



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***“Propuesta de Taller de
educación sexual para adultos
con discapacidad intelectual”.***

T E S I S

Para obtener el título de
Licenciado en Psicología

PRESENTA:
Ortega Calzada Irasema

Directora de tesis: Mtra. Elisa Saad Dayán

Revisor: Lic. Fernando Fierro Luna

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.



México D.F. Marzo 2004

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

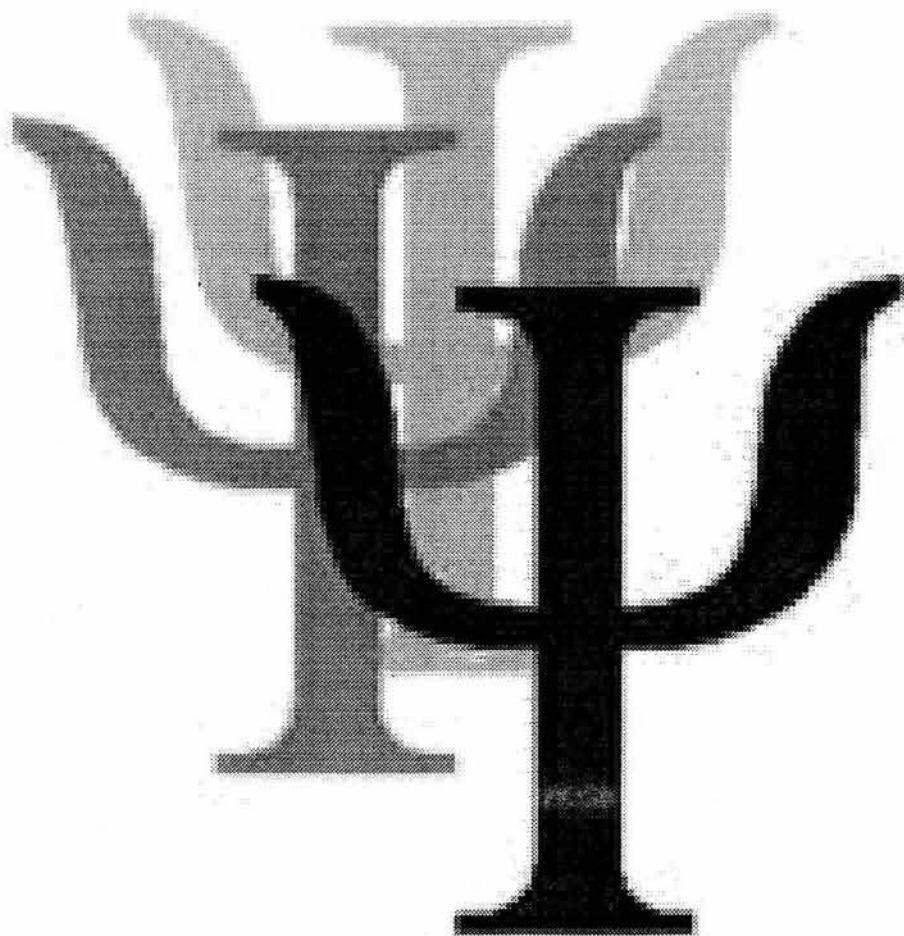
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Facultad de Psicología UNAM



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopilaional.

NOMBRE: Irasema Ortega Calzada

FECHA: 22/ Marzo/04

FIRMA: 

“Porque cuando ha llegado el momento de terminar, uno puede ver sólo el comienzo.”

Agradecimientos

A la vida:

Por permitirme disfrutar de todo lo que me rodea y gozar cada minuto de mi vida.

A la Universidad Autónoma de México:

Mi profundo agradecimiento, por proporcionarme las herramientas y recursos necesarios para mi desarrollo como profesionista.

A la Facultad de Psicología

Mi agradecimiento por haberme brindado la oportunidad de conocer el maravilloso mundo de la Psicología, enseñándome a comprometerme con la sociedad y con la vida.

A todos mis profesores:

Que a lo largo de la carrera, me brindaron no solo su conocimiento, si no su experiencia profesional, su amistad; enriqueciendo mi formación como profesionista y como ser humano.

A la maestra Elisa Saad:

A quien he llegado a admirar, querer y respetar. Gracias por darme la oportunidad de colaborar y compartir conmigo tu conocimiento y gran experiencia en el trabajo con la educación especial. Gracias por creer en mí, he impulsarme a crecer, por apoyarme tanto siempre en lo personal, académico y laboral. Mil Gracias.

A mis Sinodales:

Lic. Piedad Aladro, Lic. Fernando Fierro, Lic. Patricia Moreno, y a Lic. Ma. Del Rocío Maldonado. Con profunda admiración, respeto y eterna gratitud; por sus observaciones, comentarios y su amistad que ha contribuido en este trabajo.

A mis padres Carlos y Maricela:

A ustedes que lograron que mi vida tuviera un significado especial. Hicieron de mi persona, alguien con coraje para enfrentar la vida y con la ilusión de ser útil a los demás, con mi especial forma de amarlos le digo: Mil gracias Papas, por que este trabajo es la culminación de nuestro esfuerzo.

Los quiero Muchísimo.

A mi papá:

Por que con tu fortaleza me has demostrado lo bello y sensible que eres, porque con tus regaños y cuidados, he comprendido lo que realmente quiero ser y aunque a veces no te diga tan seguido te quiero no significa que no lo sienta, te admiro y respeto mucho.

Gracias Papi.

A mi mamá:

Por que con tu amor y paciencia me enseñaste a terminar todo lo que empiezo. Gracias por apoyarme y estar conmigo en los momentos importantes y sobretodo por enseñarme a ser fuerte y entregarme con amor y pasión a todo lo que hago. Gracias por enseñarme a soñar y realizar mis sueños.

Por que gracias a tu amor y ejemplo, soy mujer y profesionista. Lo que pueda decir en estas líneas es poco comparado con todo lo que has hecho por mí y el gran amor y agradecimiento que siento por tí.

Te quiero mucho Mamita

A Andrés:

Porque eres el mejor regalo que la vida me ha dado.

Por que compartimos mucho más que el hogar, por ser mi compañero, mi confidente, mi maestro de vida y a veces mi aprendiz.

Gracias por el amor, el cariño, la confianza, que va más allá de los lazos de sangre que nos mantendrán unidos toda la vida.

Te quiero. Gracias Hermano.

A mi Abuelita María:

Por ser un ejemplo de dedicación y amor a la vida que me contagia día a día. Por quererme y apoyarme tanto, por tus pláticas, por tus risas, tu compañía, y por todo el cariño que me brindas en todo momento.

A Elsa y Khalif:

Gracias por todos los momentos que hemos compartido. Momentos llenos de sentimientos y pensamientos compartidos, sueños y anhelos, secretos, risas y lágrimas, y sobre todo amistad. Cada precioso segundo quedará atesorado en mi corazón.

A Oscar Galicia:

Gracias por todas las enseñanzas sobre la vida y la psicología que me has brindado. Gracias por dedicarme tiempo. Tiempo para demostrar tu preocupación por mí, tiempo para escuchar y compartir mis problemas, mis sueños, mis planes e ilusiones. Y sobretodo por sonreír y mostrarme tu afecto momento a momento. Mil gracias.

A Alberto Najera:

Gracias por estar, y compartir estos sueños. Por ser ese ángel que me guía en todo momento. Gracias por mostrarme lo maravilloso de la amistad.

A la Dra. Julieta Zacarías:

Gracias por darme la oportunidad de experimentar y aprender cada día más sobre el manejo de la discapacidad intelectual. Gracias por confiar en mí.

A todos mis compañeros de Capys:

Por confiar y compartir estas experiencias laborales y personales conmigo. Gracias por ser parte de este sueño.

A mis muchachos de Capys:

Gracias por enseñarme la fuerza y las ganas de salir adelante siempre, aun habiendo ciertos obstáculos. A todos ustedes por los cuales este proyecto se pudo realizar, ya que sin su colaboración nada de esto hubiese sido posible.

A todas y cada una de las personas que forman parte fundamental e importante en mi vida y compartiendo parte de su tiempo conmigo.

Porque el verdadero gozo de llegar a la meta es saber que a lo largo y al final del camino, mis seres queridos estarán ahí.

*Gracias a Todos
Irasema*

Índice

Prologo	I
Introducción	IV
Capitulo I Discapacidad Intelectual	1
1.1 Discapacidad Intelectual o Retraso Mental	4
1.1.1 La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR)	5
1.1.2 Criticas al Sistema de 1992	7
1.1.3 La nueva Definición de Discapacidad Intelectual	8
1.2 Dimensiones de la Discapacidad Intelectual	
1.2.1 Dimensión I: Habilidades Intelectuales	11
1.2.2 Dimensión II: Conducta Adaptativa	12
1.2.3 Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales	14
1.2.4 Dimensión IV: Salud	15
1.2.5 Dimensión V: Contexto	16
1.3 Las tres funciones del Proceso de Evaluación: (Diagnostico, Clasificación y Sistemas de Apoyos)	17
1.4 Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Intelectual.	23
Capitulo II Historia de la Sexualidad	28
Capitulo III Perspectiva Psicosocial de la Sexualidad	33
3.1 Factores Biológicos	33
3.1.1 El aparato genital masculino	33
3.1.2 El aparato genital femenino	34
3.2 Factores Sociales	35
3.3 Factores Psicológicos	37

Capitulo IV Discapacidad Intelectual y Sexualidad	39
La sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual	42
Capitulo V Desarrollo Psicosexual Normal	44
5.1 Sexualidad en la Infancia	44
5.2 Sexualidad en la Adolescencia	46
5.3 Sexualidad en la Etapa Adulta	49
Capitulo VI Educación Sexual	50
6.1 Modelos de Educación Sexual	52
6.1.1 Educación Sexual en el Marco de la Educación para la Salud	54
6.1.2 Educación de la Sexualidad- educación de la Afectividad	57
6.1.3 Educación Sexual vs. Información Sexual	57
6.2 Educación Sexual en Instituciones Educativas	58
6.3 Orientaciones para Facilitadores	62
Capitulo VII Importancia de un Taller de Educación Sexual	66
7.1 Definición de Taller	67
7.2 Tipos de Talleres	68
Capitulo VIII Taller de Educación Sexual para Adultos con Discapacidad	73
Diseño de la Propuesta	74
Estructura del proyecto	76
Lineamientos Generales	77

Temas	82
1. Sexualidad, Sexo y su Lenguaje	83
2. Relaciones Interpersonales	97
3. ¿Cómo soy?	102
4. ¿Cómo funciona mi cuerpo?	116
5. Menstruación y Eyaculación.	132
6. Relaciones Sexuales	143
7. Fecundación, Embarazo y Parto	155
8. Métodos Anticonceptivos	173
9. Infecciones Sexualmente Transmisibles (ITS)	203
10. Roles Sexuales y Género	216
11. Otras Manifestaciones de la Sexualidad (Masturbación, Pornografía, Prostitución, Homosexualidad)	227
12. Abuso Sexual	234
13. Comportamiento Social	242
Conclusiones	244
Referencias Bibliograficas	250

Prologo

A lo largo del trabajo que he desarrollado como psicóloga en el Centro de Desarrollo de Adiestramiento Personal y Social A.C. (CAPYS), me he percatado, y no sólo como espectadora, de la ansiedad en interrogantes que surgen en torno a la manifestación de las inquietudes y necesidades sexuales de las personas con Discapacidad Intelectual.

Yo creía entender el porque de nuestras reacciones, por ejemplo, el miedo y la inquietud que suelen causar aspectos que se relacionan con la sexualidad, pero las personas con discapacidad intelectual parecían no darle la importancia que socialmente se les da a todas estas manifestaciones sexuales.

Un día, platicando con la Dra. Julieta Zacarías, ella me comentaba que el manejo de la sexualidad es mucho más difícil en las personas con Discapacidad Intelectual. En ese momento realmente no entendía el por qué. Así, me di a la tarea de buscar respuesta a ésta y otras inquietudes. Recurrí a diversas fuentes de información, buscaba algo concreto y relacionado con la Sexualidad en personas que padecen Discapacidad Intelectual, pero muchas veces mi búsqueda fue infructuosa, no existía suficiente literatura que me permitiera comprender que sucedía con ellos.

De la poca literatura que logre rescatar en mis momentos de búsqueda encontré algunas aseveraciones como la de Kempton (1978) quien sostiene que "ningún grupo ha sufrido más opresión por el simple hecho de ser seres sexuales como aquellos etiquetados como discapacitados. O como la de Carelli (1981) quien afirma que tradicionalmente los que rodeamos a las personas con discapacidad intelectual hemos tomado precauciones para asegurarles la opresión sexual, mediante el efecto de colocarles etiquetas adicionales, tales como asexuados o hipersexuados, con impulsos y deseos incontrolables.

También Chapman (1985) asegura que "suele argumentarse que una vida sexualmente activa requiere un grado de responsabilidad y madurez que las personas con discapacidad intelectual no poseen", pero que Kempton (1972) opina que es irreal demandar conducta sexual responsable a gente que nunca se le ha enseñado en que consiste la responsabilidad e irresponsabilidad sexual".

II

Tal parece entonces que las personas con discapacidad intelectual no manejan su sexualidad con responsabilidad por no haberles enseñado como hacerlo, lo cual no es lo mismo que descalificarla por el efecto de colocarles adjetivos calificativos irreales. Y entonces Rubio (1994) tendría razón cuando asegura que la actitud de los profesionales a cuyo cargo está su educación, son condenatorias de su expresión sexual.

La experiencia dentro de mi trabajo me permitieron vivenciar por un lado, que con frecuencia lo que se espera de ellos es menor de lo que podrían ser capaces de lograr y, por otro, que aún por nuestros temores y prejuicios, padres y facilitadores, hemos continuado negándoles las oportunidades que necesitan para que logren una mejor calidad de vida.

A partir de estas situaciones se despertó en mí un mayor interés y motivación por conocer, comprender, y enfrentar todo lo relacionado con la sexualidad y educación sexual de las personas con discapacidad intelectual. Posteriormente nació la idea de que los aportes que pudiese hacer se concretaran en este trabajo., a fin de que tuviera mayores alcances y se pudiera hacer una invitación extensiva, a todos los que estamos directa o indirectamente relacionados con estas personas, a reflexionar sobre todas las circunstancias que nos han permitido aceptar la sexualidad, la propia y la de las personas con discapacidad intelectual como un hecho natural.

Recuerdo que al momento de ingresar a trabajar una de mis funciones era presentar semana con semana sesiones de una hora, cada una, sobre diversos temas de sexualidad. Muchas veces la angustia de no tener una guía o un compendio de dinámicas o apoyos me ganaba.

La institución me brindó ciertos materiales que me podían ayudar, sin embargo yo ya tenía la inquietud de realizar mi propia estructura de dinámicas. Así que decidí realizarlo, de acuerdo a las necesidades observadas dentro del grupo de adultos con discapacidad intelectual con los que trabajaba. Así comenzó mi búsqueda de herramientas que me ayudarán a conseguir lo que ahora se presenta en este trabajo como Propuesta: Taller de Educación Sexual para Adultos con Discapacidad Intelectual

Para la realización de este trabajo se revisó información ya existente sobre los factores que influyen de manera determinante en aspectos que pretenden dar respuesta a la necesidad educativa de las personas con discapacidad intelectual, para conjuntarla en un solo documento y hacerla accesible a todos lo que estamos involucrados en la educación de estas personas, a fin de que reflexionemos sobre

III

nuestro papel y responsabilidades en esta tarea, modifiquemos las creencias y las actitudes que nos han permitido la comprensión y aceptación de la sexualidad la propia, pero en particular de las personas con discapacidad intelectual para que finalmente nos enfrentemos a proporcionarles la educación sexual necesaria. Se pretende que con los aportes que aquí se hagan, se podrán adquirir mayores elementos teóricos conceptuales para afrontar estas circunstancias

Introducción

La educación sexual y la educación para la salud reproductiva son elementos que se han hecho indispensables en la formación de los seres humanos. Como tales, estamos constituidos por un cuerpo físico con características particulares y a la vez comunes a la especie. Tenemos también una estructura mental que vamos desarrollando a través del tiempo y que nos marca pautas de conducta, modos de vida, de expresión, de sentimientos o emociones, que nos permiten desarrollar la inteligencia y las aspiraciones intelectuales y que, entre muchas cosas más, nos convierte en seres únicos.

Nuestros sentidos, gusto, vista, olfato, tacto, oído, nos permiten comunicarnos con el medio ambiente y nos proporcionan información acerca de él. La piel, un órgano tan grande como nosotros mismos, nos facilita esta comunicación. Todos estos elementos van juntos, caminan de la mano. Nuestra mente, nuestros pies, nuestros órganos, nuestras emociones, nuestras caras, nuestros miedos, nuestros deseos, todos están siempre presentes.

Por razones religiosas, político-económicas y socioculturales, la información sobre los órganos genitales (su constitución, su funcionamiento, su sensibilidad) se ha ocultado y tergiversado, se ha cubierto de creencias falsas. Pero la sexualidad no es solamente genitalidad sino mucho más. Es por esto y por las consecuencias negativas derivadas, (tales como enfermedades de transmisión sexual no tratadas, embarazos no deseados, peligro del abuso sexual), que se hace necesario cambiar las creencias erróneas y dar información sobre todos estos temas.

La educación sexual es vista en este proyecto como un proceso de conocimiento personal integral (físico, psicológico y sociocultural) que le permite a cada individuo mejorar su calidad de vida. De este modo se debe de convertir en una educación más completa y, cumpliendo así su propósito de integración del individuo a la familia y a la comunidad.

Hablar de sexualidad y del problema de la discapacidad intelectual de manera independiente, representa enfrentar dos temas que son sumamente complejos por sí solos, ya que se encuentran rodeados de prejuicios, miedos y creencias falsas.

Por lo tanto hablar de los dos temas nos llevaría a tratar el tema de "La sexualidad de adultos con discapacidad intelectual". Esto hace que se fusionen las creencias falsas, tabúes que se suelen relacionar con cada uno de ellos.

Actualmente se reconoce como derecho que, como seres humanos, tienen las personas con discapacidad intelectual de expresar y manifestar su sexualidad, así como sus posibilidades de aprender a manejarla responsablemente.

El problema se forma evidente ya que se calcula que el 3% de la población mundial tiene alguna discapacidad intelectual (DI) y que, en México, existen cerca de tres millones de personas que la padecen, (Salmones Ma. 2003).

Existen muchas creencias falsas en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. En muchos casos se sigue pensando que son personas asexuadas, que no presentan intereses, apetencias, ni deseos sexuales. En otros casos se considera que sus impulsos sexuales son incontrolables, por lo tanto hay que reprimirlos. Añadidos a estas creencias falsas, extendidos entre la sociedad en general, hay que sumar los miedos, en algunos casos, de los padres. Miedos a posibles abusos, miedo a un embarazo no deseado o a una infección de transmisión sexual, miedo a un enamoramiento. Todo ello inmerso en un mar de dudas ante como planear su educación.

Mientras se siga evitando abordar la educación sexual con las personas con DI y el tema no sea considerado en las adecuaciones que se realizan actualmente en las instituciones educativas que integran a estas personas la posibilidad que aprendan a manejarla responsablemente se reducirá.

En mi opinión tanto las "actitudes negativas" que se llegan a presentar ante las expresiones sexuales de las personas con discapacidad intelectual, como el seguir evitando abordar la educación sexual formal con ellos se deben a varios factores. Entre ellos:

- ✦ Las creencias falsas, valores y actitudes que en relación a la sexualidad tenemos todos los que estamos en contacto directo y cotidiano con estas personas, las cuales propician la forma de vivir la propia sexualidad y la de percibir la de los demás y, que son producto de la propia historia, que ha estado influida por las costumbres y valores de la familia, que ha su vez se encuentran enmarcados en un contexto socio-histórico cultural.
- ✦ Los prejuicios que en torno al mismo problema de la discapacidad intelectual se tienen, propiciando poca certeza de que sean capaces de asimilar y comprender cierto temas, por ejemplo el de la sexualidad.

- La existencia de creencias falsas con respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, los que con frecuencia les anulan atributos que les corresponden y les colocan otros que no necesariamente les pertenecen.
- La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual sigue siendo marginada y obstruida y deriva muchas veces en la actitud de los educadores y la sociedad que aún sigue teniendo muchas creencias falsas. Son pocos los programas disponibles que apoyan tanto a los facilitadores como a las personas mismas. Aunque en la actualidad existen textos que hablen de sexualidad, pocos de ellos son en español o no tienen un lenguaje u organización adecuada a las personas con discapacidad mental.
- Hay instituciones que abordan el área de la sexualidad de manera planificada; algunas de manera más profunda y otras más superficial. Sin embargo, la forma en la que se aborda no responde a las necesidades de las personas. Siguen siendo sobreprotegidos y se les limita la toma de decisiones. Por lo anterior es necesario trabajar directamente con las instituciones para sensibilizar y propiciar la educación sexual en adultos con DI.

Es importante aclarar que a lo largo de esta tesis se habla de personas con discapacidad intelectual y no de deficientes o retrasados mentales, ya que es el término que se utiliza actualmente y subraya la condición humana e individual además circunscribe la discapacidad a ciertas áreas dejando otras libres para ser desarrolladas.

Esta propuesta es diseñada con la intención de ofrecer nuevas alternativas para el abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Su fin es hacer valer los derechos de estas personas a informarse, manifestarse, decidir como seres sexuados y a defenderse del abuso sexual ya sea como víctimas o victimarios al que pueden estar expuestos.

Esta tesis intenta proporcionar al facilitador una herramienta sistematizada que pueda utilizar como guía para trabajar la sexualidad con adultos con discapacidad intelectual. La información se refuerza mediante materiales y ejercicios estructurados para que el aprendizaje sea significativo y relevante para el participante, además de ofrecer alternativas que puedan ser adaptadas a las necesidades de las distintas instituciones, dando un enfoque de la sexualidad sustentado en la *integración, normalización y el paradigma de vida independiente*.

VII

El concepto de Discapacidad Intelectual es el primer Capítulo que se presenta en este trabajo, el cual se considera sumamente importante revisar, dado que alrededor de este problema se han dado una serie de confrontaciones con respecto a los términos utilizados, sino los conceptos que se manejan con ellos, propiciando que estas personas sean objeto de distintas controversias, actitudes que la mayor parte de las veces, no son favorables para su desarrollo integral. Por lo tanto desde la más reciente definición de Discapacidad Intelectual, hasta los distintos apartados en la que presentan las dimensiones de la Discapacidad intelectual que propone La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR).

Al final de este Capítulo se encontrarán los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Intelectual

En el Capítulo II se presenta una breve reseña de lo que históricamente ha sucedido entorno a la sexualidad y su proceso evolutivo.

Dentro del Capítulo III se desarrolla la perspectiva biopsicosocial de la sexualidad en el que se revisan los aspectos biológicos, psicológicos, y sociales que la determinan y propician que se vayan introyectando paulatinamente las normas y valores que rigen el comportamiento sexual.

En el capítulo siguiente (Capítulo IV) se revisarán aspectos generales sobre la sexualidad y la discapacidad intelectual; ya que es un fenómeno que ha estado presente en el ser humano durante mucho tiempo, propiciando elementos limitantes para su desarrollo en general pero, en este caso en particular, en el desarrollo sexual.

Otro aspecto importante en la forma de expresar y concebir la sexualidad está relacionado con el momento en el que cada persona se encuentra dentro de un proceso evolutivo, producto del propio crecimiento y maduración física y mental, denominado Desarrollo Psicosexual. Se abordarán en este caso las características, que de acuerdo a las distintas etapas del desarrollo, presentan las personas en cada momento de su proceso evolutivo personal. Este se abordará dentro del Capítulo

VIII

Los estudios y conocimientos han tenido grandes avances ya para nuestros días. Sin embargo, a pesar de los adelantos de la ciencia, parece ser que el debate en torno de la discapacidad intelectual continúa. Puesto que mientras sigue habiendo gente interesada en demostrar su calidad humana, en hacer valer sus derechos como personas y ciudadanos, que luchan por su aceptación e integración en los diferentes núcleos sociales que los consideran como capacidades para lograr mayores niveles de desarrollo y, que buscan mejorar e incrementar los servicios educativos, de salud y de trabajo para ellos, aun a la fecha se escucha que estas personas no podrán adquirir muchos conocimientos, y que requerirán de cuidados toda su vida, que es necesario evitar que lleguen a reproducirse. Y así como estas ideas, aun prevalecen argumentos que no favorecen que personas con discapacidad intelectual puedan acceder a una mejor calidad de vida. Por ello se presenta, en el Capítulo VI, una reseña sobre las creencias falsas que existen en torno a la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, haciendo énfasis en proporcionar una educación de la sexualidad adecuada, brindándoles los apoyos necesarios.

Retomando lo anterior se presentan en el Capítulo VII, aspectos relevantes sobre Educación Sexual.

Ahora bien es necesario destacar que, para realizar esta propuesta, es necesario tener en claro conceptos que están íntimamente relacionados. Por ello, en el Capítulo VIII, se presentan una serie de condiciones que debe reunir un taller, como herramienta pedagógica.

Finalmente, el último Capítulo está conformado por la propuesta que atañe a este trabajo.

Las personas con discapacidad intelectual tienen el derecho y la posibilidad de expresar su sexualidad, en todo lo que esto implica, y de decidir sobre ella, y con los apoyos necesarios son capaces de lograrlo.

Por otro lado, los resultados que se esperan de la educación sexual a personas con discapacidad intelectual implicarán también cambios en las actitudes del resto de la sociedad, siendo ésta una de las mayores dificultades que se puedan encontrar en la aplicación.

Capítulo I

DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad intelectual, es en esencia, un fenómeno generado socioculturalmente que se comenzó a manifestar en las distintas etapas del desarrollo de la humanidad. A lo largo de la historia se ha evidenciado la existencia de personas "diferentes", "especiales" o "excepcionales". Cualquiera que sea el grupo social en el que se encuentre, ha estado constituido indudablemente por los miembros que se diferencian entre los más capaces y los menos capaces que el promedio.

La forma en la fueron catalogadas estas personas para considerarlas como tales ha dependido de los valores, creencias y desarrollo de las diferentes culturas. Esta evolución se debe a que la humanidad ha ido cambiando en función momento histórico, social, económico y las condiciones de cada cultura. (Macotela, 2003)

Si retrocedemos en la historia de la humanidad encontramos indicios de maltrato y discriminación hacia las personas con algún defecto físico o que eran diferentes en cualquier aspecto de la normalidad, determinada por el grupo, tribu o clan al que pertenecían, estos eran abandonados a su suerte, asesinados impunemente, rechazados y/o humillados.

En distintos momentos históricos las tendencias socioculturales han etiquetado a las personas con discapacidad intelectual de distintas formas, algunas muy degradantes, como seres poseídos, idiotas, estúpidos, imbéciles, débiles mentales, seres subnormales, como objeto de miedo, temor, ridículo, como eternos niños, y como seres incompletos. Sin embargo actualmente la concepción de estas personas es completamente diferente. Ellos son personas, ciudadanos y tienen derechos y obligaciones como cualquier otra persona que vive en la misma comunidad que ellos. (Woolfolk 1996)

Ingalls (1982) define la discapacidad intelectual como parte de un continuo entre la normalidad y la incapacidad, marcándose el límite entre la discapacidad y la no discapacidad en una forma convencional y arbitraria.

Para poder entender mejor este proceso de evolución y el cambio de paradigmas en relación a la discapacidad es necesario conocer los distintos periodos de desarrollo de la educación especial, en los que se encuentran los siguientes periodos:

⌚ Periodo de abuso, descuido, ignorancia, y aceptación benigna (hasta 1700)

Antes del año 1700, se hablaba de un periodo de abuso, descuido, e ignorancia. Sin embargo la iglesia comienza a tratar de humanizar el trato con las personas con discapacidad. La discapacidad para ellos significaba cuestiones malignas o brujería, por eso se les encerraba, se les maltrataba, o simplemente se les abandonaba hasta su muerte. La única forma en que podía ser notados o ayudados era por medio de la caridad.

⊕ **Periodo de conciencia y el optimismo (1740-1860)**

Este periodo coincide con el estallamiento de las revoluciones, francesa y americana, de las cuales surge el concepto de igualdad entre individuos y un nuevo espíritu humanista. Se tratan de difundir ideas humanistas dirigidas hacia la equidad e igualdad entre todos los individuos.

Itard sostenía que todo hombre llega a estar determinado por su ambiente y las capacidades del hombre son infinitas siempre y cuando se le proporcione la educación adecuada. Esta conclusión a la que el llegó fue gracias a su experiencia con el niño de Aveyron.

En 1855 Howe funda la escuela para la discapacidad intelectual en EUA. Y Según funda una asociación para niños ciegos. Ellos tres con sus trabajos e investigaciones, lograron demostrar que con un trato humano podía capacitar a aquellos que consideraba incurables.

Durante este periodo se pensaba que la discapacidad solo era de origen orgánico. Surgen las bases de la educación especial y se comienza a tomar conciencia sobre la necesidad de dar un tipo de atención a estas personas.

De aquí que surjan las bases del Enfoque Medico Rehabilitatorio. En el que existe un paciente que recibe los servicios, un profesional especializado que dice y hace; tomando el control del paciente. El paciente es una persona de cuidados y requiere una curación.

⊕ **Periodo de Escepticismo (1860-1900)**

Se reconoce en este periodo que no existe "cura" para muchas enfermedades y diferencias y que muchos individuos no podrán incorporarse a una vida normal. Cambia el concepto de integrar por el de segregar o aislar. Se desarrollan los servicios de custodia y en consecuencia se descuidan los aspectos educacionales.

⊕ **Periodo de alarma (1900 a 1920)**

A principios de 1900 se habían producido grandes avances en materia de legislación a favor de los individuos diferentes. Sin embargo, poco después de las ideas propuestas por Mendel y Darwin sobre las leyes de herencia, y a partir del desarrollo de las pruebas de inteligencia, se crea un estado de alarma y miedo. Las personas diferentes no solo se consideran un peligro para la sociedad, no si que sus problemas son heredados. Por otro lado la escala de inteligencia elaborada, por Bidet y Simon en 1905, permitió identificar a las personas con discapacidad intelectual, quienes anteriormente podían pasar desapercibidos. Estos acontecimientos alimentan el surgimiento del movimiento eugenésico que, incluso lleva a la primera ley de esterilización en los EUA en 1907.

El estado de alarma descendió notablemente al distraerse hacia los problemas ocasionados con la Primera Guerra Mundial. Al término de ésta, los enfermos y lisiados que regresaron a sus casas contribuyeron a que disminuyera el temor hacia las personas con discapacidad.

⊕ **Periodo de progreso limitado. (1920- 1946)**

En 1920 a 1946 no se observó algún progreso notable. Sin embargo da un giro sobre la discapacidad con los lesionados de la guerra. Por otro lado la discapacidad sigue siendo de origen orgánico, inherente al niño e inmutable a lo largo del tiempo.

Se crean escuelas que dan una atención especial y personalizada, ya que cuenta con profesionales de educación especial formados. En este momento surge el enfoque de Integración. Se puede observar que ya no es paciente si no un cliente, que tiene la posibilidad de aceptar o reclamar acerca del servicio que se le esta brindando (se inicia el Movimiento de usuarios en el que buscan una calidad de servicios). El cliente ya tiene mucha mayor participación (autocuidado y desmedicalización). Los servicios son programas manejados por un grupo interdisciplinario en el cual el punto clave de intervención es la modificación de conductas.

⊕ **Periodo de Interés renovado (1946-1960)**

Se le da gran importancia a las pruebas de inteligencia para poder llegar a una clasificación de aptitudes y limitaciones.

Ya existen estudios sobre las influencias sociales y culturales que intervienen en el individuo. Los padres de familia comienzan a formar movimientos y organizaciones para defender los derechos de sus hijos y comienzan a buscar un lugar dentro la sociedad, sin que excluyan al individuo con discapacidad. En México se crea la Dirección General de Educación Especial.

⊕ **Periodo de Optimismo Renovado (1960-1970)**

Además de la creación de programas educacionales que abarcaron en mayor número a los individuos especiales y de haberse producido numerosos avances legislativos a favor de ellos, se desarrollan los primeros intentos por atender preventivamente a estas personas. Surge el auge de los programas de educación temprana. Asimismo, se crea la categoría de problemas de aprendizaje. Es importante en este periodo el cuestionamiento acerca de los problemas de marginación social, en las minorías y factores socioeconómicos, con lo que nace una concepción social de la Educación Especial.

Marchesi (1992) señala que desde el inicio de los años 60's empezó a constituirse en distintos países un importante movimiento, el cual se mantuvo en diferentes campos de conocimiento como la Psicología, la Sociología, etc. que llevó a un cambio en las concepciones de deficiencia y educación especial. Las líneas que se favorecieron con estos cambios son:

- Una concepción distinta de los trastornos del desarrollo y de la deficiencia.
- Una nueva perspectiva que prioriza a los procesos de aprendizaje y a los obstáculos que encuentran los alumnos para el logro de las metas establecidas.
- El desarrollo de métodos de evaluación centrados más en los procesos que en los productos.
- La existencia de un mayor número de profesores.
- La disminución de la deserción escolar.
- Los limitados resultados de las escuelas especiales.

- El aumento de experiencias de integración.
- La existencia de una corriente normalizadora en todos los servicios sociales de los países desarrollados.
- Una mayor sensibilidad social al derecho de una educación integradora.

⌚ **Periodo del cuestionamiento y el re-planteamiento (1970 a la fecha)**

Prevalecen en este periodo varias controversias surgidas desde la década de los 70's, entre otras las relacionadas con el uso de pruebas e instrumentos; con el problema de etiquetación al individuo especial; con la canalización adecuada de la persona a los servicios idóneos, con la prevención, desinstitutionalización e integración; con los derechos tanto del niño especial, como del adolescente y del adulto; con los problemas de tipo laboral y de inserción a la comunidad; con la utilidad de los planes de educación individualizada y servicios residenciales. Alrededor de estos aspectos, queda manifiesta la pluridisciplinaredad implicada en la Educación Especial, por lo que a la solución de los distintos problemas se incorporan profesionales diversos.

También ha resultado evidente la necesidad de que la comunidad acepte al individuo diferente con objeto de integrarlo productivamente. Por otro lado, se han depositado las esperanzas de mejores oportunidades para la persona especial a partir de desarrollos importantes de la tecnología.

1.1 ¿Discapacidad intelectual ó retraso mental?

La discusión sobre cual es la terminología más adecuada para referirse a la población ha sido motivo de debate, desde finales de los años ochenta, en ámbitos científicos y profesionales. Progresivamente este debate se ha visto ampliado a los familiares y a las personas con esa discapacidad. La principal razón para sugerir un cambio en la terminología se deriva del carácter peyorativo del significado de retraso mental que, además, reduce la comprensión de las personas con limitaciones intelectuales a una categoría diagnóstica que emergía desde perspectivas psicopatológicas.

La discapacidad intelectual debe concebirse hoy desde un enfoque que subraye, en primer lugar, a la persona como a cualquier otro individuo de nuestra sociedad.

La **Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM)** ha optado por mantener, por ahora, el término "retraso mental", si bien reconoce que el nombre elegido va más allá del alcance del Manual publicado por la AARM en 1992, sugiriendo que quizás deban utilizarse diferentes nombres según los propósitos y los contextos.

Se deben plantear unas recomendaciones claras sobre el uso del término retraso mental en la vida cotidiana. Entre las recomendaciones propuestas por Verdugo (2003) que parecen más claras y maduras para ser ya propuestas y aplicadas inmediatamente, está el reducir el uso de la etiqueta diagnóstica exclusivamente a los niveles en que es estrictamente necesaria para ayudar a las personas.

Y las situaciones en las que ese uso puede ser de ayuda están en la actividad investigadora, en la actividad diagnóstica interdisciplinaria, o en la determinación de los apoyos y recursos.

Además, la nueva Clasificación Internacional de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (2001) coherente con las nuevas concepciones y teorías propone también el uso del término discapacidad.

La propia AAMR está cambiando su nombre, aunque en un proceso lento y debatido, hacia el de AAID (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual). Por ello, la respuesta a la pregunta hecha en la inscripción es incuestionable: *el término apropiado es el de discapacidad intelectual*, a pesar del conservadurismo de la AAMR que mantiene la expresión tradicional de retraso mental. Se espera que el concepto de retraso mental le quede corta vida, y esperamos que su uso se vaya reduciendo con rapidez.

1.1.1 La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM)

La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) es reconocida en todo el mundo de la discapacidad la que se ha logrado tras más de un siglo de trabajo en tareas de investigación relacionadas con el retraso mental. Desde su fundación en 1876, su principal preocupación ha sido conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con retraso mental.

La componen profesionales provenientes de distintos campos como la salud, la psicología, la educación, el trabajo social, la legislación, la administración, etc., y se ha hecho de esta organización un punto referencial para todos aquellos que, por motivos personales o profesionales, se ven relacionados con personas que presentan deficiencias de la inteligencia.

En el año 1921 se encuentra la primera edición sobre la definición del retraso mental. Desde aquella primera edición, se han publicado ocho más (1933, 1941, 1957, 1959, 1973, 1977, 1983 y 1992). Así los manuales anteriores servían como base y punto de partida para una mayor y mejor comprensión del retraso mental ganando claridad, amplitud y delimitación.

El punto de partida de la definición era en el Coeficiente Intelectual (CI) su eje fundamental. La aparición de los Test de Inteligencia, y su aplicación generalizada en la población estadounidense, hacían de este parámetro el dato más objetivo en el que se basaba cualquier tipo de investigación y la referencia diferencial para catalogar a la población en función de sus rendimientos intelectuales. Este primer enfoque tenía un tinte "estadístico", ya que la presencia del retraso mental se daba cuando existían dos desviaciones típicas por debajo de las consideradas como norma en la sociedad (aproximadamente un CI de 70). Ello suponía, en su época, un avance importante en cuanto se podía disponer de herramientas que objetivaran lo que a "simple vista" era evidente como limitación de una persona. En esos tiempos no se podían plantear objeciones de tipo cultural, social o educativo

En 1959 "la quinta edición" incluye un avance en el concepto, la introducción formal de un criterio de conducta adaptativa en la definición. Junto con la elevación del límite de CI a una desviación típica de la media (aproximadamente un CI de 85), en donde el desempeño personal ya no se ubica exclusivamente en el rendimiento ante pruebas estandarizadas y una etiología determinada, sino que comienza a tenerse en cuenta la capacidad personal de adaptarse a las condiciones que le impone el medio en que se desenvuelve. Podríamos hablar de que se imprime un carácter "ecológico" a la definición del retraso mental.

En el año 1992 la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) propuso una definición del retraso mental (novena edición) que supuso un cambio radical del paradigma tradicional, alejándose de una concepción del retraso mental como rasgo del individuo para plantear una concepción basada en la interacción de la persona y el contexto (Verdugo, 1994). La principal aportación de aquella definición consistió en modificar el modo en que las personas (profesionales, familiares, investigadores...) conciben esa categoría diagnóstica, alejándose de identificarla exclusivamente como una característica del individuo para entenderla como un estado de funcionamiento de la persona.

A lo largo de los diez años transcurridos desde entonces se han producido avances significativos en esa concepción, y esos cambios proceden tanto de la experiencia acumulada en la aplicación de la propuesta hecha entonces como de las aportaciones de la investigación (por ejemplo, respecto al concepto de apoyos). Lo anterior ha llevado a la AARM a publicar una revisión sustancial del sistema de 1992 (Luckasson y cols., 2002)

La elaboración de esta nueva propuesta ha sido llevada a cabo por el Comité sobre Terminología y Clasificación de la AARM coordinado por Ruth Luckasson.

La décima edición de la definición propuesta por la AARM se puede considerar una revisión y mejora de las propuestas hechas en la novena edición de 1992. Una vez difundido y aceptado por gran parte de la comunidad científica y profesional en torno al cambio de paradigma, lo que ahora se pretende es:

1. Operacionalizar con mayor claridad la naturaleza multidimensional del retraso mental (discapacidad intelectual),
2. Presentar directrices de buenas prácticas para diagnosticar, clasificar y planificar apoyos.
3. La orientación funcional y énfasis en los apoyos, los tres criterios diagnósticos (inteligencia, conducta adaptativa y edad de comienzo), y
4. Un firme compromiso con desarrollar un sistema de clasificación basado en las intensidades de los apoyos

La principal novedad de la propuesta hecha en el 2002 se centra en proponer un nuevo modelo teórico, ampliando una dimensión más ("Participación, Interacciones y Roles Sociales"), precisando el contenido de otras dimensiones, y proponiendo un marco de referencia para la evaluación que supera la anterior propuesta de un proceso de tres pasos. Además, se avanza en la planificación de los apoyos, al incorporar la investigación de los últimos años sobre evaluación y determinación de la

intensidad de los mismos. Otras características son la mayor precisión en la medición de la inteligencia y en la conducta adaptativa, que repercute en una comprensión diferente del constructo de conducta adaptativa (organizado en torno a las habilidades conceptuales, sociales y prácticas).

Finalmente, también se examina con detenimiento en que consiste el juicio clínico orientando como aplicarlo, y se relaciona el sistema propuesto con otros sistemas clasificatorios de interés (CIE-10, DSM-IV).

1.1.2 CRÍTICAS AL SISTEMA DE 1992

La propuesta de la AAMR en 1992 fue un avance en el campo científico del retraso mental, recibiendo buenos comentarios y también muchas críticas desde el primer momento de formularse (Verdugo, 1994). Un análisis de los principales argumentos de esas críticas en la literatura científica es el presentado por Luckasson y cols. (2002) quienes aluden que los principales problemas se han centrado en:

- ❏ La eliminación de los niveles de gravedad intelectual del déficit para clasificar a las personas con retraso mental.
- ❏ La sustitución asumida de los niveles de apoyo por los niveles de gravedad del déficit, a pesar de que nunca se propuso hacerlo así.
- ❏ El incremento de la puntuación criterio de 70 a 75 para definir el retraso mental.
- ❏ La imprecisión y artificiosidad en el uso de la expresión "habilidades de comportamiento adaptativo y su medida".
- ❏ La desaparición de los niveles de retraso mental que supone la eliminación de la categoría de 'retraso mental ligero', la cual representa aproximadamente entre el 75% y el 89% de la población.
- ❏ Excesiva representación de las minorías en la categoría diagnóstica, la cual se incrementa al subir el rango del CI.
- ❏ La gran heterogeneidad de la población, con muy diferentes etiologías, nivel de habilidad y características de comportamiento, difícilmente puede entenderse con el sistema propuesto.

Las críticas hechas han servido para debatir los problemas y las mejoras que requería el sistema propuesto en 1992, ayudando a desarrollar la actual propuesta de 2002. La reflexión principal se ha centrado en sustituir la clasificación artificial (inventada en el pasado) de categorías de conducta adaptativa, y de niveles de CI por un 'modelo tripartito' de la inteligencia.

Lo que se debe evaluar debe ir más allá del campo académico de la inteligencia, y de la medición del CI, para reflejar las habilidades sociales y prácticas que corresponden a la integración comunitaria satisfactoria. Y esto hace innecesario evaluar la conducta adaptativa tal como hasta el momento se ha entendido, pues esa conducta quedaría comprendida dentro del concepto actual de inteligencia. De esta manera se habla de un "modelo de competencia" que no habla de conducta o habilidades adaptativas sino de evaluación de la inteligencia conceptual, práctica y social. De estos análisis se desprende la necesidad de conceptualizar de nuevo el criterio de evaluación de la conducta adaptativa como se verá más adelante. (Verdugo 1996)

1.1.3 LA NUEVA DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Es a partir del siglo XX que se empieza a establecer una definición para el deficiente mental y ésta se halla en la línea de funcionamiento intelectual inferior a la media estadística y dificultad de adaptación al entorno a la definición propuesta en 1992 es:

"El término de retardo mental hace referencia a limitaciones substanciales en el funcionamiento presente. Esta caracterizado por un funcionamiento intelectual significativamente subnormal, que se presenta acompañado en dos o mas de las destrezas sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud, seguridad, académicas funcionales uso del tiempo libre y trabajo. La discapacidad intelectual se manifiesta antes de los 18 años." (Burgos 1997 'p.p 2)

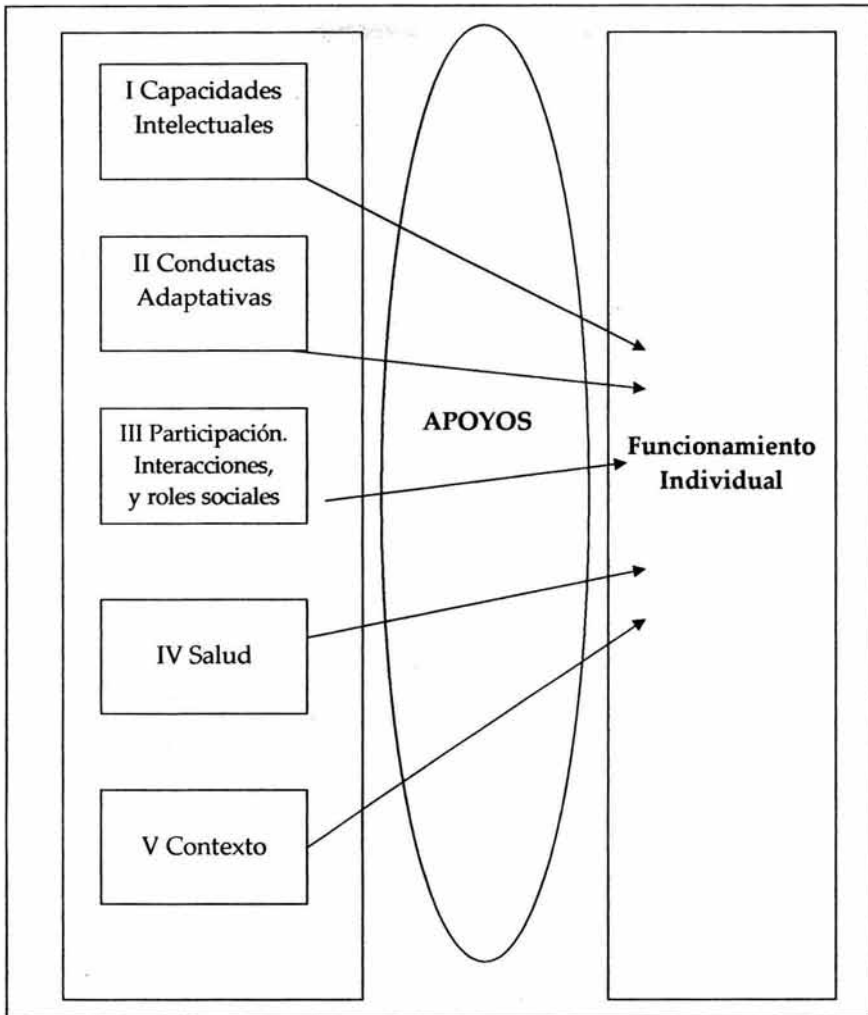
Asimismo la definición de retraso mental propuesta por la AAMR en 2002 plantea que el:

"Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años" (Luckasson y cols., 2002. citado en Verdugo 2003).

Esta nueva definición mantiene los tres criterios que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa (concurrente y relacionada), y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. La aplicación de la definición propuesta parte de cinco *premisas* esenciales para su aplicación: (Verdugo ibid)

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.
4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

El enfoque de la definición de discapacidad intelectual propuesta es un modelo teórico multidimensional (ver Figura 1).



Modelo teórico de retraso mental (Luckasson y cols., 2002, citado en Verdugo 2002)

El primer planteamiento multidimensional de la discapacidad intelectual se produjo en el año 1992 con la intención de eliminar el reduccionismo, y la excesiva confianza, en el uso de tests dirigidos a diagnosticar el CI. Asimismo, se planteó un giro determinante en el proceso de evaluación, buscando obtener información sobre las necesidades individuales en diferentes dimensiones que luego debían relacionarse con los niveles de apoyo apropiados.

En definitiva, se planteaba unir estrechamente la evaluación con la intervención o apoyo a la persona, y hacerlo teniendo en cuenta aspectos personales y ambientales que pueden variar en el tiempo. Estos aspectos serán mantenidos en la definición actual, pero se modifican algunas dimensiones para acomodar el sistema a lo que la investigación y conocimiento nos han permitido avanzar en estos años.

Las cuatro dimensiones del sistema propuesto en el año 1992 fueron las siguientes:

- Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas
- Dimensión II: Consideraciones Psicológicas / Emocionales
- Dimensión III: Consideraciones Físicas / Salud / Etiológicas
- Dimensión IV: Consideraciones Ambientales

La definición del año 2002 propone un nuevo sistema con las siguientes dimensiones:

- Dimensión I: Habilidades Intelectuales
- Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)
- Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales
- Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)
- Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Las cinco dimensiones propuestas abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un mejor funcionamiento individual.

Frente a las cuatro dimensiones planteadas en la novena edición de la definición de retraso mental de la AAMR, en esta ocasión se proponen cinco. Lo más destacable es la introducción de la dimensión de Participación, Interacciones y Roles Sociales. Asimismo, se plantean dimensiones independientes de Inteligencia y de Conducta Adaptativa.

Además, se amplía la dimensión de Salud para incluir la salud mental, desapareciendo así la dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales que se había propuesto en el año 1992. Otro cambio importante se refiere a la ampliación de la dimensión 'contexto' que pasa también a tener en cuenta la cultura junto a los aspectos ambientales.

Una revisión de los aspectos principales de la dimensiones se expone a continuación.

1.2 DIMENSIONES DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.2.1 Dimensión I: Habilidades intelectuales

La inteligencia se considera una capacidad mental general que incluye **“razonar, planificar, solucionar problemas, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia”**. (Luckasson y cols. 2002, citado en Verdugo 2003)

Este planteamiento tiene relación con el estado actual de la investigación que nos dice que la mejor manera de explicar el funcionamiento intelectual es por un factor general de la inteligencia. Y ese factor va más allá del rendimiento académico o la respuesta a los tests para referirse a una **“amplia y profunda capacidad para comprender nuestro entorno”**.

Hay que tener en cuenta que la medición de la inteligencia tiene diferente relevancia según se haga con una finalidad diagnóstica o clasificatoria. (Verdugo, *ibid*)

La evaluación del funcionamiento intelectual es un aspecto crucial para diagnosticar discapacidad intelectual, y debe ser hecha por un psicólogo especializado en personas con discapacidad intelectual y suficientemente cualificado. Deben tenerse muy en cuenta las cinco premisas comentadas previamente a la hora de evaluar a las personas por lo que, en algunos casos, esta evaluación requiere la colaboración de otros profesionales. Además, las limitaciones en inteligencia deben ser consideradas junto a las otras cuatro dimensiones propuestas, pues por sí solas son un criterio necesario pero no suficiente para el diagnóstico.

A pesar de sus limitaciones, y del uso y abuso que se ha hecho históricamente del mismo, se considera al CI como la mejor representación del funcionamiento intelectual de la persona. Eso sí, es esencial que el CI se obtenga con instrumentos apropiados de evaluación, que estén estandarizados en la población general. El criterio para diagnosticar discapacidad intelectual en el funcionamiento de un individuo continua siendo el de **“dos desviaciones típicas por debajo de la media”**.

1.2.2 Dimensión II: Conducta adaptativa (habilidades conceptuales, sociales y prácticas)

La conducta adaptativa se entiende como “el conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria” (Luckasson y cols. 2002, citado en Verdugo 2003).

Tabla 1. Ejemplos de habilidades conceptuales, sociales y prácticas

Conceptual

- ⊗Lenguaje (receptivo y expresivo)
- ⊗Lectura y escritura
- ⊗Concepto de dinero
- ⊗Autodirección

Social

- ⊗Interpersonal
- ⊗Responsabilidad
- ⊗Autoestima
- ⊗Credulidad (probabilidad de ser engañado o manipulado)
- ⊗Ingenuidad
- ⊗Sigue las reglas
- ⊗Obedece las leyes
- ⊗Evita la victimización

Práctica

- ⊗Actividades de la vida diaria
 - ⊗Comida
 - ⊗Transferencia / movilidad
 - ⊗Aseo
 - ⊗Vestido
- ⊗Actividades instrumentales de la vida diaria
 - ⊗Preparación de alimentos
 - ⊗Mantenimiento de la casa
 - ⊗Transporte
 - ⊗Toma de medicinas
 - ⊗Manejo del dinero
 - ⊗Uso del teléfono
- ⊗Habilidades ocupacionales
- ⊗Mantiene entornos seguros

Definición Conductas Adaptativas.

- **Comunicación.** (habilidad para comprender y expresar información a través de conductas simbólicas o conductas no simbólicas) Por ejemplo: habilidad para comprender y/o recibir una petición, una emoción, un saludo, un comentario, una protesta, o un rechazo. Los niveles más altos de destrezas de comunicación (escritura). Se relacionan también con habilidades académicas funcionales.
- **Autocuidado.** Destrezas que involucran el comer, vestirse, arreglarse, e higiene
- **Vida Independiente.** Se refiere al funcionamiento diario en casa: cuidado de la casa, cuidado de ropa, mantenimiento de sus pertenencias, preparación de alimentos, planeación y presupuesto para compras, seguridad en casa y planeación de actividades diarias
- **Uso de la Comunidad.** Uso apropiado de los recursos de la comunidad, como viajar, hacer compras, pagar y obtener servicios de la comunidad, usar transportes, e instalaciones públicas.
- **Auto-dirección.** Se refiere a la capacidad para escoger. Incluye el aprendizaje y la capacidad de seguir un programa, iniciar actividades apropiadas relacionadas con los intereses personales, mostrar asertividad y autodefensa
- **Salud y Seguridad.:** Mantener y buscar el bienestar propio, dieta apropiada, identificación de enfermedades, tratamiento y prevención, primeros auxilios básicos, *sexualidad*, condicionamiento físico, seguridad básica
- **Académicas Funcionales.** Habilidades cognitivas y destrezas relacionadas con el aprendizaje en la escuela. Escritura, lectura, conceptos matemáticos (prácticos básicos), conceptos de ciencias que se relacionen con su conciencia del ambiente, la salud y la *sexualidad*.
- **Tiempo Libre y Recreación.** Se refiere a una variedad de intereses recreativos y de tiempo libre que reflejan las preferencias personales.
- **Trabajo.** Se refiere a la capacidad de mantener un empleo de medio tiempo o de tiempo completo (con apoyos o sin ellos) o participar en alguna actividad voluntaria en la comunidad.

Las limitaciones en la conducta adaptativa afectan tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios en la vida y a las demandas ambientales.

En la siguiente lista se puede apreciarse ejemplos de habilidades conceptuales, sociales y prácticas.

Las limitaciones en habilidades de adaptación coexisten a menudo con capacidades en otras áreas, por lo cual la evaluación debe realizarse de manera diferencial en distintos aspectos de la conducta adaptativa. Además, las limitaciones o capacidades del individuo deben examinarse en el contexto de comunidades y ambientes culturales típicos de la edad de sus iguales y ligado a las necesidades individuales de apoyos. Asimismo, estas habilidades deben considerarse en relación con las otras dimensiones de análisis propuestas, y tendrán diferente relevancia según se estén considerando para diagnóstico, clasificación o planificación de apoyos.

A diferencia del planteamiento clínico poco definido que se hacía en la propuesta de 1992 para desarrollar la evaluación de esta dimensión, ahora se especifica con claridad que para diagnosticar limitaciones significativas en la conducta adaptativa se debe hacer "por medio del uso de medidas estandarizadas de la población general, incluyendo personas con y sin discapacidad". Y el criterio para considerar significativas esas limitaciones, al igual que al evaluar la inteligencia, debe ser el de dos desviaciones típicas por debajo de la media.

1.2.3 Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales

Esta nueva dimensión es uno de los aspectos más relevantes de la definición de 2002.

Lo primero que resalta es su similitud con la propuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) (2001). La OMS en esa propuesta plantea como alternativa a los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía, los de discapacidad, actividad y participación, dirigidos a conocer el funcionamiento del individuo y clasificar sus competencias y limitaciones. Por tanto, en ambos sistemas resalta el destacado papel que se presta a analizar las oportunidades y restricciones que tiene el individuo para participar en la vida de la comunidad. Mientras que las otras dimensiones se centran en aspectos personales o ambientales, en este caso el análisis se dirige a evaluar las interacciones con los demás y el rol social desempeñado, destacando así la importancia que se concede a estos aspectos en relación con la vida de la persona.

La participación se evalúa por medio de la observación directa de las interacciones del individuo con su mundo material y social en las actividades diarias. Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que está activamente involucrado (asistiendo a, interaccionando con, participando en con su ambiente.

Los roles sociales (o estatus) se refieren a un conjunto de actividades valoradas como normales para un grupo específico de edad. Y pueden referirse a aspectos personales, escolares, laborales, comunitarios, de ocio, espirituales, o de otro tipo.

La falta de recursos y servicios comunitarios así como la existencia de barreras físicas y sociales pueden limitar significativamente la participación e interacciones de las personas. Y es esta falta de oportunidades la que más se puede relacionar con la dificultad para desempeñar un rol social valorado (Verdugo op.cit).

1.2.4. Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental y factores etiológicos)

En el sistema de la AAMR de 1992 se había propuesto una dimensión sobre Consideraciones psicológicas y emocionales para diferenciar la conducta psicopatológica de la concepción de comportamiento adaptativo. Si bien esta diferenciación fue un buen paso adelante, se había criticado la limitación de esa propuesta desde una "perspectiva excesivamente psicopatologizadora en la cual se destacan únicamente los problemas de comportamiento y la posible psicopatología de los individuos", proponiendo que esa dimensión "debe extender sus planteamientos hacia la inclusión de aspectos no patológicos del bienestar emocional". La AAMR incluye ahora esta nueva dimensión de Salud para dar respuesta integrada desde una perspectiva de bienestar a estos aspectos criticados, basándose en el concepto de salud ya propuesto por la OMS en 1980. (Verdugo, 2003 p. 43)

La salud es entendida como un "estado de completo bienestar físico, mental y social". El funcionamiento humano está influido por cualquier condición que altere su salud física o mental; por eso cualquiera de las otras dimensiones propuestas queda influenciada por estos aspectos. Asimismo, los efectos de la salud física y mental sobre el funcionamiento de la persona pueden oscilar desde muy facilitadores a muy inhibidores. Por otro lado, los ambientes también determinan el grado en que la persona puede funcionar y participar, y pueden crear peligros actuales o potenciales en el individuo, o pueden fracasar en proporcionar la protección y apoyos apropiados.

La preocupación por la salud de los individuos con discapacidad intelectual se basa en que pueden tener dificultad para reconocer problemas físicos y de salud mental, en gestionar su atención en el sistema de salud o en la atención a su salud mental, en comunicar los síntomas y sentimientos, y en la comprensión de los planes de tratamiento.

Por otro lado, la etiología se plantea desde una perspectiva similar al año 1992, con una concepción multifactorial del constructo, compuesto por cuatro categorías de factores de riesgo: biomédico, social, comportamental y educativo. Estos factores interactúan en el tiempo, tanto en la vida del individuo como a través de las generaciones de padre a hijo.

Con buena lógica, la AAMR ha obviado la inclusión de la simple enumeración de etiologías existentes, a diferencia de lo que hizo en 1992, y ha relacionado eficazmente la etiología con la prevención.

Ubicar los aspectos psicológico-emocionales en esta dimensión inicia el cambio de la perspectiva psicopatologizadora de los individuos con discapacidad intelectual. Sin embargo, la propuesta de la AAMR se queda muy corta en su desarrollo, al centrarse simplemente en ubicar en esta dimensión los problemas de salud mental y formular una propuesta general del concepto de salud de la OMS. Hubiera sido deseable un desarrollo que incluyera una comprensión más amplia del

bienestar emocional y psicológico, evaluando las necesidades de apoyo de la persona. La identificación de las características particulares del funcionamiento emocional de cada persona ayuda a tomar decisiones sobre su vida en muchas ocasiones, por lo que esta dimensión debe ser tomada por los familiares, profesionales, investigadores, y los propios individuos, con mucho mayor detenimiento que lo que la AAMR propone. Los enfoques más recientes sobre calidad de vida (Verdugo y Schalock 2002) y las investigaciones procedentes de la psicología clínica cognitiva y comportamental de los últimos años pueden servir como punto de partida para avanzar en el desarrollo de instrumentos y planes dirigidos a mejorar los apoyos en los aspectos emocionales.

1.2.5 Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Esta dimensión describe las condiciones interrelacionadas en las cuales las personas viven diariamente. Se plantea desde una perspectiva ecológica que cuenta al menos con tres niveles diferentes:

- a) **Microsistema:** el espacio social inmediato, que incluye a la persona, familia y a otras personas próximas;
- b) **Mesosistema:** el vecindario, comunidad y organizaciones que proporcionan servicios educativos o de habilitación o apoyos;
- c) **Macrosistema o megasistema;** que son los patrones generales de la cultura, sociedad, grandes grupos de población, países o influencias sociopolíticas. Los distintos ambientes que se incluyen en los tres niveles pueden proporcionar oportunidades y fomentar el bienestar de las personas.

Los ambientes integrados educativos, laborales, de vivienda y de ocio favorecen el crecimiento y desarrollo de las personas. Y las oportunidades que proporcionan hay que analizarlas en cinco aspectos:

1. Presencia comunitaria en los lugares habituales de la comunidad,
2. Experiencias de elección y toma de decisiones,
3. Competencia (aprendizaje y ejecución de actividades),
4. Respeto al ocupar un lugar valorado por la propia comunidad, y
5. Participación comunitaria con la familia y amigos.

Los distintos aspectos ambientales que fomentan el bienestar se refieren a la importancia de la salud y seguridad personal, comodidad material y seguridad financiera, actividades cívicas y comunitarias, ocio y actividades recreativas en una perspectiva de bienestar, estimulación cognitiva y desarrollo, y un trabajo interesante, recompensante y que merezca la pena. Además, hay que tener en cuenta como uno de los aspectos más importantes que el ambiente sea estable, predecible y controlado.

En esta dimensión no solamente hay que atender a los ambientes en los que la persona se desenvuelve sino también a la cultura, pues muchos valores y asunciones sobre la conducta están

afectados por ella. En este sentido, se puede destacar nuestra relación con la naturaleza, nuestro sentido del tiempo y orientación temporal, las relaciones que tenemos con los demás, nuestro sentido del yo, el uso de la riqueza, el estilo personal de pensamiento, y la provisión de apoyos formales e informales.

La evaluación del contexto no se suele realizar con medidas estandarizadas sino que es un componente necesario del juicio clínico e integral para una comprensión del funcionamiento humano y de la provisión de apoyos individualizados. Con el paso acelerado hacia una sociedad multicultural que ahora se está teniendo, adquieren cada vez más importancia los aspectos diferenciales relacionados con la cultura, y ello tanto en aspectos diagnósticos como, sobre todo, a la hora de planificar y organizar los apoyos e intervenciones necesarias.

El modelo multidimensional propuesto por la AAMR viene a plantear que la discapacidad intelectual no es algo que se tiene, ni es algo que se es, y tampoco es un trastorno médico o mental: "Retraso mental [discapacidad intelectual] se refiere a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por apoyos individualizados" (Luckasson y cols., 2002, citado en Verdugo 2003). Como modelo de funcionamiento incluye los contextos en los cuales las personas funcionan e interactúan, a diferentes niveles del sistema, por lo que se puede decir que la definición propuesta requiere un *enfoque multidimensional y ecológico* que refleje la interacción de la persona con sus ambientes así como los resultados referidos a la persona en esa interacción relacionados con la independencia, relaciones, contribuciones, participación educativa y comunitaria y bienestar personal.

1.3 LAS TRES FUNCIONES DEL PROCESO DE EVALUACIÓN: DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y SISTEMAS DE APOYOS

El sistema propuesto en 1992 por la AAMR padecía de algunas contradicciones y ausencias en la presentación de contenidos, así como en el propio título, con la falta de referencias al proceso de evaluación que se proponía, y que era una de las mejores aportaciones del sistema. El título era demasiado estático y reduccionista ("definición", "clasificación") a pesar de que se proponía una concepción dinámica y práctica del "retraso mental" (discapacidad intelectual) con una propuesta de sistema interdisciplinar para diagnosticar y evaluar pensando en la intervención y apoyo a las personas con limitaciones intelectuales. Si bien, la AAMR ha seguido manteniendo el mismo título (y la expresión "retraso mental"), los contenidos de su Manual han cambiado para hacer referencia explícita al proceso o marco de la evaluación y sus funciones de diagnóstico, clasificación y planificación de los apoyos, que pasa a ser una de las características dominantes del sistema de 2002.

El proceso de evaluación en la discapacidad intelectual comprende tres funciones diferentes: *diagnóstico, clasificación y planificación de los apoyos*. Esto implica que antes de iniciar el proceso siempre se deben saber los propósitos para ello. El motivo es el que dictará las medidas e instrumentos apropiados para cada función. En la Tabla 2 se presenta la estructura de evaluación de la discapacidad intelectual con una síntesis de los aspectos principales del proceso evaluativo a desarrollar.

Función	Propósitos	Medidas y herramientas	Consideraciones de Evaluación
Diagnostico	Establecer la elegibilidad: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Servicios ➤ Prestaciones ➤ Protección legal 	*Test de CI *Escala de conductas adaptativas *Edad de aparición (documentada)	Correspondencia entre medidas y propósito. Características psicométricas. Adecuaciones para la persona.
Clasificación	Agrupamiento para: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reembolso o financiación de servicios ➤ Investigación ➤ Servicios ➤ Comunicación sobre características seleccionadas 	+Escala de intensidad de apoyo. +Rangos de CI +Categorías de educación especial +Evaluaciones ambientales +Sistema de factores riesgo-etología +Niveles de conducta +Medidas de salud mental +Categorías de prestaciones	Características del examinador y sesgo potencial. Consistencias con estándares y prácticas profesionales. Selección de los informadores. Contexto y ambientes relevantes. Roles sociales, participación e interacciones. Oportunidades y experiencias. Historia clínica y social. Factores físicos y mentales. Metas personales. Imput del equipo
Planificación de apoyos	Mejora de resultados personales: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Independencia ➤ Relaciones ➤ Contribuciones ➤ Participación escolar y comunitaria ➤ Bienestar personal 	+Herramientas centrada en la persona. +Apreciación personal +Medida de evaluación de las condiciones de vida. +Escala de intensidad de apoyos.	

Tabla 2. Estructura de evaluación de la discapacidad intelectual (Luckasson y cols., 2002)

El proceso propuesto por la AAMR lleva a la identificación de los apoyos que necesita la persona, y en lugar de hablar de un proceso de tres pasos, como hacía en 1992, ahora se habla de una estructura del proceso de evaluación con tres funciones: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos (Verdugo, 1999).

Diagnóstico

La primera función se dirige a *diagnosticar* la discapacidad intelectual, para lo que se plantean tres criterios.

Función 1. Diagnóstico de Discapacidad Intelectual (Retraso Mental)

Determina la elegibilidad.

Hay diagnóstico de retraso mental si:

1. Hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual
2. Hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa
3. La edad de aparición es antes de los 18 años

La única variación, pero de gran importancia, respecto al sistema de 1992 es que en lugar de hablar de dos o más áreas de habilidades de adaptación se vuelve a hablar de conducta adaptativa. La determinación de limitaciones significativas, tanto en inteligencia como en conducta adaptativa, se refiere a una puntuación de dos desviaciones típicas por debajo de la media, lo que supone utilizar también medidas estandarizadas de conducta adaptativa con la población general. Esa limitación puede manifestarse tanto en una medida general estandarizada que englobe habilidades conceptuales, prácticas y sociales, como en uno solo de esos tipos de habilidades. De todos modos, una apreciación adecuada de la conducta adaptativa requiere obtener información adicional de los padres, profesores, y otros datos de observación.

La segunda función del proceso se centra en la *clasificación y descripción*, buscando la identificación de las capacidades y debilidades en las cinco dimensiones propuestas.

Función 2. Clasificación y Descripción

Identifica los puntos fuertes y débiles en cinco dimensiones, y las necesidades de apoyos.

Describe los puntos fuertes y limitaciones del individuo en cada una de las cinco dimensiones:

1. Capacidades Intelectuales
2. Conducta Adaptativa
3. Participación, Interacción y Roles Sociales
4. Salud (física, mental y etiología); y
5. Contexto (ambiental y cultural)

En la descripción previa de las dimensiones ya se han puesto ejemplos de los contenidos que se incluyen en cada una de las dimensiones propuestas. Hay que tener en cuenta que el proceso de evaluación en esta ocasión debe centrarse tanto en las limitaciones del individuo como en sus capacidades, y que lo esencial es obtener datos que permitan desarrollar un perfil adecuado de apoyos. Los evaluadores deben estar pensando en cuales son los apoyos que el individuo requerirá para mejorar su funcionamiento en la vida.

La evaluación en este área debe atender a lo planteado previamente al describir las dimensiones, pero hay que recordar que la finalidad es apreciar necesidades para planificar apoyos que mejoren el funcionamiento individual de la persona. Los *Programas Conductuales Alternativos* (PCA) (Verdugo, 1989/1997, 1996, 2000) incluyen la mayor parte de las habilidades sociales (interpersonal, seguir reglas, obedecer leyes, evitar victimización, autoestima, y otras) y prácticas (comer, aseo, vestido, preparar comidas, cuidado de la casa, transporte, manejo del dinero, uso del teléfono, habilidades ocupacionales), pudiendo utilizarse como valoración criterial y también para la enseñanza posterior de las habilidades que necesite la persona.

Perfil de necesidades de apoyos

Finalmente, el proceso de tres funciones finaliza con el establecimiento del *perfil de necesidades de apoyo* en nueve áreas.

Función 3. Perfil de Necesidades de Apoyos

Identifica los apoyos necesarios para mejorar el funcionamiento.

Identifica el tipo de apoyos necesario, la intensidad de apoyos necesaria, y la persona responsable de proporcionar el apoyo en cada una de la nueve áreas de apoyo:

1. Desarrollo humano
2. Enseñanza y educación
3. Vida en el hogar
4. Vida en la comunidad
5. Empleo
6. Salud y seguridad
7. Conductual
8. Social
9. Protección y defensa

La propuesta de 2002 de la AAMR plantea que "Los apoyos son recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual. Los servicios son un tipo de apoyo proporcionado por profesionales y agencias. El funcionamiento individual resulta de la interacción de apoyos con las dimensiones de Habilidades Intelectuales, Conducta Adaptativa, Participación, Interacciones y Roles

Sociales, Salud y Contexto. La evaluación de las necesidades de apoyo puede tener distinta relevancia, dependiendo de si se hace con propósito de clasificación o de planificación de apoyos." (Luckasson y cols., 2002).

La definición de discapacidad intelectual hecha en el 2002 incorpora la investigación reciente sobre evaluación de apoyos y determinación de la intensidad de los apoyos; por ello replantea la propuesta hecha anteriormente con un mayor grado de concreción. El modelo de apoyos propuesto se basa en un enfoque ecológico para comprender la conducta, y se dirige a evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas que en ese sentido se necesitan para funcionar en un ambiente concreto. La evaluación de las necesidades de apoyo se hace en cada una de las nueve áreas enumeradas, las cuales se derivan de la investigación actual. Las funciones de los apoyos prescritos son las mismas que en el sistema de 1992: Enseñanza, Amistad, Planificación Económica, Ayuda al empleado, Apoyo Conductual, Ayuda en el Hogar, Acceso y Utilización de la Comunidad y Atención Sanitaria. Estas funciones de los apoyos son la base para hacer un uso juicioso de los mismos con vistas a reducir la discrepancia entre las habilidades del individuo y las demandas ambientales.

Proceso de evaluación y planificación de los apoyos

El proceso de evaluación y planificación de los apoyos propuestos por la AAMR se compone de cuatro pasos:

- 1) *Identificar las áreas relevantes de apoyo:* entre las nueve citadas.
- 2) *Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada una de las áreas:* de acuerdo con los intereses y preferencias de la persona, y con la probabilidad de participar en ellas por la persona y por el contexto.
- 3) *Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo:* de acuerdo con la frecuencia, duración y tipo de apoyo; y
- 4) *Escribir el Plan Individualizado de Apoyos que refleje al individuo:*
 - a. Los intereses y preferencias de la persona
 - b. Áreas y actividades de apoyo necesitadas
 - c. Contextos y actividades en los cuales la persona probablemente participará
 - d. Funciones específicas de apoyo dirigidas a las necesidades de apoyo identificadas
 - e. Énfasis en los apoyos naturales
 - f. Personas responsables de proporcionar las funciones de apoyo
 - g. Resultados personales
 - h. Un plan para controlar la provisión y resultados personales de los apoyos provistos.

No se deben identificar los apoyos exclusivamente con los servicios, como erróneamente está ocurriendo algunas veces. Precisamente, los apoyos son una alternativa mucho más amplia y general que cuenta con muchos más recursos e intervenciones posibles que los propios servicios. Se debe

pensar tanto en los apoyos naturales posibles (la propia persona, y otras personas) como en los que se basan en los servicios educativos o sociales. Hoy, la naturaleza de los sistemas de apoyos es muy variada, partiendo del propio individuo, pasando por la familia y amigos, después por los apoyos informales, los servicios genéricos, hasta llegar a los servicios especializados.

En la concreción y desarrollo de actividades de apoyo a desarrollar es donde los Programas Conductuales Alternativos (PCA) y el Currículum de Destrezas Adaptativas (CALSA), antes comentados, prestan su mayor utilidad pues abarcan gran parte de seis de las nueve áreas de apoyo propuestas por la AAMR:

1. Vida diaria,
2. Vida en la comunidad,
3. Empleo,
4. Salud y seguridad,
5. Sociales y protección
6. Defensa.

El modelo de apoyos es un aspecto clave en la concepción actual de la discapacidad intelectual, y de su puesta en marcha depende en gran manera el que existan o no verdaderos cambios en el sistema de atención a la población con limitaciones intelectuales.

El enfoque actual de los apoyos se relaciona directamente con la incorporación de una perspectiva de Planificación Centrada en la Persona (PCP); de resultados referidos a la persona; de promoción de la competencia, capacitación y fortalecimiento del control de sus vidas por las personas con discapacidad intelectual; y de impulso de la autodeterminación de las personas para lograr una pertenencia comunitaria mayor.

Familiares, profesionales, responsables de servicios e investigadores deben prestar la máxima atención a promover el desarrollo de los apoyos de acuerdo con el enfoque propuesto por la AAMR, pues viene avalado por la investigación y corresponde a una visión madura y avanzada de las posibilidades de las personas con limitaciones intelectuales.

1.4 Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Intelectual

Las actitudes hacia las personas con discapacidad intelectual han ido evolucionando progresivamente, diversas iniciativas legales han acompañado dicho proceso de cambio. Las iniciativas más importantes fueron promovidas por la ONU. Así en la Asamblea General de Naciones Unidas, el 9 de diciembre de 1975, se proclamó la Declaración de los Derechos de los Impedidos y se pidió que se adoptaran medidas en los planos nacional e internacional, para que la declaración sirviera de base y de referencia común para la protección de los derechos enunciados en ella. La Asamblea general tuvo presente la necesidad de prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los impedidos a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal." (Concha, 1997). "

De esta declaración surgen seis artículos que a continuación se mencionan:

Artículo 1.

Los retrasados mentales tienen los mismos derechos fundamentales que los demás ciudadanos del mismo país y de la misma edad

Derechos

Artículo 2

El discapacitado intelectual tiene derecho a asistencia y recuperación física adecuada y a una educación, adiestramiento, formación y orientación que la capaciten para desarrollar su potencial y habilidades en la medida más completa posible, por grave que sea su grado de incapacidad. Ninguna persona retrasada mental puede ser privada de dichos servicios en razón de gastos que implican.

Derecho a educación.

Artículo 3

El discapacitado intelectual tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel decente de vida. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

Seguridad económica.

Artículo 4.

El discapacitado intelectual tiene derecho a vivir con su familia propia y adoptiva. A participar en todos los aspectos de la vida social y a disfrutar de apropiadas diversiones.

Derecho a la vida en familia, vida social y recreaciones.

Artículo 5.

El discapacitado intelectual tiene derecho a un tutor clasificado cuando este sea necesario para proteger su bienestar personal e su interés. Nadie que preste servicios directos a la discapacidad intelectual podrá servir como tal tutor.

Derecho a tutor.

Artículo 6

El discapacitado intelectual tiene derecho a ser preservado de la explotación, del abuso y de tratos degradantes. En caso de acusación judicial, tiene derecho a juicio equitativo en el que sea reconocido plenamente a su nivel de responsabilidad.

Derecho a la no explotación, no abuso y no trato denigrante.

POR ENCIMA DE TODO, EL DISCAPACITADO INTELECTUAL TIENE DERECHO A SER RESPETADO

Otra iniciativa fundamental fue la Declaración de Salamanca 1994, la que de manera general resalta que su objetivo "es informar de la política y directrices de los gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones nacionales, de ayuda y de organismos no gubernamentales; en la aplicación de las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades en la discapacidad intelectual" (Lobato, 1997).

En ese mismo año en México, asumió, en el seno de la ONU, los compromisos con las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. (Tríptico de los derechos humanos, 1997), reconociendo los siguientes derechos en las personas con discapacidad.

IGUALDAD COMO DERECHO HUMANO

La constitución reconoce la igualdad de los hombres frente a la ley.

Todos somos iguales en dignidad y en derechos, lo cuál se traduce en igualdad de oportunidades. Por lo tanto a las personas que padecen temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales, se les debe garantizar la igualdad de oportunidades mediante la eliminación de todas las barreras sean físicas, sociales o culturales.

DERECHO A LA SALUD

La Ley General de Salud señala que a la atención en prevención y rehabilitación de personas, en materia de discapacidad le corresponde:

Identificación y atención oportuna de procesos físicos y mentales que puedan causar discapacidad
Orientación educativa en materia de rehabilitación a la colectividad en general y, en particular, a las familias que cuentan con algún familiar con discapacidad.

Atención integral de las personas con discapacidad. (Art. 5, 7, 9,10 de la ley de salud.)

DERECHOS URBANISTICOS

Las áreas públicas y privadas deben ser accesibles permitiendo desarrollar actividades laborales, educativas, culturales, recreativas; por lo que existe la obligación de adecuar facilidades urbanísticas y arquitectónicas a las necesidades de las personas con discapacidad.

DERECHO AL TRABAJO

No se podrá impedir el trabajo a ninguna persona, ni que se dedique a la profesión, industria o comercio que desee. (Art. 5 de la Constitución Política, 3 y 4 de la Ley Federal del Trabajo)

DERECHO A LA EDUCACIÓN

Es derecho de toda persona a tener acceso a una educación que le permita desarrollar sus facultades como ser humano. (Art. 2 de la ley General de la Educación y 3 de la Constitución)

DERECHO A LA CULTURA RECREACION y DEPORTE

Las bibliotecas deberán contar con materiales de lectura en sistema Braille y en audio para personas ciegas o débiles visuales. (Art. 2 de la ley general de bibliotecas y art. 12 de la Ley de Estímulo y Fomento del Deporte).

DERECHO AL RESPETO DE LA DIGNIDAD E INTEGRIDAD PERSONAL

Para garantizar el respeto a la dignidad e integridad; la autoridad previene a toda persona de cometer actos o de inducir a aquellos que tiendan a vulnerarlos. Por lo tanto implica el derecho de todo ser humano de ser protegido en sus aspectos físicos, mentales, morales. Por lo cuál la persona con discapacidad tiene derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena que sea posible.

El Código Penal señala sanciones a quien:

- 👉 Abuse sexualmente de una persona (violación)
- 👉 Ocasione contusiones, fracturas o heridas
- 👉 Abandone un niño(a) con alguna discapacidad o persona con alguna enfermedad; teniendo la obligación de cuidarla.

DERECHO CIVIL

Este derecho esta constituido por un conjunto de normas que se refieren a las relaciones jurídicas, a la vida ordinaria del ser humano en su categoría de persona. Dentro de estas normas civiles destacan aquellas referidas a los alimentos, los cuales comprenden la comida, vestido, habitación y asistencia en caso de enfermedad.

DERECHOS POLITICOS

Las personas con discapacidad tienen derecho al voto y a ser elegidos para un cargo de elección popular.

La falta de interés, una inadecuada formación y actitudes negativas hacia las personas con discapacidad intelectual los ha convertido en un problema social que trasciende los límites del diagnóstico y la clasificación, es algo de lo cual deberían responsabilizarse las diversas instituciones sociales, interviniendo de una manera activa; evitando el ocultamiento y/o la exclusión que se les ha dado. Estas personas tienen derecho a que se les atienda de acuerdo a sus necesidades, sin condicionarlos a sus diferencias o discapacidades. La discapacidad intelectual no es concepto, clasificación ó enfermedad, más bien un grupo de "personas" que deben ser tratadas como tal, son seres humanos que sienten y piensan dentro del marco de sus posibilidades, pertenecen a cualquier raza, religión y nacionalidad; se les encuentra en poblaciones pequeñas, en las grandes ciudades y en zonas rurales, tienen derechos y obligaciones, pero necesitan el apoyo y aceptación de la sociedad en la que viven, para salir adelante y potencializar sus capacidades.

Así también, las personas con limitaciones tienen el derecho de acceso al contacto social, emocional y sexual al igual que las personas sin limitaciones, por lo que existe una carta de derechos sexuales de las personas con limitaciones (Zacarias 1997):

1. Derechos a la expresión sexual.
2. Derecho a la intimidad.
3. Derecho a ser informado sobre su sexualidad.
4. Derecho de acceso a los servicios necesarios, como son la asesoría en uso de anticonceptivos, atención médica y asesoría genética y sexoterapéutica
5. Derecho a escoger el estado civil que más convenga a la persona limitada.
6. Derecho a tener o no una Familia.
7. Derecho a tomar las decisiones que afectan a la vida de cada individuo en particular
8. Derecho a la oportunidad de desarrollar todo el potencial del individuo

La Comisión Nacional de Derechos Humanos afirma que "el discapacitado intelectual es un ser humano que posee una restricción o pérdida, permanente o transitoria, de alguna o algunas facultades físico psíquicas. También debe resaltarse que la mayor o menor dificultad para cumplir y desarrollar una actividad determinada depende del grado de conciencia de la sociedad respecto al discapacitado y de la sociedad".

Así el comité Socio-Sexual de la CONFE marca una postura respecto a la importancia de la sexualidad en personas con discapacidad intelectual, la cual ha sido adoptada por los delegados representantes de las diversas asociaciones que la conforman. Esta postura afirma que la persona con discapacidad mental tiene el derecho básico de:

- 👉 Privacia.
- 👉 Amar y ser amado.
- 👉 Desarrollar amistades y relaciones
- 👉 Elegir amigos
- 👉 Aprender acerca del sexo, problemas sexuales, abuso sexual, sexo seguro y otros temas en relación a la sexualidad.
- 👉 Casarse y tener hijos.

Por tanto destaca la necesidad de conocer y aprender más de esta población, eliminando la ignorancia que la rodea, solidarizarnos con la problemática y obstáculos que enfrentan, promoviendo una cultura de aceptación y apoyo hacia ellos, ya que fueron las mismas instituciones sociales las que con sus prejuicios y mala información ha convertido a esta población en un "problema social", es así que sería deseable que reestructurar los pensamientos, acciones y actitudes hacia estas personas propiciándoles una mejor calidad de vida.

Capítulo II

Historia de la sexualidad

A lo largo de la historia, la sexualidad humana ha adquirido connotaciones negativas y ha sido rodeada de un halo de misterio y secretismo porque se consideraba un bajo instinto, algo vergonzoso y censurable que únicamente respondía a una tentación, al vicio, al pecado (Foucault, 1993).

La represión sexual impuesta por la Iglesia y la inferior consideración social de la mujer han condicionado enormemente la evolución de la conducta sexual del ser humano.

LAS ANTIGUAS CIVILIZACIONES

En Mesopotamia se rendía culto a Astarté, diosa protectora de la sexualidad, a la que las mujeres jóvenes ofrecían su virginidad entregándose a un extraño en el templo.

Posteriormente en Grecia se adoraba a Afrodita, en cuyo honor se realizaban ritos de amor y fecundidad. Éstas y otras manifestaciones cuya finalidad era la unión del sexo y lo sagrado, simbolizaban el vínculo del hombre con la naturaleza y con los dioses. Pero además suponían una forma de mantener o incrementar los bienes familiares, algo que se refleja por ejemplo en los antiguos matrimonios: en Babilonia, Grecia y Roma se estableció firmemente la norma de intercambiar regalos o entregar a la hija una dote para contribuir a su seguridad durante el matrimonio.

La mujer comenzó a ser una mercancía de intercambio, al tiempo que se instituyó la familia como algo sagrado y el matrimonio se convirtió en un ritual.

Así, en el antiguo Egipto, se consolidó la costumbre de que el heredero del trono debía casarse con su hermana para ser considerado rey legítimo; en el fondo, el objetivo era la protección de su patrimonio. En Babilonia se castigaba cruelmente el adulterio de la mujer, a la que se arrojaba al río junto con su amante, o bien se le cortaba a ella la nariz y él era castrado. En Babilonia y también en Israel, la finalidad del matrimonio era la procreación y el mantenimiento del poder del clan.

En el siglo V a. C. en Grecia, la construcción de las ciudades y el desarrollo de las actividades artesanales y comerciales dio lugar a que el hombre comenzara a perder el contacto con la naturaleza y se dedicara al ocio y al arte, por lo que la sexualidad empezó a perder su sentido profundo y se realizaron múltiples orgías que suponían simplemente una liberación personal.

Se sustituyó el culto de Afrodita por el de Dionisos, dios del vino, y se creó al dios Apolo, caracterizado por su sabiduría y tendencia a la moderación del instinto; con ello se intentaba lograr un equilibrio entre ambos extremos. Sin embargo, la tarea de la mujer de Atenas era exclusivamente la de perpetuar la raza y ocuparse de los hijos, mientras los hombres recurrían a las hetairas para saciar sus impulsos sexuales e intercambiar ideas sobre cultura y arte, pues se trataba de cortesanas que no sólo vendían su cuerpo, sino también su encanto, conocimientos y amistad.

Además, la práctica de la homosexualidad masculina era algo muy extendido, pues se consideraba como una búsqueda de la belleza y del amor.

En cambio, en Roma, en los tiempos de la República, aún se mantenía la estructura de familia patriarcal y el respeto a la religión. Pero con la corrupción de la clase dirigente y las guerras coloniales a las que debía hacer frente el Imperio para mantener unidos a pueblos tan diversos, la unidad familiar se rompe y el panorama cambia por completo.

La mujer se desentiende de los hijos, cuya educación es confiada a una sirvienta o a un esclavo, se extiende el aborto como método anticonceptivo y se recurre al sexo y a la lujuria para la realización personal, tanto masculina como femenina, puesto que la obtención de placer era el valor dominante al que se sometía todo lo demás.

El adulterio, preconizado por Ovidio en "El arte de amar", y el divorcio eran aceptados y practicados en numerosas ocasiones. Los excesos, la avidez sexual y el desenfreno caracterizan a la última etapa del Imperio romano, si bien comenzó a surgir una corriente contraria, encabezada por filósofos estoicos y neoplatónicos, que defendía la espiritualidad y unos nuevos principios.

RELIGIÓN Y REPRESIÓN SEXUAL

Tras las invasiones bárbaras y el declive económico y territorial sufrido por los romanos, triunfa el cristianismo, que impone ideas muy restrictivas en materia sexual. El Antiguo Testamento califica como impuros el adulterio, la fornicación, la prostitución, la sodomía y la homosexualidad.

La monogamia es estricta y el matrimonio indisoluble, al tiempo que se prohíbe tajantemente toda relación extramarital.

La mujer es situada en una posición de inferioridad respecto al hombre y considerada poco más que una esclava del varón, e incluso se llegó a debatir en el concilio de Macón la existencia de alma en la mujer.

Se exalta la castidad como símbolo de pureza y el acto sexual es considerado como algo pecaminoso, incluso dentro del matrimonio; se admite porque es imprescindible para la procreación, considerada como un deber sagrado, pero para conseguir que el placer sea mínimo y evitar la visión del cuerpo desnudo, las mujeres debían ponerse un camisón que poseía a la altura de los genitales un orificio por el que el marido debía introducir el pene.

El mito de Adán y Eva sitúa a la mujer como foco de tentación, hasta el punto que San Pablo llega a afirmar en la Epístola a los Corintios que "...bien le está al hombre el evitar el contacto con la mujer. Sin embargo, por evitar la fornicación, que cada hombre tenga su mujer, y cada mujer su marido. (...) Si no pueden guardar continencia, que se casen. Es mejor casarse que abrazarse."

San Jerónimo considera que cada contacto sexual aleja un poco más del Espíritu Santo y, por otro lado, el papa Gregorio el Grande en el siglo VI indica que el pecado original es hereditario: "El apetito de nuestros padres por la carne es la causa de nuestra vida y por eso somos pecadores".

Para San Agustín, libertino durante su juventud que posteriormente renegó de su pasado, el amor es deleznable, infernal, podredumbre y pus. La renuncia al placer y el sacrificio son obligatorios.

Todo ello da lugar a que se extienda un sentimiento de culpabilidad y malestar entre los cristianos, obligados a avergonzarse de su cuerpo y a la represión de sus instintos naturales.

En el año 711 los árabes invadieron la Península y la mayoría de sus habitantes se convirtió al Islam, religión que, si bien toleraba el placer sexual, relegaba de nuevo a la mujer a vivir para el hombre, procurarle satisfacción y cuidar de sus hijos y de su casa. Más aún: se llegaba incluso a considerarla como un instrumento de servidumbre o un simple vegetal. Averroes lo expresa así: "No se ve entre nosotros mujer alguna dotada de virtudes morales; su vida transcurre como la de las plantas, al cuidado de los maridos."

Para rebelarse a este sometimiento, la mujer a menudo recurría al adulterio, por lo que se impuso entonces un drástico remedio, la extirpación del clítoris, con la finalidad de evitar que obtuviera placer con la relación sexual. Esta práctica se sigue realizando en la actualidad en algunos países islámicos cuando la mujer cumple nueve años.

Pero hacia el siglo XI ya todo era diferente en España, se produjo una relajación de las costumbres y la sociedad era más tolerante y permisiva en materia sexual. Sin embargo, con la caída del califato, los bereberes impusieron una estricta moral y una intensa vigilancia llevada a cabo por censores para evitar todo contacto entre hombres y mujeres que pudiera predisponer a la "fornicación".

Durante la Edad Media, a pesar de las intensas creencias religiosas y del gran poder del clero, existe cierta promiscuidad y el sexo impregna muchas actividades de la vida cotidiana. Se trataba de una válvula de escape, un desahogo ante una vida corta y sin comodidades, sometida a continuas guerras, hambre y epidemias.

Sin embargo, por ser un largo período, encontramos en la Edad Media muy diversas costumbres y prácticas amorosas. Así, por ejemplo, es característico de los siglos XII y XIII el amor cortés, un amor platónico por el que el hombre rendía culto a la mujer de la que se había enamorado; el caballero se empeñaba en ser merecedor de la dama, elevada a una imagen mítica que la hacía inaccesible. Pero este amor sólo podía vivirse fuera del matrimonio, pues no sobreviviría a la rutina diaria, y pronto encontró la oposición de la Iglesia.

También es característico de la Edad Media el uso del cinturón de castidad, invento procedente de Oriente que imponían los maridos a sus mujeres para garantizar la fidelidad durante su ausencia; se trataba de unos pesados hierros con candados que impedían la realización del acto sexual.

Por otro lado, sólo a partir del siglo XVI y a raíz del concilio de Trento, se estableció la obligación de que el matrimonio fuese público y ante un sacerdote. La mujer podía casarse a los doce años, y el hombre a los catorce. Aunque el divorcio estaba prohibido, se admitía como causa de anulación el que alguno de los cónyuges fuera incapaz de la consumación del acto sexual. Además, la Iglesia reguló la frecuencia sexual dentro del matrimonio, de forma que las parejas debían abstenerse cuarenta días antes de Navidad, los ocho posteriores a Pentecostés, los miércoles, viernes y domingos, las fiestas religiosas, los días de ayuno, cinco días antes de la Comunión y uno después: en total, unos ocho meses al año. Ello favoreció el concubinato y la asistencia a prostíbulos.

La homosexualidad femenina se llegó a permitir, a diferencia de la masculina, cuya práctica fue severamente reprimida.

En cuanto al aborto y al infanticidio, en muchas ocasiones suponían la condena a muerte de quien los efectuara.

Durante el Renacimiento, la mayor parte de Europa fue sometida a una aún mayor represión sexual, debido a la unión Iglesia-Estado, pero España gozaba de cierta libertad que posteriormente el clero intentó restringir. Además, en esta época comienza a adoptarse un enfoque científico para el estudio de cualquier fenómeno, y la sexualidad no escapa a este análisis, aunque la falta de rigor todavía asoma en multitud de documentos de entonces.

Mientras tanto, la sífilis, importada de América, hizo estragos en el continente europeo y se extendió al resto del mundo. El preservativo se inventó en el siglo XVII, pero su uso no comenzó a divulgarse hasta el siglo siguiente.

En el siglo XVII España se encierra en sí misma y se aísla de las ideas liberales del extranjero. Impera la incultura, el fanatismo y el desprecio al trabajo, en tanto que la vida sexual se caracteriza por la constante oposición de la Iglesia al placer; contrariamente, surge una especie de doble moral que obliga a la mujer a permanecer fiel mientras el marido adquiere relevancia social si mantiene a mancebas o queridas. Del mismo modo, como la mujer debía llegar virgen al matrimonio, la virginidad se convierte en un valor muy apreciado por los hombres, que incluso llegan a exigirlo por escrito.

ANTECEDENTES DE LA LIBERACIÓN

La influencia de la Ilustración en el siglo XVIII supone una renovación del pensamiento y la adquisición de nuevos valores en todos los órdenes. No sin ciertas reticencias por parte de algunos sectores, se implanta una nueva visión de la mujer que cuestiona su inferioridad y sumisión al varón en la institución matrimonial, y se le concede el placer de disfrutar de la vida. Se puso de moda el cortejo a las damas y una mentalidad más abierta en materia sexual.

Ya en el siglo XIX, época del Romanticismo, se produce una exaltación de los sentimientos y una tendencia a la liberalización de las costumbres sexuales. La clase acomodada muestra a sus amantes y queridas sin pudor, el adulterio ya no es penado con la muerte y, en 1851, surge un

proyecto de Ley de Divorcio. Los burdeles se multiplicaron y las grandes cortesanas triunfaban entre la aristocracia y la realeza, al tiempo que aparecieron nuevas formas de seducción sobre los escenarios, tales como el strip-tease en Nueva York.

LA REVOLUCIÓN SEXUAL

La revolución industrial, los avances en las comunicaciones y las controvertidas teorías de Freud sobre la sexualidad humana, constituyen factores fundamentales para el inicio de la modificación de las actitudes de la sociedad en materia sexual.

Asimismo, los movimientos juveniles de la década de 1960 y la transformación política y económica del momento, propician la ruptura de la ortodoxia sexual impuesta por la religión a lo largo de los siglos, y se considera que la sexualidad es una función básica del ser humano, algo natural e inherente a él que debe ser disfrutado sin temor ni sentimientos de culpabilidad. Se produce entonces la exaltación del erotismo, del amor libre y de la no represión.

Otro aspecto crucial de esta revolución es el cambio de la situación social de la mujer, debido al surgimiento de planteamientos igualitarios respecto al hombre; ello se traduce en la valoración de su capacidad para asumir nuevas responsabilidades, la no limitación de sus funciones al cuidado del hogar y de los hijos y en su consecuente integración en el mundo laboral. Por otro lado, el desarrollo de los métodos anticonceptivos proporciona a la mujer la posibilidad de disociar acto sexual y procreación y una mayor libertad para entregarse al goce sexual.

Sin embargo, todavía en los años 50 y 60, sociedades tan conservadoras como la norteamericana, quedaron conmocionadas con la aparición de diversos estudios sexológicos, tales como los de Masters y Johnson o el Informe Kinsey, que revelaban, entre otras cosas, el hecho de que en la sociedad se habían extendido ciertas prácticas sexuales como la felación o el sexo anal, prohibidos por la ley en algunos Estados.

A pesar de las reacciones en contra, se implantó de forma progresiva un nuevo concepto de sexualidad y unas actitudes más permisivas al respecto, e incluso cierta promiscuidad en los años 80. Pero la aparición del SIDA como enfermedad de transmisión sexual dio lugar a un nuevo enfoque, tendente a recomendar la adopción de las precauciones necesarias, tales como el uso del preservativo o la realización del acto sexual exclusivamente con una pareja estable.

Así, en la actualidad se observa el inicio de una corriente, hasta el momento minoritaria, caracterizada por el conservadurismo en materia sexual, y prueba de ello son los clubes de castidad que han aparecido en algunos países, incluida España.

Pero los planteamientos sobre sexualidad varían enormemente en función de las diversas culturas, sociedades y religiones, y aunque en muchos lugares se ha conseguido eliminar la mayoría de los tabúes existentes e implantar una formación en materia sexual, todavía hay países en los que queda un largo camino por recorrer para considerar la sexualidad humana en todas sus dimensiones.

Capítulo III

Perspectiva Biopsicosocial de la Sexualidad.

Vista la sexualidad como la expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados, entonces está determinada e influida por factores biológicos, sociales y psicológicos, los cuales actúan recíprocamente a lo largo de toda la vida de los individuos. De tal manera que la acción de cada uno de ellos se encuentra en interdependencia directa con los otros, propiciando que la forma en que se manifiesta la sexualidad dependa del sexo, y de la formación particular que se tiene como seres pertenecientes a un grupo social.

Estos factores y cómo es que influyen y determinan las concepciones y las actitudes acerca de la sexualidad en cada persona, se puede ver en lo siguiente:

3.1 Factores Biológicos:

Tienen su base biológica en el sexo, es decir en el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en el ser humano difieren al varón de la mujer.

Teniendo su principio en la información genética que todo mundo trae consigo desde el momento mismo de la fecundación, al unirse el óvulo y el espermatozoide, cada uno aportando sus 23 cromosomas para completar el necesario de 46 del nuevo ser humano, los cuales traen consigo los genes particulares que determinarán el sexo y muchas otras características del niño. Los cromosomas sexuales se definen como XX en el caso de la mujer y XY para el hombre (Brostein. 1983).

De este principio genético parten el resto de las características físicas que determinan el sexo de cada persona. Un vistazo a la forma en que se constituyen el aparato genital femenino y masculino, y que se presentan en los esquemas siguientes, podría ser suficiente en algunos casos para reconocer el aspecto biológico de la sexualidad.

3.1.1 El aparato genital masculino.

El **pene** tiene forma cilíndrica, ensanchándose en su extremo para formar el glande. Su estructura interna es la de una envoltura resistente con pequeñas cavernas, que contiene un conducto llamado uretra y vasos sanguíneos, estando todo ello rodeado por una piel muy sensible. Cuando tiene lugar la excitación, la sangre fluye, llena las cavernas y el pene se alarga y endurece. Esta erección se produce por un sistema hidráulico que usa sangre como líquido de bombeo.

La **uretra** es el canal conductor de la orina y el semen.

El glande es la zona del pene con mayor cantidad de nervios sensores y por tanto es el área más sensible a la estimulación. El prepucio es la piel que cubre el glande cuando éste no está en erección. Durante la erección se retrae y el glande queda al descubierto.

Los **testículos** son dos bolsas situadas cerca de la base del pene. Están formados por el escroto (piel sensible que los rodea) y los testículos propiamente dichos o glándulas sexuales masculinas. Los testículos son el lugar donde se desarrollan los espermatozoides. Contienen gran cantidad de

pequeños túbulos (túbulos seminíferos) donde se producen constantemente millones de espermatozoides, así como células productoras de hormonas.

Los **tubos seminíferos** conducen hasta el epidídimo y éste al conducto deferente que desemboca en la uretra.

Los **espermatozoides** maduran en el epidídimo y durante el recorrido que hacen por el conducto deferente hasta instalarse en la vesícula seminal, que fabrica un líquido viscoso que los protege.

La **próstata** es la estructura glandular donde se unen las vías urinaria y seminal, en ella se torna común la ruta que siguen orina y semen, si bien sus emisiones nunca serán simultáneas. Su función es generar el líquido que protege y alimenta a los espermatozoides.

El **semen** o **esperma** es un líquido lechoso y viscoso que se expulsa en la eyaculación. Está formado por espermatozoides, líquido de origen seminal y líquido prostático.

3.1.2 El aparato genital femenino.

Los genitales femeninos externos reciben el nombre global de vulva.

La vulva comprende:

- El **monte de Venus**: área situada sobre el pubis que a partir de la pubertad se cubre de vello.
- Los **labios externos**: dos pliegues de piel carnosos y cubiertos de vello.
- Los **labios internos**: pliegues más finos y desprovistos de vello.
- El **clítoris**: con estructura similar a la del pene, está formado por tejido eréctil y se localiza en la parte superior de la vulva, en el punto de unión de los labios interiores. Es el centro receptor de la estimulación sexual.
- El **meato uretral o urinario**: es una pequeña abertura conectada con la uretra. Está localizado entre el clítoris y el orificio vaginal. No tiene ninguna función asociada a la reproducción.
- El **orificio vaginal o entrada a la vagina**: se localiza entre el meato y el ano. Es una zona muy sensible en cuyo interior se encuentra el himen, una membrana fina que cierra parcialmente la entrada a la vagina en mujeres vírgenes.

Los genitales femeninos internos están localizados en el abdomen y se componen de:

- Los **ovarios**, que son los órganos encargados de producir óvulos y la secreción de hormonas. Contienen gran cantidad de óvulos inmaduros, cada uno de los cuales está envuelto en un folículo.
- Las **trompas de Falopio**, que parten de cada uno de los ovarios y llegan al útero. Son los conductos que recogen al óvulo y el lugar donde ocurrirá la fecundación.
- El **útero** o **matriz**: una estructura muscular que forma una cavidad cubierta por una mucosa, el endometrio. Aumenta de grosor después de la ovulación, y prepara al útero para acoger al óvulo fecundado. Si no existe fecundación se elimina junto con sangre, dando lugar a la menstruación o regla.
- El **cuello del útero**: une al útero con la vagina. Produce un líquido que favorece el avance de los espermatozoides.

- **La vagina** es el conducto que va desde el cuello del útero al exterior, es dilatable y aloja al pene durante el coito. Estimulada por la excitación sexual genera un líquido lubricador que facilita la penetración.

Hasta aquí se han descrito las características anatómicas y fisiológicas que determinan el sexo, sin embargo como ya se ha mencionado, al incluir la sexualidad las formas de pensar, sentir y actuar como hombres y como mujeres, su desarrollo se logra a través de la influencia de otros factores. Ellos son:

3.2 Factores Sociales

Al agruparse los seres humanos entre sí para satisfacer sus necesidades formando grupos sociales, cada sociedad dentro de su peculiar cultura fundamenta valores, confecciona creencias y articula esquemas ideológicos y simbólicos sobre la realidad, teniendo así valores sexuales definibles, creencias y normas,

Sistemas explicativos (creencias falsas) y sanciones específicas (tabús) que moldean el comportamiento y regulan las relaciones entre los miembros de la sociedad en el ámbito sexual (Consejo Nacional de Población, 1982).

Puesto que el proceso de socialización está encaminado a que cada miembro del grupo haga suyos los elementos normativos establecidos para la convivencia, la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una determinada manera (Olguín, 1982)

Cada individuo, desde que nace, se encuentra sujeto al proceso de socialización de la sexualidad, mediante el cual la sociedad le transmite los modelos de hombre y mujer que están vigentes. Reflejándose las pautas o modelos de conducta en la manera en que se tratan hombres y mujeres, en la forma y estructura de la familia, en el modo como se concibe la vida sexual, en las pautas de fecundidad y en los problemas sociales que surgen en torno a aspectos sexuales (Consejo Nacional de Población *ibid*).

De acuerdo con Guadalupe Fernández (1982), la sociedad transmite las pautas de comportamiento y normas de conducta sexuales "deseables" y aceptables a través de distintos canales; la familia, la escuela, los grupos de amigos, la religión, las leyes y los medios de comunicación masiva, los cuales actúan contradiciéndose y complementándose, para influir de manera determinante en la sexualidad, y los describe de la siguiente manera.

A. La familia

Al constituir el primer grupo social en el que los niños se desenvuelven, es su primer vínculo con la sociedad y en la que vive y aprende a colaborar para el beneficio del grupo social, a dar y recibir cariño, logrando en ella su identidad sexual identificándose con su padre o madre según sea su sexo, aprende también las pautas de comportamiento de acuerdo a su sexo.

B. Escuela

Con el ingreso de los niños a ella, tienen la oportunidad de conocer otros modelos y pautas de conducta permitiéndoles contrastarlas con la propia, que es el resultado de lo normado dentro del seno familiar. Muchas veces es la escuela la que permite el primer contacto del niño con la educación sexual formal puesto que acción educativa de la escuela es intencionada y programada reflejándose generalmente los modelos vigentes de la sociedad.

El maestro es otro personaje importante en la vida de los educandos, al tratarse de una más de las personas que los niños admiran y, quienes al traer consigo su propia historia personal también transmitirán a sus alumnos sus propios esquemas y valores relacionados con la sexualidad.

C. Los grupos de amigos

Éstos constituyen grupos primarios que no se establecen respondiendo a reglamentos ni leyes formales, sino que la relación se da espontáneamente de persona a persona. El mismo grupo formula sus normas y reglas, y los componentes del grupo se comprometen implícita o explícitamente, por ello es tan fuerte su influjo en sus integrantes, ya que las normas y valores del grupo se perciben como elegidas y no como impuestas.

En el grupo de amigos se establecen vínculos de solidaridad, de intimidad, de identificación que facilitan el clima de confianza necesario para entablar conversaciones relacionadas con la sexualidad, dado su carácter de secreta en otros ámbitos.

A veces los niños encuentran compañeros de juego con los que pueden satisfacer su curiosidad sexual viéndolos y tocándolos. Los amigos van evolucionando en la sexualidad, con dudas e inquietudes que los acercan. (Hurlock, 1994)

D. La religión

La sacralización de los valores y creencias que ofrece la religión determinan los castigos y recompensas, para el buen y mal comportamiento, ligándose con lo sobrenatural. Una de las principales contribuciones de la religión a la civilización es su capacidad funcional de asegurar la transmisión, de generación en generación, de las formas de conducta aprobadas y pretendidamente bendecidas por los dioses, y es esto mismo lo que le da un carácter de inviolable, puesto que el control no se da ante la presencia concreta de un alguien material, sino de un alguien ideal; que está en todas partes.

De la ideología y creencias religiosas nace el concepto de pecado ante la comisión de unas u otras conductas relacionadas con la sexualidad que la iglesia califica como indeseables.

No han faltado corrientes religiosas que niegan o reprimen el ejercicio de la sexualidad, que califican el cuerpo como malo, que sólo permiten la unión sexual como medio para la procreación, que condena el goce de la comunicación corporal y, que discriminan a la mujer por el sólo hecho de serlo. Pero esto ni es común en todas las religiones ni es percibido de la misma manera por todas ellas.

E. Las leyes

El reconocimiento legal que otorgan, presta coherencia, regularidad y aceptación a las formas sociales y códigos de conducta. Otorga legitimidad al proveer criterios de sucesión acerca de quién tiene derecho de ejercer qué clase de autoridad. Comunica normas morales al definir los derechos y responsabilidades, y apoyan sus definiciones con la amenaza de la coerción.

A través de las leyes la sociedad se autosanciona en lo referente a algunas conductas sexuales que considera perjudiciales para el bien común; tales como el abandono de la familia, el adulterio, el aborto, la violación, etc.

F) Los medios de comunicación masiva

En ellos se incluyen las revistas, la televisión, la radio y el cine, se dice que se trata del canal de socialización de la sexualidad de mayor alcance, puesto que puede llegar a todos los estratos socioeconómicos, a todas las regiones, a todos los niveles de preparación y a todas las edades.

A pesar de que el principal objetivo de estos medios es el consumismo y que para ello se vale del uso del hombre y la mujer como objetos sexuales, también en ellos se transmiten mensajes distintos con respecto a la sexualidad: permiten a los individuos entrar en contacto con otras culturas y formas de comportamiento sexual; permiten la reflexión y crítica ante determinadas situaciones y problemáticas sexuales; reflejan la realidad familiar y social; plantean modelos de hombre y mujer de acuerdo a distintos estratos socioeconómicos y culturales predefinidos; colorean la realidad al presentarla a través de un filtro; reiteran mensajes que van dejando huella en el individuo; son un instrumento creativo e innovador; sancionan conductas sexuales; presentan el sexo unido a la violencia, ternura, dinero, estatus y poder.

Cierto es que los canales de socialización de la sexualidad influyen de manera determinante en la sexualidad, pero, tal como Fernández (1982) también lo explica "Es posible, al menos en parte, ser uno mismo", reflexionando y analizando todo lo que nos rodea, acerca de la propia vida, de nuestro ser y proceder, de nuestros ideales concretos y abstractos de hombre y mujer. Haciendo conciencia de lo natural e instintivo en contraparte con lo aprendido, y eligiendo libremente el camino para la autodeterminación.

3.3 Factores Psicológicos

A pesar de que la cultura se hace visible en las uniformidades que se observan de las conductas dentro de un grupo social, la definición de los elementos culturales es una aproximación, puesto que en cada individuo se encuentran variantes del patrón general. (Carriso, López y Dávalos, 1982).

De tal forma todas las personas desarrollamos nuestros propios sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, delimitándose en este sentido el aspecto psicológico de la sexualidad. Al cual Olguín (1982) define como la identidad sexual, refiriéndose a la forma individualizada de ser, pensar y sentir, que nos hace únicos y originales dentro de nuestro grupo.

Ellos mismos distinguen la identidad sexual en tres aspectos básicos, coincidiendo con Money (1982) en los dos primeros, estos son:

- a) Identidad de Género; la que se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado.
- b) Rol de Género; se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y a sí mismo el sexo al que pertenece.
- c) Orientación sexual; se refiere a la atracción, gusto o preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva y en la fantasía.

Después de conocer los factores biopsicosociales de la sexualidad. Se considera que éstos aportan elementos importantes para identificar la diversidad de influencias que, a lo largo de nuestra vida, tenemos toda persona, con discapacidad o sin ella, en la formación de nuestra sexualidad, lo cual podría permitirnos la comprensión y aceptación de la propia sexualidad, así como la de los demás.

Capítulo IV

Discapacidad Intelectual y sexualidad

Se define como discapacitados intelectuales a las personas con un funcionamiento intelectual inferior al del término medio de la población, acompañado de una dificultad para adaptarse a los requerimientos socioculturales de la comunidad, muchas veces asociado a un retraso madurativo motor en los primeros años de vida (Secretaría de Educación Pública, 2001).

En la actualidad, para calificar a una persona como discapacitado intelectual, se considera necesario demostrar alteraciones en las funciones intelectuales, así como en la capacidad de adaptación.

Se puede clasificar a las personas con discapacidad intelectual de la siguiente manera: discapacidad intelectual leve, moderada, severa o profunda. La mayoría de las personas que rodean a los que presentan discapacidad intelectual, calcula su edad mental por el manejo de situaciones como aprendizaje, hábitos de higiene, independencia, manejo del dinero, independencia en el uso del transporte, actividades laborales, actividades en el hogar, toma de decisiones, etcétera, y se justifica la dificultad en la realización de estas actividades por la discapacidad intelectual. En cambio, cuando de sexualidad se trata, exigen de estas personas comportamientos acordes a su edad cronológica, lo cual confunde a este individuo que no comprende cómo para ciertas cosas no puede elegir porque es débil mental y para otras se lo reprime y exige comportamientos de adulto.

El funcionamiento sexual de las personas con discapacidad mental se interpreta a partir de la sexualidad del adulto y de los prejuicios en torno de la sexualidad de los débiles mentales. Por lo tanto, se intenta reprimir los impulsos sexuales que tienden a la búsqueda de placer, cuya manifestación es una necesidad indispensable para el reconocimiento de sí mismo y la construcción de la identidad sexual, sin la cual es imposible definirse como sujeto deseante.

Las personas con discapacidad intelectual son seres sexuales como los demás, con diferencias notables según su grado de discapacidad, por lo que se debe primero conocer sus diferencias y luego respetar sus derechos para acompañarlos hacia una vida sexual saludable y feliz. Se debe destacar que con una buena estimulación, y en un clima adecuado, una persona con discapacidad intelectual logra, a su tiempo y ritmo un desarrollo psicosexual comparable al desarrollo evolutivo normal para ser equivalente a su edad mental. El proceso biológico de los discapacitados intelectuales, es decir su conformación anatómica, el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios, la producción hormonal tanto masculina como femenina, la menarca (primera menstruación), o la eyaculación (primera eyaculación nocturna) y el aumento de los impulsos biológicos, transitan por las mismas vías que en cualquier otro ser humano, pero la forma de expresar dichos impulsos puestos a la búsqueda de placer, estarán determinados por la edad mental. Por lo tanto será imposible que estas personas actúen con expresiones adultas, salvo que existan conductas imitativas o que sean guiados por algún adulto.

El contexto familiar y social promueve y favorece relaciones sociales, sexuales y funcionales adecuadas para una situación particular o las obstruye y dificulta, haciéndolas disfuncionales. Desde el punto de vista del desarrollo psicosexual, todas las personas con retraso mental moderado y leve pueden atravesar en las distintas etapas del desarrollo psicosexual, que permiten la erogenización de cada zona específica y del cuerpo en su totalidad (Aguilar, 1996).

La estimulación corporal que reciben de las figuras afectivas y las producidas por autoestimulación conducen al reconocimiento del placer y, por lo tanto, buscan la gratificación repitiendo situaciones similares. Las exploraciones que estas personas realizan con su propio cuerpo les permiten reconocer zonas más placenteras y descubrir las diferencias anatómicas entre los sexos. A través de los juegos sexuales pueden elaborar y comprender los comportamientos de los roles femenino y masculino, facilitando las identificaciones con las figuras de apego. Cuando el medio familiar y social respetan la individualidad de estas personas, comprenden su propia intimidad y respetan la intimidad de los demás, logran desplegar sin interferencias sus manifestaciones personales. Es necesario respetarlos cuando dan señales de búsqueda de intimidad, pues esto les permite avanzar en el desarrollo evolutivo.

Si el desarrollo psicosexual sigue el camino previsto, elegirán efectivamente algún compañero/a con quien compartir contactos corporales de exploración, descubriendo el cuerpo del otro como fuente de gratificación. Durante la pubertad, se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y aparece la menarca en la mujer y eyaculación en el hombre, y debido al aumento en la producción de hormonas sexuales se incrementa el impulso en la búsqueda de gratificación, pero como el desarrollo intelectual se encuentra en un estadio diferente, logran la satisfacción desde la afectividad infantil que su edad mental determina (Marinis 1995).

Las personas con discapacidad intelectual moderada no buscan, por propia iniciativa, una relación coital y por lo tanto no acceden a una vida reproductiva con conciencia de lo que esto significa, salvo que sean objeto de abuso sexual o que sean adiestradas en la actividad. En cambio, las personas con discapacidad intelectual leve atraviesan con menores dificultades las etapas evolutivas del desarrollo psicosexual, pero como su capacidad intelectual alcanza niveles superiores, pueden acceder a la comprensión y toma de conciencia de posibilidades sexuales y de la capacidad orgásmica, por lo que pueden manifestarse con la intencionalidad propia de la sexualidad del adolescente.

Por otra parte hablar de iniciación sexual en personas con discapacidad intelectual nos confronta inmediatamente con varios temas, tales como autodeterminación, libre elección, responsabilidad, conceptos morales, prejuicios sociales, dependencia-independencia, interrelación persona-familia-institución- sociedad, derecho a ejercer la propia sexualidad, respeto, diferentes niveles de discapacidad intelectual y otros temas tan conflictivos como éstos.

Los adultos responsables de estas personas decodifican, interpretan y traducen los cambios hormonales, anátomo-fisiológicos, emocionales y actitudinales durante la pubertad y adolescencia como "urgencias" sexuales", cuando en realidad las respuestas biológicas de sus hijos son las esperables para la edad cronológica que atraviesan. Erróneamente creen que todos los impulsos que no se descargan, por acumulación producen mayor tensión y pueden llevar a excesos difíciles de

controlar; por lo tanto necesitan imperiosamente ser olvidados. Esta actitud se emprende con los hijos, pero cuando se trata de las hijas con discapacidad intelectual, la misma situación se decodifica de manera diferente. Se interpreta que éstas no tienen "urgencias" ni necesidades sexuales (Torrices, 1997).

Evidentemente dicha interpretación está impregnada de los conceptos de doble moral para hombres y mujeres que imperan en nuestra sociedad y que se reproducen también hacia las personas con discapacidad intelectual. En primer lugar se debe diferenciar el nivel de discapacidad intelectual de cada individuo. En presencia de niveles profundos y severos, no existe la posibilidad de comprender una relación coital, por lo que será contraproducente que vivan dicha experiencia.

Una persona con discapacidad intelectual moderada no tiene posibilidades de aprender, por su propia experiencia, actividades con objetivo coital. Cuando la misma se realiza es por orientación de otra persona o por imitación, pero nunca por propia comprensión. Si a esto se le agrega el clima de pobreza emocional, sin intercambios efectivos, que es vivido incluso como agresivo en la relación sexual con una persona desconocida, puede ocasionar una gran confusión y retracción en otros contactos efectivos. Cuando estamos en presencia de personas con discapacidad intelectual leve, es necesario diferenciar el nivel de desarrollo psicosexual alcanzado. Si no han alcanzado la toma de conciencia de la capacidad orgásmica y no pueden darle simbolismo erótico e intencionalidad sexual, la situación coital produce lo mismo que para el joven moderado. En cambio, si llegaron a dicho estadio, es necesario evaluar la autodeterminación y la elección que realiza el joven antes de pensar en cualquier posibilidad de "debut". Cuando nos referimos a las mujeres con discapacidad intelectual y su iniciación sexual consideramos que se deben respetar las necesidades, impulsos y deseos sexuales, de la misma manera que se acordó para los varones de equivalentes cocientes intelectuales. La organización social por sexos que se construyó a lo largo de la historia, ubicó a las mujeres en el papel casi exclusivo de "madres". Su única función sexual debe estar al servicio de la reproducción. Por temor al embarazo de mujeres con discapacidad intelectual, la sociedad y las familias actúan como guardianes evitando cualquier encuentro que conduzca a las mujeres al intercambio sexual. A esto se suma el cuidado de la virginidad que se brinda a las mujeres, discapacitadas o no, bloqueando los caminos de la gratificación personal. Otro tema muy controvertido en la bibliografía actual es la formación de parejas entre personas con discapacidad intelectual. El desacuerdo nace en la dificultad de diferenciar los niveles de discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad intelectual severa y profunda no tienen posibilidades de elección de pareja. Las personas con discapacidad intelectual moderada realizan elección de pareja solamente afectiva, similar a lo que sucede entre niños durante la etapa escolar. Son los leves quienes a lo largo de toda la historia han protagonizado la formación de parejas, la conformación de familias y el acceso a la reproducción, la que debe ser asistida con el apoyo de la familia y la sociedad (Torrices, 1992).

La sexualidad de las personas con discapacidad intelectual

Existen muchos mitos en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. En muchos casos se sigue pensando que son personas asexuadas, que no presentan intereses, apetencias, deseos sexuales. En otros casos se considera que sus impulsos sexuales no pueden controlarlos, por lo tanto hay que reprimirlos. Añadidos a estos mitos, extendidos entre la sociedad en general, hay que sumar los miedos, en algunos casos, de los padres. Miedos a posibles abusos, miedo a un embarazo no deseado o a una enfermedad de transmisión sexual, miedo a un enamoramiento. Todo ello inmerso en un mar de dudas ante como planear su educación (Bekman e Hiriart 1994)

Como ya se ha explicado anteriormente, la sexualidad es una dimensión fundamental de la persona, por el hecho de ser persona, de la persona sin añadir adjetivos, es decir del ser humano. Estas personas que presentan una discapacidad intelectual también tienen sexualidad, mejor dicho, también son personas sexuadas y como tales:

- ☛ Tienen intereses, apetencias y deseos, y lo manifiestan a través de comportamientos sexuales (besos, caricias, miradas, ...)
- ☛ Tienen la capacidad de enamorarse, de sentirse atraída y de ser atractiva para otra persona.
- ☛ Su cuerpo tiene capacidad de sentir y de excitarse.
- ☛ Piensan y tienen ilusiones.

Teniendo en cuenta esto, se puede entender mejor la importancia que, para el desarrollo integral de la persona, tiene incluir en la formación de educación sexual a esta población.

Educación que en muchas ocasiones, tanto para padres como para educadores o facilitadores, puede resultar una difícil tarea. Y no cabe duda que, de una manera u otra, se ofrece esta educación en cada uno de los ámbitos en los que se desenvuelve la persona; familia, amigos, entorno laboral, educadores, etc. Pero en muchas ocasiones, esa educación está basada en una óptica impregnada de los prejuicios que ya se han comentado anteriormente, lo cual limita las posibilidades de vivenciarse como ser sexuado desde una actitud abierta y desculpabilizadora. Por eso es necesario ofrecer una educación sexual:

- ☞ Para dar información y aclarar todas las dudas que se les presenten.
- ☞ Para hacerles conscientes de la posibilidad de fecundidad en una relación coital.

- ☞ Para evitar posibles riesgos asociados a la realización de determinadas actividades sexuales.
- ☞ Para evitar abusos por parte de terceras personas.
- ☞ Para facilitar el autocontrol y la expresión de comportamientos sexuales.
- ☞ Para fomentar su autoestima a través de la vivencia de sus sentimientos desde una actitud desculpabilizadora.
- ☞ Para facilitar la comunicación entre el grupo de iguales, la familia, educadores, etc., favoreciendo la espontaneidad en la expresión de dudas y temores y posibilitando la transmisión de mensajes clarificadores y adecuados.

Si bien es cierto, cada persona es diferente, y en este aspecto y dependiendo del tipo de deficiencia las necesidades y capacidades pueden variar.

Capítulo V

DESARROLLO PSICOSEXUAL NORMAL

Como se ha visto, la sexualidad no es algo que sólo tiene que ver con la vida adulta del ser humano y que sus comienzos no se producen con la pubertad, sino que se encuentra presente desde el momento mismo del nacimiento, y desde la infancia se encuentran rasgos de la misma. Siendo en realidad la sexualidad adulta el resultado del desarrollo de la sexualidad infantil, es decir, se determina y constituye desde la infancia.

La posibilidad de entender el proceso evolutivo, que en este sentido tiene toda persona, y la de establecer un parámetro para valorar el desarrollo psicosexual de las personas con discapacidad intelectual, propicia que la revisión de este aspecto sea importante para los fines de este trabajo.

El desarrollo psicosexual principalmente fue estudiado y definido por S. Freud, y es a él a quien se debe la caracterización de este proceso evolutivo en principalmente 4 etapas: Oral, Anal, Fálica y Genital, y él mismo en algunos documentos hace referencia a la etapa de Latencia.

Con base en los trabajos realizados por S. Freud, muchos otros autores retomaron sus aportes y los redefinieron con sus propios términos e interpretaciones, pero puesto que no es necesario ni posible retomarlos todos, en este momento se ha seleccionado la definición que sobre, el desarrollo psicosexual, hacen Olguín P, Murga del V, y Rodríguez G. en la colección sobre La Educación de la Sexualidad Humana del Consejo Nacional de Población (1982), clasificándolo en diversas etapas, de la siguiente manera:

5.1 Sexualidad en la Infancia

Olguín P. y Murga del V (1982) describen este periodo y lo dividen en cuatro etapas, estas son:

a) Etapa Simbiótica

Se dice que es simbiótica porque en este momento la madre y el niño forman una unidad, el niño no tiene todavía un "yo", una identidad propia que lo distinga de los demás y no hay límites entre su cuerpo y el de su madre. En esta primera etapa, la libido se centra en la zona bucal, la forma en que la sexualidad se ejercita en esta época se da en el hecho de que la región de la boca es más sensible y neuronalmente se encuentra más desarrollada; debido a que está en relación directa con la autoconservación. Por medio de la boca el niño ingiere los alimentos pero, al hacerlo, la madre, o quien cumple esta función, lo acaricia, le platica, lo mima y quedan asociados estos estímulos placenteros con la actividad de comer. Así se independiza la succión del acto de la alimentación y queda ligada a la búsqueda y obtención de placer. En esta etapa la zona bucal cumple tres funciones principales, una función biológica de autoconservación, y sobre ésta se construyen las funciones afectivas y de cognición, que son el producto de la relación del niño con el medio, donde la boca tiene un lugar privilegiado dado que a través de ella el niño empieza a conocer el mundo que le rodea y a organizarlo en función de las sensaciones que le produce.

b) Etapa de Separación – Individualización

En esta etapa, que se inicia alrededor de los 18 meses, la maduración neuromotora y psicológica le da la posibilidad de una mayor autonomía con respecto de la madre y un mayor acercamiento a otras situaciones y personas que van ampliando su mundo, lo cual le permitirá llegar a la construcción de su identidad.

Esta fase coincide con el aprendizaje del control de esfínteres, a esta edad las terminaciones nerviosas que irradian el sistema excretorio y el tracto intrainestinal ya han madurado lo suficiente como para retener y expulsar sus heces fecales y orina a su voluntad, pero él niño tratará de hacerlo a su propio ritmo y conveniencia porque esta actividad le proporciona un intenso placer, por lo tanto tenderá a aprovecharla al máximo repitiéndola constantemente, ejercitando de esta manera su sexualidad.

Poco a poco, y gracias a la frecuente observación por parte del niño de la desaparición de sus excrementos, él comprende que sus evacuaciones son parte de él pero no una prolongación de su cuerpo, lo que permite la formación de los límites corporales. El niño renunciará a la tendencia natural de retener y expulsar sus excrementos a voluntad y su tendencia a manipularlo, a cambio del cariño y aceptación de los otros.

c) Etapa de Identificación

Esta etapa se puede ubicar entre los 3 y los 6 años, en ella las terminaciones nerviosas de la región genital han llegado a su madurez, por tanto la sensibilidad de esta zona del cuerpo es mayor que en otras, convirtiéndose, de esta manera, los genitales, en la zona erógena en relación a la cual va a ejercitarse la sexualidad del niño.

Como parte del proceso de desarrollo cognitivo, el niño explora su cuerpo y debido a la mayor sensibilidad que experimenta en la región genital, manipula estos órganos y se interesa por todo aquello que él siente que tiene que ver con ellos, de allí que logra el descubrimiento de las diferencias sexuales anatómicas entre los niños y las niñas.

d) Etapa Escolar

Se ubica entre los 7 y los 12 años de edad del niño, y se caracteriza con un intenso ejercicio intelectual y social, que queda enmarcado dentro del espacio escolar. Apparentemente los intereses sexuales de los escolares se disminuyen en relación a la etapa anterior, sin embargo lo que sucede es que la sexualidad se ha descentralizado del cuerpo del niño, encontrando sus fuentes de placer y satisfacción fuera de él mismo al ampliar sus relaciones y con las gratificaciones y placer que pueden llegar a producirle la aceptación de padres y maestros ante sus nuevos aprendizajes.

5.2 Sexualidad en la Adolescencia

Olgún P. (1982) describe ésta, e informa que la sexualidad, como búsqueda y obtención de placer, volverá a centrarse sobre los genitales alrededor de los 10 o 12 años, iniciándose con la pubertad los cambios anatómico-fisiológicos que resultan en una elevación considerable de las hormonas que favorecen el crecimiento y desarrollo del cuerpo en general y de los genitales en particular, erotizándolos al máximo, por lo que se facilita que el ahora púber vuelva a practicar actividades autoeróticas que se habían reducido en frecuencia durante la etapa anterior.

La adolescencia basada en los cambios físicos propiciados por la pubertad, tiene un origen principalmente social, ya que es una etapa de transición entre dos grupos (infantil y adulto) para los que las actividades, los derechos y obligaciones están perfectamente definidos y en los que el adolescente no tiene cabida.

La adolescencia implica un proceso de adaptación que reviste formas variadas. Su duración varía en cada ser según las características individuales y la sociedad y cultura a la que se pertenece, llegándose a presentar diferencias significativas según los grupos, los sectores y las subculturas de una nueva sociedad. En México, por ejemplo, en el medio rural y suburbano ciertos aspectos de la adolescencia duran menos tiempo, debido a que en ellos los jóvenes adquieren pronto las responsabilidades del adulto, como la unión conyugal y el trabajo.

Se prolonga en función de las demandas sociales de mano de obra, convirtiéndose en el tiempo en el que el individuo pierde la noción de su pertenencia a un grupo y entra en una etapa de indefinición psicológica y social que se manifiesta como un periodo crítico del desarrollo humano.

Es prácticamente la búsqueda de la identidad lo que define la etapa de la adolescencia, reaccionando de diferente manera en función de su historia personal, integrada por los patrones de relación tradicional con sus padres durante la infancia, y las condiciones ambientales, sociales y afectivas ligadas a su desarrollo actual.

No obstante, Olgún P. (1982) continúa, aparecen en todo desarrollo adolescente, ciertas constantes que permiten analizar el proceso, dividiéndole en cuatro etapas:

a) Etapa de Aislamiento

Al entrar a la pubertad, los chicos se ven sorprendidos, de repente, con una serie de cambios por la maduración de los órganos sexuales, con el consecuente incremento del impulso sexual y la transformación del esquema corporal, sintiéndose desconcertados y confundidos al sentirse incapaces de manejarse, haciéndose necesario tomar un tiempo que le permita desarrollar mecanismos de la adaptación hacia esta nueva condición, por lo que se aísla del mundo exterior con el afán de explicarse y comprender lo que le está pasando.

Con el surgimiento del pensamiento formal se da la posibilidad de reflexionar y criticar todo lo que percibe, sobre todo en el ámbito social, y se establece como un transformador de estructuras pero sin tener los elementos necesarios para propiciar los cambios. Las relaciones familiares son generalmente

el centro de su ataque, empezándose a revelar a las normas y valores que condicionaron su actividad infantil, tratando de romper los lazos de dependencia con la autoridad familiar, aunque los factores que le permitirán una independencia verdadera están todavía fuera de su alcance. Estas contradicciones entre lo que quiere ser y lo que puede hacer deterioran su confianza y autoestima.

La forma como se experimenta esta etapa es diferente según el sexo. La joven, al enfrentarse a las primeras menstruaciones ha dejado de ser niña para convertirse en señorita, adquiriendo para ella la apariencia física, una gran importancia.

En contraste, los muchachos en esta primera etapa tienden a rechazar al sexo femenino, incluso de manera agresiva, y a agruparse con amigos de su mismo sexo. Las primeras eyaculaciones son una experiencia que puede vivirse de manera muy culpable, dado que están asociadas a sensaciones de placer sin relacionarse con la procreación, lo que es duramente sancionado por la sociedad. Entonces el grupo de amigos funciona como desvanecedor de la culpa al ser compartida por todos, obteniendo de éste seguridad y apoyo.

El impulso sexual incrementado en la pubertad puede descargarse indiscriminadamente, incluso frente a estímulos que no tienen en sí un carácter sexual, pero que sí le plantean una situación de extrema tensión como un enojo, temor por un examen o un susto se puede originar una erección incluso una eyaculación, siendo la masturbación la única actividad controlada para reducir la tensión sexual.

Ante esta situación los muchachos reprimen sus impulsos, y éstos tienden a desplazarse hacia algunos síntomas como los tics nerviosos.

b) Etapa de Orientación Incierta de la Sexualidad

Los muchachos de esta etapa salen de la etapa de aislamiento cuando logran un cierto equilibrio frente a la descompensación producida por los cambios puberales a todos los niveles.

En este momento los chicos tratan de romper las ligas emocionales infantiles que los une a su familia, buscando figuras de identificación externas para lograr una diferenciación del yo, tendiente a la formación de una identidad separada de las figuras parentales.

La ruptura emocional con el progenitor del mismo sexo produce un desconcierto de la propia identidad sexual, por tanto tiende a buscar en los amigos del mismo sexo los elementos que le ayudarán a construir una identidad indiferenciada, conduciéndole a procesos de identificación con el amigo que lo lleva a elevarlo a la idealización de su persona Y ve en su amigo las cualidades que él quisiera tener pero que no posee.

Es también una etapa temporal de "homosexualidad" adolescente que no es definitiva en lo que respecta a su orientación erótica, dada la presión del impulso sexual, dándose conductas masturbatorias mutuas, manipulación, observaciones de genitales, lo que se puede presentar en parejas o en grupos. En la mujer esta etapa homosexual no es tan evidente, ya que la gente no se

extraña mucho de las relaciones íntimas que existen entre amigas, y con frecuencia los sentimientos sexualizados se canalizan a través de pláticas, chistes, etc.

c) Etapa de Orientación Estable de la Sexualidad

Cuando los adolescentes trascienden este proceso de identificación con sus amigos del mismo sexo, en donde el impulso sexual se dirigía hacia ellos, se posibilita la apertura hacia la heterosexualidad.

A través de las dos etapas anteriores, los jóvenes de ambos sexos han ido adquiriendo los elementos necesarios para organizar sus impulsos y elegir una pareja heterosexual que anuncia la iniciación de las relaciones coitales adultas.

Empiezan a interesarse por los problemas sociales; la política, las manifestaciones artísticas, etc. y al asumir una posición ante estas situaciones, poco a poco va encontrando respuestas a sus cuestionamientos existenciales. Está descubriendo ¿quien es? Puede autodefinirse.

En este momento la búsqueda de pareja se vuelve una actividad importante, aunque las relaciones en esta etapa tengan un carácter ambivalente, informal y con un mínimo nivel de compromiso, donde la canalización de los impulsos sexuales se centra en conversaciones filosóficas sobre la vida, el amor, el matrimonio, los hijos y otros temas relacionados con los proyectos de pareja, pero paulatinamente la comunicación empieza a hacerse más íntima, llegando a adquirir un carácter más sexual que puede concluir en juegos eróticos, que cumplen la función de ir descubriendo a los adolescentes el mundo de la sexualidad, que les aporta la experiencia necesaria para entablar una relación de pareja adulta.

En esta época también se caracteriza la formación de grupos adolescentes; estas agrupaciones proveen de seguridad al adolescente al hacerle sentir su pertenencia a un grupo de iguales, con los que comparte valores y normas que fortalecen sus sentimientos de solidaridad y lealtad. Son grupos de aprendizaje y fortalecimiento de su auto imagen que se desestabilizó al separarse de la familia.

d) Etapa de Consolidación

En las etapas anteriores los adolescentes tendían a vivir en un mundo aparte en el que imperaban el egocentrismo y la fantasía que los protegía de una realidad hasta cierto punto hostil; la inestabilidad emocional, la incapacidad de asumir compromisos y una cierta identificación yoica estimulaban esta huida.

Al ir superando los obstáculos psicosociales que se les presentaron a lo largo de este proceso adaptativo, ha adquirido los elementos sociales y psicológicos que le permiten en este momento enfrentarse a la realidad y acomodarse a ella. Es capaz de asumir un compromiso personal y social basado en la estabilidad emocional que ha logrado, es más flexible en sus juicios, ahora es capaz de destruir estructuras pero proponiendo alternativas. Pero sobre todo ha alcanzado, por un lado, su identidad sexual y por el otro, ya ha definiendo su orientación erótica. Ya sabe ¿Quién es?, con respecto a él o ella, al mundo y a su pareja. Puede entonces canalizar y dirigir sus energías hacia la vida productiva, elegir sus preferencias vocacionales y temáticas. Puede dedicarse al trabajo y al amor.

5.3 Sexualidad en la Etapa Adulta

Esta etapa es descrita por Rodríguez G. (citado en CONAPO 1982), quien afirma que el comienzo del estado adulto se señala cuando el adolescente se transforma, de un reformador idealista en un realizador y se amortiguan los deseos de los que quieren transformar la sociedad.

La identidad sexual gradualmente va armonizándose con las necesidades instintivas y los intereses. Al definir una identidad personal referida al rol que ejecuta y al estatus que ocupa, los jóvenes comienzan a considerarse como un igual ante los adultos, y los juzga en este plano de igualdad y entera reciprocidad.

De igual manera se van aclarando valores que están por encima de cualquier imposición, la estructura formal de sus razonamientos le permiten ir definiendo una escala de valores personales y sociales, cada vez más claramente jerarquizados. La ética se torna el eje de la propia identidad, donde el joven comienza a aceptar y afirmar las instituciones sociales y la tradición. Y sus valores son más o menos coincidentes con los valores que la sociedad promueve, y que fueron promovidos en primera instancia por los padres.

Toma las riendas de su propia vida tomando sus propias decisiones y soluciones de sus problemas, cambiando significativamente su relación con sus padres. En algunas ocasiones el proceso discriminador del yo adulto es catalizado por la maternidad y la paternidad contribuyendo al crecimiento de la personalidad.

De hecho el alcance del estado adulto subraya la dialéctica vital en que es más dueño de sí mismo, al tiempo que aumentan los compromisos consigo, con la familia y con la comunidad.

De la descripción que se hace del desarrollo psicosexual podemos darnos cuenta no sólo de que se trata de un proceso natural, sino que muchas de las manifestaciones de la sexualidad que, en su momento han llegado a escandalizar cuando se observan en otros (tal como la "masturbación" infantil al explorar sus genitales, la curiosidad sexual, o la "homosexualidad" adolescente), son eventos que suelen ser comunes tanto entre personas con discapacidad intelectual, como en personas sin ningún tipo de discapacidad. E incluso, si se analiza, todos los seres humanos han pasado por estas etapas personalmente.

Capítulo V

Educación Sexual

En los últimos cincuenta años nuestro conocimiento sobre los diversos aspectos de la sexualidad humana ha experimentado, gracias a la investigación científica y a su posterior divulgación, un avance sin precedentes en la historia de la humanidad. (CONAPO, 1994)

Asimismo, los profundos cambios sociales y culturales acontecidos a partir de mediados del siglo pasado en las sociedades occidentales, han contribuido a la aparición de nuevas costumbres y nuevos comportamientos, modificándose puntos de vista tradicionales respecto a una gran variedad de temas. Gracias a ello, en la actualidad, el concepto de sexualidad es entendido comúnmente más allá de lo estrictamente biológico, indisociable de nuestra identidad básica y relacionado, por lo tanto, con la evolución (el desarrollo psicosexual) y con la propia experiencia personal, en un entorno sociocultural determinado.

Dicho cambio de conceptualización ha repercutido lógicamente en los diferentes gobiernos e instituciones (IPPF [International Planned Parenthood Federation], OMS, UNESCO), y se ha reflejado en su preocupación por facilitar a la comunidad información y formación en materia de sexualidad, a través de programas concretos realizados por profesionales expertos, con la finalidad no sólo de contribuir a un mayor estado de salud de la población, sino también con la finalidad de prevenir aquellos trastornos y enfermedades ligados a la actividad sexual. (CONAPO, 1997)

A pesar de ello, aún estamos lejos de haber perdido el miedo a la sexualidad: probablemente las consecuencias de que la concepción de la sexualidad haya estado excesivamente vinculada a otros conceptos de tipo ético, moral o religioso, en su sentido más restrictivo, tardarán todavía en desaparecer en un futuro próximo.

Por otra parte, aún son muchas las personas renuentes a que en las instituciones educativas se impartan enseñanzas relativas a este tema; argumentan que es un aspecto que sólo atañe a la familia e, incluso, se escudan en la creencia de que facilitar un cierto nivel de información sexual desencadenará en los adolescentes un desmesurado interés por el tema e incentivará una precoz práctica sexual.

En relación a estas alusiones, Freud, en 1900, en una carta abierta al doctor Furst, titulada "Las explicaciones de orden sexual dadas a los niños", afirmaba: «No hay duda de que es por temor de excitar su interés, o con la esperanza de que una tal simulación podrá retardar el instinto sexual, por lo que se les oculta la sexualidad a los niños. De todas maneras, si ese conocimiento les es ocultado, ¿no lo alcanzarán de otro modo?, ¿No se arriesga a verlos considerar todo lo que está en relación con el sexo como algo degradante y detestable y exacerbar su curiosidad? En última instancia, es la mala conciencia de los adultos frente a sus problemas sexuales la que los alienta a mantener el misterio ante los niños...». (CONAPO, 1994)

La educación sexual sigue siendo un tema polémico y quizás la existencia de actitudes enfrentadas pueda ser, entre muchas otras causas posibles, una explicación de porqué actualmente la educación sexual sigue siendo la eterna 'asignatura pendiente', a pesar de figurar desde hace tiempo en los programas educativos oficiales.

PLANTEAMIENTO GENERAL DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Al igual que sucede con otros aspectos del conocimiento y del comportamiento humano, siempre ha existido, de hecho, una educación de la sexualidad, en el sentido de que siempre ha habido una transmisión de valores, opiniones y actitudes al respecto, pues cada generación ha transmitido a las siguientes aquellos valores y conocimientos en los que ha sido educada, añadiendo las modificaciones de la propia experiencia y los debidos a los cambios sociales y culturales de cada época. Evidentemente, esto no es menos cierto cuando nos referimos a la sexualidad. Por lo tanto, se considere necesaria o no, se acepte o se rechace, se esté a favor o no de impartirla, podemos concluir que la educación de la sexualidad se reproduce a todos los niveles de lo cotidiano (Lejeune, 1972).

Por otra parte, generalmente se considera que la educación sexual es una actividad que se produce de forma consciente y voluntaria, habitualmente a través de la palabra y de textos escritos. Sin embargo, aunque a veces sea así, no es ni con mucho el medio principal por el que el niño adquiere su sistema de valores o sus conocimientos en materia de sexualidad; el comportamiento cotidiano de los adultos, las relaciones entre los mismos, la influencia de los medios de comunicación, la división del trabajo en función de los sexos, etcétera, son factores que, poco a poco, a lo largo del proceso de crecimiento, van impregnando la mente del niño y, por consiguiente, van configurando sus primeras actitudes respecto al afecto y a la sexualidad.

Así, cuando los adultos sean padres o facilitadores, manifiestan su dificultad para llevar a cabo tareas educativas en este ámbito a causa de que en su momento no recibieron educación sexual, parten de un planteamiento erróneo; es decir, en realidad sí que han recibido dicha educación pero probablemente no de manera formal ni adecuada.

Ya que se habla de educación no formal, quizá convendrá aclarar los términos, aunque sea de forma general y algo simplificada:

Se entiende por *educación formal* aquella que es intencionada y sistemática, realizada por profesionales de la educación (dentro o fuera del ámbito escolar), y por *educación informal* o *no formal* aquella que carece de intención planificada y sistemática, independientemente de quien la realice (López, 1990).

Ambos tipos de educación tienen su relevancia al hablar de educación sexual, pues aunque la tendencia actual sea la de sistematizar progresivamente las intervenciones, en muchos casos, predomina aún un estilo de actuación informal, que trata estas cuestiones no tanto de forma integrada

en el programa escolar como a través de la realización de charlas puntuales sobre el tema, generalmente llevadas a cabo por profesionales ajenos a la institución educativa.

Por otro lado la educación no formal cabría incluir también aquellos medios a través de los cuales se obtiene un cierto nivel de información, tales como documentales televisivos, libros, conversaciones con expertos, etc.

5.1 Modelos de educación sexual

Modelo Tradicionalista

En años anteriores la educación sexual tenía ciertas premisas que lo caracterizaban estas son las siguientes:

- La sexualidad se considera como algo pecaminoso y sólo está permitida cuando su finalidad es la reproducción, siempre en el seno del matrimonio.
- La sexualidad se considera como un «instinto» peligroso que debe ser controlado (es decir, está ligada a los aspectos más «animales» o primitivos de la naturaleza humana).
- La sexualidad se entiende como sinónimo de «genitalidad», o sea, limitada a las zonas genitales y no al conjunto del cuerpo.
- La sexualidad -excepto en algunos casos concretos- no está presente en las conversaciones sociales, familiares o escolares; se considera impertinente o «de mala educación» cualquier aproximación o referencia al tema.
- La creencia de que la sexualidad es una característica que se desarrolla a partir de la adolescencia y termina al final de la madurez, en clara coincidencia con el período de fertilidad. (Cabe resaltar que, por defecto, se niega, por un extremo, la existencia de una sexualidad infantil y, por el otro, el derecho a la sexualidad en los ancianos).
- La existencia de una doble moral para hombres y mujeres: -El hombre es el depositario del «instinto sexual». Su manifestación no sólo es socialmente aceptada sino que se considera necesaria: el hombre ha de ser «activo».

A la mujer se la relega a un papel pasivo, entendiendo su vínculo con la sexualidad de dos formas diferentes; con finalidad reproductiva y como responsabilidad matrimonial, por lo que cualquier manifestación de interés o cualquier muestra de placer (o de deseo del mismo) por parte de la mujer es valorada negativamente.

Esta concepción de la sexualidad, que en muchos sentidos se mantiene todavía vigente, ha ido evolucionando poco a poco. Recordemos que la expresión «sexualidad» es relativamente reciente, pues según S. Heats (citado en Font, 1982) las primeras apariciones del término se remontan a principios del siglo XIX, existiendo con anterioridad solamente los vocablos «sexo» o «sexual» para referirse a determinadas características, tanto de tipo biológico como de comportamiento.

A mediados de siglo se han ido desarrollando otros modelos que se clasifican en:

A) Educación sexual para evitar riesgos

De tipo higienista. El objetivo es la evitación de riesgos inherentes a la actividad sexual. Se insiste en la abstinencia fuera del matrimonio o en el uso de métodos de prevención eficaces. Este modelo se ha visto reforzado últimamente, en especial a partir del aumento de embarazos no deseados entre adolescentes, y de la aparición del SIDA.

En este modelo está ausente, en general, una revalorización ética de la sexualidad, insistiendo en mayor medida en los peligros de la misma. Como consecuencia puede fomentar involuntariamente una visión negativa de la sexualidad y un refuerzo de la idea de peligro asociada y la práctica de la misma.

B) Educación sexual como educación moral

Preparación al matrimonio. Educación sexual basada en una antropología y una moral sexual dependientes de determinadas creencias religiosas.

En este modelo, quizás el más extendido a lo largo de varias décadas en nuestro país, la información se ha facilitado habitualmente de forma sesgada y moralizante, dando a la procreación toda la importancia y dejando de lado la contracepción.

Generalmente ha ofrecido una valoración negativa de, entre otros aspectos, la homosexualidad, la masturbación y las relaciones prematrimoniales.

Su mensaje ha consistido en una negación del derecho al placer, considerando la sexualidad como destinada a un fin superior: la procreación.

C) Educación sexual para la revolución sexual y social

Resultado de la aparición de determinados planteamientos ideológicos: freudo-marxismo, movimiento SEX-POL, etc. Algunas de sus tesis han sido recogidas en la actualidad por parte del movimiento feminista, los movimientos de homosexuales y algunos grupos de izquierda fuertemente ideologizados.

El modelo ha sido excesivamente combativo, tanto en sus planteamientos como en la forma de difundirlos, lo que ha provocado una cierta confusión entre el hecho de realizar educación sexual y la militancia política, lo que ha generado, en muchas ocasiones, sentimientos de rechazo a sus tesis.

d) Educación sexual profesionalizada, democrática o abierta

Modelo al que, en la actualidad, se adscriben la mayor parte de profesionales. Está basado en posturas más relativistas y plurales, en la rigurosidad científica y en actitudes democráticas, tolerantes y abiertas. En él se insiste en la búsqueda de una ética personal ligada a la práctica de la sexualidad, así como a la responsabilidad en relación a la misma.

Es un modelo basado, entre otros aspectos, en el respeto por la pluralidad y la diferencia.

Actualmente cabe decir que todos estos modelos coexisten, tal vez no de una manera pura sin embargo lo más frecuente es encontrar elementos que aunque basados principalmente en uno de estos modelos, se apropian también características de alguno de los otros.

5.1.1 Educación sexual en el marco de la educación para la salud

Desde hace unos años, la educación para la salud ha experimentado un auge importante, tanto a nivel teórico como práctico, y ha ido abarcando cada vez más una mayor variedad de temas; por otra parte, es evidente el peso específico que tiene la sexualidad como factor favorecedor del equilibrio personal y, por lo tanto, en la propia salud. Es por todo ello que nuestro planteamiento defiende la opción de considerar la educación sexual como un aspecto más de la educación para la salud (Aguirre, 2001).

a) Salud y educación para la salud

El concepto de sexualidad ha experimentado toda una serie de cambios en las últimas décadas, y lo mismo puede decirse del concepto de salud. Por oposición, la salud se ha definido tradicionalmente como la ausencia de enfermedad, considerando sano a un individuo en cuanto que no estuviera afectado de ninguna enfermedad, especialmente de tipo biológico.

En la actualidad, esta visión aparece como limitada e incompleta, pues difícilmente puede decirse de un individuo que esté del todo sano o del todo enfermo. Frente a esta concepción tradicional, surge otra mucho más abierta y global: la salud se entiende como algo más complejo, como un continuo en que un sujeto se sitúa, variando esta posición en momentos determinados de su vida en función de aspectos tanto individuales (físicos o psíquicos), como sociales, o relacionados con el entorno en que desarrolla sus actividades. En este cambio de orientación se sitúa la Organización Mundial de la Salud cuando, en 1948, define la *salud* como:

Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro de la *educación para la salud*, en una institución educativa, consistiría en:

Un proceso de información, de responsabilización del individuo, con el fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, un intento de responsabilizar al niño y de prepararlo para que, poco a poco, adopte un estilo de vida -lo más sano posible- y unas conductas positivas de salud.

La educación para la salud debe ser entendida entonces como un instrumento que va más allá de la prevención de la enfermedad preocupándose sólo de individuos concretos y de sus conductas saludables y de riesgo): es un aspecto fundamental de la promoción de la salud en cuanto que actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y poder así desarrollar la comprensión y las habilidades personales que la promuevan (Hiriart, 1999).

b) Salud sexual

A medida que hemos avanzado en los conocimientos científicos sobre la sexualidad, hemos podido apreciar como los problemas de la sexualidad humana, en contra de lo que se había querido admitir con anterioridad, son más profundos e importantes para el bienestar y la salud de los individuos, y que la ignorancia de las cuestiones sexuales y las nociones erróneas sobre las mismas guardan estrecha relación con diversos problemas de salud y con la calidad de vida.

Este planteamiento llevó a la Organización Mundial de la Salud a definir, en 1975, la *salud sexual* como:

La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor...

Es evidente entonces que, desde este punto de vista, presentan, decisiva importancia el derecho a la información sexual y al placer.

Según Mace, Bannerman y Burton (OMS, 1975), el concepto de sexualidad sana incluye tres elementos básicos:

- 1) La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
- 2) La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la reacción sexual o perturben las relaciones sexuales.

3) La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Como puede apreciarse, tal noción de sexualidad supone la adopción de un criterio positivo respecto de la misma.

c) Educación sexual

Todo lo dicho con anterioridad nos permite afirmar que la educación sexual debería ser un aspecto más de la educación para la salud, del mismo modo que ésta lo es de la educación global del individuo.

Por otra parte, lo que dificulta la tarea de definir qué es -o en qué consiste- exactamente la educación sexual. A pesar de ello, veamos algunos comentarios susceptibles de ampliar nuestro concepto de *educación sexual*:

La educación sexual incluye todas las medidas pedagógicas que pueden resultar de alguna manera útil para los jóvenes, preparándolos para enfrentar los problemas de la vida que giran en torno del instinto sexual y que de una u otra forma se hallan presentes en la experiencia de todo ser humano (Kempton).

La educación sexual debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias. Debe aumentar el amor, el conocimiento propio, debe mejorar la toma de decisiones y la técnica de la comunicación» (OMS,1985)

La educación sexual es un proceso que comienza en los primeros años de vida y continúa a lo largo de toda la vida, tiene su base en la familia y en la escuela fundamentalmente, y el fin que debe proponerse es favorecer la adquisición de actitudes positivas que deriven en un comportamiento sexual sano y generador de felicidad y satisfacción consigo mismo y con los demás (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988)

Se puede entender la educación sexual como el conjunto de aprendizajes que permitan un buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con otras facultades y la adquisición de una buena interrelación con otras personas que resulten estimulantes por su condición sexuada y sexual, alcanzando altos niveles de espontaneidad y comunicación, y también de respeto y estima (Barragán 1991).

Es evidente que cada definición hace hincapié en una perspectiva diferente, pero a pesar de ello es fácil comprobar que los puntos de convergencia son mayores que los de divergencia.

Será útil resaltar algunos aspectos de las definiciones anteriores con la intención de obtener un esquema que permita comprender con facilidad diversos planteamientos básicos en educación sexual:

- ❏ La educación sexual es un *proceso*, que comienza en los primeros años de existencia y continúa a lo largo de toda la vida. En este proceso se verán implicados tanto la familia como la escuela, o la sociedad en general.
- ❏ Tiene que ver con un *conjunto de aprendizajes* que incidirá tanto en el nivel de información, como en las actitudes y en los comportamientos.
- ❏ *Facilitar una adecuada, variada y correcta información* será de especial importancia en este proceso. Adecuada, en cuanto que corresponda a las características del momento evolutivo y a las capacidades del receptor; variada, en cuanto que contemple no sólo los aspectos anatómicos y fisiológicos de la sexualidad, sino también los psicológicos, sociales, antropológicos e históricos; correcta, en cuanto que esté basada en conocimientos científicos actualizados y, por lo tanto, libre de prejuicios.
- ❏ A pesar de todo, convendrá recordar que la información es considerada, en general, como una condición necesaria pero no suficiente; es decir, puede constituir una parte fundamental de un programa educativo, pero nunca la única.
- ❏ Esta información, incluida en un proceso educativo, debiera *facilitar la adquisición de actitudes positivas* hacia la sexualidad y hacia el propio cuerpo, y fomentar la propia autoestima y el respeto y afecto hacia los demás.
- ❏ La información debe tener también como finalidad *desmitificar y desculpabilizar la sexualidad*, liberando de sentimientos de culpa y vergüenza, favoreciendo la espontaneidad y la comprensión de la variedad y riqueza de la conducta sexual humana.
- ❏ Asimismo, debería *promover comportamientos saludables* en relación a la sexualidad, preparando para afrontar adecuadamente los problemas vinculados a la experiencia sexual.
- ❏ También debería *promover la responsabilidad*, preparando para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas posibles y sus consecuencias.
- ❏ En definitiva, la educación sexual tendría como consecuencia *aumentar o mejorar las capacidades de interrelación con otras personas*, generando satisfacción consigo mismo y con los demás.

5.12 Educación de sexualidad -Educación de la afectividad

En algunas épocas se ha pretendido convertir la educación sexual en preparación para el amor y el matrimonio, obviando entrar en excesivos detalles sobre lo sexual; posteriormente, como compensación, algunos movimientos hicieron una reivindicación profunda del placer. Pero tanto unos como otros tomaron posiciones reduccionistas al prestar excesiva atención a unos aspectos en detrimento de otros.

Superado el momento en que sexualidad y reproducción estaban indisolublemente unidos, gracias a la aparición de métodos contraceptivos eficaces, la sexualidad es hoy generalmente entendida como un modo de expresión de uno mismo, y de comunicación con el otro, en alta correlación con la propia autoestima y la capacidad de sentir y expresar afecto.

La Sexualidad y afectividad constituyen conjuntamente, en el proceso de desarrollo del individuo, un área de aprendizajes vitales: la capacidad de amar y ser amado, la intimidad, la ternura, etc.; la resolución de dichos aprendizajes será responsable en gran medida de la personalidad futura, de su equilibrio y de sus manifestaciones, dado que para los seres humanos la necesidad de amar y ser amados es uno de los aspectos fundamentales en la vida de cualquier individuo, desde el nacimiento hasta la muerte (Cava, 2000).

5.1.3 Educación sexual versus información sexual

Hay una clara diferencia entre educación e información, aunque en la práctica es muy difícil separar estos dos conceptos. Habitualmente, se entiende por educación un proceso formativo global, en profundidad, que se desarrolla durante un período de tiempo, habitualmente extenso, y que afecta a los individuos a lo largo de su vida, mientras que la información tiene connotaciones de actividad puntual, habitualmente de breve duración y, en todo caso, hace énfasis en aspectos determinados de un tema con una clara finalidad.

5.2 Educación Sexual en Instituciones Educativas

Hoy en día, hay una clara unanimidad en destacar el importante papel que la institución educativa puede desarrollar en la promoción de actitudes y comportamientos saludables. Cada vez más, la institución educativa ha ido asumiendo mayor protagonismo en el compromiso del cambio social. Nuevos temas, orientaciones y contenidos se han incorporado de forma progresiva en el trabajo en las aulas. Evidentemente, esta situación ha facilitado en muchos sentidos, la incorporación de la sexualidad como un aspecto más de los que en la escuela se pueden tratar cotidianamente.

Así, la institución educativa ha ido situándose progresivamente en una posición de mayor relevancia y, en consecuencia, de mayor influencia, en relación a la comunidad.

Así que se podría definir educación sexual como:

La educación sexual es un conjunto de vivencias, de aprendizajes, de desarrollos físicos y psíquicos, sensoriales y sensoriales (...) que se acumulan con el tiempo, ya desde el nacimiento, y sobre los cuales actúan el entorno, el ambiente, los contactos personales, la cultura y la herencia, es evidente que la institución educativa interviene en este proceso.

Es, por lo tanto, de especial trascendencia que la educación sexual, al igual que otros temas de gran interés educativo, esté contemplada dentro de las programaciones habituales de las instituciones educativas, en todos sus niveles.

Es importante tomar en cuenta ciertas consideraciones en cuanto al trabajo de la sexualidad.

Consideraciones generales sobre sexualidad (Marinis, 1995)

- † La sexualidad ha de ser abordada en el marco del desarrollo global de la personalidad y a través de los canales habituales de socialización (familia, escuela y comunidad).
- † El respeto a las diferencias de comportamiento sexual y concepciones éticas es una actitud básica para abordar el tema de la sexualidad.
- † Es necesario favorecer la vivencia plena, espontánea y enriquecedora de la sexualidad, y posibilitar el acceso a todos los recursos informativos y asistenciales existentes.
- † Para hacer realidad estos objetivos, es necesario realizar un trabajo coordinado a nivel educativo, sanitario y comunitario.

CONSIDERACIONES DENTRO DEL AMBITO EDUCATIVO

- 📖 La educación sexual no debe ser abordada como una asignatura, sino que se debe contemplar en todos sus aspectos desde el marco educativo global.
- 📖 La pedagogía de la sexualidad deberá ser asumida por la institución conformada por profesores y el consejo de dirección.
- 📖 Una auténtica coeducación constituye el primer objetivo básico para conseguir una visión de la sexualidad más libre y responsable.
- 📖 Los contenidos de los programas de educación sexual deben estar adaptados y contemplar el desarrollo evolutivo del alumno, teniendo en cuenta su entorno social y cultural, respetando las diferentes opciones culturales.

Cabe recalcar el concepto de educación bajo el cual se hace este planteamiento: la finalidad de la institución educativa no consiste simplemente en facilitar una serie de enseñanzas útiles de cara al futuro profesional o laboral; la institución educativa plantea a la educación en su sentido más amplio en relación al individuo y al desarrollo de su personalidad, formando en todos aquellos aspectos relacionados, en definitiva, con la vida misma. Estaría por tanto fuera de lugar defender una educación global sin plantear el tema de la sexualidad.

Otras ventajas que se deben tener en cuenta al considerar la educación sexual en la institución educativa, están en relación con los conocimientos que en ella se imparten a través de diferentes áreas.

Esta visión múltiple permite que un tema pueda ser abordado desde diversas perspectivas, facilitando un enfoque multidisciplinar del mismo, tratamiento que difícilmente podría producirse en la gran mayoría de familias. Por otro lado, la presencia de otros alumnos y alumnas favorece el contraste con una pluralidad de opiniones, vivencias y comportamientos que maestros y maestras pueden canalizar adecuadamente favoreciendo la tolerancia y el respeto. También cabe considerar cómo, en la institución educativa, los sujetos se relacionan con otras personas adultas, lo cual les permite observar comportamientos y conocer opiniones de otros adultos que no son sus padres.

Un último argumento a favor de la institución educativa es, lógicamente, la variedad de recursos y materiales pedagógicos de que dispone: medios audiovisuales, libros, láminas, presentaciones, dinámicas, juegos, etc., que bien utilizados pueden ser fundamentales en educación sexual.

Un tratamiento interdisciplinario de la sexualidad

La educación sexual no debe ser abordada como una asignatura, sino que se debe contemplar en todos sus aspectos desde el marco educativo global.

Hace ya bastantes años, era relativamente habitual reivindicar, desde ciertos sectores, la instauración de una asignatura o área de educación sexual. Si bien en aquellos momentos esta reclamación podía ser absolutamente coherente con otras reivindicaciones sociales, en la actualidad es un planteamiento insostenible. En primer lugar, porque se seguiría produciendo un efecto segregador respecto de otras áreas educativas, con la desventaja de continuar abordando el tema como si fuera un compartimiento estanco, lo cual entra en clara contradicción con objetivos más globalizadores. En segundo lugar, porque ello limitaría el alcance de la educación sexual, relegándola a momentos muy concretos del currículum formativo, no coincidiendo necesariamente con las etapas de inquietud y las necesidades de los sujetos. (De la Roz, 1992)

Por otra parte, en la actualidad, hay un numeroso colectivo que defiende una posición integradora. Ello significa que explícitamente no hay un área donde la sexualidad deba ser abordada en profundidad, sino que las diferentes áreas que forman el currículum formativo incorporan, en la medida de lo posible, contenidos relativos a la misma, en algunos casos de forma más evidente y extensa que en otros. Cabe aclarar una posible confusión: integrar no significa añadir nuevas actividades y, por lo tanto, aumentar los ya de por sí sobrecargados programas escolares. Integrar significa incorporar nuevos contenidos en aquellas áreas que, por sus características, lo permitan, y que a otro nivel ya abordaban algunos de los aspectos en cuestión.

Así, otras opiniones se sitúan en la línea de proponer el establecimiento no de un área específica de educación sexual, pero sí de un área de educación para la salud, desde donde poder

abordar diferentes aspectos (sexualidad, drogas, higiene, alimentación, hábitos, etc.), desde una perspectiva tanto biológica, como psicológica, social, etc.

Esta situación ha sido avalada en los últimos años desde diferentes instancias nacionales e internacionales, a través de recomendaciones como la que sigue:

«La enseñanza y la formación deben contribuir a un cambio de actitudes a través de la eliminación de las imágenes tradicionales estereotipadas de los roles del hombre y de la mujer, y favoreciendo la creación de imágenes nuevas y más positivas de la participación de la mujer en la vida familiar, profesional, social y pública»

Programas de educación sexual coherentes

Los contenidos de los programas de educación sexual deben estar adaptados y contemplar el desarrollo evolutivo del alumno, teniendo en cuenta su entorno social y cultural, respetando las diferentes opciones culturales.

Esta afirmación sirve para evidenciar que no hay un programa de educación sexual universal, de aplicación en cualquier parte en cualquier momento.

Cada grupo humano tiene sus propias características de socialización y de instrucción que influyen en que existan patrones culturales diferentes.

Así mismo es importante asegurar que los diferentes contenidos educativos estén adaptados a las necesidades y al momento evolutivo de los educandos para facilitar una mejor integración personal de los conceptos que forman parte de los programas. Además, el hecho de graduar por niveles los objetivos y, por lo tanto, los contenidos, hace que la educación sexual se convierta en un proceso continuo en que cada nueva aportación se sustenta en una anterior. Finalmente, es importante asegurar la presencia continuada de estos temas a lo largo de cada nivel evitando, en la medida de lo posible, su acumulación en períodos concretos del curso.

La enseñanza debería centrarse en todos los aspectos del desarrollo sexual normal (biológico, psicológico y emocional), incluyendo las variaciones normales. Hacia los trece años de edad (en individuos con un CI dentro de la norma), los niños deberían haber recibido toda la información necesaria sobre la sexualidad o la contracepción, a fin de evitar angustias innecesarias y embarazos no deseados durante los años de pubertad. Durante los años de adolescencia, el programa debería incluir información acerca de las variantes sexuales, como la homosexualidad, y sobre las enfermedades de transmisión sexual, sus síntomas, sus consecuencias y su prevención. El contenido específico del programa se debería determinar localmente, a la vista de las circunstancias locales, las costumbres, etc., y debería estar aprobado y respaldado por la comunidad.

5.3 Orientaciones para Facilitadores

A pesar de que cada vez son más los profesionales de la educación que toman partido por la incorporación de la educación sexual dentro de la institución educativa, persisten todavía un gran número de dificultades para que este proceso se pueda desarrollar de forma adecuada.

Una de las más importantes limitaciones, aunque no la única, es la falta de formación específica en estos temas. La finalidad de este apartado es facilitar algunos puntos de partida sobre los que se fundamente este trabajo.

La información es una condición necesaria en la educación, pero no suficiente. Evidentemente, es importante que en materia de sexualidad colaboremos en la eliminación de creencias falsas.

Las siguientes orientaciones, en su sentido más general son válidas también en educación sexual puesto que pueden ser de utilidad:

APORTACIONES PARA LA ELABORACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO QUE CONTEMPLA LA PROMOCION DE LA SALUD

Todo proyecto educativo coherente con la promoción de la salud:

1. Ha de posibilitar la participación de todos los individuos y colectivos implicados.
2. Ha de contribuir al proceso de identidad personal aceptando las diferencias en la plasmación de la personalidad de cada sujeto, creando espacios educativos que favorezcan la comunicación y el intercambio.
3. Ha de dar prioridad a la experiencia como método para la construcción de valores.
4. Ha de integrar los aspectos cognitivos, afectivos y sociales del individuo.
5. Ha de favorecer la globalización y la interdisciplinariedad como fuentes de aprendizaje.
6. Ha de dar instrumentos para que el joven pueda elaborar sus propias respuestas a la vida, favoreciendo y estimulando la creatividad.
7. Ha de seleccionar los contenidos en función de las necesidades y los intereses de los sujetos.

Font (2002) propone 12 orientaciones básicas que todo facilitador debe de contemplar para el trabajo en la educación sexual:

a) Diferenciar entre sexualidad y genitalidad

En educación sexual, es importante que los facilitadores tengan clara la diferencia entre genitalidad y sexualidad, ya que estos dos conceptos se confunden habitualmente, reduciendo un concepto general (sexualidad) a uno particular (genitalidad). Por lo tanto, cabe entender lo genital como un aspecto más de sexualidad de los individuos.

A menudo, hablar de sexualidad se confunde con hablar de las relaciones sexuales y, a menudo también, se confunden las relaciones sexuales con el coito.

Se debe tener en cuenta que la sexualidad tiene una gran variedad de formas de expresión, tanto en un momento dado, como a lo largo de la vida.

b) Utilizar un lenguaje adecuado

El lenguaje utilizado por los facilitadores es uno de los aspectos que deben cuidar en sus intervenciones. Debe ser un objetivo fundamental que los educandos aprendan a usar un vocabulario adecuado y correcto, debiéndolo utilizar para ello el facilitador con naturalidad y espontaneidad. Esto no implica negar la existencia de otros tipos de expresiones que, a nivel social o familiar, son empleadas comúnmente. Se trata simplemente de que se conozca cada cosa por su nombre adecuado. Una sugerencia en este sentido podría ser elaborar diferentes listas de vocabulario, separando en columnas diferentes el que es ofensivo, el que es socialmente aceptable y el que es correcto. (Ver dinámicas dentro del manual)

c) Trabajo previo de clarificación personal

Las conductas y actitudes intervienen también en el proceso educativo. Por ello es importante que cualquier facilitador efectúe, previamente a sus intervenciones, un trabajo de clarificación personal sobre aquellos aspectos que le puedan resultar conflictivos. Así, es difícil que un facilitador pueda mantener una postura adecuada en un debate sobre el aborto, la homosexualidad, las relaciones sexuales de los jóvenes o cualquier otro tema, si sus propias dificultades o actitudes sexuales interfieren en su labor educativa.

d) Objetividad

Será fundamental que el facilitador haga de la objetividad (hasta donde le sea posible) un instrumento de trabajo; no se trata de transmitir sus propios criterios ideológicos, religiosos o morales, sino de enseñar a pensar, respetando aquellas opiniones que, a su vez, sean también respetuosas aunque diferentes. Para este fin, el diálogo, el debate en grupo y el adecuado soporte documental serán medios muy útiles; cuando los aspectos que se traten se salgan del nivel de lo científico y, por lo tanto, sean susceptibles de opiniones contrapuestas, tanto por parte del facilitador como por parte de los alumnos.

e) Fomentar el respeto por la diferencia

El facilitador suele contemplar en su trabajo multitud de situaciones que comportan discriminación, bien sea en función del género o por otros motivos. En este caso, es importante tener claro que uno de los principales objetivos de cualquier programa de educación sexual es la extinción de dichas conductas, fomentando el respeto por la diferencia y valorándolo como una riqueza de la especie humana.

f) Participación igualitaria de los dos géneros

En las diferentes actividades que se lleven a cabo en un programa de educación sexual, deben participar por igual, mujeres y hombres, de la misma manera que los facilitadores deberían valorar, en igualdad de condiciones las diferentes aportaciones que unos y otras hagan. Es evidente que la información sobre métodos contraceptivos no va dirigida sólo a las chicas, ni los comentarios sobre la masturbación a los chicos. Si esto fuera así, aparte de informar sesgadamente, fomentaríamos precisamente aquellas actitudes que queremos eliminar.

g) El diálogo como instrumento

A menudo, muchos facilitadores suelen quejarse de que no disponen de recursos adecuados, o de materiales, para realizar actividades de educación sexual. Al margen de que esto sea cierto, cabe objetar que el mejor recurso es uno mismo y la capacidad de dialogar con los demás. Para muchos hombres y mujeres, la principal necesidad es hablar sobre estos temas y escuchar lo que otros les puedan contar. Sentarse con un grupo e iniciar una conversación sobre diferentes aspectos de la sexualidad, abiertos a que los adultos con discapacidad puedan preguntar, es muchas veces más eficaz y gratificante que la realización de otras actividades que puedan ser llevadas a cabo con un mayor soporte material.

h) Metodología

Siempre que sea posible, hemos de procurar utilizar una metodología de trabajo activa, haciendo participar a los propios alumnos en el proceso de aprendizaje. Ellos mismos pueden responsabilizarse de reunir la documentación necesaria, recabar opiniones, efectuar consultas, etc. Asimismo, el trabajo en grupos mixtos favorecerá el intercambio de opiniones y el conocimiento de la forma de pensar del otro género. El juego, sobre todo aquellos en los que se puedan desempeñar roles diferentes o en los que intervenga el cuerpo, será también un recurso que tener en cuenta, así como el uso de las nuevas tecnologías.

i) Fomentar el sentido crítico y la responsabilidad

En varias ocasiones puede resultar muy rentable pedagógicamente, especialmente al tratar con adultos con discapacidad intelectual, plantear situaciones o casos hipotéticos que resolver en grupo, con lo que alumnos y alumnas pueden avanzar posibles respuestas sin necesidad de experimentar con sucesos que puedan acarrear riesgo personal. Este tipo de intervención permitirá a los participantes, si llegan a encontrarse en una situación parecida, disponer de posibles respuestas elaboradas previamente. Los casos comentados pueden ser aportados por los propios alumnos, bien basados en situaciones conocidas o bien ficticias.

j) Educar en la confianza

Es fundamental que el facilitador esté abierto a tratar los temas individualmente, si ello es necesario. Para un adulto con discapacidad puede ser muy interesante escuchar una explicación en el aula sobre determinados aspectos de la sexualidad, en una situación anónima; pero por el contrario, puede no atreverse a preguntar sobre algún aspecto relacionado con sus propios sentimientos o conducta, delante del resto de sus compañeros, por temor a las risas o al rechazo. Entonces será

importante que el facilitador se haya manifestado ante sus alumnos y alumnas como una persona confiable a la que se pueda consultar en privado en caso de ser necesario. Es necesario decir que debe mantenerse la confidencialidad, tanto de la persona como del contenido de la consulta.

k) Derecho a la Intimidad

A algunos facilitadores les suele preocupar que al realizar actividades de educación sexual se les pregunte sobre su propia vida privada. En este sentido cabe decir que una cosa es educar y otra, abrir la esfera de la vida privada al público. Queda a criterio del facilitador responder o no a la posible cuestión planteada, en función del alcance y del significado de la misma, pero, en todo caso, aún a sabiendas de su papel como referente, ha de quedar patente el derecho a la propia intimidad.

1) Los juegos eróticos

En la escuela se suelen llevar a cabo, habitualmente a escondidas de los adultos, facilitadores o supervisores, una serie de juegos relacionados con el descubrimiento del propio cuerpo y del de los demás. Ante estas situaciones, antes de intervenir, los facilitadores deberían analizar hasta qué punto el juego es inocente y espontáneo y, por lo tanto, natural, pues es originado por la curiosidad.

La mayoría de las veces el propio sentido común del facilitador le sugerirá dejar continuar el juego sin intervenir, tan sólo observando discretamente, para que ninguno de los adultos con discapacidad intelectual que participen en él, sufran ningún daño o molestia. Si su intervención -fuera necesaria, sería recomendable actuar con el máximo de delicadeza y naturalidad.

Podríamos señalar todavía muchos otros aspectos que tener en cuenta, pero dado que son principios aplicables a cualquier proceso educativo conviene evitar su reiteración.

Capítulo VI

Importancia de un Taller de Educación Sexual

Después de aclarar los conceptos más relevantes en cuestión de sexualidad humana y que atañen a este trabajo, se debe conocer otro aspecto que es de suma importancia: los antecedentes de un taller, ya que estos darán los elementos necesarios para llevar un manejo adecuado del programa contemplado para el mismo.

Por otra parte, es conveniente que también se afirme la importancia que tiene el diseñar un taller, de educación sexual para adultos con discapacidad intelectual. Llevar a cabo un taller de sexualidad en esta modalidad educativa es utilizar una herramienta que proporcione información, orientada a contribuir a que el adulto pueda vivir una sexualidad sana y responsable, dentro de la sociedad cultura, edad y época en la que se desarrolla.

Otro aspecto que debe valorarse antes de diseñar un programa sobre educación sexual, es contemplar las características y necesidades de la población al que va dirigido, ya que en ocasiones se omiten o relegan poblaciones específicas, como es el grupo de personas con discapacidad intelectual.

También es importante recalcar que con este taller se pretende romper el estigma hacia este grupo ya que se consideran personas que no necesitan tener acceso a este tipo de información.

Susan Pick declara:

"Finalmente, es necesario promover el diseño de programas sociales específicas, ya que en el área de la sexualidad al igual que en otras áreas de estudio, se omite el trabajo con poblaciones marginadas, como, por ejemplo, las poblaciones de minusválidos, con discapacidad intelectual, con ancianos, homosexuales, etc. Esto nos podría llevar a construir nuevas formas de interacción y valoración de las relaciones, al hacer explícitas las diferencias en las necesidades sexuales de cada uno de los individuos."
(Pick 2002 p.94)

Además, llevar a cabo este tipo de programas ayuda a eliminar aspectos que afectan o degradan al campo de la sexualidad como es la morbosidad, las creencias falsas, los tabúes, es decir, "... Se podría ayudar a erradicar muchos de las creencias falsas que se tienen al respecto y a aumentar la confianza en la población para tratar el tema con naturalidad y sin temor."

8.1 DEFINICIÓN DE TALLER.

Después de conocer la importancia que tiene el realizar un taller de sexualidad es necesario saber ¿qué es un taller? Para ello, debemos analizar, qué elementos tienen en común, así como su relevancia, para que posteriormente se integren y así conformar una definición de carácter propio.

Ahora bien, desde un punto de vista muy particular, las siguientes definiciones son las más adecuadas para que en marquen al programa contemplado para el taller de sexualidad. Estas definiciones: son citadas por Juan Carlos Lespada (1989):

- "Es una *estructura pedagógica* de acción en la cuál tanto la *enseñanza* como el *aprendizaje* conforman un marco de fuerte *compromiso personal*, en base a las propuestas específicas.
- Es *una técnica operativa* del *proceso de aprendizaje-enseñanza-aprendizaje* mediante la acción, a realizarse sobre un proyecto concreto de trabajo en grupo.
- Es una forma, un camino, una *guía flexible, dúctil, enriquecedora* para la persona y el grupo, *fundamentada en el aprender haciendo por: placer y la activación del pensamiento por propia convicción necesidad y elaboración.*
- Es un instrumento, un *método pedagógico práctico* de abordaje del: niño, del docente, del conocimiento y de la realidad, tomando como punto neurálgico la acción *protagónica y responsable individual y grupal.*
- Es una *estructura grupal* personalizado de acción, *orientada por la experiencia de enseñanza-aprendizaje*, que incluye al alumno y al docente como sujetos de educación en *una co-gestión participatoria, - libre, responsable y placentera".*

Entonces. ¿Qué es un taller? Es una unidad didáctica, la cual sirve como un instrumento de acción, como una guía dúctil, que apoya tanto al alumno como al docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, en un taller interviene una acción protagónica por parte de los individuos, en el "aprender haciendo", además de tener una acción libre, responsable, placentera y enriquecedora. Asimismo un taller también puede ser definido como una herramienta pedagógica que lleva el proceso de enseñanza-aprendizaje de una forma dinámica y que ayude al individuo a desarrollar habilidades.

De acuerdo con las definiciones, un taller tiene un fundamento teórico basado en la pedagogía, por lo que también sería interesante conocer los principios pedagógicos en los que se sustenta.

Algunos de los principios pedagógicos, que señala J. C. Lespada: (1989), por los que se puede regir o fundamentar un taller son:

1. Promover la capacidad de APRENDER a APRENDER.
2. Privilegiar lo práctico, cuestionar prestando especial atención al sentir y el hacer como punto de partido por conocer.
3. Facilitar la aplicación de los conocimientos y experiencias adquiridas utilizando canales reflexivos de acción.
4. Propiciar una motivación eficaz, comprometido, distintiva y responsable.
5. Promover y desarrollar la capacidad de reflexión y acción en grupo.
6. Incentivar progresivamente la comunicación efectiva entre el grupo, la escuela y la comunidad.
7. Estimular la cooperación, la auto-gestión participativa y una labor educativa en base a la propia convicción y necesidad.
8. Favorecer un clima de convivencia basada en el afecto, la comprensión, el respeto, la libertad y la dignidad.
9. Fomentar el consenso y la conciencia grupal dentro de una flexible estructura afectiva, cordial y democrática.
10. Incentivar el enriquecimiento del sí mismo personal en docente y alumnos.
11. Contribuir al aumento de la seguridad personal, tolerancia a la frustración y la expresión de sentimiento sin inhibiciones.
12. Posibilitar la eliminación de jerárquicas docentes pre-establecidas e incuestionables y su orientación en el redimensionamiento de su rol como orientador y catalizador del proceso de co-participación.
13. Desechar la cohesión, el paternalismo y la pasividad.
14. Incentivar la superación de las relaciones competitivas en pro de las relaciones productivas de acción conjunta.
15. Promover la constante planificación, acción y evaluación grupal.
16. Posibilitar la reubicación de sus integrantes como seres humanos y el encauzamiento de sus aptitudes e inclinaciones naturales.
17. Favorecer la desinhibición progresiva del maestro y del alumno y la expresión de sus personalidades en constante enriquecimiento, estimulando el dinamismo productivo, la extraversion socializada y la participación activo-protagónica.

Estos principios, proporcionan los elementos base para que se lleve un manejo adecuado de cualquier tipo de taller. Además es necesario señalar que a partir del tipo de taller se: sumarán elementos que lo caracterizarán.

8.2 TIPOS DE TALLERES.

Dentro de los tipos de talleres existen clasificaciones que nos permiten definir a cada uno de ellos. Las categorías de clasificación son:

1. Según ingreso, permanencia y egreso de los participantes.
2. Según la edad del participante.
3. Según la técnica pedagógica elegida

Dentro de la primera clasificación (según ingreso permanencia y egreso de los participantes), el primer tipo de taller se llama abierto y tiene la característica de que los integrantes del grupo ingresan, permanecen y egresan cuando ellos lo deseen o crean conveniente.

Taller Abierto

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">➤ Máximo nivel de libertad de gestión➤ Favorecer la adecuación de las propias necesidades y aspiraciones con las propuestas del taller y el estado de ánimo variable.	<ul style="list-style-type: none">➤ En aquellos participantes que aún necesitan un grupo más o menos estable pueden darse dificultades de interrelación constante.➤ Exige mayor preparación del conductor y el manejo positivo de la autoestima, competencia, personal etc.➤ Puede ser factor de desorientación en el alumno por la variación del campo.

Por otra parte el segundo tipo de taller dentro de esta categoría, es el llamado taller cerrado. Es llamado de esta manera debido a que los estudiantes que inician son los que permanecen hasta el término del taller, es decir, que con la matrícula con la que se inicia es con la que se culmina, evitando que el alumno cambie de taller o que algún alumno trate de inscribirse después de haber iniciado.

Taller Cerrado

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">➤ Facilita el cumplimiento de los objetivos grupales.➤ Merced a la permanencia y constante estructuración del campo se facilita la aprehensión de los propósitos, problemas, recursos y conflictos del grupo operativo, que irán siendo analizados y superados a medida que van apareciendo.➤ Delimita con mayor precisión el esquema referencial.➤ Facilita el conocimiento y la interacción grupal y la maduración individual reduciendo el nivel de ansiedad e inseguridad.	<ul style="list-style-type: none">➤ Pueden tender al estereotipo.➤ Suele irse convirtiéndose lentamente en una "clase" tradicional si se combina con poca habilidad con otros tipos de taller en donde el coordinador es único.

Las consideraciones o condiciones mínimas, que se requieren para este tipo de taller son:

↳ El docente o guía que llevó o cabo este tipo de taller debe, primeramente, evitar la rigidez, esto es que haga el esquema referencial dinámico para que se dé una condición básica para el aprendizaje. Esto lo debe hacer mediante amabilidad, interés, cordialidad y efectividad. Además que debe contemplar los siguientes aspectos:

1. Elección de adecuadas técnicas de orientación.
2. Organización previsor y acabada de los recursos y materiales.
3. Estructura flexible adaptable sobre la marcha.
4. Conocimiento de las características del grupo.

El tercer tipo de taller se llama taller mixto y engloba o combina a los dos anteriores, contemplando las mismas ventajas, desventajas y condiciones mínimas.

Ahora bien, analicemos los talleres que están clasificados en la categoría: "por la edad de los participantes". El primer tipo de taller es el taller horizontal, el cual es organizado con individuos que tienen la misma edad o que en ocasiones son alumnos en el mismo grado escolar.

Taller Horizontal

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">➤ Facilita desde la planeación de las actividades, la selección de estrategias a seguir y la evaluación que se llevara a cabo para el proceso.➤ Respetar la decisión del individuo por agruparse por dichas características.➤ Concentra los intereses, necesidades y posibilidades, límites y niveles de la misma etapa evolutiva.➤ Ayuda que se rolen entre los alumnos, los líderes naturales.	<ul style="list-style-type: none">➤ Se corre el riesgo de que caiga en la monotonía y se convierta en una "clase más".➤ Cotidianamente, los individuos conviven con personas de diferentes edades, intereses y aptitudes y si se les expone a la separación de otras personas, puede influir en la discriminación de unos con otros, además que limita la comunicación. Sin embargo, si el facilitador es un experto esto no sucederá.

Las condiciones mínimas que se deben contemplar para la realización de este tipo de taller, son:

1. Se debe tener un proyecto de trabajo, con el cual se desarrollará el taller, además se deben utilizar técnicas atractivas.
2. Se deben contemplar aspectos importantes como: las posibilidades que se tienen, los límites con los que nos podemos topar, todas las necesidades e intereses que pueden tener los mismos alumnos y, por último, las estrategias que se llevarán a cabo para alcanzar las metas propuestas, las cuales deben ser adecuadas o la etapa evolutiva del grupo.

El segundo tipo de taller, que se puede encontrar dentro de esta categoría, es el taller vertical.

Este taller recibe este nombre porque los alumnos pertenecen a edades diferentes, con un proyecto de actividades específicas y concentradas en una sola área o materia.

Taller Vertical

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">➤ Aporta esquemas referenciales➤ Combate el estereotipo➤ Obliga a la variación constante y consideración de escalas de dificultades muy bien diferenciadas y seriadas.➤ Refleja el hecho vivencial de la convivencia y la conformación.➤ Es integrador de la multiplicidad ínter etapas.	<ul style="list-style-type: none">➤ Difícil elección del tipo de actividades estrategias y evaluación➤ Incrementa en algunos casos el grado de intimidación.➤ Pueden formarse subgrupos por edades y/o posibilidades o intereses.➤ Los mayores tienden a ejercitar roles de liderazgo autocrático con respecto a los menores.

Dentro de este tipo de taller, las condiciones mínimas a cubrir son:

- Debe organizarse más de un taller para posibilitar la elección.
- Adecuar las actividades a la multiplicidad de etapas evolutivas de los asistentes.
- Seriar las dificultades de ejecución no por importancia sino por posibilidades de concreción, cuidando su distribución por niveles de capacidad.
- Exige un conocimiento profundo de las etapas evolutivas y de su integración.
- Deben preverse interacciones diferentes y anticipar la distribución democrática de roles y liderazgo.

Otra de las categorías existentes dentro de los tipos de taller es "según la técnica pedagógica elegida", que da paso al taller de actividades orientadas. En este taller el individuo va a asistir para realizar determinada actividad dirigida por un asesor que orienta la acción.

Dentro de esta categoría y tipo de taller existe una condicionante la cual es que se lleve a cabo dentro de un área o una materia. El *Taller de actividades orientadas dentro de un área o materia*, tiene como características, que:

"El docente selecciona, ordena y planifica con los alumnos el taller organizándolo en base a un área o materia. El coordinador participa como orientador de las acciones: Conduce, vitaliza, estimula, evalúa dudas. (Lespada p 28)

Taller de Actividades Orientadas

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">➤ Otorga seguridad, además de que es gratificante y encauza la creatividad.➤ Se tiene mayor ventaja de tener asesorías, ya sea que el alumno las reciba o las imparta. Esto permite que exista un ordenamiento general.	<ul style="list-style-type: none">➤ Puede convertirse en una clase tradicional.➤ El coordinador debe ser entrenado para tener un buen manejo de los talleres, para no coartar libertades, facilitar el clima y no bloquear la creatividad.

Para utilizar el taller es necesario conocer las condiciones mínimas indispensables, para saber de qué elementos se partirá. Dichas condiciones son:

1. Preparación, ordenamiento y provisión del material.
2. Conocimiento y manejo de grupos operativos.
3. Capacidad de conducción y orientación personal y técnica.

Después de conocer diversos tipos de talleres, citados por Juan Carlos Lespada, sería oportuno señalar qué tipo de taller es el que serviría para fundamentar la propuesta y que al mismo tiempo sirva de guía.

Para efectos de la presente propuesta, no se utilizará uno específico sino que al conjugar los elementos de algunos formaremos el que nos permitirá tener una guía.

Desde un punto de vista propio, los tipos de taller que se conjugan para dar paso a la propuesta son: el Taller abierto, junto con el taller vertical, apoyado por el taller de actividades orientadas dentro de un área o materia.

Taller de
Educación
Sexual Para
Adultos con
Discapacidad
Intelectual

DISEÑO DE LA PROPUESTA

Para el diseño de esta propuesta se tomaron en cuenta los siguientes puntos:

1. Se llevó a cabo una amplia revisión bibliográfica, tanto de literatura nacional como extranjera, sobre temas de discapacidad intelectual y de sexualidad.
2. Se analizó la filosofía actual de los servicios para personas con discapacidad intelectual.
3. Se mantuvo en contacto directo con personas con discapacidad intelectual a fin de conocerlos, para así combatir creencias falsas, temores y miedos.
4. Para el diseño de esta propuesta se realizó un listado de temas secuenciados de una manera lógica, psicológica y pedagógica.

De acuerdo con Bekman e Hiriart (1994) es necesario incluir dentro de la propuesta los siguientes cuatro apartados que son de suma importancia tomar en cuenta.

- ❖ **Ficha Técnica:** información básica sobre el tema. Es el fundamento teórico que el facilitador debe dominar para poder brindar la información de una manera clara, precisa y concisa. La Ficha Técnica está redactada de una manera muy sencilla y elemental y, en algunas ocasiones, se tendrá que simplificarlo y hacerlo aún más concreto. El facilitador podrá apoyarse en otras fuentes de información y adaptar las sesiones a las necesidades del grupo.
- ❖ **Autocuidado y creencias falsas:** este apartado se refiere a la manera de cuidar el propio cuerpo, hábitos e higiene. Además de satisfacer las propias necesidades en función de las características del medio. Pretende aclarar las creencias que puedan existir acerca del tema.
- ❖ **Social:** Se pretende mostrar las actitudes y conductas adecuadas y las inadecuadas que las personas puede asumir para expresar su sexualidad; así como identificar los lugares públicos y privados donde esta puede ser manifestada.
- ❖ **Sugerencias:** En esta sección se brindarán al facilitador distintas propuestas de abordaje, de material de apoyo etc. que se han observado de acuerdo a la experiencia de trabajo con esta población. Se presenta material que pueda ser elaborado por los mismos instructores y que pueda darles ideas para crear nuevos.

Se estructuró de esta manera ya que son áreas que consideró importantes. Estas áreas están estrechamente ligadas por lo que tienen que presentarse de una forma entrelazada según lo

demandante de la situación. En este taller, por fines prácticos y didácticos se realizó la división anterior.

El ofrecer educación sexual aumenta los conocimientos sobre el tema y conduce a actitudes y conductas más responsables, por lo que existen cinco características importantes de esta tesis a saber:

1) La inclusión de conceptos y/o aspectos asociados con el desarrollo sexual en el adulto con discapacidad intelectual.

2) La revisión de aspectos psicológicos con el propósito de lograr cambios conductuales en el adulto con discapacidad intelectual.

Consecuentemente, al incluir aspectos tales como la toma de decisiones, asertividad, comunicación y control de medio ambiente se trasciende del nivel puramente informativo, característico de los cursos de educación sexual tradicionales, a otro más práctico y orientado a la acción, no sólo en el área de la sexualidad, sino de la planeación de la vida en forma más general. Por lo tanto este proyecto está orientado a ayudar en el desarrollo de un bienestar general más amplio que no se limita a la sexualidad.

3) Dado que informar y cambiar conductas, creencias y actitudes toma tiempo, se presentan adicionalmente, en algunas sesiones, ciertas dudas o aclaraciones. Se sugiere sean aplicados en sesiones individuales para aclarar dudas o que ellos tengan mayor confianza para comentar el tema.

4) Conociendo la importancia de la repetición y del reforzamiento para el aprendizaje, se propone dedicar dos sesiones por tema.

Estructura del proyecto

El proyecto propuesto ha sido probado con adultos con discapacidad intelectual de ambos géneros a lo largo de un año en una institución ubicada al sur de la Ciudad de México.

El contenido del proyecto estará organizado de tal manera que, en cada sección, se describan los objetivos de aprendizaje y los objetivos específicos, particulares del tema que se va a tratar, una ficha técnica que incluye el contenido básico del tema, los materiales que se requieren, sugerencias basadas en la experiencia del trabajo con esta población para el diseño y procedimiento del manejo y ejercicios para realizarse con el grupo.

Las sesiones del taller se refieren a:

- 👉 Sexualidad, sexo y su lenguaje,
- 👉 Relaciones Interpersonales,
- 👉 ¿Cómo soy?,
- 👉 ¿Cómo funciona mi cuerpo?: (anatomía y fisiología),
- 👉 Menstruación y Eyaculación,
- 👉 Relaciones sexuales,
- 👉 Fecundación, Embarazo y Parto,
- 👉 Métodos Anticonceptivos,
- 👉 Infecciones de Transmisión Sexual,
- 👉 Roles sexuales y Género,
- 👉 Otras manifestaciones de la sexualidad (Masturbación, Pornografía, Prostitución, Homosexualidad),
- 👉 Abuso sexual,
- 👉 Comportamiento Social.

La población pueden ser jóvenes de 17 años hasta adultos de 40 años con discapacidad intelectual.

Lineamientos Generales

Se sugiere que el facilitador conozca a fondo el material y practique varias veces los ejercicios antes de dar la sesión. Asimismo, deberá calcular con anticipación tanto el tiempo que le va a dedicar a los contenidos y a cada ejercicio o dinámicas.

La duración propuesta de cada sesión es aproximadamente de una hora y generalmente se maneja una dinámica por sesión. Lo anterior se sustenta en las observaciones previas, ya que después de una hora los adultos comienzan a perder la atención del tema en cuestión.

Es muy importante que el taller sea impartido de manera amena y divertida para los adultos. Generalmente, por su discapacidad, no hay interés o necesidad de dominar los nombres técnicos y los detalles de la anatomía y fisiología reproductiva, ni de las infecciones sexualmente transmisibles. Por lo tanto no vale la pena proporcionar detalles lo que sí importa es entender los procesos para saber prevenir sus consecuencias. Los nombres y definiciones que se ofrecen son para que el facilitador los conozca, no necesariamente para que los transmita.

El material tendrá un mayor impacto si es presentado visualmente (por ejemplo usando películas, transparencias, rotafolios) y en forma divertida (organizando rifas, torneos, juegos, dando regalos, dramatizaciones, parodias, etcétera).

Este taller ha despertado gran interés tanto por parte de los adultos con discapacidad intelectual como por los facilitadores interesados en la educación sexual.

Dar la oportunidad de participar y promover activamente la intervención de los adultos es importante. La ausencia de dudas, o de participación, limitaría seriamente los alcances del taller, por lo que es necesario preguntar constantemente si existen dudas o si alguien quiere dar alguna aportación al grupo.

El facilitador que logra una actitud abierta, alegre, positiva y de confianza facilita la participación y el éxito del taller; posteriormente se darán ciertas características que se proponen para un buen facilitador).

Se recomienda, por otro lado, asegurarse de que el contenido quede claro. Tal vez el facilitador sienta que es necesario retomar varias veces el contenido de alguna sesión, o la forma de llevar a cabo alguna dinámica, o la actividad. El facilitador debe considerar que generalmente estará actuando contra actitudes negativas, o bien contradiciendo conocimientos previamente adquiridos. Lograr la adquisición de nuevos patrones de pensamiento y de conducta no es fácil y requiere de práctica, repetición, motivación y dedicación. Eliminar actitudes y conductas negativas lleva tiempo, pero modificarlas y lograr que se adquieran nuevas requiere aún más tiempo y paciencia.

Por ejemplo, convencer a los adultos con discapacidad intelectual de que otros ya no tomen las decisiones por él, se alcanza más rápidamente que lograr que él empiece a tomar las decisiones por sí mismo. De igual manera, lograr que los adultos con discapacidad intelectual ya no tenga creencias equivocadas acerca del uso de su sexualidad y de la anticoncepción, es más sencillo que lograr que asimile los conceptos correctos. Asimismo, el adulto con discapacidad intelectual necesita tener la oportunidad de pensar y decidir por sí mismo. El facilitador que soluciona todos los problemas le quita a la persona con discapacidad intelectual la posibilidad de tener su propia iniciativa y estará limitando su potencial de aprendizaje.

Por otro lado es de gran utilidad para el facilitador contar con direcciones de farmacias, servicios de instituciones y clínicas de salud donde se ofrezca educación sexual, atención de enfermedades de transmisión sexual / SIDA, servicios de planificación familiar y ayuda psicológica así como para casos de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción para consultar dudas o recurrir a expertos.

Guía para el facilitador

A) Secuencia del taller.

Este taller está diseñado de tal manera que se pueda seguir el orden propuesto. Sin embargo, se pretende que sea lo suficientemente flexible para permitir que se adapte a las necesidades específicas que presente la población. La secuencia deberá ser entendida como una espiral ya que nunca se termina de abarcar por completo y es necesario retomar y repetir constantemente lo visto en sesiones anteriores. Además es necesario reforzarlo en los ambientes fuera del grupo, por ejemplo, en plática o asesoría individual.

Se proponen dos maneras de aplicar el taller: uno a nivel de orientación general que se aplica con la secuencia propuesta, con la intención de dar información y herramientas para ejercer la sexualidad en una forma sana, adecuada y tomando decisiones con responsabilidad. La otra es a un nivel de ajuste o correctivo. Es decir, a partir de alguna vivencia relacionada con la sexualidad de algún miembro del grupo, y que requiere de orientación, se decide hablar del tema utilizando una de las unidades del programa.

Es importante que el programa mantenga una constancia para su mejor funcionamiento con la oportunidad de retomar los temas vistos con anterioridad.

Cada unidad deberá abarcar una parte teórica basada en el manual y puede ser enriquecida tomando en cuenta la parte social, de autocuidado y creencias falsas. Esto se intercalará constantemente con los ejercicios y las intervenciones de los participantes.

B) Características del facilitador

El aprendizaje significativo basado en las experiencias de la persona puede darse dentro de la relación usuario-facilitador y compañero-compañero. En estos casos, el material en sí -aunque es de gran ayuda, sirve como una guía, proporciona ideas y sirve de apoyo- no lo es todo. Es muy importante tomar en cuenta al facilitador, las características que éste debe reunir y el ambiente que debe crear. Esta relación debe basarse ante todo en el respeto mutuo.

El poder facilitar este aprendizaje depende mucho de las actitudes del orientador y de la relación que exista entre él y el participante (Rogers, 1978). El dejar de lado la relación y enfocarse únicamente a la información hace que se vean afectadas otras áreas como lo son la autoestima, las relaciones interpersonales, la sensibilidad y la capacidad para dar y recibir afecto. Si bien es cierto que es necesario tener amplio conocimiento sobre el tema a exponer, esto no es suficiente para asegurar que la persona sea un buen facilitador. Para poder lograrlo es necesario desarrollar ciertas cualidades (Patterson y Purkey, 1993, citado en Bekman e Hiriart, 1994).

Las principales características del educador deben ser, según Patterson y Purkey (ibid.) *empatía, respeto y genuinidad*.

Empatía significa entender a otra persona desde su punto de vista, o dicho de otra forma, ver el mundo como si estuviéramos dentro del otro, sin perder la conciencia de que es un "como si"; tratar de ponerse en los zapatos del otro. Esto propicia que las personas puedan vivenciar y aprender de las experiencias de los otros.

Por **Respeto** se entiende una aceptación incondicional del otro tal y como es, sin críticas ni juicios o evaluaciones.

Genuinidad se refiere a la congruencia entre los sentimientos, pensamientos y acciones del facilitador; la honestidad, sinceridad y apertura, sin tomar roles estereotipados que puedan afectar las actitudes y decisiones de los participantes.

Por otro lado es muy importante que el facilitador no deba imponer sus valores a los participantes. Debe poseer destrezas para permitir el desarrollo e interacción del grupo, así como tener información general acerca de la sexualidad, además de tener una actitud abierta para tratar la sexualidad de los participantes y tener una conciencia de su propia sexualidad. Debe existir una confianza y respeto mutuos que creen un ambiente de compañerismo.

Cada persona debe hacer una autorreflexión honesta en la que evalúe si considera que puede llevar a cabo la función del facilitador, tomando en cuenta que la mayoría de estas características se adquieren a lo largo de un proceso personal que implica un constante trabajo con uno mismo.

C) Encuadre

Las sesiones deberán llevarse a cabo en un mismo lugar y deberán tener una misma duración. Sin embargo, la información debe ser reforzada en ambientes fuera del grupo como pueden ser las salidas a la comunidad u otras actividades que lleve a cabo el individuo. Es necesario que exista un encuadre formal en el que se llevará a cabo cada sesión, pero esto deberá generalizarse, informalmente, a los demás ambientes.

Es recomendable que los participantes se sienten alrededor del aula para que así puedan verse unos a otros y tener una mayor interacción.

Dentro del encuadre es necesario decir como se llevará a cabo la sesión, lo que se permite y lo que no dentro del grupo.

D) Abordaje

Se recomienda que el programa sea manejado en grupo ya que al encontrarse los participantes reunidos se promueve la interacción social y se propicia la expresión y comunicación.

González (1999) destaca la importancia que juega el grupo en el aprendizaje, es decir las acciones interindividuales, en cuanto a las conductas sociales se refiere. Esto refuerza el carácter, enriquece el lenguaje y contribuye a la formación de puntos de vista y criterios. También permite la apreciación de diversidad de pensamientos y opiniones (Patterson y Purkey, op cit).

Así mismo, el grupo conforma un espacio en el que los integrantes pueden encontrar apoyo en sus compañeros, compartir sentimientos y experiencias (González, 1999).

A pesar de que el grupo es una herramienta muy valiosa, no debe fundirse al individuo con el grupo, sino que deben tenerse constantemente presentes las características, tanto personales como de destrezas, de cada individuo. Los programas se deben de individualizar de acuerdo a las necesidades de cada persona, aunque esta individualización se refuerza mediante el grupo

El trabajo en grupo propicia el máximo rendimiento del consejero, los individuos escuchan dificultades o experiencias similares a las suyas, ofrece las experiencias que necesitan en cuanto a aptitudes y situaciones sociales, se sensibilizan con los sentimientos de los demás y su intimidad, y reciben apoyo de sus compañeros.

Al trabajar en grupo deberán establecerse ciertas reglas desde un principio que tendrán que ver con la observación del encuadre, el respeto entre compañeros y marcar las consecuencias al violar estas normas. Cada grupo marcará sus propias reglas en conjunto con el facilitador.

No obstante, en los casos que sea necesario, se debe hablar con la persona en una forma individual.

E) Sobre el proceso de Aprendizaje

Se busca lograr el aprendizaje significativo trayendo las experiencias que tiene la persona fuera del ambiente institucional, al interior de él, con el objeto de que el individuo, con apoyo del facilitador y del grupo, las elabore, organice y reconstruya, llevándolas una vez más al exterior, pero de una forma más conciente y responsable. Es importante preparar a los participantes para cada sesión, comentar el tópico y qué va a suceder en ésta. Se debe asegurar que los participantes entiendan de lo que se va a tratar. Es preferible que el punto de inicio de cada sesión sean las experiencias individuales, esto puede lograrse lanzando una pregunta acerca de algo que les incumba y construir alrededor de ésta el resto de la sesión, encaminándola a los puntos a tratar en cada unidad. Así, las situaciones son más reales, se involucran con la persona y le permiten hacer más fácil la

generalización, sobre todo si se trabaja en grupo y se abordan diversas situaciones vividas por los compañeros. El participante debe ser un elemento activo dentro del proceso, es decir, se proporciona un ejemplo o actividad a través de la cual, con los apoyos necesarios, la persona construya por sí misma un conocimiento. El involucrar a la persona en la toma de decisiones mejora el proceso de aprendizaje. La educación debe basarse en lo propio y no en lo ajeno (Barbera 2000).

La educación de la sexualidad no debe ser vista como un tema aparte del cuál sólo se deba dar información. Debe abarcarse desde un punto de vista socializador que involucre todas las áreas, situaciones y ambientes, para facilitar un desarrollo lo más pleno posible y apoyando el desarrollo de nuevas destrezas y la conciencia sobre sí mismo. Las relaciones interpersonales como forma de organización social constituyen un proceso de aprendizaje social y se desarrolla en constante interacción con el medio (Calixto, 2000).

F) Niveles de apoyo

El material debe exponerse en pasos cortos y lógicos y repetirse lo suficiente antes de pasar a otra etapa. Las destrezas y conceptos que se enseñan deben ser prácticos y basados en las demandas de la vida adulta.

En todas las sesiones se requiere el apoyo del facilitador, en mayor o menor grado, dependiendo de las necesidades y de la situación. El facilitador deberá adecuar tanto el material como su vocabulario al nivel de los participantes, simplificando la información con un manejo más concreto, por el contrario ir aumentando el grado de dificultad. Es importante mantener el ritmo de los participantes procurando no ir demasiado rápido o aburrirlos con un mismo tema.

G) Cronogramación

Ninguna unidad tiene un tiempo límite de manejo. Toda la información relevante probablemente tendrá que ser cubierta en una serie de sesiones y reafirmada constantemente.

H) Sobre la evaluación

Para que el facilitador se cerciore de que la información ha sido captada y asimilada, lo tendrá que verificar realizando distintas preguntas, tratando de ser lo más concretas posibles, acerca del tema, o pidiendo que se represente alguna situación hipotética con la ayuda del role-playing en la que haya que poner en práctica las destrezas relacionadas con lo tratado en la sesión. Esto pone en evidencia si la información fue recibida y el nivel de retención de esta. Otra manera de evaluar es por medio de reportes verbales que el mismo participante proporcione u observaciones que hagan otras personas alrededor de él sin que éstas se trasformen en persecutorias.

En un taller de educación sexual participativo, como el que se pretende presentar en este proyecto, resulta indispensable una adecuada integración del grupo. Lograr que los miembros del grupo se conozcan y se sientan a gusto tanto entre ellos mismos como con el facilitador, es una condición indispensable para que se desarrolle un ambiente de confianza, respeto y de comunicación abierta.

Temas



Tema 1: Sexualidad, Sexo y su Lenguaje.

OBJETIVOS:

- Sensibilizar a los jóvenes acerca del tema de la sexualidad mediante distintas dinámicas.
- Propiciar en los participantes un ambiente adecuado para hablar del cuerpo.
- Diferenciar los conceptos de los tres términos: "Sexo, sexualidad y su lenguaje", ya que en nuestra cultura "el sexo" y "la sexualidad" se han reducido a la genitalidad.
- Propiciar cada vez que se hable de sexualidad utilizar los términos correctos.

Ficha Técnica:

Al hablar de sexo o sexualidad, con frecuencia los términos son asociados de manera inmediata con ideas sobre la vida sexual, que tiene relación directa con los genitales, la reproducción humana o las relaciones sexuales. Al respecto Monroy (2002) asegura que la mayoría de las personas están acostumbradas a pensar que, el sexo es algo meramente relacionado con los órganos genitales, o lo ven como una simple expresión física.

Tales ideas hacen suponer que el común de las personas conocen y ha adoptado, la definición que Freud (1981) llega a hacer sobre lo sexual, afirmando que es todo lo referente a la intención de procurarse un goce por medio del cuerpo, y en particular de los órganos genitales del sexo opuesto, o sea todo aquello que tiende a conseguir la unión de los genitales y la realización del acto sexual.

Se comparan, tal parece, el concepto de sexualidad con el de genitalidad y se toma en cuenta únicamente el aspecto anatomofisiológico del aparato genital, que aparte de determinar las diferencias físicas entre los sexos, contribuyen a la reproducción humana y tal como otras funciones corporales, proveen de placer al cuerpo humano. Siendo esta perspectiva una de las razones a las que se le atribuye que exista resistencia para hablar de la sexualidad, dado que lo órganos sexuales y la posibilidad de proveer y adquirir placer son percibidos como actos privados.

Sin embargo para comprender al ser humano en todas sus manifestaciones, se debe partir del principio general que esta que establece que la naturaleza humana es el resultado de la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales cuya complejidad se manifiesta en todo momento de la vida diaria de las personas (Funke, Gantier y Olguin 1982).

Por lo anterior se debe partir de un enfoque integral del Ser humano, se puede conceptualizar la sexualidad como una expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en un sociedad y cultura determinada.

Por lo tanto, para evitar la estrecha y limitada concepción del sexo, actualmente se emplea la palabra sexualidad. La sexualidad es considerada como un fenómeno biopsicosocial que forma parte del crecimiento y de la personalidad del ser humano. Es la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación del individuo con otros del mismo del mismo o diferente sexo. Las expresiones de la sexualidad van mucho más allá de las respuestas genitales y están sujetas a modificaciones en forma constante como consecuencia de la experiencia del aprendizaje. La sexualidad no se encierra única y exclusiva a lo relacionado con los órganos sexuales y su función reproductora y satisfactoria, incluye mucho más que eso y se manifiesta en la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona según su sexo.

Fuerzas fisiológicas, emocionales, sociales y culturales condicionan a la sexualidad de manera importante y, tienen por resultado una amplia gama de posibles actitudes y conductas en la vida de todo ser humano.

Se requiere, por lo tanto, abandonar la filosofía parcial de la sexualidad que la limita a su carácter biológico, para dar paso a una recepción más abierta de la misma y a la posibilidad de derribar las barreras que nos obstaculizan el simple hecho de hablar del tema.

De acuerdo con Vanegas (2000) se debe de tomar en cuenta los siguientes puntos.

- ↻ La sexualidad es una fuerza positiva y enriquecedora de la vida humana.
- ↻ A cualquier edad del individuo, hay que asumir como normal alguna manifestación de dicha sexualidad.
- ↻ El comportamiento sexual y sus consecuencias están determinados por las características familiares, el concepto sobre roles sexuales, experiencias anteriores, geografía y oportunidades, más que por el hecho de ofrecer información o instrucción sexual.
- ↻ No existe una norma establecida o universalmente aceptada de conducta sexual.
- ↻ Las normas varían con la clase social, religión, educación y estilo de vida.
- ↻ La sexualidad es una parte integral de toda la personalidad y se expresa en todo lo que una persona hace.
- ↻ Lo que es sexualmente aceptable varía en cada persona.
- ↻ La sexualidad no se circunscribe al coito, sino que constituye el motor de la vida afectiva.
- ↻ La función sexual humana es ejercida, fundamentalmente, de dos modos: El *erótico* y el *reproductor*.
 - La función reproductora es la más antigua en todas las especies, no diferencia al hombre de los demás animales.
 - La función erótica, definida como la búsqueda consciente del placer sexual es únicamente humana, nos distingue de los demás seres del reino animal.

- ◇ La Educación Sexual sólo puede entenderse como un proceso integral que tiende al desarrollo de los aspectos físicos, psicológicos, emocionales, espirituales y sociales del individuo.

El término *SEXO* ha tenido múltiples connotaciones. La mayoría de la gente está acostumbrada a imaginar el sexo como los genitales o como una simple expresión física.

Los siguientes significados no son absolutos, sólo pretenden dar claridad para orientar las discusiones.

↪ SEXO DE ASIGNACIÓN O CRIANZA: Está determinado, usualmente, por los genitales externos. Es atribuido al nacer: Pene-hombre; Vulva-mujer.

↪ SEXO PSICOLÓGICO, IDENTIDAD SEXUAL O IDENTIDAD GENÉRICA: Convencimiento íntimo de ser hombre o de ser mujer que tiene el individuo, o la identificación subjetiva con una u otra de estas condiciones o con ambas, en proporciones variables.

La diferenciación del sexo psicológico depende, fundamentalmente, del efecto del entorno familiar y social.

↪ SEXO SOCIAL, ROL SOCIOSEXUAL, MASCULINIDAD Y FEMINIDAD: Conjunto de comportamientos y actitudes culturales que indican a sí mismo y a los demás la pertenencia al sexo masculino o femenino, o a la ambivalencia en proporciones variables.

↪ GÉNERO: Este vocablo ha sido tomado de la terminología gramatical con el significado que tiene en ella, pero aplicado a los seres humanos. Es, entonces, sinónimo de sexo y de él se deriva el adjetivo *genérico*.

↪ ORIENTACIÓN SEXUAL: Dirección que sigue el deseo sexual del sujeto, o la excitabilidad sexual del sujeto en relación con un objeto sexual determinado; puede manifestarse hacia un solo tipo de objeto o hacia varios, en proporciones variables. La más típica orientación sexual es la heterosexual, seguida por la homosexual.

↪ HETEROSEXUALIDAD: Orientación sexual hacia individuos del otro género, o excitación sexual con ellos. Práctica de actividades sexuales con individuos del otro género.

↪ HOMOSEXUALIDAD: Orientación sexual hacia individuos del mismo género, o excitación sexual con ellos. Práctica de actividades sexuales con individuos del mismo género.

↪ BISEXUALIDAD: Orientación sexual heterosexual y homosexual en proporciones variables, o excitación sexual con individuos de uno y otro género. Práctica de actividades hetero y homosexuales.

Para referirnos al lenguaje que utilizamos para referirnos a la sexualidad, se puede decir que hay tres tipos de lenguaje para referirse a muchos aspectos de la sexualidad: *el lenguaje correcto, el lenguaje infantil y el lenguaje soez (vulgar o grosero)*.

- ☞ El llamado lenguaje "científico", no es más que *el lenguaje correcto* de los genitales y de la actividad de los mismos. Cuando usamos la palabra "cabeza", "tobillo" o "dedos" no decimos que estamos utilizando un lenguaje "científico", sino el correcto.
- ☞ Los lenguajes más utilizados por niños, jóvenes y muchos adultos son el "infantil" y el "soez, vulgar o grosero".
- ☞ Respecto del *lenguaje infantil*, los niños se ven reforzados por la utilización que de él hacen los adultos, sobre todo cuando hablan de sexualidad con ellos.
- ☞ Muchas veces los niños inventan palabras para designar los genitales y esto hace gracia a los padres que se las refuerzan. Los prejuicios sexuales de los adultos les impiden corregir los términos infantiles, al igual que lo hacen con otros aspectos de la vida cotidiana: el niño que dice "run" para nombrar su 'coche; "gol", a su balón.
- ☞ Los prejuicios sobre el sexo son la principal causa del *lenguaje vulgar o grosero!* utilizado por los adultos y, obviamente, replicado por los jóvenes y adolescentes.

"Sólo hay un campo en el que no se llama a las cosas por su nombre y éste es el de la sexualidad. Preferimos usar un lenguaje infantil o caricaturesco; con dificultad recurrimos a un lenguaje correcto. Todo esto es señal de que buscamos refugio en la puerilidad; un miedo mágico a nombrar aquello que asusta. En una reunión de padres de alumnos, una madre tomó la palabra: 'Yo estoy, dijo ella, a favor de la educación sexual, pero, ¿no se podría encontrar otra palabra en lugar de sexual?' (Valabrege 1975)

Dinámicas

SEXUALIDAD

MANIFESTACIONES DE LA SEXUALIDAD



MATERIALES: Papel Kraf (1 m. por 1.5 m) y marcadores, revistas populares, pegamento y tijeras.

PROCEDIMIENTO:

- ☞ Realizar una introducción de cómo nosotros manifestamos la sexualidad. Recordar:
 - ¿Qué entienden por Sexualidad, Sexo y Genitalidad?
 - Marcar las diferencias entre los términos.
 - Poner ejemplo de situaciones tratando de quedar claro los conceptos.
 - Hacer énfasis en que la Sexualidad es todo aquello que expresamos, emociones, actitudes, y conductas.
- ☞ Pedir a los integrantes que mencionen, algo que hayan visto en televisión, el cine o en la comunidad (anuncio, personas) que se refieran a la sexualidad.
- ☞ Comentar sobre la naturaleza de los elementos mencionados. Si ellos representan una estrecha definición de sexualidad: relaciones coitales, cuerpos sensuales, intimidad, tener un bebé, especifique que existe una definición más amplia.
- ☞ Ofrecer una definición amplia de sexualidad; incluya roles genéricos masculino/femenino, roles sociales, sentimientos de sí mismos y de otros, relaciones con amigos y parientes. Un ejemplo de definición podría ser:

La sexualidad es la unión de lo biológico, lo social, lo psicológico y lo cultural. Es todo aquello que tiene que ver con la constitución, con el comportamiento y las actitudes de la persona. Desde el nacimiento hasta la vejez, el impulso sexual existe y tiene diferentes manifestaciones de acuerdo a la edad. Es placentera, tiene relación con la familia, es única (no hay dos seres iguales sexualmente), es compleja porque varía de acuerdo con las personas y las parejas, es orientada por la razón, la voluntad y por las demás dimensiones y valores del ser humano.

- ☞ Colocar el papel en el centro pegado en el suelo.
- ☞ Al terminar de presentar la definición pedir al grupo que se coloque alrededor del papel. Poner a disposición el material (revistas, pegamento, tijeras).
- ☞ Pedir que busquen en las revistas otros aspectos de la sexualidad. Deberán ser capaces de encontrar anuncios que traten sobre roles sexuales, afecto, imagen corporal, placeres

sensoriales (fragancias, olores corporales, texturas, imágenes), relaciones afectuosas entre personas del mismo sexo, etc. Pídale que recorten anuncios fotografías, o que describan hechos cotidianos que representen los amplios aspectos de la sexualidad.

☞ Reúna a todo el grupo para la discusión, pedir que observen detenidamente las imágenes que pegaron. Identificar las imágenes que mas le llamaron la atención.

Análisis:

Por lo general, ¿de dónde viene nuestra definición de sexualidad?

¿Somos todos iguales?

¿Qué imágenes vemos más seguido en tele, revistas, cine?

¿En qué forma somos seres sexuales al nacer?

¿En qué forma son sexuales los ancianos?

¿Qué tipo de mensajes sobre sexualidad presentan los medios de comunicación?

¿De que manera podemos expresar nuestra sexualidad?

HISTORIAS (RELATOS)

MATERIALES:

Hoja de apoyo para la lectura de los casos.



PROCEDIMIENTO:

Revivir nuestras propias experiencias nos ayudará a comprender mejor por qué asumimos una u otra actitud ante las distintas manifestaciones de la sexualidad.

Las siguientes experiencias han sido tomadas del documento 'Material de apoyo para los participantes del taller del Centro de Asesoramiento Grupal, orientado por la Dra. Gladis Villegas. (citados en Vanegas 2000)

Estas lecturas ayudaran a sensibilizar a los participantes sobre distintas historias referentes a la sexualidad. Posteriormente se sugiere hacer un análisis sobre estos relatos, con algunas preguntas que se sugieren.

➔ Cuando tenía, creo que 7 u 8 años, una vez jugaba con un amiguito, no puedo olvidarme de la paliza que me dieron, ni siquiera nos tocamos, sólo estábamos mirándonos porque yo tenía mucha curiosidad de saber como era el pipí de los varones, a él lo amenazó mi mamá con cortárselo si alguna vez volvía a acercarse a mí.

- ¿Quién era una mujer o un hombre?
- ¿Consideran que estuvo bien la actitud de la madre?
- ¿Consideran que los niños estaban haciendo algo malo?

➔ Lo que aprendí, lo aprendí fuera de mi casa. Mi mamá sólo me enseñó que, tenía un tesoro y que tenía que cuidarlo, cuando me desarrollé me dio una toalla y me dijo cómo debía ponérmela, ni siquiera en ese momento me explicó lo del tesoro.

- ¿Qué significa el tesoro?
- ¿En que momento estaba la hija?
- ¿Cómo lo debió de hablar la madre a la hija?
- ¿Alguien quiere platicarnos de cómo fue su primera regla?

➔ Cuando tenía 8 años mi mamá estaba embarazada, le pregunté a una amiga cómo se le habría puesto tan grande y ella me dijo que seguramente tomaba mucha agua. Fui y se lo pregunté a mamá y me pegó... nunca más pregunté nada, tenía horror de mi propia curiosidad. Cuando me desarrollé creí que me había reventado por dentro porque ese día había estado corriendo mucho. Mi mamá me puso unos trapos y sólo me dijo que ya no podía brincar más. Me duró muchos días, creí que me iba a morir... Me da rabia que haya sido así.

- ¿Estuvo bien la explicación que le dio la amiga sobre el embarazo?
- ¿Estuvo bien la actitud de la madre hacia con la hija?
- ¿Cómo hubiera sido la actitud de la mamá para con su hija.

➔ Mi abuela nos cuidaba cuando papá y mamá trabajaban. Un día cuando regresaba de la escuela, un señor me llamó para que le diera una dirección, como era cerca lo acompañé una cuadra para indicarle. Cuando llegué a mi casa se lo conté a mi abuela. Se puso furiosa y me volvió loca a preguntas, al siguiente día me hizo revisar de un médico. Tuve años que no podía hablar de eso y recordarlo me aterraba.

- ¿La niña hizo algo incorrecto?
- ¿Qué debió de haber hecho la niña?
- ¿La abuela actuó de manera correcta?
- ¿Por qué después del acontecimiento la niña tuvo mucho miedo?

➔ Le tomé miedo al sexo por influencia de mi mamá, como ella sufría de derrames me decía que eso era por culpa de los hombres. Además, cuando niña llegué a oír en el barrio comentarios de violaciones. Nunca jugué con varones, sólo tenía claro que tenía que cuidarme de los hombres, que si perdía la virginidad nunca más sería igual.

- ¿Qué es la virginidad?
- ¿A todas las mujeres les pasa lo mismo (referir a los derrames)?
- ¿Todos los hombres son malos?
- ¿Ustedes creen que cambian las cosas después de perder la virginidad?

➔ No sé cómo aprendí que el sexo era malo y que no debía tocarme, quizás fueron muchas cosas, aunque nunca nadie me lo dijo. Yo sabía, antes de entrar a la escuela, que lo que sentía cuando me tocaba, ese placer, era malo y que no debía hacerlo. Desprecié siempre a una amiguita de mi edad que una vez me propuso tocamos nuestros órganos genitales.

¿El tocar mis genitales es malo?

¿El sentir placer es malo?

¿El conocer mi cuerpo es malo?

¿Cómo se le llama el hecho de tocar mis genitales?

➔ Nunca pude tener respuesta a ninguna pregunta ni de papá, ni de mamá. Lo que sabía era por las amiguitas de la escuela. Cuando preguntaba me decían que ya llegaría el momento y me dejaban en el limbo, hasta los 11 años creía que los niños se parían por la boca.

¿Es cierto que los bebés nacen por la boca?

¿Es importante que nuestros papas nos hablen de sexualidad?

¿Es importante saber el proceso del embarazo? ¿Por qué?

Si algún miembro del grupo desea referir alguna historia similar se le escucha, pero no se fuerza la situación.

SEXO

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

MATERIALES: Papel rotafolio, marcadores o pizarrón y gises.

PROCEDIMIENTO:



- ❖ Divida el grupo en dos equipos: hombres y mujeres.
- ❖ Se van a alternar las respuestas, primero un equipo va a decir una ventaja de ser de ese sexo (ya sea hombre o mujer) y después el otro equipo dará una ventaja de su sexo.
- ❖ El facilitador tendrá que escribirla en el rotafolio o en el pizarrón las repuestas que vaya dando cada equipo.
- ❖ Se sugiere que el facilitador vaya preguntando también a los integrantes del equipo para que todos participen. Si la preguntar ellos no saben que contestar, pedir a otro de sus compañeros que le ayuden a contestar.
- ❖ Al terminar las 10 ventajas de ser hombre o mujer continuar con 10 desventajas que ellos consideren ser de ese sexo.
- ❖ Es necesario aclarar que no se debe refutar las afirmaciones del equipo que expone, puesto que retornarían a las discusiones de los subgrupos, además no se trata de polemizar sobre cuál sexo es "mejor", sino de plantear las diferencias entre los mismos y las formas como se complementan.
- ❖ El facilitador debe puntualizar, finalmente, que muchas de las ventajas femeninas se presentan como desventajas masculinas y viceversa, porque los sexos se complementan, tienen sus propios roles y las características de uno y otro facilitan la convivencia de ambos.

Preguntas de Análisis.

- ¿Cuáles ventajas y cuáles desventajas fueron iguales para ambos sexos?
- ¿Fue más difícil hacer las ventajas o las desventajas?, ¿por qué?
- ¿Qué tienen o hacen los hombres de la lista de las mujeres?
- ¿Qué tienen o hacen las mujeres de la lista de los hombres?
- ¿Qué se entiende por *hombre, mujer, masculino, femenino, macho, hembra, sexo y género*?

EL MARCIANO



MATERIALES: Ninguno.

PROCEDIMIENTO:

- ☛ Consiste en explicarle a un "marciano" las diferencias entre hombres y mujeres.
- ☛ Pedir a cada participante una prenda o ropa que traen puesta. Puede ser un zapato, chamarra, mochila, suéteres, tenis etc. El objetivo es que el marciano se cree a partir de algo de cada uno de los participantes.
- ☛ Ponerle un nombre al marciano.
- ☛ Al finalizar de construir el "marciano", explicarles que este ser acaba de llegar a nuestro planeta y quiere saber las diferencias entre el hombre y la mujer, porque en su planeta estas diferencias no existen.
- ☛ El facilitador fingirá ser el traductor y él es el que tendrá que ir haciendo las preguntas, pues el marciano no se puede comunicar.
- ☛ El marciano pide a los integrantes que mencionen toda clase de diferencias: físicas, psicológicas, modo de sentir, pensar, actuar y manifestar emociones.
- ☛ Después, él dice que ya sabía todas esas diferencias porque ha viajado por varios lados de nuestro planeta. Ahora el marciano quiere saber las diferencias que no cambian ni con el tiempo, ni con el lugar, ni la cultura, ni nada. Sólo deberían quedar las diferencias físico-sexuales.
- ☛ Al finalizar se reflexiona con los integrantes sobre cómo, a partir de una diferencia física, la socialización que recibimos toda la vida se encarga de enseñarnos modos diferentes de comportarnos para los hombres y para las mujeres.

REACCIONES DE SER HOMBRE O MUJER



MATERIALES: Copia de los casos.

PROCEDIMIENTO:

- Y Trabajo con todo el grupo.
- Y El facilitador tendrá la hoja de casos para poderla analizar ante el grupo.
- Y Todo el grupo deberá considerar las preguntas siguientes:
 - ¿Cómo reaccionas ante esta situación?
 - Está bien o mal ¿Por qué?
 - ¿Cómo hubieran reaccionado sus padres ante esta situación cuando eran jóvenes?

ESTUDIO DE CASOS:

1. Es la primera cita de Santiago y Paula. Van a ir a bailar. Santiago piensa que ella le debería ayudar a pagar la cuenta. ¿Qué debe hacer él? ¿Qué debe hacer ella?
2. Dora se siente atraída por Daniel. Ella cree que él también se interesa en ella, pero es demasiado tímido para invitarla a salir. Ella ha pensado en pedirle que salgan pero teme forzarlo. ¿Qué pasará si ella lo invita a salir?
3. Elsa está embarazada, pero quiere regresar al trabajo tan pronto como pueda después de tener al bebé. Su esposo quiere que ella permanezca en casa hasta que el niño entre la escuela. ¿Qué debe hacer ella?
4. José ha estado pensando en comprarle una muñequita a su hermano de tres, años de edad. Se ven muy graciosas en la tienda. Sin embargo, cuando lo menciona a su amigo Juan, él le responde: A los niños varones no se les da muñecas"... ¿Qué debe hacer José?
5. Gustavo ayuda a su esposa a lavar la ropa y a preparar la comida. Sus amigos se burlan de él y le dicen que esos trabajos son para mujeres. ¿Cómo puede Gustavo lograr que sus amigos no lo molesten, sin lastimarlos ni pelear' con ellos?

Análisis Grupal:

- ¿Qué tanto han cambiado las cosas en la actualidad?
- ¿Qué creen que hayan causado estos cambios?
- ¿De qué manera el rol de los géneros ha afectado las relaciones entre hombres y mujeres?
- ¿Ustedes creen que estos cambios son buenos o malos?

El Vocabulario de la sexualidad

Uno de los objetivos de la Educación Sexual es desarrollar un adecuado vocabulario.

Muchas veces los participantes de un grupo se inhiben para hacer preguntas, por desconocer el nombre técnico correcto de un órgano genital o de una relación sexual.

Una vez ubicados los participantes y relacionados los términos científicos con los populares, se debe insistir en la utilización de la terminología técnica correcta.

EL FACILITADOR DEBE ESTAR DISPUESTO A ESCUCHAR LO QUE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO MANIFIESTEN SIN MOSTRAR ASOMBRO, DISGUSTO O VERGÜENZA.

ENRIQUECE EL VOCABULARIO



Objetivo:

Identificar los diferentes términos que se utilizan para nombrar aspectos de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales

MATERIAL:

Rotafolios, marcadores o pizarrón y gises.

PROCEDIMIENTO:

- El facilitador presenta el ejercicio:
- Para entablar cualquier discusión es necesario conocer el vocabulario del tema. Se pueden emplear varios tipos de lenguaje cuando se habla de sexualidad.
- Todos tenemos que pensar en el mayor número posible de palabras sinónimas, del término que el facilitador enuncie o escriba en el pizarrón o rotafolio.
- El facilitador enunciará o escribirá las palabras que les vaya dictando el grupo.
- Las palabras son: pene, vagina, masturbación, tobillo, coito, senos, pestaña, homosexual. Pueden emplearse todas o elegir unas cuantas, pero se deben intercalar

partes del cuerpo que comúnmente no tienen carga erótica, para facilitar la discusión posterior.

OBSERVACIONES:

- ☛ Este ejercicio resulta de gran valor para la libre expresión, aminora la ansiedad y crea un clima favorable para el taller.
- ☛ Se recomienda la consigna "Digan todos los sinónimos que hayan escuchado (no que sepan, sino que hayan escuchado) de las palabras que se van enunciando.
- ☛ Realizar las siguientes preguntas para analizar la dinámica.

Análisis

- ★ ¿Quién se sintió avergonzado de ver, escribir o leer en voz alta las palabras populares o "vulgares"? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?
- ★ ¿Por qué nos cuesta tanto trabajo hablar de palabras relacionadas a la sexualidad?
- ★ Por lo general, ¿Cuándo usamos el lenguaje popular, el lenguaje vulgar y el lenguaje correcto para referirnos a la sexualidad?, ¿por qué?
- ★ ¿Por qué cree que hay tantos sinónimos para los genitales y tan pocos para las otras partes del cuerpo?
- ★ ¿Por qué es importante llamar a las partes de nuestro cuerpo con el lenguaje científico y no con el lenguaje infantil o vulgar.
- ★ ¿Qué caracteriza a cada tipo de lenguaje: El normal, el infantil y el vulgar?

EL LENGUAJE POPULAR



MATERIALES: Diez hojas tamaño carta, marcadores.

PROCEDIMIENTO:

- Antes de presentar la actividad, escriba en cada hoja uno de los siguientes términos:

Mujer	Hombre	Coito
Senos	Pene	Vagina
Homosexual	Masturbación	Testículos
menstruación	Sexo	Sexualidad

- Pegar en la pared de forma alternada las hojas con los términos alrededor del aula.
- Pedir al grupo que se pare y lean las hojas que se encuentren pegadas a la pared en silencio (El facilitador les tendrá que leer las hojas a las personas que no tengan la capacidad de hacerlo).
- En el momento que lo hayan terminado de leer, pedir a todo el grupo que se coloque en el centro.
- Después se dará la siguiente instrucción: "Les voy a decir una palabra de las que ustedes ya leyeron, dependiendo de la palabra si ustedes tienen la parte del cuerpo que yo nombré, tendrán que ir rápidamente abajo del letrero de la parte del cuerpo". Por ejemplo si yo digo pene, se van a colocar abajo del letrero donde dice pene todos los que tengan pene, o sea los hombres. Si yo digo vagina, se van a colocar abajo del letrero correspondiente todas las mujeres.
- Realizar varias veces. Posteriormente puede escoger 2 a la vez por ejemplo los que tienen pene en un lado y las que tienen vagina en el otro.
- Pregúntele al grupo qué pensaban y cómo se sintieron mientras desarrollaban la actividad.
- Analizar los siguientes puntos:

¿Todos tenemos las mismas partes del cuerpo?

¿Para que nos sirve conocer todas las partes de nuestro cuerpo?

¿Es bueno conocer donde se encuentran estas partes del cuerpo?

Tema 2: Relaciones Interpersonales

Objetivos:

- 📖 Identificar cuáles son los tipos de relación y qué conductas y actitudes son las más frecuentes en cada caso.
- 📖 Manejar las distancias tanto físicas como emocionales entre las personas, permitiendo el darse a respetar y respetar a los demás.
- 📖 Detectar situaciones de posible riesgo.

Ficha Técnica

El individuo es la base de cualquier relación, y es a partir de su personalidad, habilidades, aptitudes, preferencias, intereses y valores, por mencionar algunas características, aquel va a establecer relaciones con otros individuos, las cuales siempre deben estar fundamentadas en el respeto.

Existen diferentes tipos de relaciones entre las que se pueden identificarse principalmente:

- 👤 La familia
- 👤 Amigos
- 👤 Novios
- 👤 Matrimonio
- 👤 Gente de la comunidad
- 👤 Desconocidos
- 👤 Conocidos circunstanciales.

Todas las relaciones son distintas pero existen ciertas generalidades. Las primeras relaciones de la mayoría de los individuos se dan dentro de la familia, con quien suele existir una relación de afecto y confianza además de compartir el mismo techo y tener una cercanía física bastante estrecha.

El afecto suele expresarse mediante el contacto físico como puede ser un abrazo o un beso y la comunicación debe ser abierta. Algunos miembros de la familia pueden ser de mucha confianza con quienes podemos conversar acerca de cuestiones personales y también de nuestra sexualidad. Así también de la misma familia puede existir gente a la que no le tenemos

confianza, que no somos tan cercanos a ellos y que quizá no nos agrade que nos toquen o ellos ser tocados por ciertas personas. No siempre nos llevamos bien con todos y esto no es malo, pero hay que respetar cuando alguien no quiere tener contacto con nosotros, así como ellos deben de respetar cuando nosotros digamos que n.

Los amigos son personas que conocemos a lo largo de nuestra vida y con quienes sentimos tener cierta afinidad, estamos a gusto con ellos y le tenemos confianza.

Dentro de estas relaciones existen diferentes grados de amistad. Hay amigos mucho más cercanos que podríamos considerar "Buenos amigos"; a ellos les tenemos más confianza para platicar cosas íntimas en las que a veces no podemos hablar con otras personas, son pocos y sueles ser relaciones mas duraderas, no se burlan de nosotros, nos escuchan y podemos intercambiar con ellos experiencias.

Hay otros amigos con los que podemos compartir muchas cosas como con los anteriores. Podemos tener experiencias y actividades en común y platicar acerca de estas, de las cosas que nos gustan y quizá a veces salir juntos. Por ejemplo al cine, un museo, etc.

Hay personas con las que también compartimos actividades pero nuestra relación no es tan estrecha. Ellos son los compañeros. Con ellos nuestra cercanía tanto física como emocional es menor. Saludamos algunos de beso y otros de mano.

Algunas veces un amigo o conocido nuestro nos presentara a alguien que el conoce. A estos los llamamos conocidos circunstanciales, por lo general los saludamos de mano o les decimos "HOLA".

Dentro de nuestra colonia o en los lugares que frecuentamos existe gente que vemos con cierta constancia como son los vecinos, el velador, el cajero de una tienda o un banco, o gente que esta en el mismo lugar de trabajo. Esta es la gente de la comunidad. A ellos les decimos "hola", "buenos días" u otros saludos y por lo general no tenemos mayores conversaciones no cercanas con ellos. Es una relación de mayor formalidad.

La ente que conocemos de la calles, en el transporte o de algún otro lugar publico los consideramos desconocidos. Por lo general no establecemos ningún tipo de comunicación con ellos, salvo cuando queremos pedir información o nos preguntan acerca de una calle, la hora. La distancia física es grande y no tiene por que tocarnos y nosotros a ellos.

Hay veces que la amistad entre un hombre y una mujer se hacen más profunda y se trasforma a lo nosotros llamamos noviazgo. El noviazgo es una relación que va acompañada de fuertes sedimentos de apego, intimidad, afecto, y cariño. Los novios se escuchan uno al otro, salen juntos, se llaman por teléfono, comparten gustos y actividades, se sienten atraídos sexualmente y se quieren.

A lo largo de la vida podemos tener varios noviazgos pero solo un novio a la vez.

No siempre que nos gusta alguien somos correspondidos. Hay que evitar crearnos demasiadas fantasías o querer a toda costa que el otro nos corresponda.

Cuando un noviazgo es duradero puede ser una preparación para el matrimonio, aunque para llegar a este hay que considerar muchas otras cosas. El matrimonio se da cuando una pareja esta dispuesta a compartir valores, la intimidad, a crear un plan de vida juntos en los que se incluyen aspectos emocionales, sociales, psicológicos y económicos.

La decisión de contraer matrimonio se debe tomar con seriedad. Implica una gran responsabilidad y compromiso con el otro y consigo mismo. El matrimonio es una de las relaciones mas intensas.

Autocuidado

- ‡ Es importante tener siempre en mente el respeto hacia los demás y el darse a respetar.
- ‡ Aunque haya mucha cercanía entre dos personas, cuando una no desea estar con alguien o ser tocado, se debe de respetar, no importa qué tipo de relación se tenga con él o con ella.
- ‡ No aceptar las propuestas de desconocidos ni mantener largas pláticas con ellos.
- ‡ Lo más importante es que la persona se sienta a gusto y respetado en cada relación.

Social

Existen ciertas reglas sociales que permiten una mejor convivencia con las personas que se enfocan principalmente al respecto del espacio, la privacidad, los objetos personales, al cuerpo y al tiempo del otro.

Es necesario recalcar que hay temas más íntimos que pueden comentarse con personas cercanas y de confianza, pero no con otro tipo de gente que sea más lejana. Temas más cotidianos pueden hablarse con un mayor número de personas.

Sugerencias:

Es necesario reforzar y ejemplificar por medio del juego de roles y preguntas directas del facilitador.

Es probable que sea necesario recordar esto constantemente para que sea realmente asimilado.

El círculo de las relaciones



Objetivos:

1. Identificar cuales son los tipos de relación y que conductas y actitudes son más frecuentes en cada caso.
2. Manejar las distancias tanto físicas como emocionales entre las personas, permitiendo el darse a respetar y el respetar a los demás.

Material:

Círculo de colores

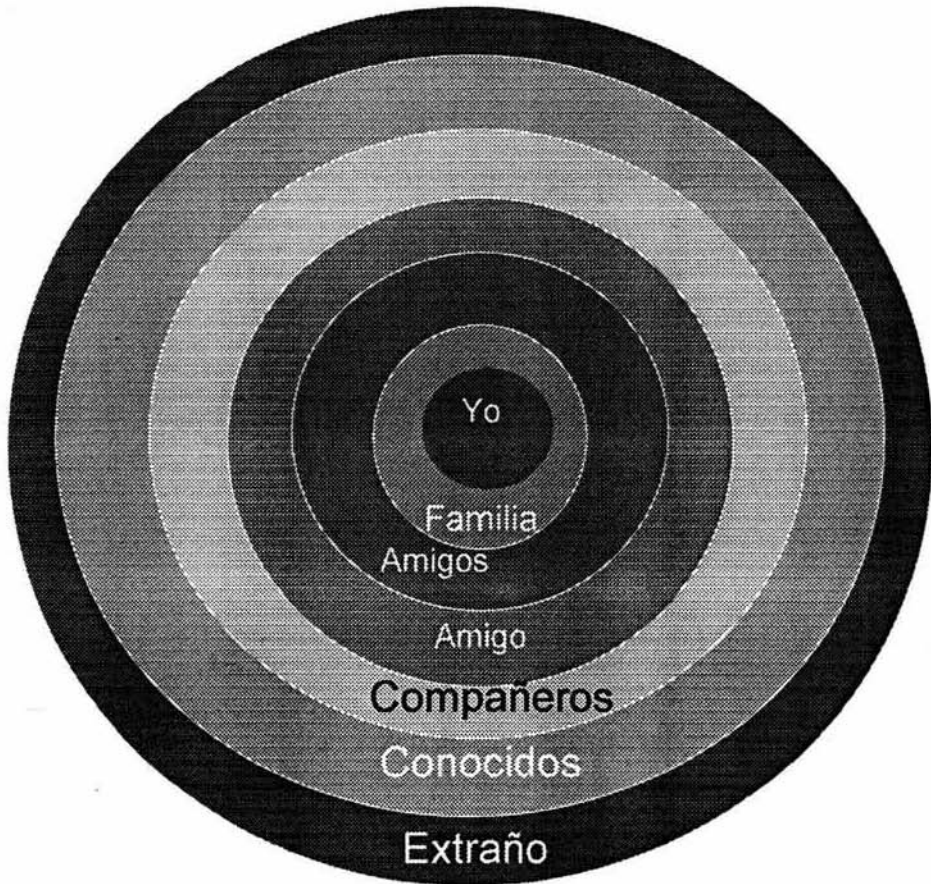
Procedimientos:

Explicar el circuito y el tipo de cercanía que se tiene con diferentes personas.

Por medio del círculo y del juego de roles ejemplificar diferentes relaciones en las que participe tengo que ubicar a la persona en una parte del círculo y mencionar el tipo de cercanía que se puede tener con él. Por ejemplo el cartero con respecto a mi se encuentra en el círculo naranja, no me puede tocar pero lo puedo saludar de una manera amable y formal. Al cartero no le platico mis intimidades ni pido consejos.









- † **Morado:** representa al yo y es la parte más importante, es la persona la que decide ser o no tocado. Algunas veces las personas representadas en otros círculos buscaran acercarse. El individuo situado en este círculo es quien establece los límites. El YO es privado y del que parten todas las relaciones.
- † **Azul:** Reservado a familia y a los novios, esta permitido un abrazo especial y besarse siempre y cuando ambos lo decidan. Si alguna de las dos partes no desea mantener esta cercanía en ese momento deberá ser respetado por el otro.
- † **Verde:** Limitado a los mejores amigos se puede dar un abrazo pero no excesivo para mostrar afecto. El tipo de cercanía que se tiene con los amigos es muy distinto al que se tiene con el novio(a). A los amigos cercanos se les puede dar un abrazo apretado en ocasiones especiales.
- † **Amarillo:** Son las personas que sabemos su nombre pero no llevamos una relación tan íntima. Se permite tocar la mano, solo se limita a tocarse con personas a las que se les presenta. Es importante recordar que nadie nos puede tocar a menos que así lo deseamos.

- ! Naranja: Se incluyen a las personas que vemos en el supermercado, banco, la tienda etc. Incluye niños y amigos, el saludo apropiado para este grupo. Es amistoso HOLA.
- ! Rojo: Circulo de extraños incluye las personas que no conoces a las personas que no tocas y no deben tocarte a ti.



Tema 3: ¿Cómo Soy?

Objetivos:

-  Mostrar las diferencias físicas que existen entre hombres y mujeres, los roles que cada uno juega, aclarando las creencias falsas que existen en torno a esto.
-  Conocer las características y los órganos sexuales y sus funciones.
-  Reforzar la identificación y ubicación de los caracteres sexuales de cada género.
-  Propiciar la interacción de todos los participantes.
-  Reconocer los cambios corporales a lo largo del crecimiento.
-  Reconocer y aceptarse a sí mismos con sus características personales.
-  Identificar sus preferencias y sus destrezas y respetar las diferencias con los demás.
-  Argumentar la importancia de conocer los órganos sexuales: su funcionamiento, su cuidado y su aseo.

Sugerencias:

- 1** Explicar que se va a tener un espacio específico en el que se podrá expresar y compartir las inquietudes acerca de nuestro cuerpo, como cuidarlo, respetarlo y respetar el de los demás. También es conveniente hablar acerca de los sentimientos que nos provoca nuestro cuerpo y el cómo nos relacionamos con los demás.
- 1** Es necesario hacer mención del respeto a todos los compañeros cuando hablan, no burlarse de los demás o criticar a otras personas

Ficha Técnica

Conoce tu cuerpo

Piensa en la casa donde vives. Está formada por diferentes habitaciones, partes o estructuras, con nombres que reflejan el papel que desempeñan: sala de estar, dormitorios, comedor, baños, cocina, entre otros. Cada una sirve a distintas necesidades del ser humano como comer, descansar o dormir.

En términos muy generales, se puede decir que tu cuerpo está organizado como una casa. Está formado por un conjunto de estructuras, llamadas sistemas o aparatos, cuyo trabajo armonioso permite que tu organismo funcione con normalidad. Unos te son más conocidos, como el Aparato Digestivo o el Aparato Respiratorio, y otros más misteriosos, como el Sistema Inmunológico. Pero todos son muy importantes para la vida. Sobre algunos de ellos.

Sus Partes

Cabeza: Nuca, sien, cráneo, cabello, cara, frente, mejillas, mandíbula, mentón, cuello, barba, patillas, bigote, ojos, globos oculares, cejas, párpados, pestañas, orejas, lóbulos, nariz, fosas nasales, boca, labios, lengua, dientes, garganta

Tronco: Pecho, espalda, torso, tórax, esternón, mamas, vientre, barriga (panza), epigastrio, ombligo

Caderas, Cintura: Pelvis, trasero, nalgas, genitales

Brazos: Antebrazo, hombro, codo, mano, muñeca, palma, dedos, uñas

Piernas: Muslo, rodilla, pantorrilla, pie, empeine, dedos del pie, tobillo, talón, planta, uñas

Órganos: Apéndice, bazo, cerebro, colon, corazón, duodeno, estomago, hígado, intestino, ombligo, páncreas, pulmones, riñones, vejiga y vesícula biliar.

Otros: Arteria, carne, cerebro, esqueleto, huesos, músculos, piel, sangre y venas

La Imagen del Cuerpo

Todos podemos tener días en que nos sentimos incómodos en nuestros cuerpos, pero la clave para desarrollar una imagen positiva es reconocer y respetar nuestra figura natural y aprender a reemplazar esos pensamientos y sentimientos negativos con pensamientos positivos, de afirmación y de aceptación.

La imagen corporal es . . .

- Cómo te ves cuando te miras en el espejo o cuando creas una imagen de ti misma(o) en tu mente.
- Qué opinas acerca de tu propia apariencia (incluyendo tus recuerdos, suposiciones y generalizaciones).
- Cómo te sientes en relación a tu cuerpo incluyendo tu estatura, figura y peso.
- Cómo sientes y controlas tu cuerpo a medida que te mueves. Como te sientes dentro de tu cuerpo, no solo acerca de tu cuerpo.

La Imagen negativa de tu cuerpo es...

- Una imagen distorsionada de tu figura corporal, percibes partes de tu cuerpo distintas a lo que en realidad son.
- Esta convencida(o) que sólo otras personas son atractivas y que tu figura o talla simbolizan fracaso.
- Te sientes avergonzada(o) pensando siempre en tu cuerpo con y sentimientos de ansiedad en relación a la imagen de tu cuerpo.
- Te sientes incómoda(o) y extraña(o) en tu propio cuerpo.

La Imagen positiva de tu cuerpo es...

- Una percepción clara, verdadera de tu figura, percibes las diferentes partes de tu cuerpo como en realidad son.
- Celebras y aprecias la figura natural de tu cuerpo y comprendes que la apariencia física de una persona no determina su personalidad ó sus valores.
- Te sientes orgullosa(o) y aprecias tu cuerpo como único y rehúas pasar demasiado tiempo irracional preocupándote por la comida, peso y calorías.
- Te sientes cómoda(o) y segura(o) con tu cuerpo.

Acéptate a ti misma (o) – Acepta tu cuerpo

Diez Pasos Hacia una Imagen Positiva

Una lista no puede automáticamente decirte como convertir esos pensamientos negativos en relación a tu cuerpo en pensamientos positivos, pero si puede ayudarte a pensar en nuevas maneras de verte a ti misma(o) y a tu cuerpo de una forma saludable y satisfactoria. Mientras más practicas esto más posibilidades tienes de sentirte feliz con quien eres y feliz con la figura natural de tu cuerpo.

1. Aprecia todo lo que tu cuerpo puede hacer por ti. Cada día tu cuerpo te acerca más a tus sueños. Celebra todas las increíbles cosas que tu cuerpo hace por ti – correr, bailar, respirar, reír, soñar, etc.
2. Mantén una lista de 10 cualidades que aprecias de ti misma(o) – cualidades que no estén relacionadas a cuánto pesas o cómo te ves. Lee esta lista con frecuencia. Añadele a la lista a medida que te das cuenta de otras cualidades que aprecias de ti misma(o).
3. Recuerda que la "belleza verdadera" no está simplemente relacionada a la profundidad de la piel (el cuerpo). Cuando te sientes feliz contigo misma(o) y feliz de la persona que eres, te desenvuelves de una manera segura, te aceptas a ti misma(o), estas mas receptiva(o) a nuevas ideas. Todos estos sentimientos pueden hacerte sentir bella/guapo sin importar si te ves como un

súper modelo. La belleza es un estado mental, no una condición de tu cuerpo.

4. Mírate a ti misma(o) de una manera total. Cuando te ves a ti misma(o) en el espejo o en tu propia mente escoge en no enfocarte en partes específicas de tu cuerpo. Mírate a ti misma(o) como quisieras que otros te vieran – como una persona en su totalidad.

5. Rodearte de personas positivas. Es más fácil sentirse bien con uno misma(o) y con nuestro cuerpo cuando uno se rodea de personas que nos apoyan y le dan importancia y reconocen que lo que en realidad cuenta es como uno es por naturaleza.

6. Manda a callar a esas voces internas que dicen que tu cuerpo no es el "correcto" o que eres una "mala" persona. Tú puedes reemplazar esos pensamientos negativos por pensamientos positivos. La próxima vez que tu auto-estima se ve afectada por tus pensamientos negativos piensa rápidamente en afirmaciones que pueden ayudar a subir nuevamente tu auto-estima.

7. Utiliza vestimentas que sean cómodas y que te hagan sentir bien en relación a tu cuerpo. Trabaja con tu cuerpo no en su contra.

8. Conviértete en un crítico de los mensajes de la sociedad y de los medios de comunicación. Presta atención a las imágenes, eslogan o actitudes que hacen sentirte mal contigo misma(o) y con tu cuerpo. Protesta en contra de estos mensajes: escribe una carta a los publicistas o háblale en voz alta o en tu mente a las imágenes o mensajes.

9. Piensa en algo agradable que puedes hacer—algo para hacerle saber a tu cuerpo que lo aprecias. Toma un baño de espuma, toma una siesta, busca un lugar donde puedes relajarte y sentirte en paz.

10. Utiliza el tiempo y energías que pasas preocupándote por la comida, calorías y tu peso en tiempo y energías en los cuales podrías ayudar a otra persona. Algunas veces el ayudar a otra persona hace que te sientas mejor contigo misma(o) y al mismo tiempo contribuyes a cambios positivos en el mundo.

Autoexploración Mamaria

¿Por qué la autoexploración?

- Porque si existe alguna anomalía, es importante detectarla cuanto antes para iniciar el tratamiento más oportuno.
- Porque la mayoría de los bultos de mama son benignos, y aunque no lo fueran, la detección precoz aumenta las posibilidades de curación.
- Porque es un gesto que no cuesta nada, y sin embargo te puede salvar la vida.

¿Cuándo y como hacerla?

- Una vez al mes
- Una semana después del inicio de la menstruación, o en un día fijo y fácil de recordar, si no tiene menstruación.
- La autoexploración se debe hacer siempre en un lugar tranquilo, a solas, en un momento relajado, tomándose el tiempo necesario. El lugar ha de tener la temperatura adecuada, ya que debe estar desnuda de cintura para arriba.

¿Que hacer si observa algo?

- Ante cualquier anomalía o cambio en su mama (bulto, dureza, retracción del pezón, piel de naranja, secreciones, inflamaciones etc...) que solo podrá detectar si se auto explora periódicamente, acuda a su médico.
- **Recuerda siempre que cuando un tumor se detecta a tiempo, aumentan las posibilidades de curación.**

Tres pasos fáciles

1º En el baño

Levanta tu brazo izquierdo. Con las yemas de los dedos centrales juntos y planos de la mano derecha, presione suave pero firmemente su seno izquierdo trazando círculos imaginarios alrededor de la mama. Empiece desde el punto más alejado del pezón. Cuando haya terminado pase a otro círculo y así sucesivamente hasta llegar al pezón. Siguiendo en la misma posición palpe la axila para comprobar que no ha aparecido ningún bulto. Para ello, la presión con la yema de los dedos debe ser mayor. Repetir la operación en el seno derecho.



2º Delante de un espejo

Observe sus senos primero con los brazos colgando, luego con las manos en la cintura (codos y hombros hacia adelante) y para terminar con los brazos elevados por encima de la cabeza presionando ligeramente las manos. Observe las diferencias entre una y otra mama y las posibles alteraciones de color, tamaño, forma y textura del seno, que le resulten nuevas o extrañas.



3º Acostada

Coloque una almohada bajo el hombro izquierdo y sitúe el brazo izquierdo detrás de la cabeza, a nivel de la nuca. Palpe el seno izquierdo con la mano derecha, siguiendo las instrucciones del apartado nº 1. Palpe también la axila y presione ligeramente el pezón entre los dedos índice y pulgar para detectar si hay alguna secreción. Levante el pezón junto a la aureola para comprobar si existe movilidad o adherencia. Repita la operación en el seno derecho.



Ocho enemigos de los senos

- El propio peso de los senos, ya que estos tienden a colgarse, pues no están fijos a huesos o músculos.
- La mala posición del cuerpo, sobre todo en la columna vertebral, que puede ser causada por el peso de los senos, lo que hace que la mujer tienda a encorvarse.
- La falta de SOSTÉN o utilizar uno inadecuado a cada caso y tipo de busto.
- El exceso de exposición al sol, ya que la piel de esta zona es delicada y sensible, pudiéndose quemar y quedar cicatrizada.
- Los baños muy prolongados y bastante calientes, que reblandecen paulatinamente los tejidos.
- Los deportes o prácticas violentas sin prevenirse con el equipo o SOSTÉN ADECUADO. El seno es una parte fácilmente afectada por golpes, lesiones o distensiones.
- Las alteraciones de tipo hormonal, tales como menstruación, embarazo, lactancia, menopausia y ciertos anticonceptivos químicos.
- Su envejecimiento por causa de la pérdida de elasticidad de la piel en su entorno.

Cuidados generales del seno

- Un sostén adecuado a cada caso y tipo de busto, pero que sostenga con firmeza y sin oprimir o lastimar.
- Buena respiración y posición del cuerpo según las diferentes posturas.
- Evitar las duchas prolongadas con agua caliente y hacerlo regularmente con agua fría.
- Realizar deportes como la natación, pues tonifica los músculos.
- Uso regular de cremas hidratantes para conservar la elasticidad de la piel.
- Una alimentación balanceada.
- Revisión periódica de los senos con su medico particular.
- Auto examen del seno.

¿Que sucede cuando usamos un Brassier equivocado?

- Los tirantes se encajan
- La copa no cubre totalmente el seno, asomando tejido por arriba y por los lados.
- No son iguales las mismas tallas en diferentes marcas de brassiers.
- Los materiales elásticos de algunos brassiers permiten que el seno cuelgue.
- Al ajustar los tirantes, la pieza de la espalda se sube.
- Los broches y varillas lastiman y hieren

Autocuidado y Creencias falsas

Masculino:

La higiene de los genitales es muy importante, por eso es importante hacer énfasis en la higiene diaria (baño). Los genitales deben lavarse igual que cualquier otra parte del cuerpo. En el caso de los hombres que no estén circuncisos es necesario levantar el prepucio para poder limpiar el glande para evita infecciones.

Existen gran cantidad de creencias falsas alrededor del tamaño del pene, la virilidad y el funcionamiento sexual. Sin embargo, no existe ninguna relación entre éstos. El tamaño del pene no esta relacionado con la complejión corporal y no se puede predecir en comparación al tamaño del la mano o del pie.

Femenino:

Hay personas que consideran que los órganos sexuales femeninos son desagradables o huelen mal. Sin embargo, si se tiene una buena limpieza, esto no tiene por que se así.

Muchas mujeres se preocupan acerca del tamaño de sus pechos o por la forma que tienen, ya que se piensa que pospechos son un objeto sexual y no una parte del cuerpo. La realidad es que existe una gran variación de pechos, por lo que no existe un tamaño "normal".

Las mujeres deben visitar con regularidad al ginecólogo para hacerse un chequeo. Este consiste en un examen mamario y una auscultación de los órganos sexuales. Cuando se trata de mujeres que han tenido relaciones sexuales se le hace un Papanicolau una vez al año para prevenir o detectar a tiempo infecciones vaginales o algún tipo de cáncer. Si se presentan molestias, irritación o flujo vaginal distinto al normal se debe visitar al médico.

Es normal tener ciertas protuberancias en los senos. Muchas mujeres tienen hinchazón y dolor de los senos algunos días antes o después de la menstruación. Pero algunas veces llegan a formarse quistes que virtualmente no son dañinos. Sin embargo, con regularidad una misma debe hacerse un examen de los senos además del que hace el médico para checar algún bulto

raro u otra anormalidad. Las diferencias que deben buscarse son en cuanto a la forma no al tamaño.

Los senos se deben tocar suave y sistemáticamente con la yema de los dedos de la mano opuesta. Hay que mover los dedos en pequeños círculos o con un movimiento leve de atrás hacia delante. Si se encuentran bultos que después de algunos ciclos menstruales no desaparecen es recomendable visitar al médico.

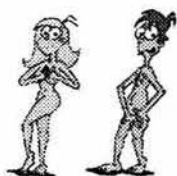
Social

Los órganos sexuales son partes privadas y no deben ser mostradas a los demás, ni tocados por cualquier otra persona sin consentimiento.

No es adecuado hacer comentarios a la gente acerca de sus partes privadas, si se quiere platicar acerca de esto, se puede hacer con un amigo, un doctor, el facilitador o la pareja.

Dinámicas

DIBUJO DEL CUERPO



OBJETIVO:

📖 Confrontarse con la imagen del cuerpo para aprender a reconocerlo y a aceptarlo.

MATERIALES: Hojas de papel rotafolio, marcadores, crayones, gises de colores, cinta adhesiva.

PROCEDIMIENTO:

- ‡ En caso de utilizar el papel rotafolio, unir dos hojas y unir las con cinta adhesiva transparente 2 hojas para rotafolio, en sentido vertical. (2 juegos, uno para los hombres y otro para las mujeres.)
- ‡ Pegar los rotafolios o el papel Kraft sobre el suelo.
- ‡ Realizar los equipos uno de puras mujeres y otro de puros hombres, en dado caso que no sea equitativo formar grupos mixtos.
- ‡ Pedir dos voluntarios un hombre y una mujer.
- ‡ Los voluntarios se deben recostar sobre el papel, para que sus compañeros le dibujen la silueta del tamaño real del cuerpo. Es preferible que usen gises, porque así podrán modificar la silueta al gusto de cada quien.
- ‡ La consigna es: "Dibuja tu cuerpo en la silueta sin atuendos ni vestido; si no te avergüenza pintarle los ojos y la nariz, no temas dibujar también tus genitales".
- ‡ Aliéntelos a realizar la actividad, reconociendo que no importa la poca habilidad para el dibujo, lo importante es la reflexión que posibilita la dinámica y no las figuras bonitas o feas. (Al principio puede haber resistencia en algunos participantes, pero actitudes como la de negarse a dibujar son útiles para la reflexión grupal.)
- ‡ Cuando terminen, las figuras se exhibirán en lugares visibles, preferiblemente, en las paredes alrededor del salón.
- ‡ Pedir un aplauso para todos los participantes por las obras de arte que ejecutaron.
- ‡ Invite a los miembros del grupo a hablar del trabajo, use los siguientes puntos de discusión:

Análisis Grupal:

- ‡ ¿Cómo se sintieron realizando la actividad?
- ‡ ¿Tuvieron dificultades para dibujar los genitales?
- ‡ ¿El dibujo se parece a ustedes? ¿En qué sí? ¿En que no?
- ‡ ¿Qué es lo que más les gusta de su cuerpo?
- ‡ ¿Qué le cambiarían a su cuerpo?
- ‡ ¿Últimamente qué ha hecho por mejorar la imagen de su cuerpo?
- ‡ ¿A alguien le dio pena dibujar el cuerpo?, ¿Por qué?
- ‡ ¿Por qué alguien se negó a dibujar el cuerpo?

- ‡ ¿Es importante conocer nuestro cuerpo?, ¿Por qué?
- ‡ ¿Es importante conocer el cuerpo del otro sexo?, ¿Por qué?

Encuesta sobre tu imagen corporal.



Objetivo:

- 📖 Reflexionar sobre el nivel de valoración que cada miembro del grupo tiene sobre su imagen corporal.

Material: Hoja de Encuesta:

Procedimiento:

- ⇒ La encuesta, más que proporcionar datos estadísticos busca que los participantes reflexionen sobre su imagen corporal.
- ⇒ Entregue a cada uno una copia de la encuesta "Sobre tu imagen corporal".
- ⇒ Luego de responderla, en grupo general compartir sus experiencias, preguntarles sus experiencias, su forma de sentir, si les costo trabajo contestar la encuesta.
- ⇒ Compartir las respuestas y registrarlas. Esto informará al facilitador sobre los puntos que debe trabajar más con el grupo, en el aspecto de la autoimagen.

SOBRE TU IMAGEN CORPORAL

<p>DATOS PERSONALES:</p> <p>EDAD _____ SEXO _____ ESTATURA _____ PESO _____.</p> <p>PESO QUE TE GUSTARÍA TENER _____</p> <p>TE GUSTA TU CUERPO. _____</p> <p>QUE ES LO MÁS TE GUSTA _____</p>

1. En comparación con otras personas de tu edad, piensas que eres...

Mucho más atractiva 5 4 3 2 1 Menos atractiva

2. Hoy en día, en tu opinión estás...

Con muy bajo peso 5 4 3 2 1 Con sobrepeso

3. Cuando miras tu cuerpo desnudo en el espejo, sientes...

Orgullo y alegría 5 4 3 2 1 Malestar y
vergüenza

4. Cuando alguien te dice que te ves súper bien, tú sientes...

Halagado(a) y complacido(a):

Frecuentemente 5 4 3 2 1 Nunca

Desconfiado

Frecuentemente 5 4 3 2 1 Nunca

5. Durante los seis meses pasados, alguien criticó tu apariencia:

	No me ocurre			Frecuentemente	
Novio(a)	1	2	3	4	5
Familiares	1	2	3	4	5
Amigos	1	2	3	4	5
Supervisores	1	2	3	4	5
Extraños	1	2	3	4	5

8. El ser atractivo(a) es:

Poco importante 1 2 3 4 5 Muy importante

9. ¿Cuál crees que es tu mayor atractivo físico?

10. Describe los dos cambios que le harías a tu cuerpo:

11. Comparado con cinco años atrás, ¿Cómo te sientes?:

Mejor _____ Peor _____ Igual _____.

13. ¿Qué hiciste en el último año para mejorar tu apariencia?:

- ⇒ Renovar el guardarropa _____
- ⇒ Cambiar el corte de pelo _____
- ⇒ Usar maquillaje _____
- ⇒ Ninguno _____
- ⇒ Otros _____

Análisis grupal:

- 👉 ¿Qué pregunta le dio más dificultad para responder?
- 👉 ¿Cuáles partes del cuerpo puede cambiar?
- 👉 ¿Cuáles partes del cuerpo no puede cambiar?
- 👉 ¿En qué forma afecta nuestra personalidad, nuestra manera de ser y de actuar, la imagen que tenemos de nuestro cuerpo?
- 👉 ¿Qué cosas de nuestras vidas se ven afectadas por nuestro cuerpo.

Me conozco

PRIMERA

Objetivo:



Aprender a llevar a cabo un buen lavado y autoexamen de sus genitales incluyendo para las mujeres los senos.

Instrucciones

- ✎ Pedir a los hombres que se palpen sus testículos buscando inflamaciones o abultamientos que al tacto resulten dolorosas o inusuales. Que revisen su pene observando el color de la piel, su textura y forma, para poder detectar cualquier cambio que pueda ser síntoma de alguna infección. Enseñar el correcto lavado del pene, corriendo hacia atrás el prepucio para dejar al descubierto el glande y proceder a quitar con agua y jabón los restos de secreciones que forman el esmegma.
- ✎ Pedir a las mujeres que periódicamente, por ejemplo después de cada menstruación, se palpen los senos con las yemas de los dedos para detectar nódulos o abultamientos dolorosos o no dolorosos. Asimismo, observar sus genitales utilizando un espejo, para detectar cualquier cambio en color, textura y forma que pueda ser indicador de infección. Enseñar el correcto lavado de la vulva, indicando la importancia de separar los labios mayores para permitir que el agua y el jabón limpien de orina y demás secreciones toda la zona.

Evaluación

En la siguiente sesión dedicar unos minutos para comentar la experiencia, cómo se sintieron y qué observaron, e insistir en la importancia de realizar periódicamente estas palpaciones. Recaltar también la importancia de visitar a un médico ante cualquier cambio en sus genitales. La detección temprana y atención rápida de cualquier enfermedad, favorece su pronóstico.

Como me veo



Objetivo:

Favorecer la actitud positiva hacia el reconocimiento del propio cuerpo y ejercitar conductas preventivas que favorezcan la preservación de la salud sexual.

Instrucciones








- ‡ Pedir a los adolescentes que se vean de cuerpo entero y desnudo ante un espejo. Indicar que se vean los órganos genitales ya sea directamente o con la ayuda de un espejo, tratando de identificar cada parte de sus órganos genitales.

Evaluación

- ‡ En la siguiente sesión preguntar a los participantes si realizaron o no la actividad y qué experiencias tuvieron al ejecutarla. Hacer hincapié en que es muy diferente la observación que se hace en el momento del baño o al vestirse a la que pueden hacer con el claro propósito de conocerse y autoexaminarse.
- ‡ Vuelva a dejar la tarea para aquellos que no la realizaron y recuérdelos que los genitales son tan importantes como los ojos, las manos, los dientes y necesitan cuidado y atención.
- ‡ Reforzar la importancia de la aceptación del propio cuerpo: lo que nos gusta y lo que preferimos cambiar, el color, la textura, el olor, la flexibilidad, etc. Todo esto nos conforma como individuos y el conocimiento y la aceptación de nosotros mismos influyen directamente y de manera definitiva en nuestra percepción e interacción con el mundo.

Tema 4 ¿Cómo Funciona mi cuerpo?

Objetivos:

-  Propiciar a los jóvenes un ambiente adecuado para hablar del cuerpo humano y sus órganos sexuales.
-  Diferenciar entre el cuerpo femenino y masculino.
-  Desmitificar la información sobre los órganos sexuales.
-  Argumentar la importancia de conocer los órganos sexuales: su funcionamiento, su cuidado y su aseo.
-  Reconocer y aceptar el cuerpo que cada uno tiene.
-  Nombrar los caracteres sexuales secundarios.
-  Identificar los órganos sexuales y sus funciones.

Ficha Técnica

La sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamientos, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como la menstruación, la ovulación y la eyaculación.

La sexualidad de un individuo también incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozar y de procrear. Cuando una persona comienza a crecer en una sociedad, él o ella empiezan a comportarse de ciertas formas que la cultura determina como apropiadas para el hombre y para la mujer. Esto incluye la canalización de los deseos sexuales, la identidad masculina y femenina y los papeles sociales de cada sexo.

¿Por qué somos diferentes hombres y mujeres?

La especie humana, como otras muchas, presenta un "dimorfismo" sexual muy patente, lo que significa que hay claras diferencias físicas entre el hombre y la mujer, diferencias que no se refieren únicamente a los genitales. En otras especies, este dimorfismo es también muy patente, como en los leones o los pavos reales, ante los que cabe establecer a simple vista quién es el macho y la hembra.

Genéticamente, la diferencias entre hombre y mujer se establecen en la presencia de una combinación cromosómica diferente: XY para el hombre y XX para la mujer. Los cromosomas se clasifican en autosómicos, que son idénticos en ambos sexos, y sexuales (X e Y) que serán los que

determinen el sexo. Los cromosomas X e Y se diferencian por su tamaño (el cromosoma Y es mucho más pequeño que el cromosoma X) y por su contenido genético.



Los genitales masculinos y femeninos presentan un origen embrionario común, y aunque el pene y los testículos se parecen poco a la vulva y la vagina, presentan muchas estructuras y funciones similares. En los embriones, los tejidos que se desarrollarán como genitales externos son idénticos; sólo a partir de la sexta semana empiezan a diferenciarse según el sexo. Los órganos reproductores internos se desarrollan a partir de tejidos diferentes (tejido de Wolff y tejido de Muller) en ambos sexos, pero en las fases iniciales del desarrollo embrionario los dos están presentes. Por último, los testículos y ovarios también se desarrollan a partir del mismo tejido.

La combinación cromosómica XY hace que el embrión, que hasta la sexta semana ha tenido un desarrollo que no dependía de su dotación cromosómica, segregue andrógenos que afectan al desarrollo de los tejidos embrionales responsables de la generación de los órganos reproductores, pudiendo así formarse el pene. Por su parte, la gónada se convierte en testículo, y éste desciende posteriormente al recién formado escroto. El tejido de Muller degenera y desaparece.

En ausencia de andrógenos, caso de la combinación cromosómica XX, los tejidos embrionales se convierten en la vagina y el útero, mientras que las gónadas dan lugar a los ovarios. El tejido de Wolff degenera y desaparece. Los caracteres sexuales secundarios, aquellos que van a determinar el dimorfismo sexual, aparecen durante la pubertad. Son ese conjunto de rasgos que contribuyen a la diferenciación de los dos sexos.

La presencia de un alto nivel de estrógenos en la mujer, producidos en los ovarios, determina un conjunto de cambios físicos y psíquicos: aparece el vello púbico y axilar, se desarrollan los pechos, se produce un estirón, las caderas se ensanchan, la piel se conserva fina pero también se hace más grasa mientras que los genitales externos alcanzan su pleno desarrollo y se inicia el ciclo ovárico y por tanto la aparición de la regla.

En el hombre, al llegar la pubertad, la gran cantidad de testosterona producida por los testículos provoca un crecimiento que lo lleva a ser más alto que una mujer con idéntica información genética, desarrolla una musculatura más robusta que las mujeres y al tiempo que hombros y pecho se ensanchan aparece el vello púbico y axilar, pero también en la cara, pecho, brazo, piernas, etc. Por su parte, la piel se hace más grasa, y con el desarrollo de la laringe la voz se vuelve más grave. También empieza la producción de espermatozoides y por tanto la eyaculación.

En el siguiente apartado se enfocan los aspectos biológicos que aquellas partes de la sexualidad relacionadas con la reproducción humana. Eso no quiere decir que solamente intervenga la parte biológica. Las partes emotivas, afectivas y culturales son igualmente importantes.

El aparato sexual masculino y femenino corresponden básicamente a los llamados órganos genitales externos; los órganos genitales internos constituyen el aparato propiamente reproductor.

La anatomía de los órganos sexuales se refiere a los nombres de estos órganos; su función se denomina fisiología.

ANATOMIA Y FISIOLÓGIA SEXUAL FEMENINA

GENITALES EXTERNOS

Monte de Venus: Zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen.

Vulva: Constituida por: Labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario e introito vaginal.

Clítoris: Cuerpo eréctil, alargado y pequeño cuya función es exclusivamente erótica, situado en el ángulo anterior de la vulva.

Labios mayores: Partes mayores, en forma de labios, de los órganos genitales externos femeninos.

Meato urinario: Ubicado debajo del clítoris y encima del introito vaginal. La orina se elimina a través de esta abertura.

Labios menores: Pliegues de piel en forma de labios que se encuentran cercanos al orificio externo de la vagina.

Introito vaginal: Cerrado parcialmente en las mujeres vírgenes por el himen, está localizado en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario.

Himen: Repliegue mucoso de muy diversas formas y consistencias que bordea el orificio vaginal. La función biológica de esta estructura no se conoce.

GENITALES INTERNOS

Trompas de Falopio: Dos conductos situados a lado y lado del útero que establecen conexión entre éste y los ovarios.

Funciones:

- ⇒ Atrapar al óvulo expulsado por el ovario y, mediante un movimiento propio, conducirlo al útero.
- ⇒ Facilitar el paso de los espermatozoides para que, normalmente, dentro de ellas se produzca la fecundación.
- ⇒ Conducir al óvulo fecundado hasta el útero donde se alojará y se desarrollará.

Ovarios: Dos órganos de forma ovalada situados a lado y lado del útero y por debajo de las trompas de Falopio. Tienen en su interior los óvulos o células femeninas y producen sustancias llamadas hormonas.

Útero o matriz: Situado a continuación de la vagina, detrás de la vejiga y por delante del recto.

Es un órgano muscular hueco recubierto en su interior por un tejido rico en vasos sanguíneos llamado endometrio, éste se desprende en cada menstruación y vuelve a reproducirse por acción de las hormonas en el siguiente ciclo menstrual. Se divide en dos regiones principales: cuerpo y cuello. A nivel del cuerpo tiene dos orificios, uno a cada lado, sitios de unión con las trompas de Falopio.

Funciones:

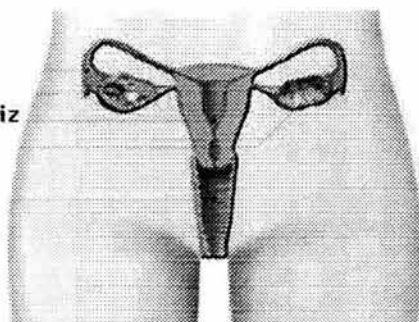
- ⇒ Preparar y facilitar la expulsión del endometrio para producir la menstruación. I Q Recibir el óvulo fecundado.
- ⇒ Alojar al feto y a la placenta durante el embarazo.
- ⇒ Facilitar la expulsión del feto y la placenta mediante su contracción en el momento del parto. En el cuello del útero se produce una secreción mucosa que cambia de aspecto y consistencia durante el ciclo menstrual.

Cuello uterino (cérvix): Parte más baja del útero que comunica con la vagina.

Vagina: Conducto muscular que une al útero con el exterior. Tiene como función dar paso al feto y a la placenta durante el parto, alberga el pene durante el coito y deja salir la menstruación que viene del útero.

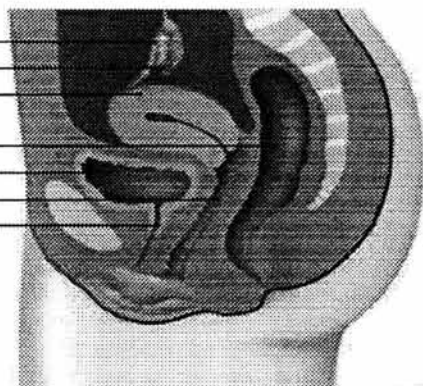
Trompa
Ovario
Útero o matriz
Folículo

Vagina

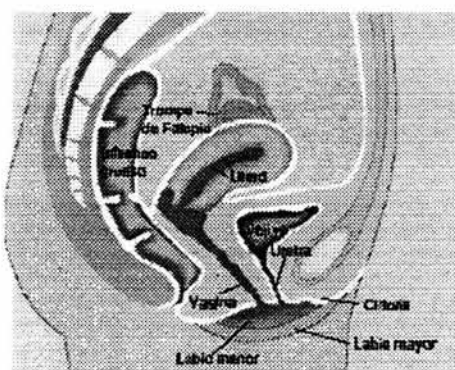


Vista Frontal

Trompa
Ovario
Útero o
matriz
Recto
Vejiga
Vagina
Uretra



Vista Lateral



ZONAS ERÓGENAS SECUNDARIAS

Las zonas erógenas secundarias femeninas son mucho más que las masculinas, pues, dependiendo de las personas, casi todas las regiones corporales externas pueden adquirir propiedades erógenas. Las mamas, pechos o senos, ejercen poderoso atractivo sobre los hombres de diferentes culturas. Algunas mujeres poseen una evidente sensibilidad erótica mamaria.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA SEXUAL MASCULINA

Vesículas seminales: Pequeñas glándulas que están por detrás de la vejiga, una a cada lado de la próstata; en ellas se produce parte del líquido seminal.

Conductos deferentes: Tubos que permiten el paso de los espermatozoides, desde los epidídimos hasta la próstata.

Próstata: Glándula localizada por debajo de la vejiga que produce parte del líquido seminal.

Pene: Órgano cilíndrico, delgado, formado por un tejido especial, lleno de cavidades y recubierto de piel.

Las cavidades del tejido esponjoso del pene se llenan de sangre por la estimulación sexual, se endurece y se pone erguido. Esto es lo que se llama la erección.

Uretra: Canal que va por toda la parte interna del pene hasta la vejiga.

Glándula: Cabeza del pene.

Prepucio: Pliegue de piel retráctil que cubre el pene.

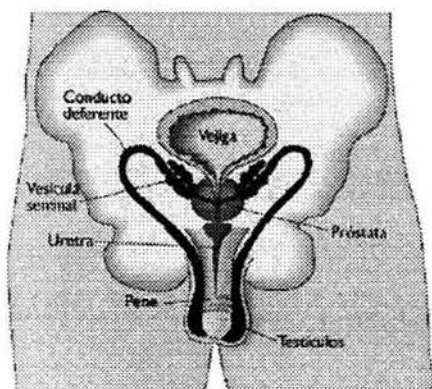
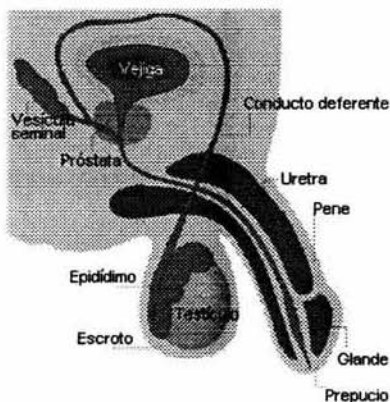
Epidídimos: Dos órganos en forma alargada, que se encuentran por encima de cada testículo. Almacenan los espermatozoides y producen parte del líquido seminal.

Testículos: Dos glándulas en forma ovalada, de unos 4 cm. de diámetro. Están dentro del escroto (bolsas), una al lado de la otra y por debajo del pene. Producen los espermatozoides y las hormonas masculinas (testosterona).

Los espermatozoides son células masculinas de la reproducción; duran vivas 72 horas en promedio.

Glándula de Cowper: Segrega un líquido preeyaculatorio.

Surco balano prepucial: Es el cuello del pene.



Autocuidado

- ♥ Hay personas que consideran que los órganos sexuales femeninos son desagradables o huelen mal. Sin embargo, si se tiene una buena higiene esto no tiene por qué ser así.
- ♥ Los genitales deben lavarse igual que cualquier parte del cuerpo.

En el caso de los hombres que no estén circuncidados es necesario levantar el prepucio para poder limpiar el glande para evitar infecciones.

En el caso de las mujeres tiene que lavar su vulva para evitar infecciones.

- ♥ Las mujeres deben visitar con regularidad al ginecólogo para hacerse un chequeo. Este consiste en un examen mamario y una auscultación de los órganos sexuales. Cuando se trata de mujeres que han tenido relaciones sexuales se les hace un Papanicolaou una vez al año para prevenir o detectar a tiempo infecciones vaginales o algún tipo de cáncer. Si se presentan molestias, irritación o flujo vaginal distinto al normal se debe de visitar al médico.

Creencias Falsas

- ☒ Existe una serie de creencias falsas alrededor del pene, la virilidad y el funcionamiento sexual. Sin embargo no existe ninguna relación entre éstos. El tamaño del pene no está relacionado con la complejión corporal y no se puede predecir en comparación al tamaño de la mano o el pie.
- ☒ Muchas mujeres se preocupan acerca del tamaño de sus pechos o por la forma que tienen, ya que se piensa que los pechos son un objeto sexual y no una parte del cuerpo. La realidad es que existe una gran variación de senos, por lo que no existe un tamaño normal.

Social

Los órganos sexuales son partes privadas y no deben ser mostrados a los demás ni tocados por cualquier otra persona sin consentimiento.

No es adecuado realizar comentarios a la gente acerca de sus partes privadas, si se quiere platicar acerca de esto se puede hacer con un amigo, un doctor, el facilitador o la pareja.

Sugerencias

Las definiciones expuestas son para apoyo del facilitador y no necesariamente tendrá que transmitírselas al grupo.

- 1 Permitir el surgimiento de bromas con el fin de disminuir la angustia de los participantes.
- 1 Mencionar que el cuerpo es propio y que se tiene el derecho a tocarlo, explorarlo y conocerlo, en el lugar y en el momento adecuado.
- 1 Aclarar cuales son las partes del cuerpo privadas y las públicas.
- 1 Analizar la importancia de los roles genéricos que intervienen en la expresión de la sexualidad.
- 1 Aclarar a los jóvenes y adultos que, en general, la gente tiene información sobre la fisiología de la mujer y sobre el papel de la mujer en la reproducción y que se da relativamente poca consideración al papel que juega el hombre. Contrarrestar esta idea durante la sesión, haciendo énfasis en el hecho de que tanto el hombre como la mujer están involucrados y están compartiendo responsabilidades en la reproducción. Por ejemplo, hay similitud de importancia funcional entre los testículos y los ovarios. Recordar que los cromosomas del hombre determinan el sexo del nuevo ser.
- 1 Ser sensible a la ansiedad del grupo cuando se presenten los genitales. Resaltar que la anatomía interna de la mujer es probablemente más familiar que la externa, etc.
- 1 Recordar que el objetivo no es que los jóvenes aprendan de memoria el nombre de los órganos sino que conozcan su función y localización.

Dinámicas

ANATOMÍA y FISIOLOGÍA

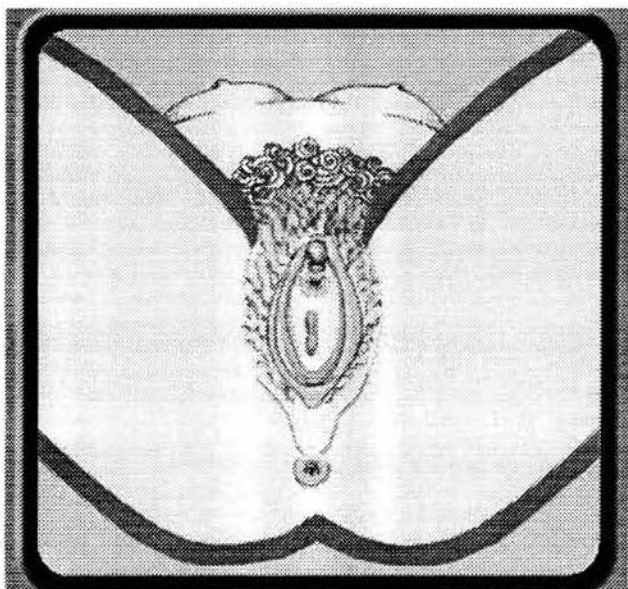


MATERIALES:

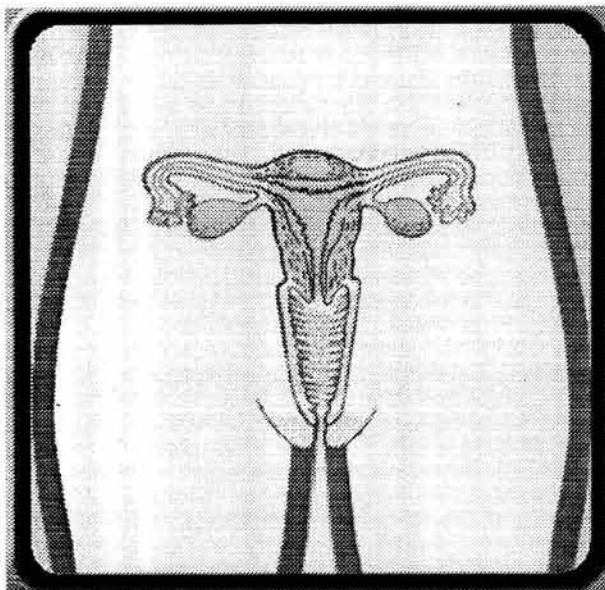
Dibujo, o lámina de los genitales o dibujo en el tablero, en papel para rotafolio o en el retroproyector.

PROCEDIMIENTO:

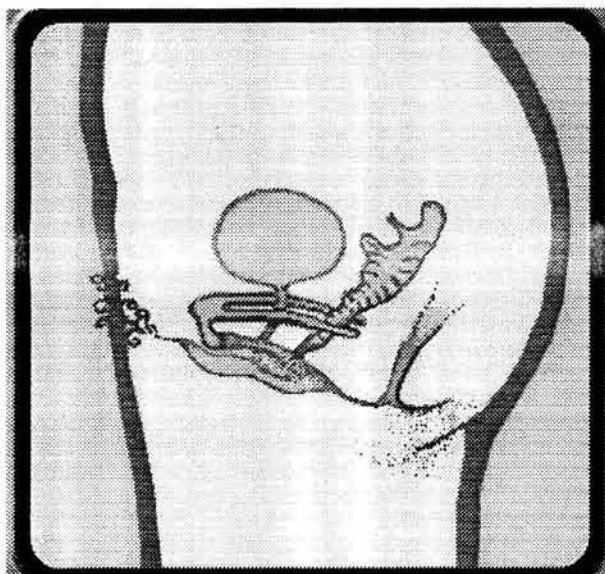
- 1. El facilitador presentará los dibujos a todo el grupo.
- 2. Primero se les preguntará que partes ya conocen y escribir las en el diagrama.
- 3. Cuestionar la función de cada parte del aparato genital tanto femenino como masculino.
- 4. Las partes que no sepan, se les darán pistas o se les facilitará las primeras sílabas de la palabra para que así ellos la puedan completar.
- 5. Es necesario hacer hincapié en utilizar el término correcto (anatomía) y su función (fisiología).
- 6. Inducir para que ellos mencionen las diferencias entre hombres y mujeres por sus aparatos reproductores.



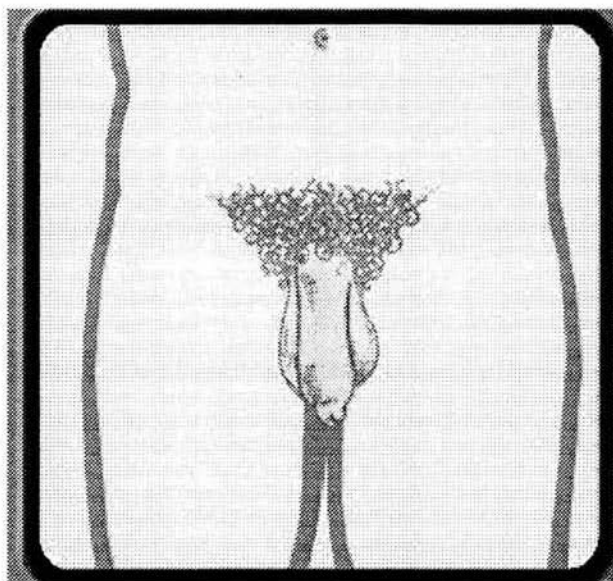
Genitales
Externos
Femenino



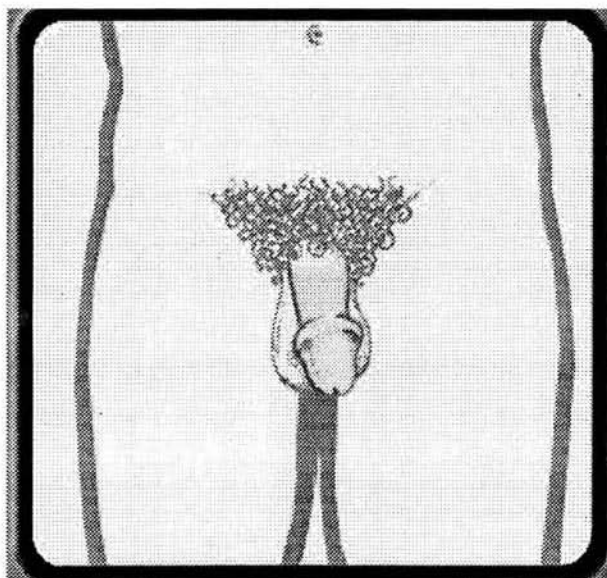
Genitales Internos
Femeninos
Vista Frontal



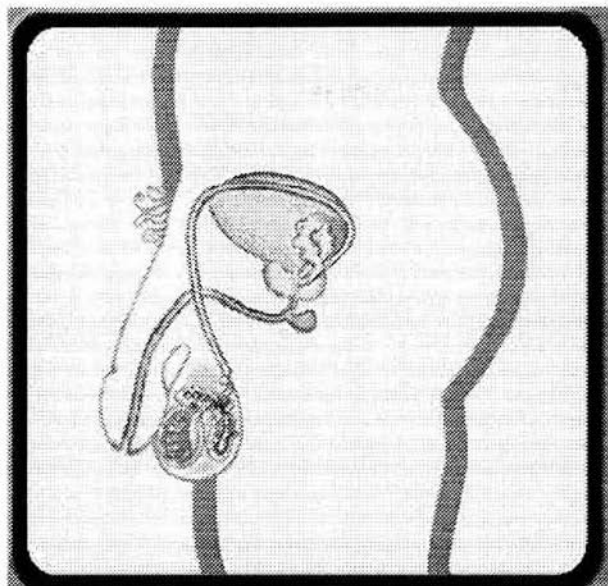
Genitales Internos
Femeninos
Vista Lateral



Genitales
Externos
Masculinos
Sin circuncisión



Genitales
Externos
Masculinos
Con circuncisión



Genitales
Internos
Mascuinos

¿Sabes cómo soy? Di mi nombre



Objetivos:

Identificar las características anatómico- funcionales de los genitales en el ser humano.

Material: Pizarrón, gises, y/o rotafolio y plumones

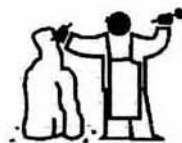
Desarrollo

- ☛ Dar las referencias teóricas de la función que desarrolla cada uno de los órganos o miembros del cuerpo de una manera sencilla y concreta. Se sugiere utilizar imágenes o esquemas para captar mejor su atención.
- ☛ Preguntar si hay dudas. Si no las hay, comentar "Vamos a realizar una dinámica de adivinanzas en la que todo el grupo tiene que adivinar de quien se trata. Ahora bien vamos a pensar que somos ese órgano y nos vamos a presentar de la siguiente manera: Yo soy vagina, estoy dentro de la mujer y mi función o sirvo para... etc.
- ☛ Preguntar si existen dudas.
- ☛ Entregarles a cada uno un papel en el que tenga escrito el miembro u órgano que representarán.
- ☛ El facilitador tendrá que apoyarlos en darle pistas para que lo puedan expresar. No significa que le tenga que dar las respuestas.
- ☛ Es conveniente pedirle al grupo que apoye al compañero que esta exponiendo, por ejemplo alguien quiera ayudar al... pene? Esto propicia la construcción colectiva del concepto.
- ☛ Cerrar el ejercicio comentando la conveniencia de conocer las partes y funciones asociadas con la sexualidad humana. Preguntarles como se sintieron, si les dio pena si les gusto o lo contrario. Siempre e importante trabajar con el sentir.
- ☛ Una variación del ejercicio puede ser la representación del órgano por medio de mímica.

Términos propuestos:

- ☞ Senos
- ☞ Pene
- ☞ Vagina
- ☞ Testículos
- ☞ Menstruación
- ☞ Eyacuación
- ☞ Hombre
- ☞ Mujer

Jugando con plastilina



Objetivo:

Identificar los órganos sexuales en la anatomía del cuerpo humano.

Materiales:

Una caja de plastilina (o las que se requieran) con barras de diferentes colores.

Una imagen de cada órgano que tendrán que elaborar.

Desarrollo

- ✎ Pedir a los participantes que se dividan en equipos de 3 ó 4 personas.
- ✎ Distribuir el material existente a cada equipo.
- ✎ Entregar a cada equipo el órgano que tendrán que elaborar. (30 min. para la elaboración)
- ✎ Una vez concluidas las figuras, se le pedirá al equipo que presente su figura ante el grupo.
- ✎ El facilitador apoyará al equipo que este exponiendo.
- ✎ Es necesario señalar los aciertos y las fallas de las figuras. De preferencia, que los mismos integrantes del equipo los señalen, esto se hacen con preguntas hacia los participantes, por ejemplo. Ustedes creen ¿Qué está completo o le faltaría algo?
- ✎ Reflexionar sobre si les costo trabajo, lo que realizaron sería semejante a sus órganos, como se sintieron?, ¿les gusto la actividad?
- ✎ Felicitar a todo el grupo por el esfuerzo.

Vivan las diferencias



Objetivo:

Identificar las diferencias individuales y físicas entre hombres y mujeres.

Instrucciones

- ✍ Se empezará con una reflexión sobre si todo somos iguales o diferentes. Es sumamente importantes recalcar el hecho que todos somos únicos.
- ✍ Inducir a que los participantes mencionen las diferencias y las semejanzas de hombres y mujeres. Para ejemplificar puede ser importante que se pidan voluntarios hombres (h) y mujeres (m) para ejemplificar:

1. Estatura
2. Tono de voz
3. Tamaño de la mano, del pie.
4. Formas de vestir
5. Quienes se maquillan y quienes no.
6. Los vellos en los brazos y piernas. ¿Quienes tienen más y quienes tienen menos?
7. Las diferencias de loción y perfume.

Es necesario hacer las distintas combinaciones entre hombres y mujeres, mujeres con mujeres y hombres con hombres. Todo esto con el fin de observar las diferencias entre sexos y diferencias individuales

Nota: evitar realizar juicios de que sexo genérico es mejor o peor.

¿Cómo somos?



Objetivo:

Identificar las diferencias individuales y físicas entre hombres y mujeres.

Identificar las partes anatómicas asociadas con la sexualidad.

Desarrollo

- ✍ Solicitar a los participantes que en dos hojas en blanco, sin escribir el nombre, dibujen a un hombre y una mujer desnudos.
- ✍ Pedirles a todos los integrantes que muestren sus dibujos con sus compañeros. Es necesario que observen de los dibujos las partes anatómicas asociadas a la sexualidad (no solamente genitales).
- ✍ Posteriormente se hará la reflexión de las semejanzas y diferencias que existen entre hombres y mujeres que observaron en los dibujos.
- ✍ Recalcar que lo importante no es juzgar los buenos o malos dibujantes que son, sino si identificaron la mayoría de las partes.
- ✍ Posteriormente se puede hacer un ejercicio sobre las diferencias

Tema 5: Menstruación y Eyaculación.

Objetivos:

- 📖 Informar de manera general sobre los procesos de menstruación y eyaculación
- 📖 Conocer en forma gráfica el ciclo menstrual.
- 📖 Explicar con la ayuda de un modelo la eyaculación.
- 📖 Crear hábitos de higiene.
- 📖 Identificar los cuidados necesarios y tratar de llevarlos a cabo por si mismos los cuidados necesarios
- 📖 Conocer el uso correcto de la toalla sanitaria, y el tampón.
- 📖 Analizar la función de la menstruación y la eyaculación
- 📖 Propiciar que apliquen los hábitos de higiene.
- 📖 Reconocer y aceptar el cuerpo que cada uno tiene.

El ciclo menstrual u ovárico.

En el interior del ovario, cada uno en su folículo, se localizan miles de óvulos inmaduros (ovocitos). Uno de ellos, como resultado de la secreción de cierta hormona (*Hormona Estimulante del Folículo*) logrará desarrollarse alimentándose de las células foliculares que lo rodean. Estas células producen otra hormona, el *estrógeno*. Transcurridos doce o catorce días se produce la secreción de otra hormona, la *luteinizante*, y tiene lugar la ovulación, es decir la salida del óvulo a través de la pared del ovario hasta alojarse en la trompa de Falopio. La masa de células que formaba el folículo da lugar al *cuerpo lúteo* que empieza a segregar otra hormona, la *progesterona*, responsable de la *maduración* y mantenimiento del endometrio. El útero se prepara así para acoger al óvulo fecundado.

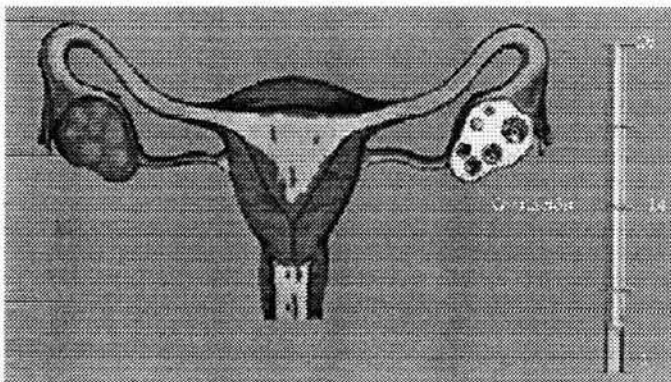
Si se produce la fecundación, el óvulo anida en la pared del útero que tiene su endometrio totalmente desarrollado. Para que continúe el embarazo no debe disminuir la producción de hormonas ováricas. Si no existe óvulo fecundado, el cuerpo lúteo se reabsorbe y disminuye la concentración de hormonas ováricas, con lo que se produce la expulsión al exterior del endometrio junto con la sangre procedente de los capilares sanguíneos que se rompen en este proceso. Este flujo se denomina *menstruación* o *regla*, y suele durar tres días.

Para medir el ciclo menstrual ha de contarse desde el primer día de regla hasta el día anterior a la regla siguiente. Este ciclo tiene una duración aproximada de 28 días, aunque es diferente en cada mujer.

Por acción de la hipófisis, que segrega *Hormona Estimulante de Folículo (FSH)* se desarrolla un folículo en el ovario que durante este periodo produce otra hormona, el estrógeno, que tendrá su máximo de concentración durante la ovulación (aproximadamente el día 14 del ciclo) y que facilita la creación del endometrio en el útero. A partir de este momento, la hipófisis segrega otra hormona, la *Hormona Luteinizante (LH)* que induce al cuerpo lúteo, masa de células que formaba el folículo, a producir la progesterona, hormona responsable de la maduración y mantenimiento del endometrio. Durante el tiempo que ocupa un ciclo menstrual se producen variaciones de la temperatura basal (medida en el interior de la vagina) que pueden ser indicadoras de la fase del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer.

Menstruación

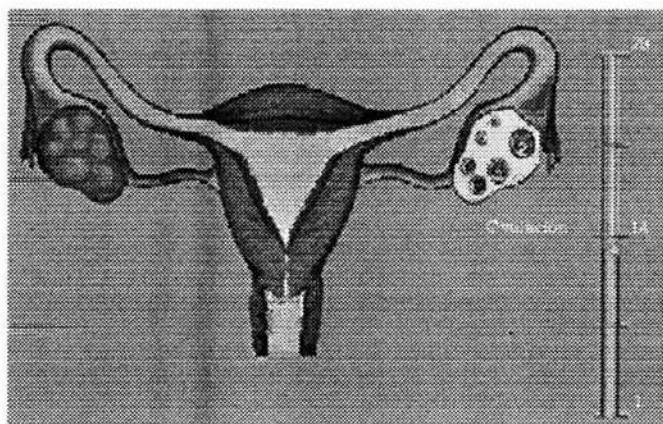
El ciclo se inicia con la Menstruación, flujo sanguíneo que se produce en la mujer. Está constituido por sangre y por células procedentes del endometrio (revestimiento uterino de ciclo anterior). Se produce durante la edad fértil de la mujer; por lo general comienza entre los 10 y los 16 años, en la pubertad, y cesa hacia los 55 o 65 años en la menopausia. La menstruación forma parte del proceso que prepara a la mujer para el embarazo y el parto. Cada mes se forma el endometrio; si no se produce un embarazo este revestimiento se rompe y es eliminado a través de la vagina. El periodo menstrual abarca entre tres y siete días que es el tiempo que dura la menstruación.



Formación de endometrio

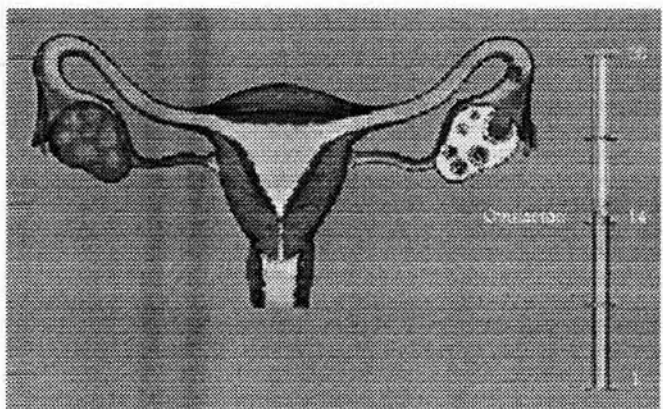
Cada mes, las hormonas, producidas por la hipófisis FSH y LH, actúan sobre un folículo del ovario para que madure un óvulo, es decir, se vuelva susceptible de ser fecundado y de desarrollarse para dar lugar a un feto.

El ovario secreta estrógenos, cuando los folículos maduran, e induce la proliferación de las células del revestimiento del útero, endometrio, envoltura que estará totalmente preparada para el anidamiento del óvulo fecundado cuando llegue el momento, si llega.



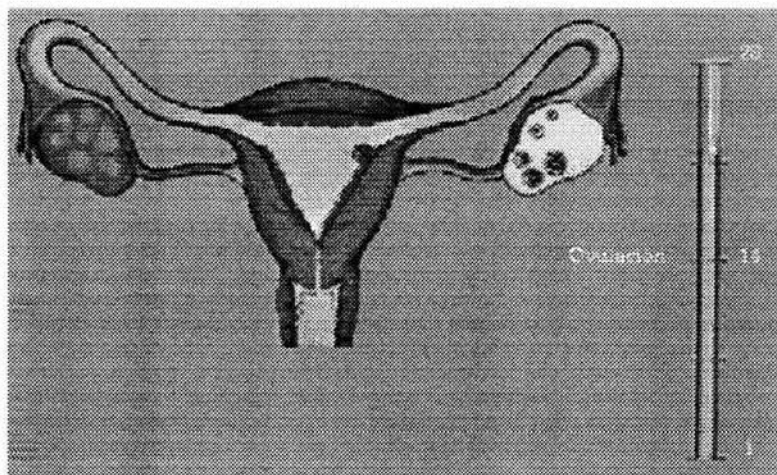
Ovulación

Hacia la mitad del ciclo menstrual, catorce o quince días después de la aparición de la menstruación, un folículo del ovario libera un óvulo maduro en un proceso llamado ovulación. El óvulo pasa a través de la trompa de Falopio hasta el útero. El folículo vacío forma el cuerpo lúteo, un órgano endocrino que secreta progesterona. Bajo la influencia de la progesterona, el endometrio se engrosa y se hace más denso como preparación para la implantación del huevo fecundado.



Óvulo llega al útero

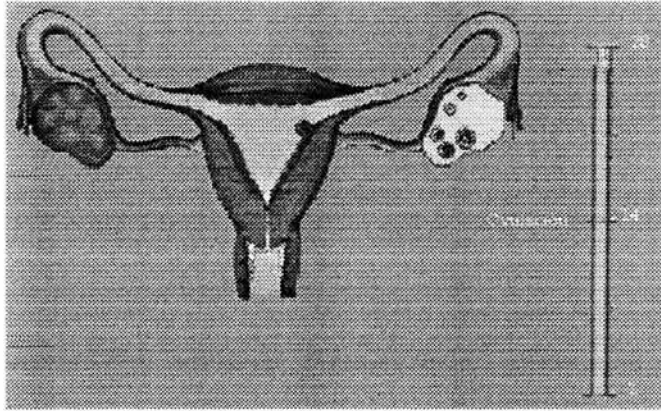
Los tres días que el óvulo tarda en llegar al útero, después de haber sido liberado por el ovario, constituyen el periodo fértil de la mujer. Si el óvulo se une a un espermatozoide en su camino hacia el útero se produce la fecundación, cuando esto ocurre el óvulo se une al endometrio (anidamiento) y queda establecido el embarazo.



Fin del ciclo

Si no se produce la fecundación, el endometrio no recibe las hormonas que necesita para continuar su proceso de crecimiento, se rompe y es eliminado por la vagina durante la menstruación.

Entre uno y siete días antes de cada periodo, es común que muchas mujeres padezcan dolor y malestar premenstrual, se suele producir dolor de mamas y una tendencia a retener líquidos (hinchazón). Algunas mujeres también experimentan la tensión premenstrual en forma de cefaleas, irritabilidad, nerviosismo, fatiga, ataques de llanto y depresiones sin causa aparente (estrés premenstrual). Investigaciones recientes indican que los responsables son los cambios químicos y hormonales.



Autocuidado y Creencia falsas

Algunas personas piensan que las mujeres que están menstruando están sucias o impuras, además de que deben evitar bañarse o lavarse el pelo. Todos estos son creencias falsas ya que durante la menstruación una mujer puede seguir su vida normalmente. La menstruación es un proceso natural por lo que debe ser tomado como tal y no vivirse en la vergüenza.

Durante la menstruación las mujeres deben de tener más cuidado en su aseo personal: bañarse diario y cambiarse la toalla sanitaria con regularidad.

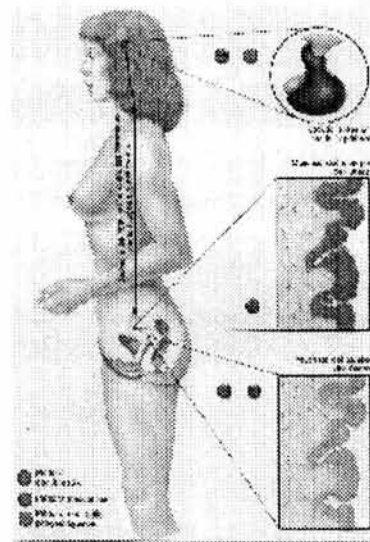
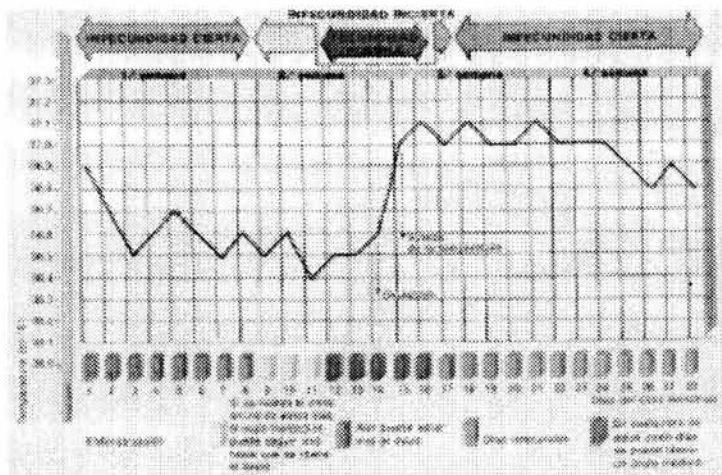
No es recomendable evitar el uso de pantalones o faldas claras y traer consigo una toalla sanitaria de repuesto.

Hay mujeres a quienes la menstruación puede causarles malestares: cólicos, dolor de ovarios, de cabeza, cambios de temperamento etc. Esto es normal, aunque si las molestias son muchas es conveniente llamar al médico.

Social:

La toalla sanitaria debe cambiarse en privado, generalmente en el baño. Se tira enrollada en papel higiénico, al bote de la basura. Este tema se puede platicar entre amigas o personas de confianza.

El ciclo menstrual:



1°

14°

28°



La eyaculación

La eyaculación es una función natural en el hombre que permite la expulsión del semen acumulado a través del pene exterior. El semen es un líquido blanco viscoso que contiene los espermatozoides. Generalmente empieza en la pubertad y puede producirse por diferentes situaciones: durante el sueño (sueños húmedos), en la masturbación y en las relaciones sexuales.

Autocuidado y creencias falsas.

Los "sueños húmedos" son algo natural, aunque a veces se piense lo contrario.

Los "sueños húmedos" se producen particularmente en los adolescentes hombres mientras duermen. Se trata de algo absolutamente normal, que no puede ser previsto con anticipación y que es consecuencia directa de la madurez sexual y del funcionamiento del sistema reproductor masculino. Se puede manifestar con o sin erección del pene y en ambos casos con eyaculación de semen.

Se ha considerado que el "sueño húmedo" en el hombre es un mecanismo natural en su adolescencia cuya finalidad sería condicionar el buen funcionamiento tanto de su sistema como aparato reproductor. Por el carácter involuntario de este tipo de poluciones, en algunos adolescentes provoca una sensación de vergüenza cada vez que ocurre o bien temor o incertidumbre. La razón principal de esto radica en el hecho de que la expulsión del semen causa manchas en sus ropas de dormir y en las sábanas con lo que se evidencia lo que le ocurrió durante la noche.

El que se den eyaculaciones con frecuencia no implica que el semen se vaya a terminar. Después de que esto ocurre hay que limpiar el lugar y así mismo.

Pero no debe avergonzarte. Si a ti te ocurre este tipo de sueños húmedos debes entender que es algo normal.

No trates de ocultar ni encubrir este tipo de situaciones porque de esa forma cada vez que te suceda sentirás la sensación de inseguridad y temor a que te descubran. Y siendo tan normal y natural, ¿por qué tendrías que ocultarlo?

Social

Es algo que es necesario hacerlo en privado. El tema de la eyaculación es privado y puede comentarse con gente de mucha confianza; el platicarlo a cualquier persona podría acarrear problemas.

Sugerencias

Además de la explicación en grupo, es necesario complementar estos temas, para lo que se recomienda el acercamiento individual. Con respecto a los hábitos relacionados con la menstruación, es conveniente reforzarlos en el momento en el que este se presente.

Dinámicas

El Calendario de Andrés

Materiales:

- ! calendario
- ! 4 cuadrados rojos
- ! bolita negra de cartulina.



Procedimiento:

Par hacer más gráfica la explicación se utilizará el calendario en el que se enmarcara con un cuadrado rojo el día que empieza la menstruación y con los otros tres se irán marcando los días que dura. El círculo negro se usará para marcar el día de la ovulación y explicar como vuelve a repetirse el ciclo. Es importante recalcar la parte teórica, además de mencionar todas las creencias falsas que se tengan acerca de la ovulación y la menstruación en general.

El ciclo de Andrés



Material:

Un útero de cartón de aproximadamente 50cm. El útero tendrá un hoyo en el centro a través del cual se podrá ver cuatro imágenes movibles del ciclo menstrual.

Imágenes:

- Flujo menstrual
- Capa muy delgada del endometrio
- Ovulación y capa más gruesa del endometrio
- Capa gruesa a punto de caer

Procedimiento:

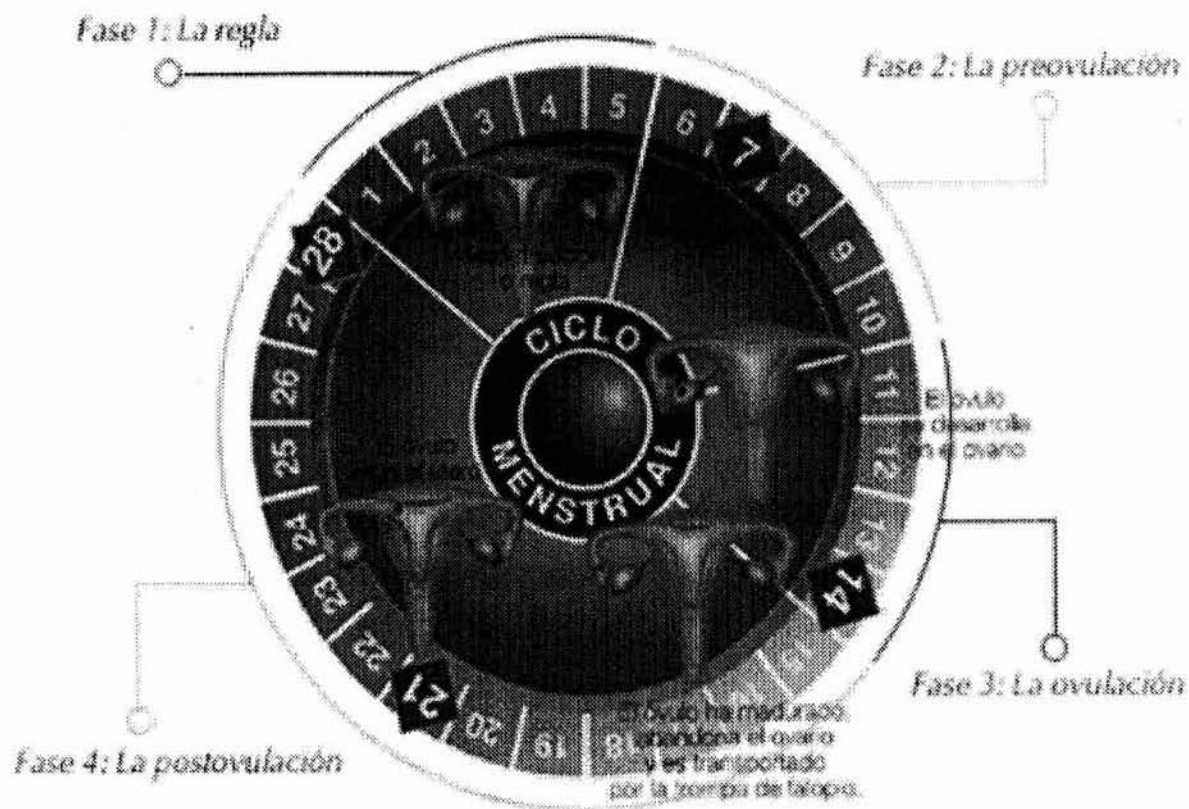
Con la ayuda de este material se puede ilustrar el ciclo menstrual.

1. Se empezará con la menstruación
 - ¿Qué es?
 - ¿Por donde sale?
2. Se ubica la bola de unicel en el ovario y se cambia a la figura 2 que es una capa muy delgada del endometrio. Aquí se debe de explicar cómo vuelve a formarse la capa desprendida en la menstruación como preparación a la fecundación.
3. El óvulo ya esta en la trompa y la capa del endometrio es mayor, este es el momento de explicar la ovulación.
4. El óvulo ya esta entrado al útero y el endometrio a punto de caer. El óvulo no ha sido fecundado por lo que la menstruación se prepara.
5. Se regresa a la primera imagen ejemplificando que es un ciclo que se vuelve a presentar.

Sugerencia:

Explicar cómo se utilizan las toallas sanitarias., cada cuánto y dónde se cambian y como se desechan.

EL CICLO MENSTRUAL



Eyaculación

Material:

- Y Una jeringa gruesa.
- Y Tela acojinada para envolver la jeringa
- Y Líquido viscoso



Procedimiento:

Se tiene que forrar la jeringa gruesa con el material suave o alguna tela.

Una vez explicada el proceso de eyaculación se puede ejemplificar poniendo dentro de la jeringa algún líquido viscoso como crema para el cuerpo o gelatina natural poco cuajada y expulsándolo por la punta de la jeringa. Al hacer esto se deberá reforzar la explicación anterior.

Tema 6 Relaciones Sexuales

Objetivos:

- ♥ Conocer los aspectos de la relación sexual.
- ♥ Analizar la parte afectiva involucrada en la relación sexual.
- ♥ Enfatizar las implicaciones físicas y emocionales que tiene las relaciones sexuales
- ♥ Concientizar a la persona con discapacidad intelectual en la toma asertiva de decisiones ante la posibilidad de tener vida sexual.

Ficha Técnica

Las relaciones sexuales son todas aquellas conductas que expresan nuestra sexualidad, así como nuestros afectos, entre ellas abrazarse, besarse, darse la mano, caricias hasta llegar a una relación coital.

La relación sexual genital heterosexual es el acto en el que culmina un previo intercambio de caricias y juegos eróticos; en el cual el hombre introduce el pene en la vagina. Este acto expresa una completa unión del hombre y la mujer.

Todos los seres humanos somos seres sexuales y sexuados, por ello desde que nacemos, hasta que morimos, nuestro cuerpo responde sexualmente a una serie de estímulos que provienen de nuestro entorno.

La RESPUESTA SEXUAL HUMANA son los cambios que se producen en nosotros, tanto a nivel psicológico como biológico, cuando nos sentimos motivados sexualmente. Se produce a lo largo de nuestra vida, y varía con la edad, la persona, la situación y los estímulos que la provocan.

Por lo tanto, es un proceso idéntico en todos los seres humanos, que está mediatizado por la educación, la cultura, la sociedad y las propias vivencias sexuales. El propio modo de vivir la respuesta sexual será diferente de unas personas a otras, y cada persona tendrá su propio modo de sentir placer.

La respuesta sexual se produce en una secuencia predecible, e independiente del tipo de conducta sexual: masturbación, coito vaginal, anal u oral..., y así nuestro cuerpo responde a las diferentes situaciones sexuales.

Se habla de cinco fases de la respuesta sexual humana, que se describirán a continuación. Responden a un patrón, pero hay que pensar que está sujeto a una enorme variabilidad.

Deseo:

Es la necesidad o apetencia de sentir placer, y consiste en una tensión psicosomática que necesita ser descargada, y de este modo, la persona siente ganas de tener una experiencia sexual, y de relacionarse con estímulos sexuales.

Existe una creencia falsa muy extendida que dice que las mujeres tienen menor deseo sexual. Esto es un error, y lo que en realidad ocurre, es que por condicionamientos e influencias sociales y culturales, se enseña a la mujer a inhibir o reprimir sus deseos sexuales, mal vistos por la sociedad.

Excitación:

Como consecuencia de relacionarse con estímulos sexuales, y de tener una estimulación sexual, que puede ser física o psíquica, en el cuerpo ocurren cambios fisiológicos que consisten básicamente en una vasocongestión en el área genital (acumulo de sangre).

En la mujer, lo primero que aparece es la lubricación vaginal. Además se expande el canal vaginal, los labios mayores se separan, y los menores se engrosan, y el clítoris aumenta de tamaño. También se produce la erección de los pezones, y un ligero aumento del tamaño del pecho.

En el hombre, la primera señal de excitación sexual es la erección del pene. También la piel de las bolsas escrotales se alisa, y los testículos comienzan a elevarse y a aumentar ligeramente de tamaño. También se produce erección en los pezones.

Meseta:

Es la prolongación de la etapa anterior. A medida que se continúa con la estimulación sexual, la excitación va subiendo, y la vasocongestión se hace mayor. También se da un aumento de la tensión muscular, se acelera el ritmo cardíaco y respiratorio, y se produce una elevación de la presión sanguínea.

En la mujer, como consecuencia de ello, se produce una hinchazón de la parte externa de la vagina, que se llama plataforma orgásmica. También se da un cambio de color en los labios menores, de rosado a rojo brillante, y un aumento de las mamas y la areola.

Aparece también el rubor sexual, que consiste en unas manchas rojas que pueden aparecer en algunas partes del cuerpo.

En el hombre, en niveles altos de excitación sexual, se produce un aumento del diámetro del glande, y continúa el aumento y elevación de los testículos. Además sale del pene el líquido preseminal, que proviene de las glándulas de Cowper, y que conlleva espermatozoides.

Orgasmo:

Supone la liberación de la tensión sexual acumulada, y se traduce a nivel psicológico en una sensación de intenso placer. El orgasmo varía de unas situaciones a otras, y en función de las circunstancias físicas y psicológicas, por lo que no todos los orgasmos son iguales. Para que se produzca tiene que haber un alto grado de excitación sexual.

Aunque físicamente sea parecido, psíquica y emocionalmente es diferente para cada persona.

En la mujer consiste en una serie de contracciones rítmicas de los músculos que rodean la vagina, la plataforma orgásmica y el útero. El rubor sexual alcanza su grado máximo.

Respecto a la polémica sobre si existen dos tipos de orgasmos en la mujer, decir que el orgasmo son esas contracciones que se dan en la vagina, y que se producen por la estimulación sexual, y que no hay orgasmos clitoridianos y vaginales, sino que son el mismo orgasmo producido por diferentes estimulaciones.

En el hombre, se distinguen dos momentos; la emisión, que es el depósito del líquido seminal en la parte posterior de la uretra, como consecuencia de las contracciones orgásmicas, y el hombre siente que ya es inevitable la eyaculación. Y la eyaculación propiamente dicha, con la salida del semen a través del pene. Aunque suelen ocurrir de modo simultáneo, en el hombre, orgasmo y eyaculación son dos procesos distintos.

El orgasmo es un momento muy placentero e importante en la respuesta sexual, pero no la culminación imprescindible de toda relación sexual.

Resolución:

Es la fase en que todos los cambios vuelven a un estado de normalidad o reposo. En la mujer, el útero y el clítoris recuperan su posición anatómica habitual, y la vagina, los labios y mamas adoptan su estado característico de reposo.

En el hombre, se da el período refractario, en el que es necesaria una recuperación fisiológica antes de volver a eyacular. La duración de dicho período varía en función de la edad, la motivación, y de unos hombres a otros. La erección disminuye progresivamente, y los testículos descienden recuperando su tamaño normal.

Hay que tener en cuenta que tanto la duración como la intensidad de cada una de las fases es muy variable, y que el paso de la fase de excitación a la de meseta y el de la fase de meseta a la de orgasmo dependen de la efectividad de la estimulación sexual, pudiendo quedar interrumpido el proceso en la fase de excitación o pasar de la fase de meseta directamente a la de resolución, en el caso de que la estimulación no resultase suficientemente efectiva o que interfirieran variables psicológicas o ambientales.

La respuesta sexual humana se produce y evoluciona a lo largo de todo el ciclo vital, siendo diferente según las edades.

Así en la infancia, por ejemplo, no se diferencia el deseo sexual de otros deseos. No hay eyaculación, aunque los niños y las niñas sí pueden excitarse y experimentar cambios en el ritmo cardíaco y respiratorio, y vasocongestión genital.

Durante la pubertad y adolescencia aparece el deseo y la atracción sexual como tal. Se dan también grandes y rápidos cambios físicos, psíquicos y sociales: crecimiento del cuerpo, aparición de vello corporal, capacidad reproductiva, transformación de la imagen, pecho en las chicas, barba en los chicos, cambios en la voz, posturas vitales diferentes, la importancia del grupo de iguales, etc.

La vejez supone el fin de la actividad reproductiva, pero no de la actividad sexual. En el hombre disminuye la producción de espermatozoides, y baja el semen emitido en la eyaculación. Puede que aumente el tiempo necesario para la siguiente erección. En la mujer la vagina pierde elasticidad y la lubricación es menor. Sin embargo esto no quiere decir que las personas ancianas no puedan seguir teniendo deseos y conductas sexuales.

En general, si se ha tenido una vida sexual placentera, y se mantienen las actividades, fantasías y sentimientos sexuales a lo largo de los años, tanto hombres como mujeres tendrán una vida sexual rica en la vejez.

Las personas que tienen relaciones sexuales lo hacen por distintas razones, puede ser por experimentar nuevas sensaciones al mismo tiempo satisfacer su curiosidad, tener deseo sexual, no sentirse solo, demostrar mayor madurez, intercambiar afecto y cariño para ser padre y/o madre, mayor conocimiento de la pareja o por Amor.

En varias ocasiones es una o varias razones, pero lo importante es tener muy en claro por que se quieren hacer las cosas a fin de poder tomar una decisión responsable de la vida sexual.

Consecuencias de las relaciones sexuales:

Antes de decidir tener o no tener relaciones sexuales, es necesario conocer cuáles serían las posibles consecuencias de ellas y de cómo se podrían prevenirse un embarazo no deseado hasta una ITS (Infección de Transmisión Sexual) .

Una pareja que tiene relaciones sexuales, es el resultado de una decisión mutua y de forma responsable; así como llegar a tener un mayor conocimiento y acercamiento íntimo con la persona que ama. El tener relaciones sexuales es una forma más de expresar su amor.

Por otro lado, cuando la decisión no es reflexionada lo suficiente o no es de común acuerdo, pueden presentarse sentimientos de culpa, sensación de vacío emocional o incluso arrepentimiento. Por otra parte, si no se tomaron las precauciones necesarias existe el alto riesgo de contraer una ITS, por ejemplo el SIDA o un embarazo no deseado.

Autocuidado

Cuado se llega a la decisión de tener relaciones sexuales, se debe estar totalmente seguro y usar algún método anticonceptivo a fin de evitar la transmisión de ITS y embarazos no deseados. Se recomienda como una opción el condón masculino o femenino.

Creencias falsas

Entre algunas creencias falsas que presentan constantemente entre los jóvenes es tener relaciones coitales y/o sexuales son para demostrar que se es más adulto; mientras que otros recurren para confirmar la virilidad. Existen otras creencias falsas, estas son:

- † No hay edad adecuada para tener la primera relación sexual. No se puede determinar una edad para el debut sexual. Sin embargo, antes de tomar una decisión al respecto, es muy importante estar seguro(as) de lo siguiente.
 1. ¿qué es conveniente para nosotr@s mism@s?, es decir que este de acuerdo con nuestros valores
 2. Es necesario tener la información necesaria para enfrentar cualquier consecuencia (embarazo, infecciones de transmisión sexual, abandono de la pareja o culpa), y la capacidad de asumir la responsabilidad.
 3. Desear hacerlo por decisión propia no para complacer a otra persona ni para demostrar, o quedar bien con l@s amig@s.

- † Otra creencia falsa que existe es que al hombre le puede salir orina en lugar del semen durante el acto sexual. Esto es completamente falso, existe una válvula que regula la salida del semen o de la orina e impide que salgan los dos al mismo tiempo. En estado de erección esta válvula cierra el conducto de la vejiga.

- † Muchas veces los jóvenes se pueden sentir incómodos si sus amigos tienen relaciones sexuales y ellos no. Sin embargo frecuentemente los amigos tampoco han tenido relaciones sexuales, pero dicen que si porque creen que eso es lo que se espera de ellos. Este es un ejemplo de cómo puede resultar perjudicial hacer caso a las presiones sociales. Que algunos jóvenes las hayan tenido no es razón para que otros lo hagan. Nunca es tarde para las relaciones sexuales, pero si se tienen sin analizar las ventajas y las desventajas, quizás el o ella se sientan mal consigo mismos.

- ‡ No es verdad que a las mujeres se les puede notar en los ojos si son sexualmente activas, ninguna característica externa permite establecer si una mujer es sexualmente activa.
- ‡ Muchas veces se dice el primer contacto sexual de la mujer resultara muy doloroso. Si la mujer esta preparada emocional y psicológicamente para el acto sexual, y existe un buena lubricación este no debe resultar doloroso. Es importante que la pareja hable antes sobre lo que se espera y sobre sus temores, de las diferentes formas de dar y recibir placer y digan qué les gusta y que les desagrada durante la relación sexual.

Social

Las relaciones sexuales representan algo muy íntimo en la pareja, se llevan a cabo en un lugar privado y con la persona amada.

Por algunas personas es muy importante esperar hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales y para otros no tanto. Es importante respetar los valores de cada uno de los integrantes de la pareja.

Es indispensable tener una buena comunicación con la persona con la que se ha decidido tener relaciones a fin de tomar decisiones de manera responsable. Fuera de la relación, no se comenta absolutamente nada de los aspectos sexuales de la pareja.

Sugerencias

- Comentar con el grupo que tanto la abstinencia como el tener relaciones sexuales son posibilidades concretas aunque muchos jóvenes no hablen de ellas.
- Fomentar en el grupo la participación sobre las muchas razones que llevan a las personas a tener relaciones sexuales.
- Ser sensible a la angustia o excitación que el tema sobre el embarazo despierte entre los adolescentes, comentando que los riesgos pueden evitarse si se previenen.
- Comentar con los adolescentes la dificultad que tienen para planear sus relaciones sexuales y, por lo tanto, tener a la mano anticonceptivos. Analizar las razones que causan esa dificultad (por ejemplo, el tabú asociado a tener relaciones sexuales, la falta de capacidad para controlar la excitación sexual y las creencias erróneas al respecto, etc.) y las formas de sobreponerse a ellas.

Dinámicas

Unión Intima de la Pareja



Material:

- ♥ Lámina del pene dentro de la vagina
- ♥ Lámina de un hombre y una mujer teniendo una relación sexual.

Procedimiento:

Las láminas se utilizarán como material de apoyo para la explicación teórico.

Mediante el juego de roles se presentarán situaciones en las que se involucren los participantes que sean de situación real. Ante esto deberán discutir los aspectos involucrados para tomar la decisión a la que se llegó. El facilitador deberá proponer los aspectos no tomados en cuenta, promover la discusión; así como poner mayor énfasis en el uso de la asertividad.

Sugerencias:

Se recomienda poner especial atención en la toma de decisiones responsables y lo que debe de considerar. Retomar el punto de la autoestima, la confianza en los propios sentimientos y aprender a decir NO cuando no se desea hacer algo.

El Navío

Objetivo:

Aprender a resolver clara y rápidamente ante la presión de los demás



Material

- ➔ Una pelota de unicel, tela o plástico.
- ➔ Premios: dulces, galletas, paletas etc.
- ➔ Sección de apoyo didáctico.

Desarrollo

- 👉 Explicar a los adolescentes que la actividad a realizar será responder de manera asertiva ante las líneas de presión que se les expongan (ver apoyo didáctico), lo cual se requerirá mucha atención de su parte.

- 👉 Indicar a los participantes que formen un círculo dentro del cual se ubicara el facilitador.
- 👉 Iniciar el juego arrojando la pelota a alguno de los adolescentes, al mismo tiempo que se le dice la línea de presión.
- 👉 El adolescente tendrá que contestar rápidamente y de manera asertiva ante la presión y devolverá después la pelota al instructor. Si no contesta asertivamente tendrá que salir del círculo.
- 👉 El facilitador repetirá esta secuencia con todos los participantes, de tal manera que al final se quedarán los que sean más asertivos, quienes serán los ganadores.
- 👉 Cerrar el ejercicio comentando la importancia de la comunicación asertiva para lograr relaciones constructivas.

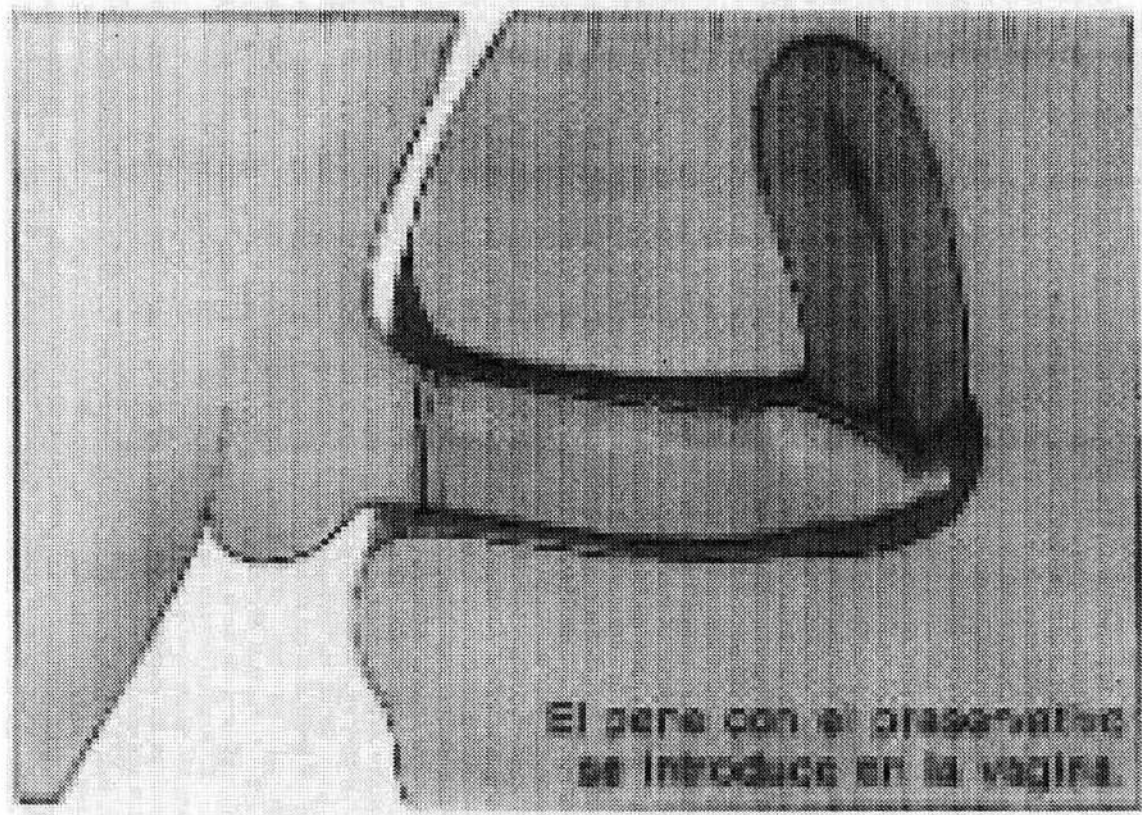
Apoyo didáctico

- ➔ Si no haces el amor conmigo voy a creer que eres inmadura(o).
- ➔ Anda, prueba un poquito de droga, el que no arriesga no gana.
- ➔ Solo los maricones no fuman, prueba un poquito.
- ➔ Si ensayas desde ahora a hacer el amor serás más popular entre los amigos.
- ➔ Tus papas son saben lo que dicen, una demostración de cariño no le hace mal a nadie.
- ➔ Déjame acariciarte, si no voy a pensar que no me tienes confianza.
- ➔ Me perderás si no te acuestas conmigo.
- ➔ Todos tienen relaciones sexuales, tú eres la única que es virgen todavía.
- ➔ Si fueras realmente macho te aventarías.
- ➔ Si en realidad crees que vales te acostarías conmigo.
- ➔ Nadie usa condón, no se por que quieres que lo use.
- ➔ Es divertido tomar riesgos, no usemos anticonceptivos.
- ➔ Mucha gente tiene bebes a nuestra edad, deberías avenarte, a ver qué pasa.
- ➔ ¿Quieres que usemos condón por que crees que tienes SIDA?
- ➔ No quieres acostarte conmigo por que eres homosexual.



Laminas de apoyo







Una vez terminado el coito,
el pene con el preservativo
se saca cuidadosamente
de la vagina.

Tema 7 Fecundación, Embarazo y parto

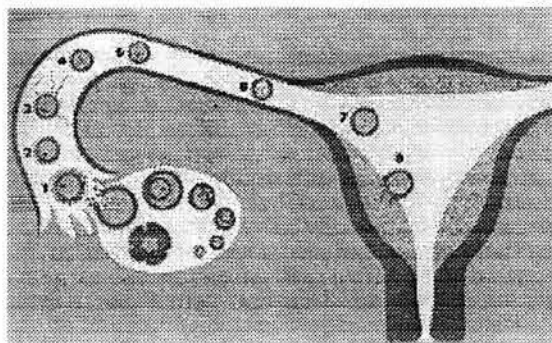
Objetivos:

- 📖 Tener nociones generales de la fecundación, del embarazo, y del nacimiento.
- 📖 Identificar los cambios emocionales y físicos en la mujer embarazada.
- 📖 Señalar los factores que propician un embarazo no planeado
- 📖 Crear conciencia ante la responsabilidad de la paternidad.
- 📖 Señalar la importancia de analizar las consecuencias de un embarazo (económica, social, psicológica y biológica).
- 📖 Señalar conductas de riesgo para el embarazo no planeado.
- 📖 Fomentar la verbalización de posibles opciones para evitar un embarazo no deseado.

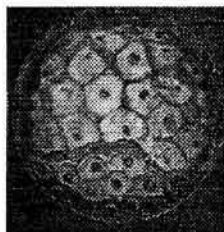
Ficha Técnica

FECUNDACIÓN

Una vez llevada a cabo la fecundación del espermatozoide con el óvulo tiene lugar la fusión de ambos núcleos de estas células y con esto la formación del huevo o cigoto. Esta fusión significa que cada uno de los 23 cromosomas que contienen tanto el núcleo del óvulo como el del espermatozoide, busquen su pareja en el otro núcleo, obteniéndose finalmente 23 pares, o lo que es lo mismo, 46 cromosomas, que es la dotación de cromosomas normal. Las células de cualquier punto del organismo humano, poseen en su núcleo 46 cromosomas. El óvulo y el espermatozoide son la excepción a esta norma. La explicación estriba en que si estos dos elementos tuvieran 46 cromosomas al fundirse entre sí darían lugar a un ser de 92 cromosomas y cada vez que tuviera lugar una fecundación se duplicaría el número de cromosomas de los padres, lo cual sería incompatible con la vida. Ya fecundado el óvulo, y convertido en huevo, inicia su viaje hacia el lugar donde residirá esto le tomara aproximadamente 5 días. El huevo avanza a pesar de que a diferencia de los espermatozoides carece de movimientos propios, esto se realiza gracias a los movimientos de la trompa y de los cilios (pestañas vibrátiles que lo empujan a través de la trompa); estos mismos cilios dificultaban antes el ascenso de los espermatozoides.



Al mismo tiempo que se desplaza el óvulo, este se va transformando, la nueva célula inicia su división, primero se divide en dos células y cada una de ellas se subdivide en otras dos y así sucesivamente, hasta que el huevo humano se convierte en un agregado de pequeñas células resultantes de las sucesivas divisiones. El aspecto que toma es parecido al de una mora de ahí que se le de el nombre de morula.

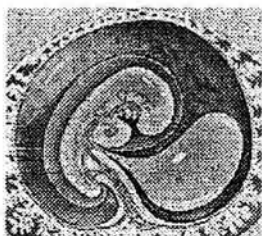


Al llegar a la cavidad uterina la morula se transforma en blástula, un cambio brusco y muy complejo. En este momento el huevo, ya en fase de blástula, toma contacto con la superficie de la cavidad uterina, la cual ha sido previamente preparada con objeto de recibirlo. El huevo penetra profundamente en la mucosa uterina, hasta sumergirse totalmente en la misma, estableciéndose una corriente sanguínea entre la madre y el huevo, lo cual permite a este vivir y desarrollarse. El huevo ya implantado continua su desarrollo, de la blástula se forma el disco embrionario que esta constituido por 3 capas o células llamadas hojas blastodermicas; de las cuales se derivaran todos los tejidos del niño, estas tres placas llevan cada una su nombre ectodermo, mesodermo, endodermo. Del ectodermo se originara el tejido nervioso, piel, pelo, uñas, anexos de la piel, capas mucosas, etc. Del mesodermo el esqueleto, la musculatura, los aparatos renal y circulatorio, etc. Del endodermo el aparato digestivo y sus anexos: hígado, páncreas, bazo, etc. y también el aparato respiratorio. Durante los 2 primeros meses del embarazo (4a. sem) el embrión ya esta perfectamente individualizado dentro de la cavidad amniótica (bolsa de en la que se

contiene al producto donde flota en un líquido llamado (amnios) que lo rodea por completo, a excepción del lugar ocupado por el puente que lo une a la placenta, este puente es el cordón umbilical, en el curso de esta 4a. semana se aprecia ya una zona cefálica y otra posterior, en la región dorsal se transparentan las primeras vértebras y lateralmente aparecen los primeros esbozos de los miembros.



Aun que de forma muy rudimentaria hacia el final de esta semana, el embrión empieza a esbozar un primer sistema nervioso y circulatorio hasta el momento en que un minúsculo corazón comienza a emitir sus latidos. Al llegar la 5a. semana, el embrión tiene únicamente una longitud de 6 mm, su aspecto es el de un renacuajo.



En el curso de la 6a. semana será posible distinguir en su cabeza los esbozos de los ojos, de los oídos y de las fositas olfatorias, se constituye la boca, el cerebro aumenta rápidamente de dimensiones exagerando a un mas la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo. El corazón embrionario bombea la sangre con fuerza no solo la correspondiente al pequeño territorio embrionario, sino también lo correspondiente a la complicada vascularización placentaria. Al inicio de la 7a. semana, el embrión mide ya 2 cm. al finalizar la misma habrá ganado 5-6 mm de longitud y ya no será embrión sino un feto. En el curso de estos siete días el embrión completa la formación de todas las estructuras primarias, ya que a partir de la octava semana lo único que hará el feto es crecer y perfeccionarse. El hígado órgano muy importante para la vida intrauterina, se desarrolla enormemente y forma la sangre del embrión. Esta sangre

como no puede oxigenarse en los pulmones va a la placenta, en donde adquiere oxígeno y deja anhídrido carbónico y otras sustancias de desecho. La madre se encargará de purificar esta sangre proveniente de la placenta. Los brazos y piernas se visualizan perfectamente, distinguiéndose ya sus diversas partes, así es posible observar los pequeños dedos de los pies y de las manos. En este momento el embrión, envuelto por la vesícula amniótica, ha crecido tanto que prácticamente abarca toda la cavidad uterina. A partir de las 8 semanas de la concepción, su aspecto es ya claramente humano. El cerebro del niño se recubre de huesos protectores, formándose el cráneo, no obstante estos huesos no se sueldan, ya que el cerebro no ha adquirido su tamaño definitivo, y el cráneo debe ser flexible para poder pasar a través del canal del parto. También se observan los párpados y poco después las cejas. Un vello que recibe el nombre de lanugo empieza a extenderse sobre todo el cuerpo, cubriéndole casi por entero en el curso del quinto mes. Por estas mismas fechas aparece un unto sebáceo, llamado vernix que protege la piel del niño, evitando que se arrugue o se deteriore al estar en contacto permanente con agua, este unto es el responsable de que el niño al nacer presente un aspecto grasiento. La musculatura del niño se desarrolla rápidamente y a partir del 4to. mes la madre percibe pequeños movimientos fetales.

Las uñas aparecen a los 4-5 meses aproximadamente, momento en que también es posible identificar la huellas digitales. A medida que crece el sistema circulatorio se vuelve más perfecto, el corazón late a una velocidad superior a la del adulto con frecuencia entre 120 y 160 latidos por minuto. El sistema nervioso del niño también con el paso de su desarrollo fetal se va volviendo más coordinado y en el principio del segundo semestre del embarazo brazos y piernas se mueven y agitan sin objeto alguno, pero en el transcurso del quinto mes, un día el feto logrará introducir su pulgar en la boca, iniciándose el paulatino aprendizaje de un acto reflejo, fundamental al nacimiento el cual es el de la succión. Por otra parte, el cuerpo del feto se adapta a los movimientos de la madre. Si esta descansa, el feto aprovecha para moverse, pues entonces esta sometido a menos presiones exteriores. Por el contrario, si la madre se mueve, el niño se encorva, se acurruca, plegándose sobre sí mismo, para evitar ser lastimado. El sexo del feto, se diferencia hacia el final del tercer mes, ya que durante la etapa embrionaria los genitales externos de ambos sexos son iguales y solo después de aquella fecha es factible observar rasgos diferenciales, el sexo del feto no admite dudas al iniciarse el cuarto mes. La placenta; el enlace entre el nuevo ser y la madre, es el sistema con el cual se establece el intercambio de sanguíneo y nutriente funciona de la siguiente forma: por un sistema llamado vellosidades coriales llega sangre fetal cargada de bióxido de carbono y pobre en oxígeno junto con sustancias de desecho. Esta sangre a través de la sutil capa celular que forma la superficie de cada vellosidad establece un intercambio con la sangre de la cámara hemática, considerablemente más rica en oxígeno, la cual pasará a la circulación fetal enriquecida además de sustancias esenciales (azúcares, grasas, proteínas, vitaminas). De esta forma la placenta actúa para el feto como un órgano nutritivo y respirador, es decir, sustituye durante la vida intrauterina a los aparatos digestivo y respiratorio del feto. El cordón umbilical constituido por 2 arterias y una vena paradójicamente funcionan al contrario de como funcionan las arterias y venas del cuerpo en forma normal, es decir, las arterias normalmente transportan sangre rica en oxígeno y sin desechos, en el cordón umbilical

las arterias llevan sangre fetal pobre en oxígeno y cargada de desechos; las venas normalmente llevan la sangre desoxigenada y sustancias de desecho, en el cordón umbilical la vena devuelve al feto una sangre rica en oxígeno y en sustancias nutrientes.



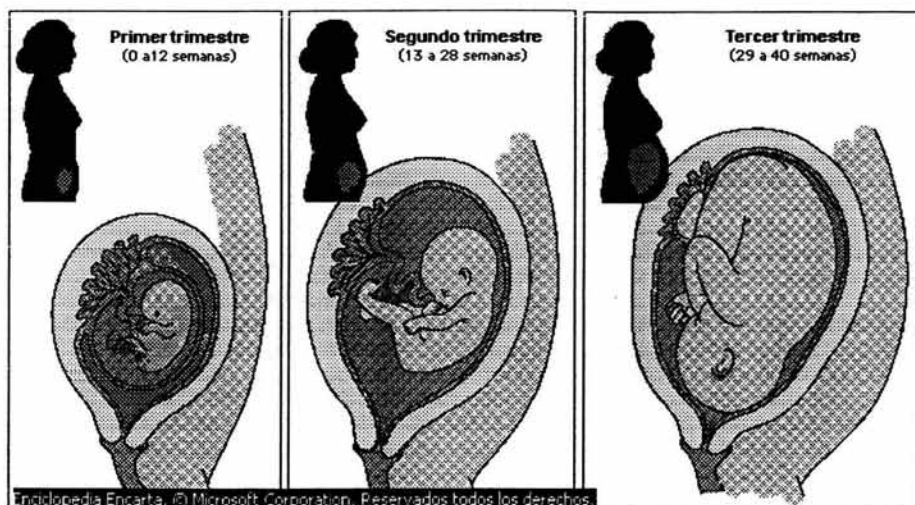
El líquido amniótico; proporciona seguridad y comodidad al producto, sino fuera por el, feto sufriría todos los golpes que la madre recibe sobre el vientre, los cuales a lo largo de la gestación son numerosos. Este líquido mantiene al feto en una temperatura constante y le permite moverse cómodamente además protege a la madre del dolor que pudieran provocarle los movimientos del feto ya que juega un papel amortiguador. Este líquido asegura la hidratación de los tejidos del feto, pues el feto deglute el líquido, impide también que el feto se adhiera al saco amniótico (la bolsa que rodea al feto y líquido) lo cual originaría malformaciones. El líquido amniótico es totalmente puro y cristalino. Ninguna clase de microbios puede llegar hasta el mientras permanezcan intactas la membranas que lo envuelven, por ello ninguno de los millones de microbios que residen en la vagina de la mujer puedan dañar al producto. El líquido mantiene intacta su pureza a pesar de llegarle orina, sudor y otras sustancias de desecho del niño, gracias a que cada hora se renueva totalmente, esto se puede comparar a una alberca de lujo con renovación constante de agua. Los momentos más trascendentes que se dan durante la gestación son durante el primer trimestre del embarazo la cual es la etapa crítica en el desarrollo del nuevo ser, es cuando más susceptible se encuentra a cualquier eventualidad que ponga en riesgo su llegada al nacimiento. En las posteriores etapas de su desarrollo intrauterino el feto se dedicará a perfeccionarse día con día y son menos críticos los sucesos en comparación con los que se suscitan durante las etapas iniciales de su formación, es por eso que los párrafos anteriores han sido obtenidos de una fuente bibliográfica que se enfoca en forma sencilla al conocimiento de lo que sucede en ese periodo.

EMBARAZO

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales normales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso. Ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales, como hielo, arcilla o almidón de maíz. Este estado, llamado pica, puede ser indicativo de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana de embarazo es posible

que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros. Por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones. El síntoma más evidente es el aumento de peso. En la actualidad la mayoría de los médicos aconsejan que el aumento de peso no supere los 12 kilogramos al final del embarazo.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman su cerebro, brazos, piernas y órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar ningún tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debería evitar los rayos X y el consumo de tabaco y alcohol.



Embarazo: evolución en cada trimestre

Las 40 semanas del embarazo se dividen en tres trimestres. El bebé que se está desarrollando recibe el nombre de embrión durante las ocho primeras semanas, después se le denomina feto. Todos sus órganos importantes se desarrollan durante el primer trimestre. Las náuseas y los vómitos son frecuentes en la mujer gestante, en especial durante las mañanas. Sus pechos aumentan de volumen y se vuelven delicados, y su peso comienza a aumentar. En el segundo trimestre, el feto tiene ya una apariencia humana reconocible, y crece con rapidez. El embarazo de la madre es evidente, tanto externa como internamente. Su ritmo cardíaco y presión sanguínea aumentan para adaptarse a las necesidades del feto. En el tercer trimestre, los órganos de éste maduran. La mayoría de los bebés prematuros nacidos al comienzo del tercer trimestre sobreviven, y sus probabilidades de supervivencia aumentan cada semana que permanecen en el útero. La mujer embarazada tiende a sentir calor e incomodidades durante este periodo, y su sueño, muy importante en ese momento, puede verse alterado.



Embarazo humano

Aunque el periodo total de gestación de los seres humanos dura nueve meses, el feto tiene una apariencia humana reconocible hacia las 12 semanas de desarrollo. Los órganos vitales no están desarrollados como para permitir su supervivencia en el exterior hasta los siete meses. En el útero, el feto es especialmente sensible a los efectos de las drogas, el alcohol y los rayos X.

COMPLICACIONES

La salud del hijo que está aún por nacer, preocupa sobre todo a las madres que superan los 35 años, ya que entonces son más frecuentes los problemas genéticos. Hay pruebas seguras y efectivas para detectar los desórdenes genéticos que causan subnormalidad y otros problemas. La prueba más común es la amniocentesis. En el 95% de los casos en los que se realiza, el feto es normal. Ciertos médicos recomiendan a todas las mujeres de más de 35 años someterse a esta prueba.

Aunque la mayoría de los embarazos transcurre con normalidad, pueden surgir ciertas complicaciones. Una de ellas, bastante rara pero que supone peligro de muerte, es el embarazo ectópico o extrauterino, en que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, ya sea en el abdomen o en una trompa de Falopio. Entre los síntomas están los dolores súbitos e intensos en la parte baja del abdomen hacia la séptima u octava semana de embarazo. Si no se trata quirúrgicamente con rapidez, el embarazo ectópico puede derivar en grandes hemorragias internas y posiblemente en la muerte.

Un 15% de todos los embarazos acaban en aborto espontáneo, que suele ocurrir entre la cuarta y la duodécima semana de embarazo. La mujer que sospeche que está embarazada y experimente punzadas abdominales o sangrado vaginal, debería consultar de inmediato con un médico.

La toxemia es otra complicación seria de la última etapa del embarazo. Los síntomas son hipertensión, aumento súbito y cuantioso de peso debido a un edema, llegando a ganar de 11 a 13 kilos en un mes, y aparición de proteínas en la orina. Si no se trata, llega a producir ataques

de apoplejía y coma que, en casos extremos, puede conducir a la muerte del niño. Cuando se diagnostica una toxemia grave, hay que extraer al niño lo antes posible para protegerlo tanto a él como a la madre. Esta situación desaparece con el nacimiento.

PARTO

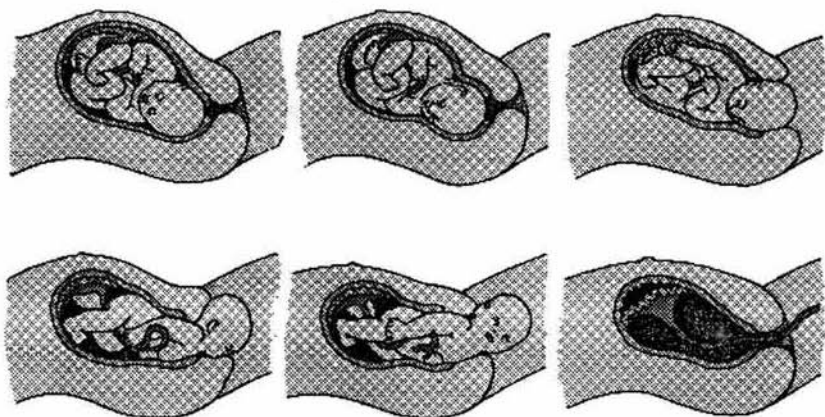
Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro. Un 7% de los niños que nacen son prematuros, es decir, nacidos antes de la semana 37 de embarazo. Los niños que nacen unas pocas semanas antes suelen desarrollarse con normalidad. Los últimos avances en el cuidado de niños prematuros permiten sobrevivir a muchas criaturas que nacen con 25 o 26 semanas. Si el embarazo dura más de 42 semanas, el parto recibe el nombre de parto postérmino.

El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. La duración normal del parto para una madre que espera su primer hijo es de 13 a 14 horas, y unas 8 o 9 para una mujer que ha dado a luz antes. No obstante, existen grandes variaciones en cuanto a la duración del parto.

Tradicionalmente, el parto se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El primero comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado completamente. El periodo de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de su completa salida al exterior. Desde este momento, hasta la total expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento.

Algunas mujeres prefieren algún tipo de anestesia para aliviar el dolor del parto. Sin embargo, el parto natural cada vez es más frecuente debido en parte a que muchas mujeres saben que la anestesia y la medicación que reciben pueden llegar rápidamente a través de la placenta al niño por nacer.

Otra opción para conseguir una disminución de las molestias durante el parto es la anestesia local, donde sólo se duermen aquellas partes del cuerpo de la madre afectadas por el dolor del parto. Tales anestésicos incluyen el bloqueo de la parte inferior de la espina dorsal y la inyección epidural, con la que se anestesia la región pélvica. La epidural no se debe usar al principio de la dilatación porque prolonga peligrosamente el parto; después sólo se utiliza para calmar el dolor de la expulsión (y quizás de la dilatación final). Otra opción es la cesárea, que consiste en sacar al bebé del útero quirúrgicamente, pero no es una alternativa para el dolor. Sirve para evitar algunas complicaciones del parto natural y sólo se realiza si existe una razón médica específica.



Etapas del parto

El preparto es un periodo de contracciones irregulares del útero, en el cual el fino cérvix se reblandece y comienza a dilatarse. En la primera etapa del parto (*arriba a la izquierda*), el útero se contrae con fuerza y regularidad. El cérvix (*en el centro*), se dilata con cada contracción, y la cabeza del bebé gira para adaptarse a la pelvis de la madre. En la segunda etapa (*derecha*), la madre empuja o presiona hacia abajo, en respuesta a la presión ejercida contra sus músculos pélvicos. La coronilla de la cabeza del bebé comienza a hacerse visible en el canal del parto ensanchado. Cuando la cabeza emerge por completo (*abajo a la izquierda y en el centro*), el doctor gira los hombros del bebé, que emergen con la siguiente contracción. El resto del cuerpo se desliza entonces hacia el exterior con relativa facilidad, y se obtura y se corta el cordón umbilical. La tercera etapa (*a la derecha*), se da dentro de los diez minutos siguientes al nacimiento. El útero continúa contrayéndose y se expulsan los restos del cordón umbilical y la placenta.

Creencias falsas:

- El hecho de tener un hijo no hace a la persona más hombre o mujer. El individuo puede expresar lo que es y desarrollarse en muchas formas.
- Es falso que una mujer no se embarace si solo tiene relaciones una vez, ya que si se tienen relaciones en el momento en el que la mujer esté ovulando puede quedar embarazada.
- No es verdad que si una joven se embaraza se va a sentir más tranquila y mejor consigo misma. Aunque a veces se considera que tener un hijo es una de las más grandes realizaciones del ser humano, un bebe implica muchas responsabilidades de tiempo y dinero. Los jóvenes dejan de hacer cosas que les gustan, lo cual va impedir a la mamá estar más tranquilo y sentirse bien. De hecho es probable que se arrepienta muy pronto

y se sienta muy mal por no poder desarrollar las mismas actividades que sus amigos. Además un hijo necesita fortaleza, seguridad, estabilidad, de su padre y de su madre, cosas que una joven con DI difícilmente podrá darle, pues su mismo proceso de maduración lo limita.

- Es falso de que no exista un embarazo en la primera relación sexual. Desde que la mujer empieza a ovular puede quedar embarazada, aun en su primera relación. Puede haber ovulación aun antes de la primera menstruación.
- No es verdad que si se tienen relaciones sexuales durante la menstruación no va a existir embarazo. Si coincide la menstruación con la ovulación, (como es el caso de algunas mujeres), es posible quedar embarazada.
- No es verdad que una mujer pueda quedar embarazada por nadar en una alberca.
- Aunque un hombre haya eyaculado en una alberca y se encuentre el semen, los espermatozoides no pueden sobrevivir en el agua con cloro y moverse hasta la vagina. Por lo tanto no se puede fecundar el óvulo.
- Tampoco es verdad que una mujer puede embarazarse al usar un baño público. El embarazo sólo se puede producir a través del coito o por derramamiento del semen muy cerca de la vagina. Aunque hay semen en el baño, los espermatozoides no pueden sobrevivir en el medio ambiente y, por lo tanto, no pueden introducirse en la vagina, ni fecundar un óvulo.

Social:

El hecho de tener un hijo implica una gran cantidad de responsabilidades, cambios en el estilo de vida y en tu rol como persona.

Tener un hijo es una decisión que debe ser discutida en pareja tomando en cuenta todos los cambios y responsabilidades que conlleva, así como las necesidades del niño.

Sugerencias:

- 1 Comentar con el grupo que tanto la abstinencia como el tener relaciones sexuales son posibilidades concretas aunque muchas personas no hablen de ellas.
- 1 Explicar que es importante conocer las diversas consecuencias de un embarazo no deseado.
- 1 Fomentar en el grupo la participación sobre las muchas razones que llevan a las personas a tener relaciones sexuales sin emplear algún método anticonceptivo.
- 1 Ser sensible a la angustia o excitación que el tema sobre embarazo despierta entre los participantes, comentando que los riesgos pueden evitarse si se previenen.
- 1 Enfatizar las responsabilidades y cambios en el estilo de vida que implican el tener un hijo.

- 1] Comentar la dificultad que se tienen para planear las relaciones sexuales y, por lo tanto, tener a la mano anticonceptivos. Analizar las razones que causan esa dificultad (por ejemplo, el tabú asociado a tener relaciones sexuales, la falta de capacidad para controlar la excitación sexual y las creencias erróneas al respecto, etc.) y las formas de sobreponerse a ellas.

Es necesario aclarar los siguientes términos:

Concepción: cuando un hombre y una mujer tiene relación sexual coital y no utilizan ningún método anticonceptivo, si la mujer está en un periodo fértil, es muy posible que quede embarazada. El periodo fértil es cuando el ovario de la mujer suelta el óvulo maduro. Durante la relación sexual coital uno de los espermatozoides encuentran al óvulo maduro y se unen. Esto es la fecundación o concepción. Una vez que esto ha ocurrido el óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.

¿Cómo se si estoy embarazada?: cuando una mujer esta embarazada su menstruación se suspende, empieza a haber hinchazón de los pechos, pueden presentarse nauseas leves o hasta el vómito. Puede presentarse algunos otros cambios pero la ausencia de la menstruación en la mayoría de los casos es el principal síntoma. Existen otros medios para saber si una mujer esta embarazada; éstos son el análisis de orina y sangre.

¿Quién tiene un hijo?: para que exista la posibilidad de ser padres responsables es indispensable que la pareja tenga una relación de confianza, comparta sus preocupaciones, problemas, anhelos y diversiones. Es importante que hayan hecho lo posible para estar en la mejor posición para atender las necesidades de los hijos.

La pareja platica y establece el momento para tener hijos, el número de hijos, y el tiempo que quieren que haya entre hijo e hijo. Esto con el fin de darles atenciones, vestido, cariño, educación, seguridad y otras cosas.

Los padres tienen ciertas responsabilidades con sus hijos. Los deberes vitales son: alimento, vivienda, vestido, atención médica y seguridad personal. También deben cubrir necesidades de cariño, comprensión ternura y afecto; deberes culturales como educación, recreación, civismo, y capacitación para el trabajo; deberes éticos, como normas morales y enseñanza de modales.

Tanto la mujer como el hombre son responsables del nacimiento de un hijo y cada uno de ellos de cumplir bien con sus obligaciones.

Procrear a un hijo sin tener las condiciones económicas, sociales, y emocionales adecuadas es una falta grave de responsabilidad tanto de la mujer como del hombre

Dinámicas

El milagro de la vida:

Material:

- ☞ Láminas sobre el proceso de fecundación, embarazo y parto
- ☞ Película: Embarazo.



Procedimiento:

Mediante imágenes o película; explicar el proceso de fecundación y el desarrollo del embarazo hasta concluir en el parto.

Identificando riesgos

Objetivo:

Identificar las conductas y actitudes asociadas con la sexualidad responsable en los participantes. Evaluar en qué grupo se ubica el (la) participante (de alto, bajo riesgo o sin riesgo) en función de su potencialidad para encontrarse en una situación de embarazo.



Material:

*Pizarrón, gises, y/o rotafolio y plumones.
Sección de apoyo didáctico.*

Desarrollo

- ☛ El facilitador hablará sobre la variedad de conductas sexuales que usualmente presentan los adultos. Aclarar que cada persona puede tener diferentes formas de expresión y que es una decisión individual el tener o no una relación sexual.
- ☛ Escribir en el pizarrón o rotafolio: *Alto riesgo de embarazo, Bajo riesgo de embarazo, Sin riesgo de embarazo.* Preguntar a los asistentes las características de las personas que caen en cada categoría. Hacer énfasis en que un muchacho o muchacha puede tener una experiencia sexual casual y rápida, aunque a veces sea difícil de admitir por ellos mismos. Cuando los jóvenes piensan que pueden tener una relación sexual y no están preparados con ningún método anticonceptivo, serán ubicados en el grupo de *alto riesgo*.

- *Alto riesgo de embarazo* se refiere a personas que están indecisas respecto a tener o no tener relaciones sexuales, que *sólo* a veces o nunca usan anticonceptivos, o bien que usan métodos poco eficaces, como el retiro o el ritmo.
 - *Bajo riesgo de embarazo* incluye a personas que usan métodos anticonceptivos efectivos cada vez que tienen relaciones sexuales.
 - *Sin riesgo de embarazo* se refiere a individuos que no tienen relaciones sexuales o a personas que practican sólo la homosexualidad.
- ☛ Escribir en el pizarrón o rotafolio el siguiente objetivo: *Evitar el embarazo no planeado*. Cada persona desea obtener el conocimiento y las habilidades para estar en el grupo de bajo riesgo y sin riesgo. Discutir el significado de este objetivo con los asistentes, haciendo evidente la necesidad de informarse sobre los métodos anticonceptivos, las diferentes situaciones riesgosas en las que se pueden involucrar, etc.
 - ☛ Utilizando la sección de Apoyo didáctico. Para mejor análisis de las situaciones se sugiere utilizar el role playing o la narración de los casos dando la oportunidad de que los participantes contesten a favor o en contra de las situaciones.

Respuestas correctas: La información que se da en los diferentes casos es muy limitada. Esto puede causar en los grupos polémica y desacuerdo en la elección de la categoría asignada a cada caso. Permitir y analizar la construcción de los antecedentes en cada uno amplía las posibilidades en el análisis de los jóvenes; para determinar las conductas riesgosas que propicien un embarazo no deseado las siguientes son las respuestas que generalmente se consideran correctas.

Alto riesgo de embarazo: 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 17, 19,

Bajo riesgo de embarazo: 2, 8, 10, 13, 15, 16, 20, 21, 22,

Sin riesgo de embarazo: 6, 11, 18

- ☛ Reunir al grupo total y solicitar voluntarios para resolver cada situación expuesta en la sección *Identificando riesgos de embarazo*.
- ☛ Cerrar el ejercicio permitiendo a los participantes dudas o comentarios que tengan respecto a las situaciones evaluadas.

Apoyo didáctico

Instrucciones: Lee los siguientes casos que describen variaciones en la conducta sexual entre adolescentes. Enseguida de cada caso, discutir la categoría a la que pertenecen:

AR = alto riesgo de embarazo

BR = bajo riesgo de embarazo

SR = sin riesgos de embarazo

1. Daniel piensa tener relaciones sexuales sólo para divertirse y quedar bien con sus amigos, así que no piensa usar anticonceptivos.
2. Roberto siente que es importante conocer bien a una muchacha antes de involucrarse sexualmente, con ella. Aunque nunca ha tenido una relación sexual, cuando la tenga usará condón.
3. Luisa ha tenido relaciones sexuales una vez y como no cree que vuelva a tenerlas porque está molesta con el muchacho, aunque le gusta mucho, no piensa usar anticonceptivos.
4. Amanda ha estado saliendo con un muchacho durante un año. Ella siente que tendrán una relación sexual pronto, pero como no está segura cuándo, no ha hecho planes para evitar el embarazo.
5. Dora está muy enamorada de Aurelio y para no perderlo cree que debe tener relaciones sexuales con él; él considera que no deben usar anticonceptivos porque sólo lo van a hacer una vez.
6. Las relaciones que ha sostenido Pedro no incluyen el acto sexual y no piensa tener relaciones sexuales hasta que se case.
7. Enrique tuvo una relación sexual una vez. Usó el retiro del pene antes de eyacular como método anticonceptivo.
8. Margarita tiene relaciones sexuales rara vez. Ha tenido ya un aborto. Ahora su pareja usa condón cada vez que tienen relaciones sexuales.
9. Lupita ha tenido una relación estrecha por 2 años y ha tenido coito frecuentemente. Ella toma píldoras anticonceptivas algunos días y se siente protegida.
10. Arturo está más interesado en las actividades de la escuela que en tener una relación íntima con una muchacha. Él nunca ha tenido una relación sexual. No obstante sabe cómo usar el condón en caso necesario.
11. Una muchacha está empezando a salir con un muchacho que no le gusta lo suficiente como para hacer el amor y no piensa tener relaciones sexuales con él.

12. Juan y Sofía se excitan mucho cuando están juntos y han decidido tener relaciones sexuales y cuando él empiece a eyacular retirará el pene de la vagina.
13. Lina María ha tenido relaciones sexuales pocas veces. Piensa ya empezar a tomar pastillas anticonceptivas en forma regular.
14. Jorge ha sostenido relaciones sexuales durante los cuatro meses pasados. No ha usado algún anticonceptivo.
15. Raymundo tuvo una relación sexual que resultó en un embarazo no deseado. El niño fue dado en adopción y su novia usa ahora la píldora.
16. Rosa no ha tenido relaciones sexuales y decidió que sólo las tendrá si su novio usa el condón.
17. Sandra nunca ha tenido relaciones sexuales y piensa que se sentiría culpable si las tuviera, pero está viendo a ver qué pasa.
18. Un chico se siente atraído por muchachos de su mismo sexo. No está interesado en tener relaciones sexuales con una mujer.
19. Yolanda ha tenido relaciones sexuales de vez en cuando durante seis meses sin usar anticonceptivos.
20. A Carmen le gusta muchísimo un muchacho, pero aún no se siente lista para hacer el amor con él. Ha decidido esperar.
21. Juan ha tenido relaciones con varias compañeras. Él siempre usa un condón y se siente protegido.

Una historia verdadera



Objetivo: *Analizar las consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.*

Material: Hojas, lápices, colores.

Desarrollo

- 📖 El facilitador hará una introducción al tema apoyándose en la sección de premisas y contenido correspondientes a esta sesión.
- 📖 Desarrollar una historia: ¿Cómo sería la historia de Amanda y Alfredo cuando tiene un embarazo no deseado? Una historia en la cual los protagonistas serán dos jóvenes que tienen relaciones sexuales y, como consecuencia, un embarazo no deseado. La historia deberá especificar la situación, los hechos, actitudes, etc. que facilitaron que la muchacha quedara embarazada. Todo el grupo debe dar ideas de cómo sería su vida por este acontecimiento.
- 📖 Analizar las respuestas y la secuencia de hechos.
- 📖 Cerrar el ejercicio resaltando las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que acarrea en la vida de los jóvenes un embarazo no deseado.

Embarazo no deseado



Objetivo:

Analizar las consecuencias de un embarazo no deseado en la adolescencia.

Material: *Película sobre el embarazo no deseado*

Desarrollo

- 📺 El facilitador hará una introducción al tema apoyándose en La Ficha Técnica
- 📺 Explicar que se exhibirá una película donde se evidencian las consecuencias de un embarazo no deseado.
- 📺 Al terminar la proyección de la película, iniciar la discusión de la película analizando los personajes que interactuaron (consecuencias biológicas, psicológicas y sociales) del embarazo.

☞ Cerrar el ejercicio retomando los comentarios hechos por los equipos y analizando la forma en que afecta a la vida de un joven un embarazo no planeado. Algunos puntos de discusión son:

- Qué fue lo que facilitó que la muchacha quedara embarazada.
- Cómo podría ella haber prevenido el embarazo.
- Cómo afecta a la relación con su pareja el hecho de ser padres jóvenes.
- Cómo afecta sus planes o proyectos de vida el ser padre o madre jóvenes



El Baby Egg

Objetivo:

Ejemplificar cómo se transforma la vida de las y los jóvenes y adultos cuando hay un embarazo.

Instrucciones

Pedir a l@s adultos (hombres y mujeres) que en una fecