparición de las características sexuales secundarias. Esto inicia en la pubertad y termina con la capacidad de reproducción.

Por otro lado diversos autores plantean que la "...Adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza su madurez emocional y social, y cuando ha cumplido con la experiencia, capacidad y voluntad requerida para escoger entre una amplia gama de actitudes y asumir el papel de adulto, según la definición de adulto que se tenga y la cultura donde se viva. Sin embargo se puede decir que este periodo finaliza al llegar a los 20 años, aunque para algunos termina un poco antes..." (Horrocks, 1993, p.21).

Como mencionan los autores, la madurez se da en base a factores personales, culturales e históricos que influyen en el desarrollo y por tal motivo no existe una edad precisa para terminar la adolescencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fernández (1991) reporta que esta fase del desarrollo, no solo está sujeta a las leyes de crecimiento y evolución corporal, sino una renovación en la estructura y dinámica de sus sentimientos y percepciones.

Además "...El desarrollo biológico está asociado al desarrollo mental, psíquico, afectivo, emocional y sexual; dimensiones todas del ser humano, que manifiestan la unidad del desarrollo total del hombre..." (Fernández, 1991, p.20).

Por otro lado Valdez (2000, p.14) plantea que la adolescencia "...es un proceso mental anclado en los cambios corporales; dicho proceso está influido por las condiciones sociales de las comunidades estratificadas y agrupadas en conglomerados urbanos..."

Resumiendo, la adolescencia parte de la metamorfosis física y biológica que simultáneamente va generando cambios conductuales y afectivos que se ven influenciados por el ambiente socio-cultural donde se vive.

Esta etapa del desarrollo está llena de incertidumbre y ansiedad por los cambios estructurales que sufre la vida de los jóvenes.

Al finalizar la infancia se pierde la seguridad que se tuvo durante toda la niñez. El enfrentar cambios físicos y sociales causa estragos en los adolescentes y los llena de ansiedad ante tales eventos.

Algunos autores llaman esta etapa como la "crisis" de la adolescencia, sin embargo creo que es una etapa de transición difícil por la falta de información y comunicación con sus padres.

En el caso particular de los deficientes intelectuales es sumamente complejo tal evento, ya que no entienden el porqué de los cambios físicos; es decir, los propios niños especiales no saben qué les pasa y por qué cambia su cuerpo. Asimismo, ni sus padres ni los profesores les explican lo que está pasando en su cuerpo y qué implica este cambio, tal vez por ignorancia o falta de comunicación e información con sus progenitores.

Todas estas circunstancias no pueden ser asimiladas rápidamente por los niños con necesidades educativas especiales, sus familias y sus maestros tampoco lo entienden.

La adolescencia desde una perspectiva biológica se define como una explosión hormonal sexual que produce la aparición de las características sexuales secundarias, esto inicia en la pubertad. (Valdez, 2000).

De igual manera los deficientes intelectuales tienen una etapa de desarrollo físico casi normal y en este aspecto su estructura biológica evoluciona en la época cronológica que les corresponde como miembro de cualquier especie.

El problema surge en las actitudes que se tienen que tomar ante estos cambios físicos y los de ajustes conductuales que demanda la sociedad en esta etapa, además los trastornos emocionales ocasionados por los cambios hormonales.

Aguirre (1994, p.7) menciona que "...La adolescencia es un segundo nacimiento, pues nacemos 2 veces: una para existir y otra para vivir, una para la especie y otra para el sexo..."

Para hacer un mejor análisis sobre la etapa de la adolescencia y su efecto en los niños deficientes intelectuales, inicialmente se hablará sobre los cambios físicos,

por ser los primeros que marcan la transformación y surgen independientemente de su estado intelectual. Estos cambios físicos son el detonante de una serie de ajustes conductuales que caracterizan al adolescente en esta etapa.

Los factores que se involucran en este proceso son muy amplios y diversos. Inicialmente tendremos a la familia como primer modelo educativo y formativo, en segundo lugar está la cultura donde vive el adolescente y sus costumbres e ideologías que son producto de un ambiente social específico. Conjuntamente todos los medios de comunicación (T.V., radio, prensa etc.), la publicidad, el espectáculo y todas las imágenes que se van dando sobre el adolescente ideal; son patrones que forman un estereotipo de cómo "debe ser" un individuo en esta etapa.

En el proceso de la maduración sexual la familia se vé desconcertada y con pocas herramientas para comunicarse con sus hijos al respecto del tema. Esto se debe a la sociedad que margina el evento y sólo lo vé como una evolución biológica de cualquier especie, sin considerar la importancia que merece dicha etapa de la vida. Los niños con necesidades educativas especiales, están en mayor desventaja que cualquier otro adolescente, porque su deficiencia marca su sexualidad; sus padres y sus maestros no muestran mucho interés sobre el tema, ya que se enfocan más a la discapacidad que a su desarrollo como cualquier individuo.

Independientemente de cualquier discapacidad, los cambios físicos se manifiestan alterando el comportamiento del adolescente especial.

3.1 Cambios físicos

En el periodo de la adolescencia el cuerpo humano se ve invadido por una serie de cambios fisiológicos que transforman toda la estructura física del niño.

El aumento de volumen de talla, los cambios hormonales que producen un fuerte apetito sexual; todo esto y las demás alteraciones que sufren en esta etapa van envolviendo al adolescente en una metamorfosis. (Conger, 1980).

Para entender esto con mayor facilidad dividiremos al desarrollo físico en: crecimiento externo e interno. (Bee y Mitchell, 1987).

3.1.1.- Crecimiento externo

a) El Tamaño del cuerpo va aumentando rápidamente, así como la estatura. Generalmente las niñas inician la transición de su cuerpo más rápido; al contrario, los varones inician un poco más tarde y por lo mismo terminan mucho después.

La estatura cambia notablemente los primeros años de la adolescencia y posteriormente se estabiliza hasta los 18 años aproximadamente.

b) La Forma del cuerpo va teniendo cambios definitivos en los jóvenes, es decir, aumenta el tamaño de la cabeza, el tronco y las piernas.

En cuanto a la cabeza cambia su forma, la frente se hace más prominente y ambas mandíbulas crecen hacia adelante.

Otra transformación importante es la amplitud de la cadera y los hombros. Todo los jóvenes tienen un crecimiento de pelvis debido al desarrollo de los huesos

planos, largos, que determinan el ancho del tronco inferior. Principalmente las niñas muestran mayor aumento y redondez en las caderas. Mientras que los varones ensanchan los hombros notablemente desde su estructura ósea (Conger, 1988).

La variabilidad del crecimiento durante la adolescencia es muy amplia, ya que se determina por la herencia, la nutrición y su cultura. Esto provoca que dos jovencitos de la misma edad no tengan la misma estatura, ni forma del cuerpo.

Los brazos sufren un alargamiento desproporcional al cuerpo los primeros años de la adolescencia, pero como pasa el tiempo éstos se van ajustando a la estructura física del joven.

La mayoría de los pubertos tienden a adelgazar por el estiramiento del cuerpo, pero aumentan su ingesta de alimentos por todo el desarrollo corporal.

c) La maduración sexual de las mujeres inicia con el aumento del busto y la aparición del vello púbico.

La edad promedio del inicio del desarrollo de los *senos* es a los 10 años aproximadamente, empezando por los pezones y siendo gradual su volumen y su redondez hasta los 16 años.

El *vello púbico* aparece como pigmentos y cada vez es más abundante hasta cubrir las axilas y el área genital (monte de Venus y a lo largo de los labios). Este desarrollo va siendo gradual durante 3 o 4 años, terminando en gran cantidad negro, grueso y rizado.

La *menstruación* es el fenómeno más importante en la maduración sexual de las mujeres adolescentes, ya que es sinónimo de fertilidad e inicio de la reproducción, teniendo la posibilidad de procrear.

La primera menstruación se llama "menarca" y al contrario de lo que se cree, los primeros periodos no van acompañados de óvulos, sólo después de un tiempo la ovulación se va estabilizando (Bee Michell, 1987).

La menarca se determina de manera personal por las variables genéticas y culturales. Algunas muchachas sufren dolores de cabeza, espalda, calambres, una sensación de hinchazón y quizá dolores abdominales generalizados. Estos síntomas desaparecen conforme la menstruación se regula y se estabilizan las cargas hormonales.

d) La maduración sexual de los varones se manifiesta alrededor de los 11 ó 12 años, con cambios importantes en los órganos reproductores. (Conger, 1980).

Empezando con el alargamiento de los *testículos* y del *escroto*, el pene crece poco a poco tiempo después. El proceso de cambio se va dando durante 3 o 4 años para completar el tamaño de los genitales.

En la última etapa de desarrollo, el *pene* presenta un mayor alargamiento, con un crecimiento tanto en la anchura como en el desarrollo de las glándulas. También se presenta un mayor alargamiento de los testículos y del escroto, y la piel del escroto se vuelve más oscura.

Aproximadamente la terminación del crecimiento del aparato reproductor es a los 17 años.

El *vello púbico* principalmente inicia en la base del pene y las axilas, siendo ralo, largo, ligeramente pigmentado, lacio o un poco rizado.

En la última etapa el vello púbico engruesa, tomando un color oscuro y abundante, tanto los muslos como los brazos se cubren de vello según su herencia.

El *bigote* es un fenómeno muy importante en la adolescencia, inicia con unas pequeñas manchas en los costados de los labios, conforme va pasando el tiempo la vellosidad se acumula hasta lograr un bigote (el tamaño depende de su genética).

El desarrollo de los *senos* se marca con el aumento de la areola y delimitación de los pectorales. Durante la primer etapa van adquiriendo un volumen mayor en un 30% aproximadamente. Pero al final de la adolescencia los pechos toman un tamaño mayor y se anchan simétricamente a los hombros.

La *escoliosis* es una flexión lateral de la columna espinal que a menudo empieza a principio de la adolescencia, este fenómeno afecta a un grupo minoritario, pero los demás presentan algún rasgo de la escoliosis (Bee y Mitchell, 1987). Este problema se va corrigiendo poco a poco a fines de la adolescencia.

La *voz* de los varones sufre cambio porque la laringe crece y la voz se hace más grave, se agranda la laringe (manzana de Adán) y las cuerdas vocales duplican virtualmente su longitud, con el resultado de que el tono de voz del muchacho cae aproximadamente una octava de tono, durante dos años el posteriores pasará de tono grave a agudo, pero al final adquiere su voz adulta.

La *erección* del pene se ha venido dando desde la infancia por cualquier estímulo genital placentero, pero los impulsos sexuales hacen su aparición en la pubertad, ya que la descarga hormonal seduce al joven a una constante excitación provocando la erección.

La primera *eyaculación* del adolescente puede ocurrir al inicio del crecimiento repentino (desde los once hasta los catorce aproximadamente) como resultado de la masturbación, emisión nocturna o eyaculación espontánea al despertar.

En cuanto a los "*sueños húmedos*", la mayoría de los jóvenes experimentan este fenómeno. La emisión nocturna ocurre con mayor frecuencia entre los jóvenes que carecen de otros escapes sexuales, como la masturbación o las caricias que provocan orgasmo. Esto se debe a la poca información sobre los sucesos que ocurrirán con la metamorfosis física, dicho evento es consecuencia de la mala comunicación y falta de información sobre la sexualidad, además de los tabúes sobre el tema en la comunidad.

Las glándulas sebáceas aumentan de tamaño y actividad, provocando la aparición del acné y las espinillas teniendo como fin los barros (Powell, 1975). Este fenómeno se observa en ambos sexos.

3.1.2. Crecimiento Orgánico

Aunque no se pueda ver el crecimiento de los huesos, de los músculos y de la masa corporal, éstos adquieren más volumen y muestran importantes cambios en la adolescencia.

Tanto las niñas como los niños aumentan su masa corporal delgada después de los 15 años o más, esto protege el crecimiento general del adolescente.

La masa corporal delgada incluye todos los huesos, los órganos internos, los músculos y la piel.

Por otro lado está la grasa corporal total que incluye el almacenamiento de grasa bajo la piel, llamada algunas veces grasa subcutánea.

Tanto los varones como las mujeres en la primera etapa de la pubertad van acumulando grasa corporal, pero en la medida que pasa el tiempo el porcentaje de grasa se va incrementando hasta llegar a un 28% aproximadamente. Las muchachas tienen más grasa subcutánea, ésta se deposita en los pechos, caderas, los muslos y a lo largo del antebrazo (Bee y Mitchell, 1987).

Cambios en el sistema glandular y las hormonas.

La glándula pituitaria es la que controla la producción de hormonas, y está dominada por el hipotálamo. La pituitaria es la que controla el crecimiento de los ovarios y los testículos, los cuales controlan las cantidades de andrógenos y estrógeno en el cuerpo (Hurlock, 1973).

A través de complejos mecanismos de retroalimentación, éstas y otras hormonas estimulan y aceleran el desarrollo físico que se lleva durante la pubertad y la adolescencia.

En general todos los órganos del cuerpo sufren algún cambio, por mínimo que sea éste; el cuerpo se ve transformado por todas las descargas hormonales que lo moldean para llegar a su madurez sexual (Horrock, 1993).

Resumiendo, los cambios físicos son el detonante para la transformación de cualquier infante a la adolescencia. Siendo un periodo sumamente complejo y difícil, desde su estructura biológica hasta los cambios físicos que experimentan todos los niños.

En el caso de los deficientes intelectuales, los cambios físicos son más lentos y su aparición es más tardía.

Jasso (1991) menciona que los niños especiales tienen problemas con la hormona de crecimiento y su estatura es más baja; principalmente con el síndrome de Down.

Los varones Down presentan un grado de impotencia y problemas con la producción de espermatozoides, por lo cual se consideran estériles. Las mujeres Down tienen pocas posibilidades de reproducción; primero por la falta de relación social y segundo por la estructura de su matriz y ovarios, ya que pueden presentar malformaciones congénitas (Jasso, 1991).

La información que existe en la literatura sobre el desarrollo físico de los adolescentes especiales es muy escasa, pero sin embargo el acontecimiento existe y las perturbaciones que provocan estos cambios físicos son evidentes.

Debemos apoyar a los niños especiales en esta etapa de su vida, ya que la desinformación causa angustia y desconcierto durante dicho suceso.

Tanto los adolescentes "normales" como los "especiales" ante estos trastornos físicos sufren alteraciones en su comportamiento, debido a las cargas hormonales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tanto las niñas como los niños aumentan su masa corporal delgada después de los 15 años o más, esto protege el crecimiento general del adolescente.

La masa corporal delgada incluye todos los huesos, los órganos internos, los músculos y la piel.

Por otro lado está la grasa corporal total que incluye el almacenamiento de grasa bajo la piel, llamada algunas veces grasa subcutánea.

Tanto los varones como las mujeres en la primera etapa de la pubertad van acumulando grasa corporal, pero en la medida que pasa el tiempo el porcentaje de grasa se va incrementando hasta llegar a un 28% aproximadamente. Las muchachas tienen más grasa subcutánea, ésta se deposita en los pechos, caderas, los muslos y a lo largo del antebrazo (Bee y Mitchell, 1987).

Cambios en el sistema glandular y las hormonas.

La glándula pituitaria es la que controla la producción de hormonas, y está dominada por el hipotálamo. La pituitaria es la que controla el crecimiento de los ovarios y los testículos, los cuales controlan las cantidades de andrógenos y estrógeno en el cuerpo (Hurlock, 1973).

A través de complejos mecanismos de retroalimentación, éstas y otras hormonas estimulan y aceleran el desarrollo físico que se lleva durante la pubertad y la adolescencia.

En general todos los órganos del cuerpo sufren algún cambio, por mínimo que sea éste; el cuerpo se ve transformado por todas las descargas hormonales que lo moldean para llegar a su madurez sexual (Horrock, 1993).

Resumiendo, los cambios físicos son el detonante para la transformación de cualquier infante a la adolescencia. Siendo un período sumamente complejo y difícil, desde su estructura biológica hasta los cambios físicos que experimentan todos los niños.

En el caso de los deficientes intelectuales, los cambios físicos son más lentos y su aparición es más tardía.

Jasso (1991) menciona que los niños especiales tienen problemas con la hormona de crecimiento y su estatura es más baja; principalmente con el síndrome de Down.

Los varones Down presentan un grado de impotencia y problemas con la producción de espermatozoides, por lo cual se consideran estériles. Las mujeres Down tienen pocas posibilidades de reproducción; primero por la falta de relación social y segundo por la estructura de su matriz y ovarios, ya que pueden presentar malformaciones congénitas (Jasso, 1991).

La información que existe en la literatura sobre el desarrollo físico de los adolescentes especiales es muy escasa, pero sin embargo el acontecimiento existe y las perturbaciones que provocan estos cambios físicos son evidentes.

Debemos apoyar a los niños especiales en esta etapa de su vida, ya que la desinformación causa angustia y desconcierto durante dicho suceso.

Tanto los adolescentes "normales" como los "especiales" ante estos trastornos físicos sufren alteraciones en su comportamiento, debido a las cargas hormonales

y la transformación que sufre su cuerpo. Entran en un estado de crisis que fluctúa entre la euforia y la depresión, marcando su rebeldía ante la autoridad.

En el siguiente apartado se mencionarán las diferentes alteraciones conductuales que presentan los adolescentes en general.

3.2 Alteraciones conductuales

En el ámbito biológico son evidentes los cambios físicos y el inicio de la maduración de los caracteres sexuales primarios. Esto da como resultado una maduración sexual física que es la manifestación propia de la adolescencia.

Fernández (1991) plantea que en esta etapa hay otros cambios aparte de los físicos, como son: psicológicos, afectivos y sociales. Todos estos cambios interactúan con los mecanismos del desarrollo humano, dando respuestas específicas a los eventos ambientales y sus constantes mutaciones físicas.

Esta situación provoca una desorientación ante sí mismo, con una profunda necesidad de ajustar su propio esquema corporal y de reencontrar su propia organización interna.

Reymond - River (1977, p.149) menciona que "...La revolución espiritual desencadenada por la pubertad se prolonga mucho más allá de ésta y desemboca en la autonomía y la inserción de la sociedad adulta...." Es decir, que existe una discordancia entre la madurez fisiológica y la madurez emocional.

Cualquier individuo necesita buscar un equilibrio para continuar con su desarrollo hacia la adultez, de lo contrario el desequilibrio extremo crea conflictos y provoca comportamientos antisociales.

"...Esa especie de sensación de pérdida de la propia identidad, al ser causa de desequilibrio emocional en el adolescente, le produce sensaciones de fragilidad, sentimientos inseguridad personal y de falta de confianza en sí mismo...." (Fernández, 1991, p.17).

Esta circunstancia emocional puede provocar cambios súbitos y rápidos en el comportamiento del adolescente, por ejemplo de la exaltación a la indiferencia, de la depresión al optimismo, etc.

Todos los individuos pasamos por esta crisis existencial, algunos con menores o mayores tropiezos.

Una persona que se haya sentido segura y adaptada durante la niñez, tiene muchas probabilidades de permanecer bien adaptado durante la adolescencia; puede tener problemas, pero los resuelve favorablemente. Por otra parte, el niño que experimentó una adaptación deficiente, probablemente seguirá estando desadaptado en la adolescencia e incluso en la edad adulta (Powell, 1975). Resolver los diferentes conflictos que van surgiendo a lo largo de la adolescencia, garantizaría un individuo "maduro" en la adultez. Esta hipótesis es muy utópica, es decir, que se involucran muchas variables para conformar un sujeto maduro desde su infancia hasta la adultez pasando por la difícil adolescencia.

El ambiente cultural y familiar, así como la carga genética del individuo son determinantes para el desarrollo de cualquier persona.

Considero que la adolescencia es un periodo de desequilibrio, Erikson menciona que el adolescente sufre una crisis de identidad, es necesario resolver tres aspectos de la identidad para evitarla: 1) identidad sexual donde debe encontrar el papel maduro de su sexualidad (control); 2) una identidad ocupacional e idea de lo que hará cuando sea adulto; 3) una identidad ideológica, que tiene que ver con las creencias, actitudes e ideales del adolescente. (Citado por Bee y Mitchell, 1987).

Esta teoría toma el desarrollo emocional como el detonante del equilibrio de la madurez, dejando a un lado el aspecto ambiental, que a mi parecer es determinante en el proceso de la adolescencia. Cualquier individuo se forma con base en las experiencias de su vida diaria, en su familia y en su cultura, formando así su identidad como ser. Se identifica desde la infancia con los modelos familiares y sociales, en la adolescencia la identificación es más intensa y acelerada, los modelos sociales tienen mayor impacto y los familiares pierden su fuerza (Valdez, 2000). Sin embargo, el reflejo social de su identidad es distorsionado y poco preciso para adaptarse rápidamente, mientras que la imagen de la familia está bien definida desde la infancia y funge como plataforma para la adolescencia.

La involucración con el grupo de congéneres es muy importante para su propia identidad, ya que se ve identificado entre ellos por tener necesidades y conflictos similares. Además estos jóvenes son influenciados por los medios de comunicación, la publicidad y los intereses mercantiles. Es decir, están expuestos a estereotipos comerciales que responden a intereses mercantiles. Es entonces, que los adolescentes se desconciertan ante estas influencias y adoptan sus filosofías, formándose una imagen una autoimagen de su sociedad.

"....Así pues, la concordancia o discordancia entre habilidades, educación e imagen reflejada es lo que determina la conformación de la identidad en el adolescente...."(Valdez, 2000, p.101).

Para los jóvenes, lograr la transición de la infancia a la adultez es difícil, considerando las cicatrices emocionales que se marcan durante el desarrollo de este proceso; tal vez con el apoyo de la familia y la escuela se lograría amortiguar este fenómeno, sin embargo el no encontrar emocional puede provocar cambios conductuales en los jóvenes.

De manera general se mencionarán las conductas más relevantes que presentan los adolescentes, planteadas por los diferentes autores.

El aspecto físico para el joven es sumamente importante, desde su estatura, su talla y sobre todo su rostro; el surgimiento del acné es un problema severo de apariencia, que altera la autoestima del adolescente provocando un gran repudio a cualquier marca en la cara. De igual manera los lunares, cicatrices y marcas de nacimiento son definitivos para su imagen (Powell, 1975).

Los jóvenes se muestran deprimidos, tristes o hasta agresivos por su inconformidad con las marcas de la cara y alteraciones físicas como: la nariz demasiado grande o poco atractiva, la escasez de vello facial masculino. En el caso de las niñas el tamaño del busto es importante por garantizar la feminidad. Los

varones tienen una obsesión por el tamaño de sus genitales, por ser sinónimo de virilidad.

Estas circunstancias afectan la autoestima de los jóvenes por tener un papel relevante en la imagen propia y social de su persona.

Por otro lado tienen problemas con el control de la erección y los sueños húmedos. Primeramente se muestran orgullosos por tener respuestas sexuales propias, pero después desconcertados por el control de las erecciones, la eyacuación y los sueños húmedos. Ya que por cualquier estímulo se facilita la erección y esto exacerba al adolescente, causando un problema social como: el no querer aparecer en clase ante todo el grupo (Powell, 1975).

De igual manera las niñas no quieren que nadie las vea cuando están menstruando.

La descarga hormonal trae como consecuencia una gran irritabilidad y sensibilidad que provoca que los púberos sean muy alterables en su comportamiento, ahora le agregamos todas las presiones sociales de su grupo por no cumplir los requisitos de un adolescente "ideal".

Para la mayoría de los adolescentes su apariencia física es un aspecto importante de autoestima, ya que lo coloca en un lugar con sus compañeros y una imagen ante sí mismo.

El no estar de acuerdo con su imagen causa angustia y depresión; la introversión puede ser un escape o la agresión como defensa (Valdez, 2000).

Las mujeres muestran más interés por el desarrollo temprano de su cuerpo, para obtener prestigio dentro de su grupo social, provocando una autoestima elevada. Tienen conductas de euforia por el maquillaje, la ropa nueva, bailes, fiestas, convivencia en general.

Por el contrario las jóvenes que presentan un desarrollo lento, sobrepeso o alguna circunstancia que deforme su apariencia puede causar un desequilibrio emocional. Los varones tienen mayor tolerancia a la frustración de carecer de un cuerpo perfecto, ya que la sociedad no hace mucho hincapié en su apariencia.

Es importante mencionar que el crecimiento del adolescente va acompañado muchas veces de un aumento en el apetito, por requerir mayor carga energética, provocando problemas de nutrición con un sobrepeso por comer comida chatarra o un exceso de ingesta por ansiedad. Es un factor que causa un desfase en el desequilibrio somático del individuo (Aguirre, 1994).

Todas las alteraciones van interactuando entre sí y provocan características muy particulares en cada individuo, así como el unirse en grupos con crisis similares, para buscar su identidad como adolescente.

Un estado típico del adolescente es la depresión, Valdez (op. cit.) menciona una serie de conductas que caracterizan este estado: alteración del sueño (exceso o insomnio), cambios extremos del temperamento, aumento o disminución de la actividad escolar, cambios en el apetito (compulsivo o falta de apetito), aislamiento y tendencia a conductas autodestructivas.

El estado emocional puede ser fluctuante en la adolescencia y combinarse con la euforia o la agresión.

Dichas actitudes se pueden ir regulando con base en los ajustes emocionales que el joven tenga a lo largo del proceso, siendo apoyado por su familia y la sociedad. Otra característica en la adolescencia es la unión en grupos de compañeros y amigos, formando pandillas en la casa o en la escuela. En los grupos tienen éticas o normas muy similares, buscan entenderse como adolescentes y encontrar su propia identidad, vinculándose entre sí y compartiendo su intimidad. Las mujeres indican estar más relacionadas con sus amigas, presentando mayor generosidad, compartición, confianza y lealtad entre ellas. Mientras que los varones pasan el mayor tiempo en deportes u otras actividades y hablan menos de sus emociones (Bee y Mitchell, op. cit.).

Al encontrarse con la atracción del sexo opuesto y la aceptación de una pareja con el noviazgo, tiende a disminuir la convivencia con el grupo, surgiendo el periodo de cortejo, durante el cual mejoran su apariencia para conquistar a su sujeto de elección.

La carga hormonal impulsa el convivir con el sexo opuesto e intenta satisfacer su curiosidad sexual, como es el primer beso, las caricias, el contacto con otro cuerpo y sí se puede hasta el coito.

La participación constante de la familia en este proceso es determinante, con el debido respeto que se le debe tener a la individualidad de cualquier persona.

Se puede concluir que la adolescencia es un periodo de cambio muy complejo y difícil de experimentar, pero también ofrece experiencias agradables y muy satisfactorias que en ninguna etapa de la vida se vuelven a repetir.

Ahora bien, en el caso de los jóvenes con necesidades educativas especiales, esta etapa es muy singular por las características de su deficiencia y el ambiente que los envuelve como individuos diferentes.

El niño retrasado enfrenta muchos problemas durante su niñez pero la pubertad le trae tensiones adicionales que dificultan todavía más su ajuste.

Por desgracia, no han habido investigaciones suficientes en cuanto al desajuste conductual de los adolescentes con retraso.

La pubertad del joven con limitación intelectual tiene cambios súbitos físicos y psicológicos por el aumento en la actividad hormonal. Los cambios en su cuerpo modifican su autopercepción (Hutt, 1988).

Los adolescentes discapacitados muestran interés por el sexo opuesto, teniendo preferencias hacia ellos y conductas de cortejo elementales. Este fenómeno es simultáneo con la aparición de la menstruación y la emisión seminal en los jóvenes. Al igual que los adolescentes "normales" las cargas hormonales provocan cambios físicos y psicológicos.

Las niñas muestran interés por su apariencia física y el uso de cosméticos, en cuanto a los varones gustan de la apariencia alineada y un desarrollo físico atractivo. Ambos gustan de la compañía del sexo opuesto, pero muestran cierta incertidumbre ante el comportamiento que deben tener, (Drew, Logan y Hardman, 1975).

A pesar de la idea popular de que los deficientes intelectuales son niños por siempre y son asexuados, en la vida diaria estos jóvenes desarrollan su sexualidad,

aunque de acuerdo a sus limitaciones, a pesar de lo que se piense o crea. Su desarrollo físico es casi normal y sus necesidades como adolescente surgen como en cualquier individuo.

La etapa de la adolescencia puede ser una experiencia difícil si no son preparados para el cambio, siendo los padres y los profesores los encargados de proporcionar la información.

El adolescente retardado no puede entender la información escrita en libros o revistas, es necesario utilizar información accesible para el entendimiento de estos cambios. El adolescente retrasado con o sin el permiso de la sociedad tiene conductas sexuales y estas continúan con actividades sexuales siendo víctimas de la ignorancia (Drew et. al. 1975).

La mala información y la falta de comunicación del tema no es un asunto propio de los discapacitados, sino de cualquier adolescente; por supuesto que en el caso de los jóvenes especiales este problema se agudiza.

El adolescente especial también se enfrenta a situaciones difíciles de manejar como la excitación sexual, el cuidado personal de la menstruación, la utilización de brassier, el uso del rastrillo para afeitarse, etc.

Al igual que cualquier joven, presenta ansiedad por el problema del acné o la alteración de su cuerpo, como sería la gordura. Siendo esta última un punto importante en su desarrollo como mujer adolescente. (Drew et. al. 1975).

El individuo especial tiende a estar sometido a rechazos abiertos en todos los terrenos; por instituciones sociales, por la familia, por los vecinos y por otros niños. Los adolescentes "normales" se niegan a aceptar la presencia de un discapacitado en su medio. Esto provoca que los adolescentes discapacitados se aislen y presenten conductas depresivas como cualquier persona, o manifiesten conductas mal adaptativas sociales y agresión (Hutt, 1988).

En casos extremos pueden caer en conductas aberrantes como la homosexualidad o la práctica sexual con objetos o animales desviando la naturaleza de la sexualidad misma.

De manera general puede ser muy introvertido y formarse un mundo dentro de su casa, teniendo como pasatiempo: la música, la t.v., videos, revistas, etc. Sin embargo el interés por el sexo opuesto, puede ser por fotos o un artista formándose la fantasía de que es su novio o futuro cónyuge (Wainer, 1984).

Además las niñas gustan de maquillarse, el uso de ropa moderna y de peinarse a la moda y sobre todo del baile. Los varones tienen mayor dificultad para controlar su impulso sexual, ya que la masturbación se presenta constantemente y le es incomoda a él y a su familia.

Es necesario aclarar que los discapacitados intelectuales que presentan todas las conductas antes mencionadas son los que tienen menor problema de aprendizaje, ya que los deficientes de custodia solo son condicionados para modelar socialmente sus manifestaciones sexuales.

En general se puede decir que el deficiente intelectual puede alcanzar cierta madurez sexual, al adaptarse a su medio y presentar conductas asertivas en su

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comunidad. Dependiendo de su capacidad intelectual será la manifestación de sus conductas afectivas y sociales dirigiéndolo hacia la vida adulta. Ahora bien el deficiente deja de ser niño física y conductualmente a partir de la adolescencia y va ajustando su vida de acuerdo a las exigencias sociales. Es importante conocer el ambiente socio-cultural donde se desarrollan estos jóvenes por ser el medio donde aprenden e interactúan desde su nacimiento.

3.3 Ambiente socio-cultural

El ambiente socio-cultural donde se desenvuelve el adolescente es muy importante, para conocer las variables y los factores que contribuyen a la formación del joven.

La familia es el primer contexto en el que los niños se desarrollan y aprenden los modelos conductuales.

"... El padre y la madre no solamente transmiten la vida física, sino que mediante los cuidados y su amor hacen que se desenvuelva el mundo interior de sus hijos ..." (Ituarte, 1997, p.87).

La familia es la encargada de cuidar y educar a sus hijos, basándose en sus experiencias personales, así como en el ambiente donde se han desarrollado y los patrones conductuales que predominan en su medio.

Los padres educan desde el momento del nacimiento hasta la muerte; todo acto en el ámbito familiar colabora en la formación de los hijos. Las experiencias que se tienen son en gran parte, el fruto de la educación que han recibido en el hogar, del mismo modo la adaptación a la sociedad es fruto de las experiencias vividas en el seno familiar (Ituarte op. cit.).

La familia es el núcleo de la sociedad, por tal motivo se puede decir que es la primera en establecer patrones de conducta determinados por el medio cultural donde se vive. La familia tiene un papel relevante en el desarrollo de cualquier individuo, por ser el primer ambiente donde interactúa el niño; por medio de la convivencia diaria, el modelamiento de conductas, la instrucción a normas y valores éticos, van influyendo en cada una de las etapas de evolución.

Toda persona tiene como raíces las experiencias adquiridas en el hogar, los padres son proveedores de afecto y disciplina, así como de los principios morales para socializar en el mundo externo.

Durante la lactancia, infancia y vida escolar, los niños van tomando actitudes y conductas basadas en el proceso formativo dentro de su familia.

Regresando a lo anterior el desarrollo integral del niño "normal" es muy complejo y depende de muchas variables su evolución. El niño va teniendo conductas y expresiones en su vida cotidiana hasta llegar a la adolescencia, donde se involucran todos los cambios propios de esta etapa y los conflictos del pasado. Las experiencias vividas en la familia y en la escuela son la plataforma para modelar el comportamiento.

Ahora la personalidad del puberto se va transformando de acuerdo a los cambios sufridos y a la influencia del medio ambiente. Abriendo el contexto donde se desarrollará y se retroalimentará de valores, normas y conductas.

La maduración que presentan los jóvenes ante los conflictos de identidad por sus cambios físicos y el nivel que ocupa en su medio social, es determinada por las interacciones de su medio familiar y social.

El adolescente tanto "normal" como especial se encuentra desconcertado y alterado emocionalmente por los cambios físicos y hormonales. Además las interacciones conductuales experimentadas a lo largo de la infancia van determinando su comportamiento.

Cabe mencionar que también la actitud de todos los jóvenes está fomentada por el estereotipo de los medios de consumo, los adolescentes deben actuar de esa manera para satisfacer lo que se espera de ellos; al mismo tiempo los padres al ser testigos de su comportamiento, confirman el estereotipo.

Powell (1975) menciona que el desarrollo de la personalidad del adolescente, está estrechamente ligado a la influencia cultural. Es decir la comunidad donde se vive, el barrio, la etnia, la religión y la familia; son donde el joven interactúa y se forma como individuo.

El medio ambiente donde se desarrolló como niño y ahora como adolescente es la base de su comportamiento actual. Busca ser más independiente y relacionarse con compañeros fuera de casa, conociendo diferentes modelos de familias y nuevos valores sociales. Es entonces cuando la familia debe orientar y dirigir al joven a un comportamiento adecuado para un futuro prometedor.

Tal vez esta situación será lo ideal para un adecuado desarrollo del adolescente, pero en realidad la mayoría de las familias mexicanas muestran problemas de interacción e integración, dicha situación familiar afecta con mayor intensidad al adolescente. Esto es un problema para el joven que se encuentra en una crisis de identidad, además puede ser presa fácil para las pandillas, sectas o agrupaciones con ideologías extremas que dan una supuesta estabilidad emocional a los miembros del grupo. El aspecto emocional adquiere un papel muy importante en esta etapa, ya que la reestructuración de los conceptos internos y los valores propios del individuo se procesan con cada evento de la vida.

El nivel de autoestima que el adolescente presenta es el adquirido en casa y en la escuela, así como el desarrollo físico lo va colocando en el estatus cultural que le corresponde (Bee y Mitchell, 1977).

Un fenómeno en esta etapa de la vida es el conflicto ante la autoridad, surgiendo problemas con los padres y los profesores, en especial si aquellos adoptan una postura autoritaria; generando conductas de antagonismo y de desafío por parte de los jóvenes.

Si los padres adoptan una actitud para conciliar y no para solapar o agredir al hijo, entonces es probable que el conflicto disminuya (Valdez, 2000).

Los adolescentes empiezan a desprenderse de los mitos familiares, tales como las normas religiosas y valores éticos. Esta circunstancia provoca una sensación de soledad y angustia; dichos efectos pueden unirse a nuevos mitos compartidos por

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el grupo de amigos. Sin embargo la familia sigue siendo un apoyo importante para el joven.

Algunos adolescentes tienden a deprimirse y a encerrarse en su propio mundo y evitan el contacto con sus semejantes, aislandose de su familia y su ambiente en general.

El adolescente individualizado en exceso, puede estar expuesto a constantes competencias con sus compañeros, llevándolo a un estrés continuo que no todos pueden superar. Nuestra sociedad occidental, con un cambio acelerado, una cultura de competitividad y el individualismo consumista, ha construido un modelo de adolescente en crisis, creando en el joven una constante interrogante sobre su identidad y a veces sustituida por la marca singular de una prenda de vestir (Aguirre, 1994).

El joven es una víctima fácil para el mundo consumista y los grupos de ideologías diversas o de protesta social. El conflicto con la autoridad y los valores, el opositorismo extremo, la apatía y la pereza: son eventos que se entrelazan para complicar el comportamiento del adolescente.

"... La idea de que el joven es un sujeto irresponsable, hedonista; la idea de que es rebelde e influible, un tipo peligroso y agresivo; exaltado, voluble y egocéntrico..." Ituarte (Op. cit., p.55). Es una idea un tanto exagerada y que por ser sustentada por algunos cambios en esta edad, pero suelen ser ajustes de conducta.

Esta concepción es una opinión general sobre el adolescente conflictivo, tal creencia es muy radical, ya que estos individuos son el producto de muchas circunstancias que han formado dicho comportamiento.

Los mismos padres no comprenden la magnitud de dicho evento y sólo les exigen cordura, además de mejorar sus conductas de acuerdo a los patrones sociales de un ser adulto, olvidando que ellos son los causantes principales de las alteraciones conductuales de sus hijos y que necesita su apoyo para mejorar su comportamiento.

Valdez (2000, p.276) plantea que para "... Ayudar a los adolescentes con problemas se requiere disponibilidad, paciencia y perseverancia. Sin embargo, una intervención a tiempo ayuda a prevenir las complicaciones de la adolescencia..."

Este autor menciona algunos aspectos importantes para manejar a los jóvenes, primero la disponibilidad como un real compromiso hacia él, en segundo lugar la paciencia para poder comprender todos los cambios (físicos y conductuales), y por último la perseverancia como un constante interés por sus problemas y conflictos que puede enfrentar. Realmente es un trabajo muy desgastante, pero los padres y los maestros debemos adquirir este compromiso.

El hablar del adolescente es un mundo muy complejo y extenso que sería imposible analizar en unas cuantas páginas, pero se ha mencionado lo más relevante sobre el tema.

Ahora bien, los adolescentes con deficiencia intelectual educables, tienen una vida paralela a los adolescentes "normales"; éstos siguen su crecimiento con

características muy propias de su deficiencia, pero avanzan en su desarrollo como cualquier joven.

Como en cualquier niño "normal", la familia es el primer ambiente donde se desarrolla el deficiente, éste al nacer se ve influenciado por la persona que lo cuida, dicha situación puede ser favorable en caso de corregir conductas inadecuadas y reforzar las conductas positivas, aumentando la capacidad del niño (Hutt, 1988).

Los efectos de tener un niño especial es trágico ya que la reacción de la familia y la sociedad es adversa e incierta.

Al igual que cualquier individuo las relaciones favorables dentro del hogar son garantía del desarrollo máximo del potencial del limitrofe.

Las reacciones de los padres ante la sexualidad no sólo afectan a los deficientes intelectuales, sino a todo el grupo familiar. El bienestar del niño depende muchísimo del bienestar integral de los padres (Hutt, op. cit.).

Igualmente se dice que la familia, debe colaborar estrechamente en la educación del niño especial y debe mantener relaciones muy estrechas y dirigidas al desarrollo general del niño (Fierro, 1994).

La familia sufre una alteración considerable con el nacimiento de un niño con deficiencia intelectual, el desconcierto y la incertidumbre son aspectos que envuelven a la familia, principalmente a los padres; éstos pueden reaccionar de diferentes formas.

La más común es la sobre atención que raya en la sobreprotección que a la larga limita más al niño y frustra a los padres.

Regresando al impacto inicial de la presencia de un niño con deficiencia, la reacción de la familia es diversa; la mayoría muestran una incertidumbre por el desconocimiento del problema y los mitos sociales que se tienen sobre estos niños. El deficiente intelectual está envuelto en una serie de mitos e ideas populares, sobre su comportamiento. La sociedad en general tiene un concepto del retardado erróneo (Fierro, op. cit.).

La presión social sobre la familia es un aspecto relevante en la convivencia familiar del niño, los padres reaccionan en diferentes formas ante este evento y manifiestan conflictos en su vida diaria.

Muchos experimentan vergüenza y sienten cierto rechazo por su hijo, además tienen angustia por la actitud que toman los familiares más cercanos y la comunidad en general, ya que existe un rechazo generalizado ante un niño especial y esta situación es muy difícil de asimilar para los padres, puesto que no saben cómo afrontar el problema y se deprimen hasta llegar a culparse por la discapacidad del niño. Estos sentimientos afectan la relación con el niño y con los demás miembros de la familia (Hutt, op. cit.).

Los padres reaccionan de diferente forma ante este evento, algunos muestran rechazo y negación, otros tienen actitudes de sobreprotección y lastima; y la minoría aceptan concientemente la discapacidad de su hijo.

Hutt (op. cit.) decía que los padres pueden variar su actitud en forma constructiva de ajuste o en una actitud destructiva y maladaptativa. En el caso de tener una

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actitud negativa, esta puede afectar las relaciones familiares, al grado de alterar el vínculo conyugal; además cada uno de los padres reacciona de manera muy particular presentando alteraciones de conducta como: ansiedad, depresión, estrés, etc.

La familia reacciona emocionalmente no nada más hacia el niño, sino también hacia la comunidad por la percepción que se tiene sobre ellos.

Es importante proporcionar a los padres un apoyo que lleve información y capacitación para cubrir las necesidades educativas y médicas que tiene el niño. Este apoyo debe ser inmediato al diagnóstico del retraso, para evitar malas experiencias en el hogar.

"...Las experiencias vividas no pasan en vano, tampoco para los retrasados, la experiencia acumulada, por pobre que haya sido su procesamiento cognitivo, determina cambios en su personalidad, en el comportamiento e incluso en las estructuras cognitivas que impiden considerar a un deficiente adulto como un niño con cuerpo grande..." (Fierro, 1994, p.273).

Tal como se plantea las interacciones llevadas a lo largo de toda la infancia, son la plataforma de las conductas presentadas en la adolescencia, este proceso es dado en el sujeto discapacitado de igual forma que en cualquier persona.

El ambiente lleno de sobreprotección y rechazo conlleva al adolescente especial al aislamiento (Wainer, 1984).

Ahora el joven que presenta un desarrollo más social se ve frustrado al intentar incorporarse a la sociedad, ya que no está preparada para integrar a los deficientes. Esto condena a los adolescentes a ser antisociales o a refugiarse en instituciones especiales para ellos (Powell, 1975).

En el caso específico de los Down, se ven segregados socialmente, hasta llamarlos "mongolitas" y tratarlos peyorativamente por su aspecto físico. Algunos padres son víctima de esta situación y esconden a sus hijos, (Jasso, 1991).

La integración social es un asunto muy difícil de llevar a cabo, ya que ni la familia, ni la sociedad, saben lo que es un deficiente intelectual y si pudiera funcionar como un ser social.

Jasso (op. cit.) plantea que la integración del niño es un asunto más de filosofía de la vida que de la política. Para la sociedad actual el integrar a un joven a la comunidad es que no cause problemas sociales y sepa comportarse en la comunidad, condicionándolo a ciertas pautas de comportamiento social. Independientemente de esto es necesario socializar a los discapacitados para integrarlos a nuestras vidas.

"...Hay que acabar con el aislamiento y con el encierro y salir al espacio libre donde se mueven los demás hombres, mezclándose con ellos, participar, ser uno más..." (Jasso, 1991 ,p.174.). Tal como lo menciona este autor, la educación del deficiente debe de enfocarse a su comportamiento, al desarrollo de sus afectos, de sus relaciones sociales y de su autonomía personal, así como el conocimiento académico; teniendo como meta el desarrollo máximo de sus capacidades.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha atribuido la mayoría de los rasgos hallados en individuos retrasados no a la deficiencia misma, sino al ambiente social empobrecido y al mal manejo institucional donde el niño ha crecido.

En cuanto a su comportamiento social se muestran inseguros en sus relaciones interpersonales, en sus habilidades de relación. Ante los compañeros no deficientes se muestran conformistas y tratan de agradar y de no referir con nadie, más bien una conducta de timidez o de retraimiento (Fierro, op. cit.).

El ambiente social es muy hostil con estos adolescentes, la comunidad no sabe qué actitud tomar ante ellos y los jóvenes especiales tampoco saben relacionarse con su medio.

Realmente las expectativas de vida social de un deficiente intelectual son mínimas, por la falta de apoyo de los padres.

Los adolescentes especiales al igual que los "normales" presentan alteraciones en su comportamiento con los cambios hormonales, esto trastorna el "equilibrio" familiar, ya que el niño especial deja de serlo para convertirse en un jovencito con apariencia física "normal" y con algunas conductas típicas de esta edad. Toman actitudes como la rebelión ante las autoridades, la demanda de independencia, el relacionar se con el sexo opuesto e imitar a los adolescentes "normales" para ser como ellos; en la mayoría de los casos por el poco eco que tienen de sus familiares, tienden a aislarse y a formar su propio mundo de fantasías. De una manera u otra los adolescentes especiales tienen que enfrentar todas las adversidades de su proceso social y formarse una serie de patrones conductuales que lo lleven a relacionarse con su medio.

Derw y et. al. (1975) mencionan que las relaciones interpersonales y familiares siempre deben de ser positivas y que los padres y los profesores deben de orientar su enseñanza al manejo del contexto social y aprender sus limitaciones. Por ejemplo deben saber utilizar el transporte público, ir al supermercado, cocinar y tener un debido control de su cuidado personal.

Es responsabilidad de los padres y del personal académico que está en contacto con el joven, capacitarlo en la medida de lo posible para desarrollar su potencial como ser social, y buscar como meta final la independencia económica considerando la deficiencia que se tiene.

Por supuesto que estos objetivos son muy difíciles de alcanzar porque las bases de la educación están en la familia y esta se encuentra en crisis por tener un niño especial, considerando que los padres proporcionan las bases para un buen entrenamiento y un futuro prometedor.

Por otro lado los maestros y personal docente se encuentran limitados en el programa educativo por regirse por las adecuaciones curriculares y la supuesta integración educativa, ya que se enfoca más a lo académico que a las habilidades sociales.

Otro aspecto importante es el diagnóstico inicial, ya que generalmente los médicos tardan en dar su dictamen y éste suele ser poco alentador; los neurólogos y los psiquiatras prescriben medicamentos para modificar las conductas inadecuadas.

Los padres no saben qué hacer y solo se conforman con las recomendaciones de los médicos.

Es importante fomentar el trabajo multidisciplinario entre los profesionistas para mejorar la calidad de atención a los niños especiales.

A manera de conclusión, se puede decir que el ambiente socio-cultural es determinante en el desarrollo de cualquier individuo, en el caso de las personas con limitaciones es igualmente relevante, a pesar de ser tan adverso y lleno de tropiezos.

El individuo con limitaciones se desarrolla con todas las carencias sociales y educativas, pero sigue su desarrollo como cualquier persona.

Cronológicamente su cuerpo crece y se transforma como un joven lleno de inquietudes y necesidades, es entonces cuando la sexualidad hace su aparición independientemente de su nivel académico, social y cultural.

El aspecto sexual del deficiente intelectual es un enigma para la sociedad y para la ciencia es un fenómeno relevante pero poco estudiado.

El desarrollo sexual del deficiente intelectual es similar al de cualquier persona normal, basándose en la evolución biológica y hormonal. Además de una respuesta sexual igual a la de nuestros.

Por desgracia la información bibliográfica sobre el tema de la sexualidad "especial" es muy escasa y ambigua; pero a pesar de esto considero que el estudio de la sexualidad normal dará una visión general sobre la expresión sexual del deficiente intelectual.

De acuerdo a mi experiencia profesional podría mencionar que el desarrollo psicosexual es muy similar al de cualquier adolescente, claro que con tintes muy peculiares determinados por el grado de discapacidad.

A pesar de todo lo anterior considero importante hacer un análisis sobre la sexualidad de dichos jóvenes para tener herramientas y saber orientarlos en su vida futura.

CAPITULO 4

LA SEXUALIDAD

Partiendo que la sexualidad existe para todos y que el hecho de ser discapacitado no los excluye; mencionaré los términos generales de sexualidad, como plataforma para mi estudio.

La sexualidad es una parte de la vida muy importante y esencial en el desarrollo de cualquier individuo, se presenta en forma cotidiana y constante en las expresiones del ser humano.

La sexualidad se expresa desde el nacimiento y hasta la muerte, la conducta sexual está en cada momento de nuestra existencia y surge como una serie de patrones conductuales que interactúan dinámicamente en la sociedad.

Generalmente el término sexualidad aparece siempre vinculado a la palabra sexo desde la identificación de género, sin embargo la sexualidad es la expresión de nuestro estilo de vida, de nuestra forma de ser como hombre y mujer, de la manera de manifestar nuestro afecto y también nuestro comportamiento erótico. La sexualidad no se refiere solo a la reproducción o a la relación coital, sino aún más, a los sentimientos, pensamientos, actitudes y comportamientos cotidianos de la vida (SSA, 1992).

La sexualidad humana comprende un conjunto de fenómenos psicosociológicos de gran importancia para la persona y la sociedad. Se halla estrechamente vinculada al mundo de la afectividad y al plano de los valores, ampliando su esfera más allá de la función reproductiva y de la mera genitalidad y queda englobado en el ámbito más amplio del erotismo (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1985).

De igual manera Barragán (1994) plantea que la sexualidad se manifiesta en una dimensión afectiva, moral y psicológica dentro de un contexto cultural. Se puede decir, que todas nuestras conductas están llenas de sexualidad con o sin intención, al tener una comunicación con nuestros semejantes y con nosotros mismos.

Dichas conductas son aprendidas durante todo el desarrollo de nuestra vida y se van modelando con base en nuestros intereses y necesidades, influenciadas considerablemente por los valores culturales de la sociedad.

La definición de sexualidad involucra actitudes para uno mismo o para los demás, que están envueltas de amor, comunicación, unión, sensaciones, cuidado, sensualidad y erotismo (Gotwald y Golden, 1993).

Debido a que la sexualidad es demasiado compleja para abordarse de una manera total, se hará una revisión primaria y general, aclarando algunas ideas sobre ella.

Los componentes de la sexualidad son biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan y van formando las conductas sexuales que identifican a una persona.

La estructura biológica es el detonante para formar la identidad sexual, sustentada y alimentada por la asimilación de lo social a través del aprendizaje.

Es decir, que el ser niño o niña, varón o mujer, constituye no sólo el sexo biológico, sino una gran variedad de conductas, actitudes, sensaciones y deseos, a partir de un conjunto de normas y valores establecidos en el grupo social donde se desarrolla y vive el individuo. La sexualidad es un aspecto inherente al ser humano y está presente en toda conducta desde el periodo prenatal hasta la muerte. Los seres humanos viven y actúan sin un conocimiento real de su sexualidad y la de los demás, lo que conlleva a una afectación en la vida individual y social, (Álvarez Gayuo, 1986).

Para un mejor análisis retomaré las definiciones básicas de Álvarez - Gayuo (op. cit.) que servirán como marco de referencia.

SEXO

Es la serie de características físicas determinadas genéticamente, que colocan a los individuos de una especie en su papel de reproducción.

SEXO DE ASIGNACIÓN

Es el que se le asigna a un individuo al nacer, en función del aspecto de sus genitales externos.

IDENTIDAD DE GÉNERO

Es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo. El sentir psicológico íntimo de ser hombre o mujer.

PAPEL SEXUAL

Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo, por ejemplo: la forma de vestir, el corte de cabello, etc.

Todos los conceptos anteriores son los componentes de la sexualidad, desde un aspecto biológico y psicológico hasta social; lo que implica una dimensión más amplia que la simple concepción del sexo como biología y coito.

La sexualidad no aparece en forma espontánea en algún momento de la vida, sino que se inicia desde el momento de la fecundación y termina con la muerte de la persona. Ésta se desarrolla al igual que otras funciones del organismo, tanto en el ámbito biológico como psicológico, y va conformando una parte tan esencial del ser humano como es el sentirse y manifestarse como hombre y como mujer.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

El desarrollo de la sexualidad es un proceso continuo a lo largo de la vida y va evolucionando en diferentes etapas, a través de las cuales se aprende y perfecciona el comportamiento sexual, este proceso es análogo las personas con deficiencia intelectual.

Para una mejor comprensión se hablará sobre el desarrollo psicosexual del individuo desde el nacimiento hasta la adolescencia.

4.1 Desarrollo psicosexual

A partir de que la sexualidad es un compendio de estructuras biológicas, psicológicas y sociales, es importante conocer el proceso que se sigue en la adquisición. Seguir paso a paso los cambios y actitudes sexuales es un aspecto importante para comprender la dimensión de la vida sexual.

La formación de la identidad de género se inicia en la infancia y se va configurando a lo largo del desarrollo sexual.

La sexualidad se desarrolla desde el nacimiento hasta la adultez. Para entender el proceso han surgido diferentes teorías, a continuación se mencionarán las más relevantes:

Orientación Psicoanalítica (Master y Johnson, 1995).

Freud fue uno de los primeros teóricos que reconoció la existencia de la sexualidad durante todo el ciclo de la vida. Consideraba que el impulso sexual (la libido) empezaba en la lactancia y seguía hasta el final de la vida del individuo, marcando diferencias entre la sexualidad de un lactante y un adulto. A lo largo de este proceso dividió la sexualidad en 4 fases:

- 1) La fase oral es durante el primer año de vida, la boca es el núcleo primario de energía y gratificación sexual. El uso predominante de la boca, no solo para succionar sino para descubrir y tocar todo, concluyendo que la boca y los labios son la fuente de principal placer en este lapso.
- 2) La fase anal se da desde el año hasta los 3 años, el goce sensual se proyecta en la región anal y la vejiga, el niño se hace consciente del placer que se relaciona con la defecación y su detención; esto provoca un placer físico y psicológico.
- 3) La fase fálica o de Edipo se encuentra entre los 3 y los 5 años aproximadamente, el interés erótico revierte en los genitales.

Durante este lapso la mayoría de los niños se dan cuenta de la existente diferencia entre sus propios genitales y los del género opuesto.

El miedo de perder el pene (castración) provoca un estado de ansiedad en el niño y la envidia de éste por parte de las niñas cuando descubren que los niños lo tienen.

Otro punto importante es el llamado complejo de Edipo, el niño se enamora de su madre y tiene como rival a su padre al que ve con recelo. De igual manera las niñas se enamoran de su padre y sienten rivalidad con su madre, a esto se le llama el complejo de Electra.

Además las niñas tienen envidia por el pene y padecen insatisfacción por la presencia de éste, provocando una inmadurez psicológica. Freud creía que el

proceso de identificación con el padre del mismo género era la clave principal de la formación psicosexual (Gotwald et. al., 1993).

Tras resolver los complejos de Edipo y Electra, cosa que debe suceder antes de los 6 años, entonces pasará a la siguiente fase.

4) La fase genital comienza con los cambios físicos y biológicos de la pubertad, el adolescente aprende a centrar sus impulsos sexuales en las relaciones heterosexuales en general y el coito.

Freud creía que la mujer desplaza sus sentimientos eróticos del clítoris a la vagina, y que el varón se lo da al pene y esto era el paso final para la maduración emocional.

Master y Jonhson mencionan que la teoría psicoanalítica es muy profunda y compleja; además proporciona datos importantes en el estudio de la sexualidad. Pero es esencial decir que el impacto cultural en la evolución de la sexualidad es ignorado por Freud. Esta teoría generaliza la conducta sexual sin considerar los aspectos socio-culturales y la carga genética de cada individuo.

Por otro lado tenemos a Erikson (citado en Gotwald et. al., 1993), quien fue un psicoanalista infantil que añadió a la teoría freudiana una perspectiva social y cultural, tomando en cuenta el papel que desempeña el medio y cultura en particular sobre las fases de la formación por las que pasa toda persona, también haciendo hincapié en la fijación de la libido y los cambios que ocurren en el desarrollo psicosexual y las alteraciones que el contexto social le provoca; revolucionando la teoría freudiana.

La Teoría del Aprendizaje es donde postulan que el componente primario es el comportamiento (Bandura, citado en Master y Jonhson, 1995). El aprendizaje es consecuencia de la influencia recíproca entre el individuo y el medio ambiente. Para entender este concepto se toma como principio básico el condicionamiento operante donde sus postulados son:

Un acto al que sigue una recompensa o un efecto agradable, o bien la eliminación de un estímulo desagradable tiende a repetirse. El reforzamiento positivo tiene una repercusión obvia y directa sobre la conducta sexual, es decir, el niño se frota los genitales y siente placer provocado por la repetición de este evento; también el castigo influye en la conducta sexual (Master y Jonhson, 1995).

La teoría del aprendizaje plantea que la asignación de la identidad sexual se aprende a partir de las experiencias tenidas desde la temprana infancia y se hacen experiencias propias.

Bandura (citado en Master y Jonson, op. cit.) amplió la teoría del aprendizaje y la estructuró en un modelo denominado teoría del aprendizaje social, donde plantea que las personas modelan su comportamiento social a través de la observación de la conducta ajena.

Lo que se aprende está condicionado en parte por el prestigio o el poder del sujeto observado; el individuo imita a las personas que admira o respeta, por consiguiente, la televisión y el cine son una fuente de actitudes aprendidas. El adolescente aprende de su familia, amigos, maestros y otros.

La formación de la identidad y el papel de género se ven influenciados por el aprendizaje social.

Esta teoría tiene una visión más objetiva sobre el comportamiento sexual y el desarrollo del mismo. Es decir, que el aprendizaje modela la conducta del individuo desde su nacimiento hasta la muerte.

Forma sujetos con una historia personal particular que responde a las exigencias sociales como miembro de una cultura.

Basándome en lo anterior se hará una breve reseña sobre el desarrollo psico-sexual .

4.1.1 Lactancia

Desde la fecundación del óvulo, el estado general de los padres principalmente el de la madre, afecta al feto.

Los aspectos propios de la madre como la edad, la nutrición, salud en general, los antecedentes obstétricos y la situación emocional; son determinantes en la formación del nuevo ser.

Durante el embarazo la familia tiene cierta expectativa por el sexo del bebé y fantasea sobre su imagen. Esto puede causar una obsesión en los padres que afecte tanto al niño como a la familia.

Master y Jonhson (1995) mencionan que el desarrollo sexual está condicionado principalmente por factores biológicos, pero la evolución sexual se ve seriamente influenciada por factores psicosociales que se conjugan e influyen recíprocamente con el legado biológico.

Considero que el sexo biológico es diferente a la identidad sexual, así como lo plantea Master y Jonson (op. cit); es decir, que la influencia psico sexual determina el proceso que tomará cada individuo en su vida sexual.

Ahora bien, la sexualidad se manifiesta a muy temprana edad, desde el nacimiento los recién nacidos presentan reflejos sexuales como erecciones y lubricaciones vaginales (Master y Jonhson, op, cit.). Así mismo el contacto diario con el bebé fortalece su desarrollo; conductas como el amamantamiento, el baño, el cambio de ropa, el cambio de pañal, las caricias, el retozo con él.

Al tener movimientos voluntarios el pequeño comienza a tocarse los genitales y encuentra placer ante este evento, repitiéndolo varias ocasiones hasta experimentar orgasmos. La estimulación genital puede ser con juguetes, cobijas, caballitos de madera y objetos similares, que provocan placer al niño y este condiciona su juego sexual al placer con el objeto.

La reacción de los padres al observar estos reflejos sexuales forma parte del incipiente aprendizaje sexual del niño. Las actitudes castigantes ante estos eventos provoca en el bebé sentimientos negativos; mientras que los padres que se muestran tranquilos transmiten a sus hijos un mensaje de aceptación relativa del sexo.

Crooks y Baur (2000) plantean que el gozo de la intimidad sexual como adultos puede estar relacionado con experiencias infantiles de calidez y contacto placentero, en particular con los padres.

Esta etapa de la vida es relevante en el desarrollo sexual del individuo, porque es el inicio de las primeras experiencias y la base de una vida sexual.

4.1.2 Infancia

Entre el año y medio y los 3 años de edad, el niño va desarrollando su imagen corporal mediante observaciones e imitaciones de lo que ve en su medio.

En esta edad, los niños son instruidos socialmente para comportarse con el estereotipo del sexo biológico que les corresponde, es decir las niñas de rosa se vestirán y jugarán con muñecas siguiendo el modelo de su madre; mientras que los varones deben ser fuertes y no llorar y vestirse de azul, jugar con carros y pelotas.

Los patrones conductuales son básicos en las relaciones sociales del niño; como se ha venido mencionando los padres juegan un papel muy importante en el desarrollo sexual.

Master y Jonhson (1995) plantean que en esta edad los niños muestran una gran curiosidad por su cuerpo y sus genitales, encontrando gran placer por el tocamiento de los mismos, algunos niños se estimulan con frotamientos con juguetes o cualquier objeto. Además ya han adquirido una identidad sexual, masculino y femenino; el juego con los genitales inicialmente es solitario y posteriormente lo comparte con sus compañeritos.

Otro aspecto que no debe dejarse de mencionar es el entrenamiento de control de esfínteres, siendo un factor esencial en la evolución del niño; el descubrir que pueden controlar sus evacuaciones en tiempo y lugar, teniendo como premio la aceptación de los adultos por el control de esfínteres. Por otro lado descubren que los genitales son especiales y diferentes al resto del cuerpo, también comienzan a ver diferencias entre la anatomía del hombre y la mujer, además se interesan por la cuestión de la reproducción.

Es la época en que empiezan a aprender palabras y significados sexuales de los adultos en su medio, ciertas conductas comienzan a clasificarse como sexuales y se les da equivalencia emocional positiva o negativa (Gotwald y Golden, op. cit.). Además de las diferencias físicas, también han aprendido las diferencias sociales y los patrones conductuales que deben tener en esta etapa, surgiendo criterios sociales que deben adquirirse, como por ejemplo: el pudor, la vergüenza, etc.

Tiefer (1980) refiere que la exploración sexual entre los niños se da mediante juegos como: el doctor, mamá y papá, burro castigado, cebollitas, etc. Donde gustan por mirar, mostrar y tocar, teniendo gran curiosidad por el cuerpo de los demás.

El juego sexual de las niñas se ve envuelto en fantasías de romances imaginarios, inventan juegos con sus amigos quienes harán a veces de príncipe azul, o

protagonista de una telenovela; teniendo contacto físico entre sí y llegando solamente al beso. (Cook y Baur 2000).

Barragán (1981) menciona que la mayoría de los juegos sexuales son normales y sanos, ocurriendo entre los 6 a 8 años aproximadamente entre compañeritos de la misma edad. A los padres les preocupan estos juegos porque consideran que pueden ser malos y producen hábitos o son nocivos para la salud. Sin embargo Barragán (op. cit.) plantea que por lo regular estos juegos son experiencias sexuales sanas y naturales, favoreciendo el desarrollo del niño. No se debe hacer sentir al niño avergonzado o mal por este tipo de conductas.

Estas conductas pueden presentarse de manera cotidiana en los juegos de los niños. Pero el exceso o la sofisticación de estos eventos, pueden ser la manifestación de que ocurre alguna situación fuera de lo normal; es decir que el niño puede ser víctima de algún abuso sexual. Por tal motivo la familia debe estar muy pendiente de los juegos y establecer una comunicación abierta con sus hijos.

En cuanto a las experiencias sexuales a solas se dan desde una temprana infancia, como tocamientos en los genitales y en el cuerpo. La auto estimulación rítmica y orientada que llamamos masturbación, requiere de una coordinación motora que se desarrolla después de los 3 años, los niños experimentan placer al tocarse pero no alcanzan necesariamente el orgasmo (Tiefer op. cit.).

La masturbación es una parte normal del crecimiento y puede promover la salud en términos de la formación de la identidad sexual. El tocamiento normal va desde la exploración casual del lactante hasta la estimulación erótica de los niños mayorcitos.

Crooks y Baur (op. cit.) plantean que la masturbación es una experiencia sexual común durante la infancia y la adolescencia. Cabe aclarar que los chicos son bastante conscientes de las expectativas sociales y mantienen un grado de privacidad en algo tan emocional y personal como la auto complacencia.

La masturbación tiene ventajas y desventajas como lo plantea Tiefer (op. cit.); las ventajas son: 1) el aprender a conocer su cuerpo, 2) el proporcionarse placer en cualquier momento, 3) control y dominio de proporcionarse placer, 4) orgullo y autoestima.

Como desventaja tenemos el sentimiento de culpa asociado con el castigo y la amenaza de los padres y la sociedad; otra desventaja sería el utilizar una misma técnica y condicionar su respuesta sexual.

La sexualidad adulta no es algo que aparece repentinamente en la pubertad, es el producto de una serie de experiencias sexuales desde al nacimiento hasta la muerte.

4.1.3. Pubertad y adolescencia

Una etapa importante en la vida sexual es la pubertad, porque es cuando el cuerpo sufre una transformación.

Los cambios hormonales y la metamorfosis que sufre su cuerpo favorecen la curiosidad de conocer más sobre su cuerpo y el del sexo opuesto.

El desarrollo sexual que se ha formando desde el nacimiento y toda la infancia va configurándose en la pubertad, ya que con sus nuevas sensaciones y necesidades las conductas sexuales van adquiriendo otra denotación.

Por ejemplo Barragán (op. cit.) refiere que en esta etapa un beso puede ser de diferente formas, es decir el beso de la mejilla como símbolo de amor fraternal o familiar, el beso en la boca como un signo de mayor familiaridad y el beso sexual "francés" que significa una conducta erótica que provoca placer sexual; es relevante la experimentación de nuevas sensaciones.

Master y Jonhson (1995) mencionan que los adolescentes aprenden principalmente al reconocer su cuerpo mediante la inspección física y la exploración. La mayoría de los jovencitos examinan sus genitales y experimentan sensaciones, además de probar nuevas técnicas de manipulación y qué clase de respuestas produce cada una, estas actividades van dirigidas al conocer su sexualidad.

Los adolescentes tienen que intimar con su propio cuerpo para poder relacionarse sexualmente con una pareja en la adultez. Tiefer (op. cit.) plantea que los jovencitos buscan espíritus afines para saber qué piensan y sienten con relación al sexo, generalmente se identifican con compañeros del mismo sexo.

La sexualidad en esta etapa adquiere un papel relevante en la cotidianidad de los individuos, es decir las conductas sexuales como: la exploración, la excitación, la masturbación, el orgasmo son actividades muy importantes en el desarrollo del adolescente. Específicamente mencionaré algunas de las conductas sexuales más comunes.

Masturbación

La masturbación es una expresión sexual que tiene como función liberar la tensión sexual, (Crooks y Baur, op. cit.). Además del auto conocimiento de su erotismo.

La masturbación cumple con varias funciones de importancia como son: el alivio de la tensión sexual, el construir formas particulares de experiencia sexual, la mejoría de la autoconfianza en el desempeño sexual, el dominio de los impulsos sexuales, la mitigación de la soledad y una válvula de escape de la tensión en general. (Master y Jonhson op. cit.).

Las caricias

"...El acto de acariciar alude al contacto físico erótico que puede comprender besarse, abrazarse, tocarse, estimularse manual u oralmente los genitales, pero no el coito..." (Crook y Baur, op. cit., p. 390)

Las caricias pueden iniciar al adolescente a las relaciones interpersonales tanto sexuales como de pareja.

El recurrir a las caricias favorece el desarrollo de la sexualidad y erotismo de cada uno de los adolescentes, sirviendo como plataforma para futuras relaciones coitales, puesto que contribuyen a la fase de exploración.

Algunos autores como Master y Jonhson (op. cit.) mencionan que las caricias son utilizadas por los jóvenes como principio de la relación sexual y pueden ser sustitutos del coito, para evitar embarazos o contagios de enfermedades.

De una manera u otra, las caricias son determinantes en la conducta sexual de cualquier individuo, ya que son el primer contacto con una pareja e intercambian sensaciones y placer.

Fantasías Sexuales

Los sueños y las fantasías sexuales se tornan más frecuentes y explícitos en la adolescencia, muchas veces como elemento auxiliar de la masturbación.

Pueden sustituir a la situación real por una fantasía y esto le provoca excitación hasta llegar al orgasmo; constituye una especie de plataforma de ensayo mental de cara a posibles situaciones sexuales (Master y Jonhson op. cit.).

En el caso de los adolescentes que no tienen alguna relación de pareja por cuestiones de sociabilidad, el recurrir a las fantasías sexuales es muy común y satisface la necesidad de relacionarse sexualmente con otro.

Las fantasías proporcionan la capacidad de excitarse a voluntad, esto da pie al control de la respuesta sexual y el manejo de sus impulsos que en la etapa puberal es muy difícil, (Tiefer, op. cit.).

Experiencias Homosexuales

Crook y Baur (op. cit.) refieren que el contacto sexual con personas del mismo sexo es una conducta recurrente entre algunos adolescentes, además pueden experimentar caricias y juegos eróticos. Sin embargo algunos jóvenes tienen contacto coital con sus compañeros como una práctica de exploración, sin tener mayor repercusión en su vida adulta.

La mayoría de los adolescentes niegan tener estas relaciones porque consideran que pueden afectar su vida heterosexual.

Algunos jóvenes que han tenido prácticas de este tipo, albergan sentimientos de culpa que les ocasionan problemas emocionales; sin embargo estudios han reportado que el tener contacto homosexual no significa tener una preferencia de este tipo. (Master y Jonhson, 1993). A pesar de ello la carga social influye en la percepción de esta preferencia sexual.

Coito

Los adolescentes pueden llegar al coito por la excitación descontrolada que provoca la adolescencia mediante la masturbación o por la libre decisión de tener una relación sexual completa hasta el orgasmo coital. Esta circunstancia puede provocar serios problemas a los jóvenes, porque pueden llegar a embrazarse o a contagiarse de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

En la plena adolescencia el joven ha experimentado todas las conductas sexuales antes mencionadas y esto lo lleva a formarse normas y valores sexuales para su propia vida.

Los muchachos tienen que aprender a combinar la ternura con el deseo, el amor con la pasión, el placer con la culpa y muchas otras conductas que enfrentarán a lo largo de su vida sexual.

En resumen, la vida sexual se va formando a lo largo de toda nuestra existencia, pero la adolescencia es la etapa más importante de este proceso. Por tal motivo una orientación sexual por parte de los padres y los maestros, es trascendente en la futura vida del individuo de cuestión.

La respuesta sexual es un fenómeno que se basa en las respuestas biológicas del organismo y las conductas eróticas aprendidas por el propio sujeto. En el caso de los deficientes este proceso de la respuesta sexual es similar al "normal", teniendo algunas connotaciones por el grado de deficiencia intelectual y el manejo conductual de dicho proceso. Para entender más la conducta sexual a continuación se hará una breve revisión sobre la respuesta sexual humana.

4.1.4 Respuesta sexual

La respuesta sexual humana es una secuencia ordenada y muy racional de acontecimientos fisiológicos, cuya meta es preparar al organismo para la reproducción (Singer, 1982):

Master y Jonhson (1978) encontraron que la respuesta sexual es una serie de acontecimientos fisiológicos que se dividen en 4 fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución).

Sin embargo la respuesta sexual está influenciada por factores socio-culturales y psicológicos del sujeto. Para hacer un análisis más preciso sobre la respuesta sexual se han realizado estudios muy específicos de las respuestas fisiológicas de los sujetos involucrados en la relación.

Master y Jonhson (op. cit.) son los autores que han realizado estudios científicos sobre la respuesta sexual, a continuación se mencionarán los aspectos más relevantes de sus investigaciones.

a) Excitación: La fase de excitación se caracteriza por el inicio de sensaciones eróticas y por la obtención del estado eréctil en el hombre y la lubricación en las mujeres. Las manifestaciones de tensión sexual incluyen también una reacción somática generalizada de vasocongestión y miotonía. Además, a medida que el cuerpo se prepara para la tensión preliminar al coito, se aceleran los procesos respiratorios, aumenta el ritmo cardíaco y se incrementa la presión arterial.

En el varón la fase de excitación se caracteriza por la erección del pene. Además, el escroto se hace más espeso y el saco escrotal se ensancha y se espesa, mientras los testículos comienzan a elevarse.

En cuanto a las mujeres esta etapa se distingue por la lubricación vaginal, por el enrojecimiento de toda la piel, los pechos comienzan a hincharse y los pezones se hacen erectos. Además, el útero aumenta de tamaño la vagina comienza a dilatarse y abombarse para poder alojar el pene.

b) Meseta: La fase de la meseta se determina por un estado de excitación más avanzado, inmediatamente anterior al orgasmo. En el varón el pene se llena y se destiende con sangre hasta alcanzar los límites de su capacidad, la erección es firme y el pene alcanza su máximo tamaño, además los testículos están también llenos de sangre y ahora son 50% más grandes. El pene produce unas gotas de fluido mucoso claro que lo lubrica.

Los cambios encontrados en las mujeres son la vasocongestión generalizada, destacando el moteado de la piel y la hinchazón de los labios menores. Se forma

una plataforma orgásmica en la entrada y la posición más baja de la vagina. Finalmente el clítoris gira 180 grados y cambia en posición plana por detrás de la sínfisis pubiana inmediatamente antes del orgasmo.

c) Orgasmo: El orgasmo es considerado como la etapa donde se encuentra más placer.

"El orgasmo está desencadenado por un arco reflejo nervioso en respuesta a la vasocongestión genital extrema" Hawton (1988, p.15). El varón expulsa el semen del pene en tres o siete chorros y con intervalos de 0.8 segundos. Las contracciones disminuyen y se hacen menos fuertes perdiendo cada vez más fuerza expulsiva, terminando con las contradicciones expulsivas de la uretra peneal.

En cuanto a las mujeres, esta etapa inicia con las contracciones de la musculatura uterina y la plataforma orgásmica vaginal. Las contracciones de la plataforma orgásmica se producen cada 0.8 segundos y se repiten de 4 a 8 veces antes que se registre su disminución. El número de contracciones varía de una mujer a otra y de una experiencia anterior. Existe el orgasmo clitoral y el vaginal según sea la estimulación o la maduración de la misma sexualidad.

d) Resolución: esta fase es la última del ciclo de la respuesta sexual, disminuyen las respuestas fisiológicas locales específicas del sexo. Las respuestas somáticas generales a los estímulos sexuales disminuyen rápidamente. El ritmo cardíaco, la presión arterial, la respiración y la vascularidad de la piel, que había incrementado como preparación al esfuerzo del coito, vuelven a un nivel de pasividad minutos después del orgasmo.

El varón pierde la erección del pene y los testículos bajan de posición y se vuelven fríos.

En la mujer el clítoris vuelve a su posición normal segundos después del orgasmo, la congestión sanguínea va relajándose.

Singler (1982) La conducta sexual humana es el producto de factores ambientales y biológicos; dependiendo de las experiencias previas la conducta sexual se estructura en una particularidad propia del individuo en cuestión.

La respuesta sexual en general se presenta en todas las personas de una manera u otra, con diferencias de tiempo y de sensaciones pero se da la respuesta.

La relación sexual no sólo es la entrada del pene en la vagina y la descarga de espermatozoides; es más allá de esto, es decir que se mezclan una gama de sentimientos que sorprenden a los amantes cuando se abrazan, surge un arco iris de emociones en el cual el goce, la ternura, la devoción y el ardor se funden con la substancia de la propia y única personalidad de cada individuo. Las relaciones sexuales comienzan generalmente con besos y caricias que enmarcan todo el proceso biológico de la respuesta sexual en sí. (Asociación Norteamericana de estudios sobre la infancia, 1984).

En el caso particular de los deficientes intelectuales la respuesta sexual debería ser igual puesto que tienen la misma estructura biológica y las mismas cargas hormonales, pero la realidad es que por sus limitaciones sociales y culturales su

respuesta sexual se ve truncada o deformada; generalmente se quedan en la etapa de excitación y en ocasiones logran un orgasmo mediocre. A continuación se hará una breve revisión de la sexualidad del discapacitado.

4.2 La sexualidad del deficiente intelectual

La sociedad en general considera a los deficientes intelectuales como personas asexuadas y solo se enfocan al control y represión de las manifestaciones sexuales.

Baldaro, Gorigli y Valgimigli, (1988) mencionan que la cuestión de la sexualidad es un asunto delicado que poco se ha estudiado y merece nuestro interés ya que la sexualidad es un derecho humano y constitucional.

Considerando que " casi todos los retardados en el desarrollo, a excepción de las personas con retardo profundo tienen conductas sexuales; se dice que las personas con retardo en el desarrollo tienen conductas sexuales similares a los "normales", y se encuentra que su desarrollo emocional y físico y sus conductas sexuales son similares a las personas -normales-" (Estrella y Flores, 1995, p.14).

El desarrollo hormonal y físico es análogo al de las personas "normales", la diferencia parte en el manejo de las conductas y sensaciones del propio discapacitado. Además descubren la sexualidad sin estar en condiciones de gestionarla, de administrarla y de comprenderla.

Es entonces cuando el discapacitado va estructurando su propia sexualidad y la manifiesta según su capacidad de expresión y los límites que le marque su propia familia.

La SEP en 1986 reportó que en Educación Especial se encontró que los alumnos manifestaban conductas sexuales, tales como: exhibicionismo, masturbación y curiosidad por el cuerpo de otros niños (levantando la falda de sus compañeras y realizando tocamientos).

En los niños pubertosos se observaron conductas como la masturbación, juegos sexuales, caricias, tocamientos en su propio cuerpo o en el de otro compañero.

En los grupos de niños adolescentes se encontró conductas "homosexuales", noviazgo, caricias eróticas, masturbación, etc.

El varón discapacitado fácilmente puede satisfacer sus necesidades sexuales mediante la masturbación o recurriendo a las sexo servidoras, en cuanto a las mujeres, ellas no deben autoestimularse porque es sucio. (Baldaro et. al., 1988).

Las conductas sexuales son condicionadas a los valores morales y culturales en donde se desarrollan.

Cabe aclarar que la sexualidad es menos manifiesta en los débiles mentales profundos, si el retrasado intelectual es leve, la sexualidad se acerca netamente a lo normal. (Baladro et. al., 1988).

Al igual que cualquier adolescente, los deficientes intelectuales sienten y descubren las sensaciones del placer sexual; entendiendo como placer sexual las caricias, las miradas, los besos y no el coito en sí.

No debemos olvidar que la sexualidad utiliza al cuerpo como vínculo de contacto, deseo, placer y sentimientos para expresarse. Desgraciadamente el discapacitado no reconoce su cuerpo debido a la limitación educativas que recibe en su infancia y adolescencia; las manifestaciones eróticas son percibidas como anormales y deben curarse. (Baldaro, et. al., 1988).

Sin embargo con o sin permiso de la sociedad y apoyo de sus padres ellos siguen su desarrollo sexual y estructuran su propio patrón de conductas y emociones.

Los padres, las escuelas, instituciones y organismos dedican su atención al cuidado y /o rehabilitación de personas discapacitadas y son pocas las que se preocupan por una educación sexual formal a pesar de que se enfrentan a una serie de conductas sexuales desaprobadas socialmente. Al extremo de condicionar las conductas inapropiadas al castigo.

Una investigación realizada en Estados Unidos por (Lindsay, Olley, Baille y Smith, en 1999). reportaron que los adolescentes con deficiencia intelectual tienden a presentar conductas inapropiadas por falta de educación.

Se realizó un estudio con 4 sujetos que recibieron tratamientos cognitivo y de motivación para racionalizar lo negativo de las conductas inapropiadas. Estas conductas fueron el exhibicionismo y la masturbación en público. Se usó un tratamiento cognitivo durante 2 años en sesiones de 2 horas diarias; se encontró que los adolescentes respondieron favorablemente al tratamiento y mejoraron sus relaciones sociales en cuanto al control de sus conductas ofensivas. (Lindsay, Olley, Baille y Smith., 1999).

Como una consecuencia de la poca educación y nula información del desarrollo sexual y de las conductas apropiadas del mismo, los deficientes intelectuales se comportan de acuerdo a su historia personal y sus necesidades sexuales; debido a esto es urgente orientar al deficiente intelectual a ser asertivo en su conducta sexual.

La falta de involucración en este tema por parte de los padres y los profesores, ocasiona que solo se intente cambiar las conductas inapropiadas del joven, pero soslaya el derecho al goce sexual que tiene cualquier individuo.

Ward, Trigler y Pfeiffer.(2001) investigaron sobre las conductas sexuales inapropiadas y ofensivas ante la comunidad y la familia. Encontraron que los adolescentes más jóvenes tenían un 79% de conductas inapropiadas, mientras que los mayores de 36 años presentaron un 47 % de conductas inapropiadas. Las conductas registradas fueron exhibicionismo, conductas obsesivas, homosexualidad y masturbación. Estas conductas fueron modificadas por técnicas de intervención, supervisión, educación sexual, sanciones legales, fármacos y salud mental.

Los resultados obtenidos muestran que las conductas ofensivas fueron alteradas considerablemente con las técnicas de supervisión, educación sexual y modificación de conducta. Se encontró que entre más joven es el sujeto mayor es

el número de conductas inadecuadas, y con el tratamiento se observaron cambios de conducta considerables, mientras que los adultos modificaron su conducta en menor escala.

Este tipo de estudios demuestra que la intervención temprana en la educación sexual de los niños es relevante en su futuro comportamiento social.

Green (1981) manifiesta que el conocimiento sobre el funcionamiento sexual permite al sujeto comprender, interpretar y tratar los impulsos sexuales con mejor resultado. Por tal motivo el deficiente intelectual necesita mayor información y conocimiento sobre su sexualidad para aprender a entender sus impulsos sexuales y las conductas apropiadas socialmente.

La familia es la primera educadora de la sexualidad y la primera represora de las actitudes del niño. En la mayoría de los casos, los padres, ante la impotencia de entender este evento y la falta de información utilizan la represión y el aislamiento como método de control.

Uno de los problemas que los agobia ante la respuesta sexual, es la reproducción involuntaria; es decir, que las jóvenes pueden quedar embarazadas o ser víctimas de abuso sexual. Por tal motivo la esterilización es una práctica común en las deficientes intelectuales.

El recurrir a la esterilización como método de control para los jóvenes es una medida drástica pero necesaria, porque esta solución evita muchos problemas tanto al propio adolescente especial como a su familia misma. La problemática de un embarazo no planeado llevaría a una paternidad no planeada y la falta de capacidad para educar y procrear un hijo es evidente. Sin embargo algunos autores como Green (1981), plantean que la esterilización es una violación a los derechos de los retrasados y sobre lo que ellos piensan de la reproducción. La creación de programas de educación sexual en escuelas y la declaración sobre los derechos y responsabilidades sexuales son alternativas más razonables que la esterilización.

Ante esta propuesta difiere en su lineamiento, ya que el deficiente intelectual no tiene la capacidad de decidir su procreación y la responsabilidad que implica el tener un hijo. Claro que esto no se contrapone al disfrutar de su sexualidad como cualquier persona "normal".

El ser presa fácil del abuso sexual y la falta de control de sus impulsos llevaría a los deficientes a experiencias desagradables y embarazos no deseados, orillándolos a realizarse un aborto. Debido a que el aborto no está legalizado en nuestro país es difícil su práctica aunque necesaria en estos casos.

Abramson y Parker, (1995) realizaron una investigación sobre el impacto legal del abuso sexual y la violación en retrasados mentales. En general encontraron que no existe un criterio apropiado para la definición de abuso sexual o violación, ya que algunos sujetos permitieron el abuso porque sentían placer y no midieron las consecuencias que lleva el abuso sexual.

Es necesario mencionar que el abuso sexual es considerado como cualquier acto ejecutado por un adulto o adolescente que se vale de un menor para estimularse o gratificarse sexualmente. (González, 1997).

Apoyándome en Soria y Hernández (1994) haré referencia a tres tipos de agresión a menores:

Física – cuando se usa la fuerza física en la interacción con el menor y se produce o no una lesión o daño.

Emocional – cuando se produce una destrucción o deterioro de las competencias del niño con agresión verbal (sarcasmos, culpabilización, excesiva prohibición, menosprecio o insulto) continuas, una actitud permanente negativa o de rechazo hacia el menor a las consecuencias que sobre el niño tienen los conflictos familiares.

Sexuales – comprende todas las agresiones sexuales en la que se usa la fuerza, intimidación o prevalimiento de superioridad y actos realizados con un menor de edad (por ejemplo el incesto).

Para clasificar el acto sexual se divide dos tipos, según Soria y Hernández (op. cit.).

Directo:

Contacto genital o anal u oral.

Penetración anal, vaginal u oral.

Otros aspectos de gratificación sexual del adulto: frotteurismo, eyaculación sobre el niño, sadismo, etc.

Indirecto:

Exposición de genitales.

Producción de material pornográfico.

Inducción a las relaciones sexuales entre menores.

Exposición a material pornográfico.

Todas estas variantes forman el abuso sexual y debido a su complejidad es difícil legalizarlo en caso de que le ocurra a un deficiente intelectual.

El análisis del consentimiento del acto sexual en personas con deficiencia intelectual es controversial y complejo para legalizar el posible abuso. Esta situación es el producto de la mala información sobre el desarrollo sexual y las consecuencias del abuso o de una relación sexual con extraños. La falta de información y de comunicación es evidente en todas las conductas que manifiestan los discapacitados.

Otro aspecto importante es la falta de actividades programadas en su vida diaria, y lo que da como resultado mucho tiempo libre y a su vez éste favorece la autoestimulación.

El fenómeno de la sexualidad del deficiente intelectual no es tan simple, su complejidad va desde su perspectiva como ser humano con derechos, responsabilidades y necesidades tanto de educación; como recreación y tener una auto expresión de su goce sexual.

Beltrán y Torres, (2002) afirman que los deficientes intelectuales son seres humanos dotados de sexualidad y que por ende, tienen derecho a expresarla. Es decir, que la sexualidad como forma de ser y estar con los otros existe en estas personas.

El sujeto con deficiencia debe desarrollar armoniosamente tres elementos para obtener una vida plena, es decir que deben estimularse sus capacidades cognitivas, afectivas y sociales para que desarrolle su sexualidad con plenitud. Los aspectos socio-afectivos no deben aislarse de la sexualidad.

La afectividad es un punto muy importante dentro de la sexualidad, ya que el término sexualidad no estaría completo si no se mencionara las emociones que la involucran.

La afectividad no debe tratarse con ligereza debido a su relevancia dentro de la conducta humana, Singler (1996) plantea que la ternura, la intimidad y el amor, son cualidades mucho más importantes en nuestra vida sexual, que el aspecto "técnico" de la genitalidad.

La sexualidad y el amor son elementos muy relevantes en la experiencia humana; la capacidad de amar y de experimentar placer sexual enriquece de sobre manera nuestras vidas. El amor y la sexualidad pueden ser reprimidas o fomentadas por las actitudes emocionales de la familia de un niño.

De acuerdo a lo anterior la familia ocupa un lugar muy importante en el desarrollo de sus emociones, así como el de su cuerpo; de tal manera que los padres son los principales educadores de sus hijos, especiales o normales.

Existen dos premisas para que los padres eduquen a sus hijos: 1) que la sexualidad no es genitalidad y 2) que la educación sexual debe ser abordada entre maestros y padres, considerando en todo momento que dicha educación debe ser proporcionada en función de las necesidades específicas de los niños y no sólo información biológica y anatómica, sino la información y formación sobre actitudes, sentimientos, comportamiento, auto imagen, valores y actitudes de la vida. (Beltrán y Torres op. cit.).

Asimismo Beltrán y Torres plantean que las personas con discapacidad intelectual necesitan de su cuerpo físico como medio de comunicación para expresar sus sentimientos y saberse amados y aceptados. Además son capaces de entender y adaptarse a las normas sociales de la sexualidad social.

Es importante resaltar que un niño que no aprende a expresar sus emociones utilizando el cuerpo como vehículo de comunicación, tendrá problemas con su autoestima y se verá disminuido ante los demás (Baldara, et. al. 1988). Esta situación se ve reflejada en el deficiente intelectual por la marginación de que es objeto.

Partiendo de que la expresión afectiva es absolutamente necesaria para el desarrollo psicológico del individuo, de forma que cuando aparece distorsionada, es responsable de alteraciones conductuales durante el transcurso de su vida. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial op. cit.).

En resumen la sexualidad del deficiente es una expresión de su propio cuerpo como ser humano y está dimensionada por muchos factores, como son la estructura biológica, las cargas hormonales, el desarrollo cognitivo, las interacciones familiares y sociales y su propia experiencia como individuo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es urgente la educación sexual integral en estos sujetos, porque tienen derecho como ciudadanos y porque es una parte importante de su desarrollo ejercer su sexualidad.

A continuación se mencionarán algunos aspectos sociales y del contexto familiar donde el discapacitado aprende de alguna manera a expresar su sexualidad.

4.3 El contexto de la sexualidad "especial".

El ambiente donde el deficiente intelectual se desarrolla es relevante, ya que éste estructura la conducta del adolescente. Las experiencias vividas desde la infancia sobre su expresión sexual son formativas para su futura noción de la sexualidad. Es entonces cuando la familia toma un papel primordial en su educación, por ser el primer ambiente donde el niño vive.

En general los padres tienen un conocimiento muy limitado sobre la sexualidad y están influenciados por normas moralistas de sus familias y de la misma sociedad (Alvarez – Gayou, 1986)

Como se puede advertir, el fenómeno de la sexualidad es un evento difícil de entender y de conocer, por todo lo que lo rodea. Cualquier individuo experimenta emociones y sensaciones relacionadas con su propia sexualidad, pero existen normas culturales y religiosas que estereotipan ciertos patrones de conducta.

La familia mediante sus propias interacciones forma su código de reglas sexuales y las extiende a todos los miembros de la familia.

4.3.1 La familia como educadora sexual.

Entendiendo que la sexualidad es un tema controversial su expresión en cualquier medio es limitada y poco comprendida como un desarrollo de la propia persona.

Ahora bien, el deficiente intelectual por las características propias de su discapacidad se ve envuelto en conflictos familiares; en relación con su educación, su sexualidad y su vida social.

Beltrán y Torres (op. cit.) refieren que la familia del discapacitado intelectual mantiene a su hijo marginado y olvidado evitando involucrarse en su desarrollo integral.

Las familias asumen actitudes extremas ante la presencia de un niño especial dentro del seno familiar; pueden sobreprotegerlo o tener actitudes de marcado rechazo, limitando su desarrollo e integración social.

La familia que tiene un hijo disminuido experimenta sentimientos de angustia, aislamiento social; principalmente la madre sufre una profunda laceración de la autoestima y la lleva a la depresión (Baladro et. al, 1988). Por desgracia este estado de angustia no es el estado idóneo para educar a un niño diferente y los sentimientos de culpa bloquean la relación entre los familiares.

Hutt y Gwyn,(1979) mencionan que los efectos de la presencia de un niño con retraso mental tienen un gran alcance en las relaciones familiares y las emociones

de los padres. En muchos casos, las reacciones emocionales de los padres desembocan en la insatisfacción de su propio hijo y en un desajuste de su personalidad. Tal vez se produzcan en él angustias severas y otras reacciones conductuales indeseables.

Las angustias engendradas por las reacciones hacia los niños contaminaron muchas de sus interacciones sociales y como resultado suelen aislarse.

Las reacciones de los padres pueden ser de aceptación, negación o disfraz; es decir, que los padres pueden tomar diferentes caminos en la convivencia de su hijo. La aceptación es la plena conciencia de las limitaciones de su hijo y aprovechamiento de sus capacidades para mejorar su desarrollo. La negación es cuando los padres no entienden que su hijo es deficiente y culpan a los maestros y doctores de ineptos y suelen pensar que el niño es de "cabeza dura".

El término "disfraz" se refiere cuando los padres consideran que el niño es perezoso, que no quiere colaborar "que no se esfuerza" y que no lo saben enseñar, etc.

Este tipo de percepciones frecuentemente provoca angustia entre los padres y altera la relación conyugal; casi siempre alguno de los cónyuges culpa al otro por la situación y conductas del niño.

Aunado a esto se encuentra el marco cultural y religioso de cada uno de los padres, es decir los antecedentes religiosos de los padres tienen una influencia significativa, en cuanto a la aceptación del niño retrasado y debido a que causa sentimientos de culpa y su autoestima baja. (Hutt, et. al. 1979).

Todos estos sentimientos y circunstancias van formando cierta particularidad en cada familia, debido a la propia reacción de cada padre y su historia personal.

Por otro lado tenemos a la sexualidad como un fenómeno difícil de entender y mucho menos de expresar; imaginemos los estragos que causa el intentar educar sexualmente a un niño discapacitado, realmente es un trabajo complicado por las implicaciones sociales que lleva este fenómeno.

Christensen, H. (1997) menciona que los padres vuelcan en la crianza y la educación de sus hijos todas sus experiencias personales. Trasmiten los valores sobre todo en términos de estas experiencias y las situaciones que aborda la familia. Los padres están unidos a sus hijos con lazos emocionales y por tal motivo no pueden ser objetivos en sus enseñanzas; sin embargo tienen la responsabilidad de transmitir actitudes morales que formarán la estructura ética y moral del hijo.

De acuerdo a la concepción propia de la sexualidad, generalmente la educación sexual se convierte primordialmente en aleccionamientos morales y niegan toda posibilidad de expresión. (Christensen, op. cit.).

Los padres de familia consideran que el sexo es propio de la procreación y una actividad sucia para sus hijos "enfermos".

Aunado a esto las instituciones sociales como: la iglesia, la comunidad, la familia, etc.; son modeladores indirectos de la sexualidad y marginan a los discapacitados como personas sexuadas. Además sus propios padres censuran sus conductas y los aíslan socialmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los padres generalmente tienen un desconocimiento de la sexualidad y solo forma su propia convicción en base a sus experiencias personales, las normas morales y culturales que aprendieron con su familia y su sociedad.

Por desgracia los padres son educados con principios religiosos y culturales que ven al sexo con fobia y asco, debido a que el sexo es la primer fuente de pecado. (Escardo, 1970).

Actualmente la situación de la sexualidad no es tan extrema, pero sigue siendo un tabú para las personas en general y para el deficiente intelectual es una incertidumbre en su vida.

La familia definitivamente es la fuente primordial de educación sexual en cualquier niño y sin duda en el discapacitado también.

De tal manera el deficiente es considerado como una persona no autónoma, a la cual se le enseña frecuentemente a percibirse como disminuido, devaluado e incapaz de relacionarse exitosamente en su ambiente social. Por tal motivo su sexualidad se ha visto deformada por los padres; quienes por un lado prolongan la dependencia del sujeto hacia ellos y además incrementan la dificultad para la superación emocional del núcleo familiar (Beltrán y Torres, op.cit.)

Por todo lo anterior, se podría concluir que la sexualidad de estos sujetos es negada, disfrazada, ocultada o ignorada por temor de abordarla, ya sea por desconocimiento del tema o por seguir los lineamientos morales de la sociedad.

Ames y Samowitz (1995) plantean que la familia es la formadora de patrones de conducta sexual y estos son recopilados durante su infancia; llena de aislamiento y restricciones para su expresión. Todo va dirigido a un comportamiento adecuado socialmente, sin importar las necesidades del joven.

Los padres toman como guía la aceptación social de la expresión de la sexualidad castigando las conductas que salen fuera de lo "normal".

El interactuar dentro de una sociedad nos hace parte integral de sus relaciones, tal es el caso de la sexualidad donde los patrones sociales de conducta marcan nuestra expresión como tal; siendo "normal" o discapacitado entramos en esta relación. El problema radica en que bloquean el desarrollo sexual, en lugar de enseñar que la sexualidad tiene su propia expresión de manera individual y privada, con la debida reserva social.

Es decir, las conductas como la masturbación, el exhibicionismo, el exceso de caricias y besos, etc.; son conductas que deben presentarse en privado en lugares adecuados.

Green (1981) menciona que "...Los padres transmiten actitudes sobre la sexualidad en el trato con su hijo desde la infancia, pero desde el punto de vista emocional posiblemente sean las personas peor preparadas para comentar el tema en forma más formal..."

Los padres se ven obligados a modelar la conducta sexual, a pesar de su ignorancia y su negación por ser las personas que crían y cuidan al niño.

4.3.2. La Educación sexual de los padres.

Considero relevante entender el porqué los padres reaccionan en diferentes formas en la educación sexual de sus hijos.

Las actitudes del padre y de la madre son básicas para la formación del niño. A pesar de la constante información sobre algunos aspectos de la sexualidad, las familias mexicanas continúan conservando sus criterios de lo bueno y lo malo del sexo.

Ahora bien, la sexualidad está cubierta de vergüenza, culpabilidad o temores irracionales y nocivos para el individuo y para su relación con los demás. (Singler. 1996). Sus propias emociones conflictivas en torno a la sexualidad tienden a convertirse en mensajes negativos para el niño, por ejemplo: "no hagas eso" "esto es feo" "te hará daño", etc. Estos mensajes son almacenados en la memoria del niño e influyen en las conductas futuras del niño.

Al igual que sus hijos ellos también fueron niños y los influenciaron sus padres, con los conceptos de moralidad y religiosidad de la comunidad donde se desarrollaron. Singler (1996) menciona que cada persona entiende su sexualidad en base a sus propias vivencias y las fuerzas sociales que marcan el estigma irracional del temor y el pecado. Términos como la masturbación, la eyaculación nocturna, la auto manipulación y los juegos sexuales, entre otros; son conceptos que no lograron entender adecuadamente y menos los aplican a ellos.

La sexualidad no es agradable cuando se práctica respondiendo a una supuesta presión social o de la pareja. Lo adecuado sería estar sexualmente liberado y ser capaces de practicar la sexualidad y de gozar de ella sin temor, culpabilidad, ni vergüenza, y sólo en los momentos y de las maneras en que verdaderamente deseamos practicarlas. (Singler, op. cit).

En nuestra cultura la información relativa a la sexualidad y su valoración se reciben con mucha frecuencia distorsionada durante el proceso de socialización. Muchas veces las normas en este campo son contradictorias y confusas; en el ser humano, la sexualidad se combina con otros factores psicológicos no estrictamente sexuales, con la visión que no tiene de sí mismo, la valoración de los demás en este terreno. (Diccionario Pedagógico de E. E. Op.cit.).

Tal como se menciona el proceso psicosexual se da durante la socialización, es decir las primeras conductas sexuales se ven condicionadas por las respuestas sociales de las interacciones con su medio y las actitudes de los padres, siendo la plataforma para el futuro comportamiento sexual.

El superar las exigencias sociales sobre cómo y cuándo ejercer la sexualidad, ayudaría a los padres a entender su propia sexualidad y a su vez la de sus hijos. Para comprender la sexualidad es necesario informarse en fuentes científicas y apoyarse en profesionales competentes que orienten adecuadamente sobre el proceso psicosexual. Por el contrario, las personas suelen informarse en revistas y publicaciones poco serias, además de la información verbal que se obtiene de los amigos, vecinos y familiares.

Temas como la virginidad, las relaciones antes del matrimonio, el orgasmo femenino, la eyaculación precoz, frigidez, etc. Son contenidos que sólo se tratan

en la sobremesa con discreción entre adultos y siempre enmarcados en los valores de su comunidad.

Considero que la mayoría de los padres no conocen la sexualidad en su máxima expresión, conocen la respuesta sexual biológica que culmina en el coito y probablemente en la procreación.

Difícilmente comprenden todas las dimensiones que engloban a la sexualidad, es decir el erotismo con la afectividad, la expresión corporal, la pasión y el amor, etc. Son algunos aspectos que matizan la sexualidad.

Sería injusto generalizar a los padres en esta cuestión, pero la mayoría con quienes he tenido la oportunidad de comentar el tema lo ven con muchos tabúes y se niegan a que sus hijos tengan la posibilidad de una vida sexual. De igual manera otros padres niegan la actividad de sus hijos a pesar de que ellos llevan una vida regular sexualmente.

Abbate (1993) menciona que la sexualidad en un sentido estricto incluye la actividad sexual voluntaria que culmina en el acto sexual génito - genital con una persona de distinto sexo.

Este concepto es de dominio social y poco se habla de la cuestión afectiva y el placer sexual.

La mayoría de los varones han insistido demasiado en la importancia del aspecto genital de la sexualidad, desde luego que es relevante la técnica; pero la capacidad de ternura, de intimidad y amor son cualidades más importantes para tener una sexualidad sana. (Singer, 1996).

De igual manera Abbate (op. cit) plantea que la genitalidad gratifica al erotismo y este debe asociarse a otros motivos sexuales que trasciendan las dimensiones biológicas, entre ellas la ternura, el amor, etc.

La sexualidad en cualquier individuo es un asunto difícil de tratar, debido a todo lo mencionado anteriormente. El buscar una sexualidad plena nos daría una gran satisfacción personal y por otro lado tendríamos más armas para apoyar a nuestros hijos.

La realidad es diferente y como la mayoría de los padres no saben qué hacer con la sexualidad de sus hijos, recurriendo inmediatamente a los educadores (profesores, psicólogos, doctores, etc.), para que orienten al niño y les digan como corregir sus "problemas sexuales".

4.3.3 El maestro como educador sexual

La escuela es el templo del saber y el profesor el sabelotodo que conoce y ayuda a todos, esto suponen los padres de familia; debido a esto recurren a la escuela para que sus hijos sean educados y los enseñen a portarse bien.

Entonces el profesor es un modelo social y cognitivo para el niño, el niño no sólo aprende los contenidos curriculares, sino también sus ideas, sus formas de ver el mundo, de vestir y hablar (Mayen, 1997).

En las aulas los profesores pretenden enseñar los contenidos académicos y programas de autocuidado, así como una orientación sexual. En particular la

sexualidad es entendida y practicada de acuerdo a la historia personal de cada profesor; cabe señalar que el hecho de manejar un programa de sexualidad, no garantiza que el maestro comulgue con los conceptos del programa y los aplique en su propia vida sexual.

En mi actividad profesional encontré profesoras que negaban la sexualidad de sus alumnos deficientes intelectuales, castigándolos y angustiándose ante sus conductas sexuales. A pesar de manejar contenidos sexuales y una supuesta ideología más abierta sobre el tema, se mostraban renuentes y hasta se molestaban por tocarles el tema.

Entonces creo que el problema con las maestras no es el contenido, sino la actitud que tienen frente a su propia sexualidad y la de sus alumnos. En este sentido los psicólogos entendemos la sexualidad como una totalidad integradora del ser humano y manejamos con mayor naturalidad el tema con los niños y los padres.

Pero en la práctica diaria encontramos que los programas de educación sexual proponen actitudes con las que los padres no están de acuerdo y solicitan a los psicólogos no enseñar a sus hijos esas conductas, por que se ven mal.

Entonces debemos sensibilizar a los maestros sobre la importancia de una sexualidad sana y a su vez ello sensibilice a los padres para que acepten la sexualidad de sus hijos. Pero siempre respetando las normas morales de la familia y la comunidad.

El compromiso del profesor es muy grande debido al peso académico que tienen sus actitudes y comentarios sobre la vida de sus alumnos y su familia; por tal motivo tiene el deber de informarse y conocer ampliamente el tema de la sexualidad e intentar asimilarlo en su persona.

Existen profesores muy capacitados con un criterio muy amplio que se ven limitados por los padres de familia al manejar contenidos de educación sexual, ya que las normas morales de la familia no permiten conductas fuera de sus normas (Baldara, at el. 1988).

La cotidianidad de la vida va construyendo la personalidad del individuo, en el caso del discapacitado este proceso se ve influenciado por los errores y aciertos de su familia, es entonces cuando la escuela surge como una opción más formal para la instrucción de su comportamiento en general.

La escuela además de ser la instructora de proceso de enseñanza - aprendizaje, tiene el compromiso de orientar a los niños y sus padres sobre la sexualidad.

Para lograr esto algunos maestros diseñan programas de orientación para los niños y pláticas generales para los padres. La responsabilidad que cae sobre los maestros es muy grande ya que no es nada fácil tratar el tema con niños con una educación nula sobre el tema y unos padres ignorantes y reprimidos sobre el mismo.

La vida no sólo se limita a la escuela y la casa. Existe la calle, existen otras familias, gente de diversas maneras de pensar y concebir la vida; el interactuar con todos ellos es una forma de estructurar su pensamiento, además el discapacitado adquiere un estereotipo dentro de la comunidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Confundido con el "loco" es mantenido a distancia de los otros niños; considerado como el "tonto" o el "burro" se les niegan las posibilidades de participar escolarmente; temido como "peligroso" del barrio porque es incapaz de controlar sus impulsos se coartan sus relaciones sexuales (SEP, 1992).

La comunidad lo estigmatiza, lo agrede, lo asilan y poco lo apoyan en su integración a la vida social. La familia responde a la agresión social segregando más al niño en un círculo vicioso que parece no tener fin. Estas circunstancias hacen que el deficiente tenga una baja auto-estima y se devalúe como miembro de la comunidad.

La mala integración del deficiente a la vida social desde su infancia provoca que en la adolescencia, éste se encuentre aislado y sumergido en una serie de cambios físicos y emocionales.

El panorama general es desalentador para el deficiente intelectual ya que desde cualquier punto de vista, este niño está solo y poco apoyado.

Es urgente realizar programas de integración social, de asertividad, de actividades grupales y familiares. Principalmente el tema de la sexualidad es de relevancia porque abarca muchas variables de la vida de estas personas.

A continuación hablaré sobre algunos programas sobre sexualidad que se han realizado con discapacitados.

4.4 Educación sexual para deficientes intelectuales.

Los programas para discapacitados son muy necesarios ya que apoyan el desarrollo sexual de éste. El joven deficiente intelectual tiene su propia concepción de su sexualidad, sin conocer el término y mucho menos todo lo que implica ésta. Las experiencias tenidas desde la infancia y toda su vida escolar respecto a la sexualidad, van configurando ciertas características de su propio comportamiento sexual.

Las actitudes de los padres y los maestros son determinantes en la formación de patrones de conducta sexual del sujeto discapacitado.

La relevancia de la sexualidad radica en la importancia de la vivencia y experiencia adquirida por el discapacitado, (Mc Cabe, 1993).

Como se ha mencionado, es necesario considerar todo los repertorios conductuales adquiridos con anterioridad, para modificar algunas conductas inadecuadas. En lo referente a los programas dirigidos a estas personas, la mayoría maneja contenidos similares y se apoya en los padres de los discapacitados.

De manera institucional la SSA (1992) realizó un programa donde utilizó los siguientes contenidos: Anatomía y Fisiología de los órganos genitales, menstruación, concepción, embarazo, parto y métodos anticonceptivos. Para la realización de este programa se utilizaron ilustraciones, videos, rotafolios y dibujos. El personal médico es el encargado de impartir estos conocimientos.

Fabián y Segundo, (1992) ampliaron sus contenidos abarcando temas como la diferencia de anatomías, higiene sexual (menstruación y eyaculación nocturna),

masturbación (orientar la conducta a lugares privados), descripción de la respuesta sexual, penetración y eyaculación, coito, fecundación, desarrollo del feto, parto, planeación familiar, anticonceptivos, la forma correcta del uso del condón, evitar enfermedades de transmisión sexual e higiene de las manos antes de tocarse los genitales o los de otras personas.

Este programa se apoyó con dibujos, películas, muñecos siendo material para las pláticas durante todas las sesiones del programa de educación sexual.

Por otro lado tenemos Fischer, Krajicek y Bortnich. (1975) quienes elaboraron una guía de educación sexual para padres y maestros donde usaron contenidos similares a los anteriores autores, la diversidad de este programa radica en cuestionar y orientar a los padres y a los maestros sobre la concepción del niño y su sexualidad, y cuáles son sus metas como potenciales educadores sexuales.

Se encontró que los padres al ser cuestionados sobre los puntos básicos de la sexualidad de sus hijos, mostraron interés por aprender a manejar la información para conversar con sus hijos sobre el tema. Los niños mostraron entusiasmo ante el interés de sus padres y su participación activa. Sin embargo la actitud general de la sexualidad de los padres y su expresión natural, influye notablemente en el comportamiento del niño. Este aspecto es una parte medular del tema y debe considerarse en la elaboración de cualquier programa de educación sexual.

Estrella y Flores (1995) elaboraron un manual de educación sexual para padres, donde utilizaron los siguientes temas:

- Los padres concibieron a sus hijos como seres sexuados y además conocieron la diferencia de sexo y sexualidad.
- Que los padres se identificaron como principales educadores de sus hijos.
- Conocieron el funcionamiento de los órganos sexuales masculino y femenino.
- Manejaron el tema de la masturbación.
- Conocieron la diversidad de las relaciones sociales, tales como: noviazgo, unión libre y matrimonio.
- Conocieron las diferentes etapas de la respuesta sexual humana.
- Conocieron la higiene sexual y las enfermedades venéreas.
- Manejaron los contenidos de la concepción, desarrollo fetal y parto.
- Conocieron los diferentes métodos anticonceptivos.

Estos autores mencionan que los padres deben ser los primeros en manejar la información y a su vez instruir a sus hijos sobre el tema, ya que éstos son los principales educadores de la sexualidad.

El comité de Pediatras de niños con discapacidad (1996), hace algunas recomendaciones para los padres sobre las actitudes que se deben tener ante la educación sexual:

- 1) Enseñar al niño a expresar físicamente su afecto de manera apropiada con sus parientes.
- 2) Platicar con el niño de las conductas inadecuadas dentro de la comunidad.
- 3) Enseñar al niño a diferenciar las conductas privadas y las inapropiadas.

4) Comentar temas como la masturbación, menstruación, concepción y anticonceptivos.

El lenguaje debe ser claro y sencillo, utilizando láminas y material ilustrativo.

Al igual que Estrella y Flores (op. cit.), se menciona que los padres deben tener un amplio conocimiento sobre la sexualidad y establecer una comunicación amplia y constante con sus hijos.

Así mismo Andrade y Benavides, (1992), refieren que al igual que los padres los docentes deben tener un amplio conocimiento sobre el tema, ya que son los instructores más directos en la vida del discapacitado.

Por tal motivo plantea que los maestros deben reunir los siguientes requisitos para dar orientación sexual:

- a) Tener información general de la sexualidad y elementos teóricos del desarrollo psico-sexual.
- b) Poseer una actitud abierta para tratar la sexualidad de sus alumnos.
- c) Dejar de considerar las manifestaciones sexuales como un problema.
- d) Educación integral con el apoyo de personal competente (psicólogos)
- e) No delegar el tema a otras personas.
- f) Uso de material de apoyo y recursos técnicos apropiados.
- g) Motivar a sus alumnos a la comunicación abierta.
- h) Dar orientación a padres de familia y enseñarles técnicas de modificación de conducta para las conductas inadecuadas.

Estos autores tocan un punto importante, es decir que los maestros adquieren el compromiso de orientar y educar a los niños y a sus padres sobre la sexualidad. Esto es un aspecto difícil de manejar, puesto que el ser maestro no garantiza una sexualidad abierta y sana.

Regresaré a los contenidos de los programas de educación sexual, Mc Cabe (1993) y Kreinin (2001) mencionan que es importante enseñar a los niños a expresar físicamente su afecto y controlar sus instintos.

Kreinin (op. cit.) puntualiza que el desarrollo sexual se va determinando con el contacto físico que su familia le ha proporcionado. Algunas personas presentan problemas para expresar contacto físico con el deficiente mental y esto produce frustración a ambas partes. Es entonces cuando los instructores deben orientar a la familia y a los niños sobre la importancia de favorecer las conductas de expresión física con afecto. También plantean que los niños necesitan contacto físico y se interesan por el afecto y las emociones de las relaciones sociales.

Este aspecto es de suma importancia, debido a que se ha separado la genitalidad del afecto y la necesidad de sentir y no de una relación coital.

Ayudando este término tenemos a Amor (1997), el cual hace hincapié en la afectividad y la sexualidad como parte complementaria del desarrollo psico-sexual del individuo.

Considero que este punto es esencial en la educación integral y por tal motivo ahondaré sobre el tema apoyándome en este autor.

La educación debe favorecer una conducta sexual positiva, ajustada, libre y responsable, en la línea de buscar un crecimiento humano y espiritual. La educación de calidad permitirá ir conociendo, asumiendo y desplegando una plena realización.

Cualquier ser humano tiene el deber de buscar un equilibrio entre los valores y la necesidad propias de su ser.

Es decir, que el discapacitado tiene el derecho de buscar el desarrollo pleno por medio de la educación y buscar su bienestar total. El tener una mejor calidad de vida debe incluir al hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La sexualidad en los discapacitados debe darse una formación adecuada y oportuna para su desarrollo social y particular adecuado. Las expresiones de cariño y afecto a personas del sexo opuesto tiene que ser reguladas por sus padres o instructores para poder ser asertivas y mejorar sus relaciones de afectividad.

"...No se puede exigir lo que no se está dispuesto a proporcionar: no se pueden exigir conductas apropiadas si no se proporciona los indispensables referentes a través del pertinente proceso educativo. Una educación sexual no debe ser represiva ni autoritaria, sino liberadora y gratificante..."(Amor, 1997, p.304).

La maduración psico- sexual está condicionada por muchos factores y todos ellos constituyen puntos importantes y de amplio interés en el proceso educativo.

Este autor plantea los siguientes contenidos que deben tener un programa de educación sexual:

- 1) Bienestar orgánico donde se busca la higiene genital.
- 2) Bienestar mental, donde se busca el ejercicio de la sexualidad sin temor, vergüenza y sentimientos de culpabilidad; teniendo que adoptar actitudes positivas que conduzcan a tomar comportamientos más convenientes.
- 3) Bienestar relacional: Se busca la actitud y la posibilidad de disfrutar la sexualidad equilibrada y responsable amoldando criterios de una ética personal y social. Enseñar valores como: La ternura, el amor, la comunicación interpersonal, el dialogo, el respeto y el compromiso; así como la expresión de sentimientos y emociones.

"...La sexualidad no se reduce a unos órganos o funciones concretas sino que todo el cuerpo es sexuado: No tenemos sexo; somos seres sexuados, biológica, psíquica y socialmente sexuados..."(Amor, 1997, p.342).

El planteamiento teórico anterior es conveniente para estructurar un programa de educación sexual integral, que deje de ser un manual de información biológica y un inventario de conductas apropiadas para la sociedad. El manejar contenidos con intereses de relaciones socio-afectivas sería más fructífero para el desarrollo del discapacitado.

Esta propuesta debe de tomarse como lineamiento para hacer programas, éstos tienen que ser realizados y aplicados por personas que conozcan la información adecuada y muestren una actitud de una sexualidad plena y sana.

Por tal motivo los profesores y el personal docente tiene el compromiso de prepararse en el amplio sentido de la palabra sobre la sexualidad.

Los padres son un grupo importante en esta educación y deben ser orientados y motivados a la involucración sincera del proceso educativo de sus hijos.

La educación sexual es un aspecto esencial de la vida de cualquier individuo, en el caso de los discapacitados este aspecto es de igual importancia y debe ser tratado como tal.

No es necesario educarlos de manera especial, sólo se debe tener interés en su bienestar integral y apoyarlos como a cualquier adolescente en esa etapa de su vida.

CAPITULO 5

VIVENCIAS PROFESIONALES

La práctica profesional durante 16 años en el área de educación especial me llevó a conocer diferentes problemáticas y situaciones muy particulares de los niños con necesidades educativas especiales. Mi papel como psicóloga fue muy variado, inicialmente trabajé como asistente en la elaboración de programas de educación especial; al pasar de los años me fui involucrando más al trabajo práctico de la enseñanza académica y modificación de conducta en general.

Un aspecto muy importante fue el trato directo con los padres y la aplicación de diferentes programas de apoyo para la rehabilitación de sus hijos. Estas actividades fueron enseñándome que los niños con necesidades educativas especiales son simplemente niños y al igual que cualquier otro necesita amor, disciplina y paciencia.

El trato directo con las familias y los niños en particular me llevaron a conocer sus necesidades y angustias personales; estos niños independientemente de su discapacidad tienen problemas de ajuste, ansiedad y sensaciones.

A pesar de que algunos deficientes intelectuales no podían expresarse verbalmente utilizaban otro tipo de expresión para lograr comunicar sus inquietudes.

Por otro lado los padres mostraron una gran confianza conmigo y me expresaron sus problemas emocionales, familiares y de ajuste social por ser padres especiales. Esto amplió mi perspectiva de cada uno de los niños por conocer su contexto familiar y social.

El ver de cerca dicha problemática, me sensibilizó tanto que me llevó a cuestionarme sobre el trato profesional que les damos a dichos niños y el real conocimiento que les proporcionamos para su vida funcional.

También encontré que el tema de la sexualidad era minimizado por las instituciones y poco entendido por los padres de familia, además no es considerado dentro de la educación especial como un punto relevante en el entrenamiento de niños con necesidades educativas especiales.

Al observar que los niños desde edades tempranas presentaban conductas sexuales y los padres no sabían que hacer, sólo los ignoraban o los castigaban. La angustia de los padres fue incrementando conforme los niños fueron creciendo, en la adolescencia esta situación se agudizaba con la aparición de la menstruación y las primeras erecciones; es entonces cuando los niños muestran un desconcierto y no saben que hacer, ante esta incertidumbre los niños y los padres buscan apoyo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en sus profesores para entender que esta pasando con los niños. El maestro ante esta problemática solicita el apoyo de los psicólogos para entender este fenómeno. El problema está planteado y como psicólogos tenemos el compromiso de buscar el bienestar del niño y su familia; es entonces cuando mis preguntas se potencializaron al entender que la sexualidad es más compleja de lo que se considera.

A continuación mencionaré algunas experiencias con niños deficientes intelectuales que presentaron diversas conductas sexuales representativas de su edad; esta recopilación de casos no pretende hacer un análisis específico de cada caso, sólo pretendo mostrar ejemplos prácticos de las conductas sexuales.

Para entender mejor la secuencia de estas vivencias las ordenaré de acuerdo a la etapa de desarrollo donde se encontraba en ese momento cada individuo. Al igual que cualquier niño los deficientes intelectuales presentan conductas sexuales en su primer infancia pero con menos frecuencia; por tal motivo iniciaré mi relato en la etapa escolar.

5.1. Etapa escolar

Ricardo era un niño de 7 años con deficiencia mental y microcefalia, estaba iniciando la marcha y cognitivamente estaba en la etapa preescolar además de tener un lenguaje limitado. Su conducta se caracterizaba por hacer berrinches y ser desobediente, en la escuela mejoraba su conducta mediante castigos y su trabajo académico era satisfactorio.

Sus relaciones familiares eran muy malas, ya que su madre lo rechazaba y no le tenía paciencia; su padre manifestaba mayor tolerancia con el niño.

Ricardo desde los seis años aproximadamente presentaba conductas de rozamientos del pene con el pañal o de él con objetos. A partir del control de esfínteres se inicio el manipuleo del pene hasta lograr erecciones considerables, esta conducta fue incrementándose hasta realizarla en cualquier lugar y a cualquier hora. Recuerdo que logró masturbarse durante 20 minutos aproximadamente teniendo enrojecimiento de todo el cuerpo, así como aumento de temperatura y una erección firme y constante.

Esta conducta aterroriza a sus padres y los llevó al extremo de buscar a un Urólogo para solicitarle su ayuda, éste les mando medicamento inhibitorio de la libido y evitar el crecimiento de los genitales del niño; a propósito los genitales de Ricardo eran más grandes que los de un niño de su edad y su tamaño.

Cabe mencionar que los padres del niño eran profesionales, ella era profesora de primaria y licenciada en lenguas hispanas al igual que su esposo.

A pesar del medicamento el niño continuó con su conducta y la madre se angustiaba a tal grado de tomar la decisión de internarlo en una institución, porque ella no se sentía capaz de enfrentar a su hijo.

Jatziri era una niña de 7 años con deficiencia intelectual y microcefalia aunado a un retardo generalizado. Su desarrollo en general fue satisfactorio logrando

caminar y adquirir una buena motricidad fina, teniendo un comportamiento de rebeldía y desobediencia.

Su relación familiar era regular debido a las constantes travesuras, las cuales eran controladas por castigos severos físicos por parte de su madre.

Esta niña estuvo bajo mi supervisión desde los 8 meses y fui observando su desarrollo paso a paso; en el área sexual encontré desde muy pequeña el interés por el tocamiento de sus genitales y disfrutar el placer que causa esto, una conducta importante fue la de maquillarse con los cosméticos de su mamá tratando de imitarla y besar a sus compañeros varones. Generalmente buscaba la compañía de los niños acariciándolos y besándolos hasta causar molestia a sus compañeritos. Esta conducta parecía graciosa a su mamá y la reforzaba, mientras que a los pares de los niños era incómoda hasta irritable.

Cierta ocasión Jatziri maquilló a Ricardo y lo pintó de labial, tratándolo de besar hasta hacerlo llorar.

Erick era un niño de nueve años que presentaba retardo intelectual con algunos rasgos de autismo, era un niño muy especial que no le gustaba el contacto con los otros niños, al contrario de sus compañeros era irritable y agresivos con ellos. Su desempeño académico era adecuado a un niño de preescolar, teniendo problemas de conducta por ser tan irritable y berrinchudo.

Le gustaba estar con personas adultas, principalmente mujeres y les acariciaba las piernas (principalmente con medias), sentarse sobre ellas; también solía acariciar discretamente los senos de las maestras y su mamá. Esta conducta fue incrementándose hasta ser molesta para las maestras y sus familiares.

Nunca observé que masturbara ó que intentara algún rozamiento con sus genitales, el hecho era que su conducta de caricias era tomada como un erotismo perverso.

Perla era una niña de 10 años con deficiencia mental, siendo el producto de una pareja de indigentes con aparente retraso mental, su situación familiar era precaria e insalubre y promiscua.

Esta niña tenía poco interés por las cuestiones académicas y sus relaciones sociales eran malas con las niñas y regulares con los varones. Los maestros y algunos padres de familia expresaban su desacuerdo por la conducta tan "promiscua" de Perla, ella solía buscar a los niños a la hora del recreo y dejaba que la tocaran donde quisieran hasta bajarle los calzones. Realmente yo no vi dicha conducta pero la propia Directora de la escuela así la refería. Lo que observé es que la niña disfrutaba las caricias de sus compañeros y las consecuencias materiales y sociales que le daban.

Denise era una niña de 10 años con parálisis cerebral y con deficiencia intelectual leve, su trabajo académico era bueno y su conducta social era ser poco aislada por ser tan voluntariosa. Denise en su casa era muy berrinchuda y manipuladora con sus padres; pero en clase era atenta y trabajadora.

Desde su infancia observé el manipuleo de los genitales en el baño y en clase, esta conducta cada vez fue más frecuente hasta perder concentración de sus actividades en clase y romper los pants de tanto frotamiento; en ocasiones existió alguna infección de los genitales por dicha conducta.

A lo largo del tiempo esta conducta fue reduciéndose y ubicándose en tiempo y espacio, a los 14 años solo refería que le gustaban los artistas de la tele y que cuando fuera grande se casaría con alguno.

Miriam era una niña de 11 años con parálisis cerebral y un retardo generalizado en su desarrollo, era una niña con una gran expresión de afecto hacia todas las personas y muy sociable con sus compañeros.

Miriam era la menor de tres hermanas una de 21 y 19 años (ambas casadas), vivía sola con su madre y su padrastro; casi siempre estaba sola porque su mamá trabajaba.

Miriam era muy susceptible a la información generada en los medios de comunicación, por tal motivo se vestía a la moda siendo muy coqueta y le escribía cartas de amor a un compañero de clase, le traía regalos y lo intentaba besar en la boca cuando lo saludaba o se despedía.

En alguna ocasión discutió con una niña por el amor de Juan José (un niño con síndrome de Down), a pesar de que él no le hacía caso a ninguna de sus compañeras.

El día de los novios le dio un regalo y un póster a Juan José y éste lo tiró a la basura y se enojó provocando una gran desilusión a la niña.

En cualquier convivio de la escuela ella se caracterizaba por su arreglo personal, así como su ropa y peinados tratando de impresionar a los varones de la escuela.

Últimamente observé que iba muchas veces al baño y me decía que tenía comezón "en sus partes", se le dio medicamento por la supuesta infección pero continuo con sus frecuentes salidas al baño. En clase perdía atención por estar concentrada en el manipuleo de sus genitales.

En general los niños en esta etapa escolar inician la expresión social de sus inquietudes sexuales y conocer los placeres de las caricias en general.

A continuación seguiré mencionando algunos casos de niños en la etapa puberal.

5.2. Etapa puberal

En esta etapa los niños comienzan a tener cambios físicos como cualquier niño "normal" y su comportamiento fue cambiando paulatinamente.

Arturo era un niño con deficiencia mental y rasgos de hiperactividad es el mayor de una familia de 4 hermanos de una familia proletaria.

Arturo era muy inquieto e indisciplinado, su trabajo en clase era inconstante y de poco aprovechamiento; este niño mostraba una conducta de seducción a las niñas, llevándoselas a lugares apartados y las acariciaba y las besaba diciéndoles que eran sus novias. Esta situación provoca angustia entre los padres de familia y le reclamaban a los padres de *Arturo* por su comportamiento.

Las niñas cedían cortésmente a los juegos sexuales; una de sus novias era una niña Down y la China (una retrasada mental) de la misma edad.

La China una niña de 13 años con retraso mental leve, hija de una madre soltera. Esta niña era muy sociable y platicadora con todas las personas, su trabajo en clase era regular.

La niña vivía casi sola debido al trabajo de su mamá y la vida social tan activa de esta.

Cierta ocasión la China se encontraba jugando con su vecino de su misma edad, que conocía desde pequeño; en la dinámica del juego surgieron actitudes sexuales y caricias que ambos buscaron, dicha situación provocó una erección en el niño y lubricación en la niña. En la exploración del cuerpo y el manípulo de los genitales llegó la madre de la China, ante esta situación la señora callo en cólera y golpeo al niño acusándolo de haber violado a su hija. De inmediato realizó una denuncia en la delegación correspondiente y se le hizo todas las pruebas a la niña obteniendo resultados negativos de la violación. A pesar de los resultados obtenidos la señora culpa al vecino por dicho evento y obsesiona a la niña de haber sido víctima de violación.

CAM núm. 3 turno vespertino, en esta escuela observé mucha curiosidad de los varones sobre su desarrollo genital y la presencia de la erección, así como el descubrimiento de la masturbación; acudían al baño varios niños y ahí exploraban su cuerpo para ver si era igual que al de su compañero y alguno enseñaba la técnica de masturbación y los juegos eróticos.

También gustaban por espiar a las niñas en el baño, intentaban subirles las faldas y tocarlas. Estas conductas fueron incrementando en lugares aislados y en el baño a la hora del recreo.

Un caso específico de expresión sexual en el CAM, fue el de un niño de 14 años aproximadamente muy alto y obeso que molestaba a las maestras y señoras, tocándoles las piernas y abrazándolas, así como acercarse demasiado a las mujeres e intentarlas acariciar y decirles "qué bonitas piernas". Dicha conducta molestaba a las personas mayores y era castigado físicamente.

En la pubertad los cambios físicos y hormonales hacen su aparición y transforman a los niños en jovencitos con cierto atractivo para las personas el sexo opuesto.

5.3. Adolescencia

En esta etapa los niños están plenamente desarrollos biológicamente como cualquier niño a esta edad, teniendo apariencia de jovencitos "normales".

Trabajé con varios grupos de adolescentes; uno de ellos fue el de cuatro niñas muy especiales, la relación entre ellas fue estrecha y unida como cualquier grupo de adolescentes.

En particular *Griselda*, una niña con parálisis cerebral y retardo mental, mostrando mucho interés por los jóvenes guapos, además de artistas y cantantes en general, mencionando que son sus novios y se va casar con alguno de ellos.

La madre de *Griselda* reportaba que la niña se masturbaba cuando veía escenas eróticas en la televisión.

Lorena era una niña con deficiencia mental media y compartía la afición por los artistas y cantantes guapos.

Teresa era una joven con parálisis cerebral que era poco asertiva socialmente y solo se dejaba llevar por todos, manifestando que pronto se casaría con su novio.

Paty una epiléptica con retardo mental leve, ella inicialmente presentaba un cuadro de ansiedad y obsesión por platicar con hombres "normales" (maestros, papás y otros). Aparentemente era muy social y buscaba la relación con varones "normales", pero esto le provocaba angustia a ella y a su familia.

La madre reportaba que su hija "buscaba mucho a los hombres" y esto era muy desagradable para ella y para las personas acosadas.

A lo largo del tratamiento esta conducta fue modificándose y después se volvió solo admiradora de los hombres guapos.

En una ocasión salimos de paseo a Acapulco durante cuatro días, esta experiencia me llevó a conocer más a fondo sus inquietudes de adolescentes. En general las jovencitas disfrutaban de salir a la playa a ver hombres guapos y gritarles piropos como "papuchos" y corretearlos por la playa.

Por las noches salíamos a bailar a las discotecas y algunos extranjeros aceptaban bailar con ellas y así disfrutaban su fiesta como cualquier adolescente.

Al acostarse presentaron algunos juegos sexuales en la cama con su compañera de cuarto y esta situación alarmó a unas pedagogas que iban como grupo de apoyo, reprimiendo a las niñas.

Paty es un caso muy especial porque trabajó conmigo durante 8 años y observé su desarrollo psicosexual muy de cerca. Al principio ella mostraba un gran interés por las personas "normales" del sexo opuesto, pero poco a poco fue cambiando su actitud hasta mostrar cierto recelo por los varones debido a todo lo que le decían sus hermanas y mamá. Ella se molestaba que habláramos de términos relacionados con los genitales y los consideraba como una grosería, por ejemplo "cola" le causaba tal enojo que nos dejaba de hablar.

Otro aspecto importante era que ella a los 15 años fue esterilizada por sugerencia de un médico, eso comentó su madre; en una ocasión descubrió que una de sus compañeras estaba menstruando y se asustó porque pensó que se había cortado los genitales, al tratarle de explicar el fenómeno de la menstruación se mostró sorprendida y disgustada porque ella no la tenía.

Cuando tenía 26 años aproximadamente ella no permitía el contacto físico con cualquier persona adulta, menos varones, sólo dejaba que un niño llamado Erick la acariciaba en las piernas y todo el cuerpo, acostándola en las colchonetas y ella solo se dejaba tocar sin mostrar mayor emoción.

Su rechazo ante los hombres fue debido a las presiones familiares de no hablar ni dejarse tocar por nadie.

Paty logró aprender a transportarse sola de su casa a la escuela y de la escuela a la casa; cierta ocasión al estar parada en calzada de Tlalpan esperando su pesero un taxista, se paró junto a ella y le dijo que si la llevaba a su casa, ella aceptó inocentemente y se subió al taxi. Al estar dentro del auto el chofer le hizo plática y le preguntó ¿dónde esta tu casa? Ella le contesta y siguieron platicando, en la mitad del camino el señor le invitó un refresco y *Paty* aceptó y él cambió de ruta, al estar en un lugar solo, el intento tocarla y acariciarle las piernas, esto causó angustia y nerviosismo en *Paty* provocándole una crisis convulsiva. Ante este evento el chofer se asustó y abrió la puerta sacándola a la calle. Ella como pudo se

fue a su casa y su familia se alarmó prohibiéndole salir sola, esto provocó que no saliera de su casa por mucho tiempo.

Dentro de la institución de reclusión están las casas hogares de las religiosas, yo trabaje en *la Casa Hogar de Limantilla*, en este lugar se encontraban niños y adolescentes discapacitados en internado. Observé en este lugar las restricciones más absurdas sobre la sexualidad, un ejemplo de ello era el evitar el contacto visual y táctil del cuerpo desnudo cuando las adolescentes se bañaban, para reforzar esta actitud obligaron a las niñas a bañarse con trajes de baño y no ver a sus compañeras.

A pesar de estas restricciones las niñas manifestaban su interés por el sexo opuesto (visitantes o maestros), además realizaban juegos eróticos en las noches cuando las monjas no estaban.

Los adolescentes varones eran menos discretos en sus conductas sexuales debido a un mayor retardo mental y rasgos de autismo. Algunos de estos niños se encontraban en una jaula grande donde había columpios y resbaladillas además de otros juguetes; donde se encontraban todo el día y se masturbaban con lo que podían y cuando lo desearan, causando desagrado y molestia a las monjas y visitantes.

Por otro lado la *Casa Hogar "Paz y Alegría"* de la congregación de la Madre Teresa de Calcuta, las cosas eran diferentes, es decir había mayor libertad de expresión entre los niños. Las niñas se bañaban desnudas y podían jugar en ratos que no las vieran las monjas.

Las adolescentes tenían mayor libertad de expresar sus necesidades sexuales y podían salir a la calle a platicar con otras personas. En su vestuario y el maquillaje de la cara expresaban sus propias identidades como mujeres y coqueteaban entre ellas, se corría los rumores que había conductas lesbianicas entre ellas.

Algunas jovencitas me platicaron que a escondidas que a escondidas de las hermanas se salían a "buscar hombres" para tener relaciones sexuales, es decir seducían a los trabajadores (jardineros y albañiles) para que tuvieran juegos eróticos y tal vez relaciones coitales. Nunca visualice dichas conductas pero ellas reportaban con gran detalle dichos eventos.

En otro momento de mi labor profesional trabajé con otro grupo de adolescentes que estuvieron bajo mi supervisión por varios años, esto me permitió observar su desarrollo como adolescentes.

Jessica era una retrasada mental con problemas de lenguaje, su trabajo académico en clase era correcto; pero su socialización era limitada porque no le gustaba jugar con sus compañeras, solo jugaba fútbol con los varones teniendo conductas un tanto agresivas.

Al transcurrir el tiempo su cuerpo fue creciendo hasta formarse como el de cualquier señorita "normal", su familia ante esto se mostraban orgullosos por la apariencia de *Jessica* fomentando el arreglo personal de la niña. El problema surge cuando un joven "normal" invita a bailar a *Jessica* y ella se comporta como una "tonta", según lo mencionaron sus padres. Su madre se angustió ante el hecho anterior y decidió no inscribir a la niña a ninguna escuela donde hubiera

adolescentes mayores por el miedo al abuso sexual de su hija, actualmente la niña se encuentra en su casa al cuidado de su familia.

Rufina era una niña con retraso mental y problemas de lenguaje, su actitud en la clase es de mucha dispersión y poco interés por el material didáctico. Esta niña era muy descuidada con su arreglo personal y su vestuario, no le gustaba peinarse ni bañarse a diferencia de las otras compañeras, presentaba conductas poco asertivas como: no cerrar la puerta cuando iba al baño, quitarse la ropa en cualquier lugar con el solo hecho de solicitarlo, jugar y brincar sin percatarse que el sostén estaba roto y los senos estaban fuera de su lugar, quitarse el suéter junto con la blusa y solo reírse por lo que hace. Otra conducta que molestaba a sus compañeros era el acoso visual a Juan José durante todo el tiempo de clase, buscando el contacto corporal; pidiéndole que le amarrara las agujetas de los tenis o procurar estar cerca de él cuando hacían terapia física. En algunos convivios ella bailaba frente a él y lo intentaba besar gritándole a sus compañeras "beso - beso". Pero Juan José nunca le hizo caso y la ignoraba.

La mamá de Rufina tomaba estas conductas como graciosas y dejaba que continuaran sin ninguna consecuencia; en su casa y en el trabajo de su mamá (cocina económica) la niña vagaba por donde quería y no obedecía a nadie, en el trabajo de su mamá solía buscar a los hombres guapos y acosarlos físicamente. En una ocasión que fui a dicho lugar encontré a Rufina cantando una canción ranchera con dos señores que tomaban cerveza, la señora me comentó que eran sus clientes de mucho tiempo y le tenían paciencia a la niña.

Lueny era una niña síndrome de Down muy sociable y cariñosa, además de bonita, su familia estaba muy desintegrada y con problemas emocionales entre sus padres y con ella. Su desempeño académico era regular porque nunca adquirió la lectoescritura.

Desde púber mostró interés por la manipulación de sus genitales, al principio interrumpía su trabajo académico por rascarse y romper el pans por tanta fricción, sin embargo esta conducta no fue tan frecuente como en otros niños.

Su conducta sexual se manifestó en su arreglo personal, es decir se dejó crecer las uñas, se pintó el pelo, se hizo permanente y siempre estaba a dieta para estar delgada como su mamá. Además de todo esto soñaba con los novios simbólicos, como eran los artistas o cantantes que la levaban a llorar y gritar por ellos.

Cuando Lueny manifestó a su madre de que quería casar y tener familia con el hijo de una de las maestras, ella se angustió y le dijo a Lueny nunca se podría casar porque tenía que cuidarla ya que estaba enferma debido a que su papá tenía otra esposa.

Mi querido *Juan José* era un niño Síndrome de Down con un carácter voluntarioso pero muy cariñoso a la vez, el contacto con este niño fue durante 8 años aproximadamente, vivimos juntos los cambios físicos, hormonales y conductuales propios de la adolescencia.

En la pubertad se obsesionó por estar frotándose los genitales hasta lograr la erección olvidando su trabajo académico, entonces se volvió irritable y voluntarioso hasta manipular sus berrinches con la defecación en los calzones. Después de un

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tiempo logró entender que el pene se toca a solas en el baño o en su cuarto, dejando de presentar esta conducta en clase, pero simultáneamente acosaba a una maestra con decirle que se quería casar con ella y que le diera un beso en la boca, en ocasiones sorprendía a la maestra con susurros en su oído o tomándola de la mano y coqueteándole. Era tan agradable su cortejo que no causaba mayor molestia, hasta creo que alteraba un poco a dicha maestra.

Después entró en otra etapa más complicada en la sexualidad, simplemente no sabía cómo masturbarse correctamente y solo llegaba a la etapa de excitación con el pene erecto provocándole una congestión seminal en los testículos causándole dolor. Su mamá lo llevó al doctor y le mandó medicamentos para disminuir la libido, sin embargo él me comentó que continuaba su dolor y el "pollo" se ponía duro y no sabía que hacer, ante esta situación sugerí a los padres de enseñarle a masturbarse para desalojar los testículos.

Su padre a pesar de no ser tan participativo en la educación de su hijo, enseñó al niño a jugar con el pollo; después Juan José me platicó que su papá jugó con el pollo y le saca leche, gustándole mucho este juego al niño, desde entonces él continuó con la auto estimulación. Pero esto desencadenó otras conductas como: el solicitar a las maestras que le tocan el pene y los huevitos, que le dieran un beso en la boca como esposos, que le dieran pecho para "chupar las chichis". Estas expresiones verbales eran inadecuadas socialmente y molestaban a las mujeres que lo oían, pero considero que eran el reflejo de sus necesidades eróticas para su vida sexual.

Él nunca quiso relacionarse con personas discapacitadas a pesar de que Rufina y Miriam se le insinuaban, él quería con mujeres "normales" y atractivas.

En breve será sometido a una cirugía por la acumulación de esperma y seguirá soñando con la mujer que pueda estrechar en sus brazos para expresarle todos sus deseos eróticos. Ante esta situación su padre pensó en llevarlo con una sexo servidora pero su madre se negó definitivamente.

En particular el caso de este jovencito me motivó a investigar sobre la sexualidad de los deficientes intelectuales y su posibilidad de disfrutar el placer del sexo.

A continuación mencionaré algunas actitudes que los padres tomaron ante las conductas sexuales de sus hijos.

5.4 Actitud de los padres ante la sexualidad de sus hijos

El contacto directo con los niños y sus familias me llevaron a ver y escuchar puntos de vista de los padres de familia sobre el fenómeno de la sexualidad. Algunos sin tomar conciencia de lo que estaban provocando en sus hijos.

La mamá de Ricardo fue una de las más sinceras al expresarme sus inquietudes, ella se angustió tanto ante el comportamiento de su hijo que cayó en la depresión teniendo que tomar medicamentos y llevar psicoterapia con un psiquiatra. Ella me comentó que su matrimonio terminó a raíz del nacimiento de Ricardo y perdió el interés sexual por su cónyuge por la presencia del niño.

Realmente la situación de Ricardo era difícil debido a la desintegración familiar y el rencor que su madre le tenía por tener conductas tan anormales. La señora conocía teóricamente la respuesta sexual y la masturbación por ser una persona culta, pero ante su hijo se veía desarmada y no sabía cómo actuar.

En cierta ocasión la señora y su madre fueron a recoger a Ricardo a la escuela, cuando salieron del colegio lo metieron al coche y lo desnudaron para revisarlo si no tenía huellas de ultraje o violación porque el niño reportaba dolor en el recto (estaba estreñido). Su angustia por la probabilidad del ultraje la llevó a ser realmente obsesiva con el niño.

Esta familia terminó por separarse y mandar a Ricardo a un internado porque la madre no se sentía capaz de educar a un niño especial y consideraron que en una institución especializada tendría mejor educación.

La familia de Erick estaba constituida por su madre, una tía, un tío alcohólico y un hermano pequeño; la madre era enfermera y se preocupaba mucho por la educación de sus hijos, pero no lograba aceptar el retardo mental de Erick porque aparentemente él era muy inteligente.

En cuanto al aspecto sexual ella no quería aceptar que su hijo presentara conductas sexuales y que él tenía instintos eróticos. Consideraba que la conducta de tocamiento se debía a la expresión de su afecto, sin embargo su tía percibía la situación diferente y me solicitó algunas técnicas de modificación para disminuir dicha conducta.

Los padres de Perla eran indigentes y aparentemente tenían un ligero retardo mental; el señor casi siempre estaba alcoholizado y la señora constantemente llegaba muy tarde por su hija porque se le olvidaba. Al comentarles las conductas sexuales de su hija en la escuela no mostraban gran interés al respecto y sólo se peleaban entre ellos porque supuestamente la señora era prostituta y él ratero.

Los otros padres de familia de la escuela donde iba Perla comentaban que la niña era así debido a la promiscuidad en su casa y era igual que su madre una "fácil".

La madre de Miriam era una señora dominante y enajenada por la televisión, la señora pensaba que las mujeres deben vestirse a la moda y ser coquetas por naturaleza para poderse casarse jóvenes y así asegurar su vida adulta. Debido a este pensamiento, ella motivaba a Miriam a vestirse y aparentar ser una jovencita muy coqueta para que tuviera novio. La señora creía que su hija cuando fuera grande se casaría como sus otras hijas.

Los padres de Arturo se mostraban preocupados por las constantes conquistas de su hijo, pero no hacían nada por cambiarlas y aparentaban estar orgullosos de tener un hijo tan "hombrecito".

La mamá de la China era una persona con muchos problemas emocionales y una gran angustia por verla convertirse una señorita y no comportarse como tal. Al comentarle que el cambio conductual de su hija, ella sólo decía que era madre soltera y trabajaba mucho y por tal motivo no la podía educar, además por eso la traía a la escuela. Con la convivencia diaria me di cuenta que la señora tenía varios amigos y los llevaba a su casa para convivir y tener "relaciones humanas" decía la niña.

En el CAM realicé un taller de sexualidad con los padres de familia, en esta actividad los padres mostraron interés por el taller, pero al estar en las actividades programadas mostraron mucha inhibición y desconocimiento sobre el desarrollo psicosexual de sus hijos.

La mayoría de las señoras se preocupaban por aprender a eliminar conductas indeseadas como: la masturbación y el contacto físico con sus compañeros.

A pesar de explicarles la importancia de la sexualidad de sus hijos y la participación de ellos como guías, no mostraban interés por aprender las técnicas de masturbación y se molestaban por el sólo hecho de mencionárselos. Otro aspecto importante era que aceptaban con mayor naturalidad la masturbación en los niños varones porque eran hombrecitos y en las niñas no porque eran porquerías.

La madre de Griselda veía con aceptación la conducta de su hija, le parecía gracioso que ella fuera creciendo y le gustaran los hombres guapos. Cuando la niña veía escenas románticas o eróticas en la televisión, la señora le enseñó a ir al baño si quería tocarse.

A pesar de esta aparente aceptación, Griselda siempre se encontró sola en su casa y no salía de ese lugar.

La familia de Paty era muy conflictiva ya que los padres tenían una relación muy mala y las hermanas eran muy autoritarias y poco solidarias con Paty.

La señora fue víctima de incesto por su padre y hermanos, su vida sexual fue muy desagradable con su marido; debido a todo lo anterior ella no toleraba que su hija tuviera interés por las personas del sexo opuesto y tener actitudes de coquetería. Partiendo de esta concepción la madre y las hermanas mayores obsesionaron a Paty de que nadie la debería tocar ni ella y que el sexo era algo malo y sucio.

Su madre tomó la decisión de esterilizarla a los 15 años y encerrarla en su casa después del incidente mencionado.

Al igual que la familia de Paty estaba la familia de Jessica que decidió encerrar a su hija para evitar cualquier abuso; sin embargo la vestían muy coqueta y la arreglaban como cualquier señorita, esto le gustó a la niña y ahora solicita a su madre que la arregle y la saque a pasear.

La familia de Rufina era muy especial porque su papá estaba en Estados Unidos y su mamá tenía una cocina económica donde se encontraba casi todo el día. En este lugar Rufina vivió su infancia y creció hasta la adolescencia, la niña solía salir a la calle y caminar rumbo al mercado o cualquier otro lugar.

Rufina se convirtió en una señorita muy atractiva con una busto muy prominente y un bello rostro; su mamá nunca se interesó por cuidarla de un posible abuso, para ella seguía siendo una niña chistosa asexual que jamás crecería.

La señora expresaba su cansancio por cuidar a Rufina que decidió llevarse a su suegra en Guatemala para que descansara y la niña cambiara de ambiente.

La familia de Lueny era de recursos económicos altos, pero su estabilidad emocional era turbia debido al rechazo constante de su padre y la depresión de su madre. La señora desde que nació Lueny estuvo deprimida porque su esposo le reprochaba la culpa de tener una niña especial e ignoraba el señor a las dos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando Lueny inicio su desarrollo puberal la señora se angustio más y llevo a la niña a deferentes ginecólogos para que le explicaran el futuro de su hija.

Al expresar la niña que quería casarse, la señora lloraba porque la niña nunca podría tener una familia como ella, entonces la señora tomo la decisión de convencer a Lueny de que jamás se casaría porque tenia que cuidarla por su enfermedad.

Los papas de Juan José eran personas de la tercera edad, pero participativos en la educación de su hijo. Su madre es una persona muy dinámica, trabajadora y sobreprotectora del niño.

La señora se preocupaba por el futuro de su hijo y quien lo cuidaría cuando ella muriera y por eso lo sobreprotegía ahora que ella todavía existe.

En la cuestión sexual ella se negaba a entender que su hijo era todo un jovencito y que tenia necesidades sexuales, además de adquirir nuevas conductas como el de rasurarse la barba entre otras conductas.

Un aspecto importante era que ella entendía de la importancia de la masturbación, pero no quería ver al niño excitado o con una erección, porque no se sentía capaz de manejar la situación. Por esto ella mejor castigaba al niño para que no se estuviera tocando en su presencia.

Cuando el Urólogo le comento que la acumulación de semen en los testículos podía causar algún tumor, ella solicito el apoyo de su esposo para enseñar a Juan José a masturbarse y liberar el semen. El señor acepto ayudar a su hijo en dicha cuestión, pero sugirió llevar a Juan José con una prostituta, pero la señora se aterrorizó y se negó a esta propuesta porque pensaba que su hijo se iba a enajenar con el sexo.

En general las madres de familia enfrentan solas la educación de sus hijos discapacitados y tienen que tomar decisiones difíciles que les causan malestar.

La mayoría recurren al castigo como medio de control para "corregir" las conductas sexuales inadecuadas, sin querer entender el porque de estas conductas.

Una variable constante en el pensamiento de los padres de familia es el probable riesgo de abuso sexual y un embarazo no deseado.

La falta de información sobre el desarrollo sexual de sus hijos fue evidente y la angustia personal que causaba hablar de tema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Los niños con necesidades educativas especiales al igual que los niños "normales" tienen derecho a llevar una vida digna, independiente y normal. Por el simple hecho de pertenecer a la raza humana y ser un ciudadano.

Estas personas tienen grandes dificultades en su vida, desde su nacimiento enfrentan el desconcierto de su familia, en el mejor de los casos o el rechazo de los miembros de ésta.

Su infancia se ve llena de contratiempos médicos y diagnósticos desfavorables, que predisponen a sus padres sobre el futuro desarrollo del discapacitado; socialmente son estereotipados por su limitación y esto afecta su desarrollo.

A pesar de que se ha hecho el esfuerzo de integrar a los niños con necesidades educativas especiales al sistema educativo del gobierno federal, de acuerdo a la normatividad y la integración educativa, el esfuerzo ha tenido pocos frutos debido a que los profesores no se encuentran preparados para trabajar con alumnos diferentes y además los niños no tienen el apoyo suficiente de sus padres.

Es importante reflexionar sobre el papel del maestro y el personal de las escuelas donde los niños con necesidades educativas especiales acuden, el rol del profesor juega un papel muy significativo en la educación de los niños, así como lo plantea Mayen (1997). Como consecuencia de esto surge la necesidad de apoyar a los maestros con programas adecuados a sus necesidades e instruirlos en el conocimiento integral de los niños diferentes; deben conocer las diversas etiologías y las diferentes discapacidades que existen. Es necesario conocer bien al sujeto de estudio para entender sus limitaciones y sus capacidades, así se mejoraría su desarrollo integral.

Especificando que mi objeto de análisis es el deficiente intelectual, concluiré que estos individuos son segregados de la integración educativa por su limitación y concentrados en escuelas especiales; esto de entrada altera el orden familiar y causa angustia en la relación con el niño.

El deficiente generalmente es etiquetado por la familia, comunidad y la propia escuela; provocando una baja autoestima y formándose una imagen desvalorizada.

Propongo que desde el nacimiento de estos niños se fomente el contacto físico dirigido hacia la afectividad y el apoyo solidario de los padres y profesores para lograr potencializar sus cualidades, evitando la terrible sobreprotección. Sólo hay que tratarlos como niños, de acuerdo a lo mencionado por diferentes autores, tales como: Abbate(1993), Kreinin (2001), Beltrán et. al. (1996), quienes además

plantean que la expresión corporal y el contacto físico son básicos para el desarrollo psico-sexual.

El hecho de que no puede avanzar académicamente más allá de la lecto-escritura, no quiere decir que su cuerpo no crece y siente como cualquier puberto. Por lo contrario su desarrollo físico y hormonal es análogo al de cualquier niño "normal", tal vez en ocasiones un poco más lento, pero una vez que aparece la adolescencia, claro que se manifiesta en toda su magnitud.

El deficiente intelectual leve se desarrolla muy similar a cualquier adolescente, siente y sufre al igual que cualquier individuo (Baldaro et. al., 1988). De manera simultánea tienen transformaciones físicas como: aparición de la menstruación, aumento del busto y la cadera, aparición del vello púbico; en los varones: erecciones involuntarias, cambios de voz, crecimiento de bigotes y barba, entre otros. Muestran cambios significativos como la falta de interés por la escuela, mayor interés por el sexo opuesto, pero no saben como relacionarse con ellos.

Presentan angustia por no saber como expresar las nuevas sensaciones que tiene su cuerpo. Ante estos cambios los adolescentes no tienen herramientas necesarias para ajustarse a sus nuevas apariencias y cambios conductuales.

Considero necesario la involucración de los padres y los maestros en este proceso para lograr un "equilibrio" propio del discapacitado y pueda disfrutar de su sexualidad y aprenda valores y normas culturales de su medio; así como lo refieren Estrella y Flores (1995).

Por desgracia los padres se encuentran tan alterados por tener un hijo discapacitado y observar los cambios que este presenta; que optan por negar este desarrollo o evitar que se relacionen con otros para no tener problemas, tal como lo menciona Hutt y Gwyn (1979). Creo que este no es el camino a seguir, lo mejor sería buscar ayuda profesional y aprender sobre la adolescencia y la sexualidad de un joven diferente.

Ante esta panorámica es urgente realizar programas de orientación sexual para los padres además de los niños. Las instituciones educativas adquieren el compromiso de dirigir dicha orientación, por ser el personal calificado más cercano del niño. Es entonces cuando el asunto de la educación toma otros matices, puesto que los profesores no están capacitados para manejar este tema ante un grupo de padres angustiados e ignorantes. Ahora el propio profesor tiene sus limitaciones personales ante el sexo y su expresión.

El Psicólogo es la persona más calificada dentro del ambiente escolar para realizar programas de orientación sexual tanto a padres como alumnos y maestros.

Es importante fomentar el trabajo multidisciplinario entre los profesionistas para mejorar la calidad de atención a los deficientes intelectuales y no olvidar el papel tan relevante que tiene la familia para lograr un desarrollo integral del sujeto.

Así mismo la familia tendrá que participar activamente en la educación de su hijo para lograr un desarrollo integral.

El Psicólogo deberá considerar todas las variables que se involucran en la educación sexual del deficiente intelectual.

Es importante señalar que la educación sexual no debe limitarse a la simple información del desarrollo biológico y a la higiene; la sexualidad abarca más que esto, la sensación de sentir una compañía y el goce del contacto físico también es sexualidad.

Debe considerarse la afectividad como una guía hacia la orientación sexual y no olvidar que las respuestas sexuales como la masturbación son conductas normales y sanas para cualquier individuo, Singler (1996), Abbate (1993), Amor (1997), Beltrán y Torres (2002).

El negar la sexualidad plena y abierta, es negar la experiencia de sentir afecto y amor; entendiendo el amor como la expresión afectiva hacia otra persona, el contacto físico de un abrazo y un beso. Además de la simple convivencia entre jóvenes y adolescentes sin tener miedo al rechazo o a la burla.

Debemos involucrarnos en manejar la información adecuada y tener conceptos bien definidos de la sexualidad y las variables que se relacionan entre sí, tener gran sensibilidad para poder orientar a los padres y a los deficientes intelectuales.

Proclamar por la libertad de expresión afectiva y sexual y eliminar la creencia del abuso sexual o la búsqueda de un embrazo no planeado.

Otro punto importante es el miedo que manifiestan los padres del posible abuso sexual de sus hijos, esto se refleja en el aislamiento que los padres provocan en sus hijos. Esta situación causa angustia y malestar entre las familias y optan por tener a los jovencitos discapacitados lejos de la sociedad para protegerlos de un posible abuso. Algunos padres saturan verbalmente al joven de que nadie los debe tocar, nunca se casaran, la gente de la calle es mala, nunca tendrán novio (a), no pueden salir solos a la calle, etc.

El objetivo de la orientación sexual deberá ser el documentar a los padres y a los adolescentes con una información real y funcional, para lograr un desarrollo pleno y saludable en la vida sexual, de acuerdo a Green (1981).

Limitan tanto su espacio social, que si bien les va acuden a una escuela o taller protegido, o solo eran en su casa sin mayor actividad.

Concluiré de manera general que el no tener un manejo adecuado de la sexualidad, puede alterar el desarrollo integral del discapacitado, al grado de negarle la posibilidad de socializarse y de ser una persona productiva, por no tener acceso a la capacitación.

Tanto los padres como los maestros deben comprometerse sinceramente a buscar el bienestar de los adolescentes y utilizar las herramientas necesarias para un desarrollo integral.

Los niños con necesidades educativas especiales son seres humanos normales con ciertas limitaciones pero con capacidades específicas, pero al fin personas que deben ser tratadas como tales, principalmente por sus familiares y la sociedad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

Asociación Norteamericana de Estudios sobre la Infancia, (1984). **Guía para la educación sexual** Buenos Aires, Argentina.: Paidós (p.p. 107 – 137).

Aguirre, B.A. (1994). **Psicología de la Adolescencia** Barcelona, España. : Boixareu Universitario Marcombo. (cap.2 y3).

Abate, E. Francisco. (1993). **Sexualidad Conyugal** Buenos Aires. : El Ateneo

Alvarez-Gagou, J. (1986). **Sexoterapia Integral** México, D.F. : Manual Moderno (cap. 1 y5).

American Academy of Pediatrics (1996). **Sexuality education of Children and adolescents with developmental disabilities** vol.97, Febrero p.p. 275-278.

Amor, P.J. (1997). **Afectividad y Sexualidad en la persona con Deficiencia mental** Madrid, España. :Fontanella (cap. 3).

Ames, T.R. y Samowitz, P. (1995). **Inclusionary Standartd for determining sexual consent for individuals with developmental disabilities** Mental Retardation. Vol.33 p.p.264-268.

Andrade, R.U. y Benavides, L.E. (1992). **La educación sexual en sujetos con retardo en el desarrollo psicológico**. Tesis no publicada, Universidad Autónoma de México FES Iztacala, Edo. De México, México.

Anne, J.M. (1979). **La educación del niño deficiente mental** Bogota, Colombia. : CINCEL. (cap. 1, 2 y3).

Ashman, A.F. y Conway, R.N.F. (1992). **Estrategias cognitivas en educación especial** México, D.F. : Santilla. (cap 1 y 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

105

- Baldara, V.J., Govigli, G. y Valgimigli, C. (1988). **La sexualidad del deficiente** Barcelona, España. : CEAC.
- Barbaranne, J. Benjamin. (1994). **Un niño especial en la familia** México, D.F.: Trillas. (capítulo 2).
- Barragán, M.F. (1994). **Educación sexual** Barcelona, España. :Paidós
- Bautista, P.D. y Rosario, P.V. (1993). **Necesidades Educativas Especiales** Granada, España. : ALJIBE. (cap. 9).
- Bee, H.L. y Mitchell, S.K. (1987). **El desarrollo de la persona**. México. : Harla. (cap. 8 y 10).
- Beltrán, J. y Torres.A.I. (2002). **La sexualidad del discapacitado mental: Actitudes y comportamientos de la familia** Universidad Veracruzana, México. : Instituto de Investigaciones Psicológicas. Disponible en la red: Jbeltran bugs.invest.uv.mx.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1977). **Psicología del desarrollo infantil** México. : Trillas. (cap.21).
- Bijou, S.W. y Ribes, I E. (1978). **Modificación de la Conducta** México.: Trillas. (cap. 2)
- Brennan, W.K (1988). **El currículo para niños con necesidades especiales** España. : Siglo XXI. (cap. 2).
- Carter, J.K. (1999). **Sexuality education for students with specific learning disabilities** PRO-ED Journals vol.34 p.p. 220- 225.
- Cervera, S.E., Benigno, F.J. y Lejeune j. (1988). **La deficiencia mental** Madrid, España.: RIALP. (cap. 1,2,4 y 6).
- Conger, J. (1980). **Adolescencia** México. :Organizador Leonard Kristal. (cap.2).
- Crooks R. Y Baur, K (2000). **Infancia y Adolescencia** España. : Nuestra Sexualidad. (cap. 13).
- Coolican, H. (1994). **Métodos de investigación y estadística en Psicología** México. : Manual Moderno. (cap.7).
- Coronado, G. (1981). **La educación y la familia del deficiente mental** México. : CECSA. (cap.1 y 2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, (1985). Madrid, España.: Santillana. (510 – 512 y 772 – 774).

Drew, P.C., Logan,D.D. y Hardman, P.D. (1975). **Mental Retardation** USA Publishing Company. : Merrill. (cap. 9).

Dolto, F.(1990). **La causa de los Adolescentes** Barcelona , España. : Seix Barral. (cap. 7).

Escardo, Florencio. (1970). **Sexología de la Familia** Buenos Aires, Argentina.: El Ateneo. (p.p. 51 – 60).

Estrella, P.R. y Flores, G.S. (1995). **Elaboración de un manual de educación sexual para padres de niños con retardo en el desarrollo** Tesis no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala, Edo de México.

Fabián, P.D. y Segundo, M.P. (1992). **Programa de educación sexual para adolescentes con retardo en el desarrollo** Tesis no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala Edo. de México. (p.p. 55-113).

Fernández, E. (1991). **Psicopedagogía de la Adolescencia** Madrid, España. :NARCEA. (p.p. 15-63).

Fierro, A. (1994). **Los niños con retardo mental** citado por Marchéis, A., Cool, C. y Palacios ,J. en Desarrollo Psicológico y Educación III. Madrid, España. : Alianza.

Fischer, H.L., Krajceek, M.J. y Borthich, W.A. (1975). **Educación sexual del deficiente mental** Barcelona, España. : Fontanella.

Flores. C. y Ramos, J. (1985). **Conducta sexual en sujetos con retardo en el desarrollo: Comentarios críticos y consideraciones generales para programar su educación para la sexualidad** Tesis no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, Edo de México. (cap.3).

Galguera, I., Hinojosa, G. R. y Galindo, E. C. (1984). **El retardo en el desarrollo** México. : Trillas. (cap. 23)

Gesell, A. (1994). **Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño** México. Paidós. (cap. 7 y 8).

Gisbert, J., Mardomingo, M. J., Cabada J. M., Sánchez M.E. y Toledo, G. (1991). **Educación Especial** Bogota, Colombia. :CINCEL. (cap. 2,3,4,5 y 6).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Gómez, C.J. (1998). **Gestión académica de alumnos con necesidades educativas especiales** Madrid, España. : Escuela Española. (cap. 1).
- González Ascencio Gerardo. (1997). **Prevención del maltrato y abuso sexual a los menores** citado en "Hablemos de Sexualidad" México D.F.: CONAPO y MEXFAM. (293 – 305).
- González R.I. (1995). **El desarrollo personal de los adolescentes** Tesina no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, Edo de México. (cap.1).
- Good T.L. y Brophy, J. (1996). **Psicología educativa contemporánea** México. : Mc. Graw-Hill. (parte VII).
- Gotwald, W.H. y Golden, G.H. (1993). **Sexualidad** México. : Manual Modreno. (cap. 1 y 4).
- Green,R. (1981). **Sexualidad infantil** México. :Interamericana. (cap. 5 y 13).
- Hawton,K. (1988). **Terapia sexual** España. : Doyma. (cap.2).
- Heward, W.L. (1997). **Niños excepcionales** Madrid, España. : Prentice Hall. (cap. 1).
- Horrocks, J.E. (1993). **Psicología de la adolescencia** México. :Trillas. (cap. 1,3 y 17).
- Hurlock, E.B. (1973). **Psicología de la adolescencia** México. :Paidós. (cap 1 y 2).
- Hurlock, E.B. (1982). **Desarrollo de la personalidad** México. :Mc. Graw-Hill. (cap. 16).
- Hutt, M.L. y Gwyn G.R. (1979). **Los niños con retardo mental** México.: Fondo de Cultura Económica. (340 – 373).
- Hutt,M.L. (1988). **Los niños retrasados mentales** España. : Fondo de Cultura Económica. (p.p. 326-389).
- Ituarte de A.A. (1997). **Adolescencia y personalidad** México. : Trillas. (unidad IV).
- Jasso, L. (1991). **El niño Down** México. : Manual Moderno (cap. 5 y 10).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kreinin, T. (2001). **Sexuality education for the disabled is priority at home and school** . Sex Information and Education Council of the U.S. New York , vol 29 p.p. 1- 4.

Lane, H. y Beauchamp, M.(1985). **Comprensión del desarrollo humano** México. :PAX. (cap. 12).

Lindsay, W., Olley, S., Baille, N. y Smith, A.H. (1999). **Treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities** Mental Retardation vol. 37, no. 3, p.p. 201 – 211.

Mayén, H. B. (1997). El maestro como educador de la sexualidad citado en "Hablemos de la sexualidad" México.: CONAPO y MESFAM (P.P. 309 – 325).

Master, W. y Johnson, V. (1978). **Respuesta Sexual**" México. : Intermédico. (cap. 1, 17 y 18).

Master, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1995). **La Sexualidad Humana** México. : Grijalbo. (cap. 7, 8 y 9).

Mendoza, C.M. (2001). **Folleto de prevención al abuso sexual infantil dirigido a niños hipacusicos** Tesis no publicada Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. Edo de México.

Mc. Cabe, M.P. (1993). **Sex education programs for people with mental retardation** Mental Retardation, vol.31 no.6 p.p.377-387.

Mc. Cary,J.L., Mc Cary, S.P., Alvarez, G.J.L., Del Río, C. y Suárez, J.L. (1996). **Sexualidad Humana** México. : Manual Moderno. (cap.1 y 15).

Molina, A.A. y Uslar, E.A. (1997). **Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales** México. :Biblioteca para la actualización del maestro. SEP. (p.p. 11-46 y 43-48).

Parker, T. y Abramson R.P. (1995). **The law hath not been dead: Protecting adults with mental retardation from sexual abuse and violation of their sexual freedom** Mental Retardation. Vol.33 no.3 p.p.257 – 263.

Patton, Paynel, Kauffman, Brown y Payne (1995). **Casos de Educación Especial** México. : Limusa. (cap. 13).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Plantini, C. (1997). **Expresión, Comunicación y Discapacidad** Madrid, España.: NARCEA. (cap. 13).
- Powell, M. (1975). **La psicología de la adolescencia** México.: Fondo de cultura económica. (cap. V).
- Puigdemívol, I (1998). **La educación especial en la escuela integrada** Barcelona, España.: Graó. (cap. 8).
- Reymond – River, B. (1997). **El desarrollo social del niño y del Adolescente** Barcelona , España.: Herder. (cap. 1 y 2).
- Ribes, E., Fernández, C., Rueda, Talento, M. y López, F. (1990). **Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología** México. : Trillas. (cap. 6, 7 y 21).
- Salvia, J. y Ysseldyke, J. E. (1997). **Evaluación en la educación especial** México. : Manual Moderno. (cap. 16).
- Sánchez, E. P., Cantón, M.B. y Sevilla, S. D. (1997). **Compendio de Educación Especial** México. : Manual Moderno. (cap. 1 al 10).
- Sánchez, P.A. y Torres, G. J. (1997). **Educación Especial I** Madrid, España. : Pirámide. (cap. 1).
- Sattler, M.J. (1996). **Evaluación Infantil** México. : Manual Moderno. (cap. 6 y apéndice).
- Secretaría de Educación Pública (1997). **Atención educativa a menores con necesidades educativas especiales** México. : SEP
- Secretaría de Educación Pública (1997). **Orígenes y efectos de las adicciones** México. : Biblioteca para la actualización del maestro. (p.p. 15-33).
- Secretaría de Educación Pública (2000). **Curso Nacional de Integración Educativa** México. : SEP (unidades 2,3 y 5).
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (1992). **Contenido de educación sexual y planificación familiar en la minusvalía** México. : Serie de Capacitación SSA.
- Singer, K.H.(1982). **La nueva terapia sexual** México. : Alianza. (cap. 1).
- Singler, K. H. (1996). **El sentido del sexo** Barcelona, España.: Grijalbo. (p.p. 9 – 25 y 227 – 231).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Soria, M. A. y Hernández, J. (1994). **El agresor sexual y la víctima** España. : Baixareu Universitario. (cap. 5).

Strommen, E.A., Mc Kinney, J.P. y Fitzgerald H.E. (1991). **Psicología del desarrollo** México. : Manual Moderno. (cap.6).

Tiefer, L. (1980). **Sexualidad Humana** España . : Latinoamericana. (cap. 1,2 y3).

Valdez T.M. (2000). **Ser Adolescente** México. : Trillas. (cap. 1, 5 y 6).

Wainer, G. (1984). **El aprender el conocer y el retardado mental** México. : Paidós. (cap. 8).

Ward, K., Trigler, J. Y Pfeiffer, K. (2001). **Community Services, Issues, and Service Gaps for Individuals with developmental disabilities who exhibit inappropriate sexual behaviors.** Mental Retardation, vol. 39 número:1 (p.p. 11 – 19).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN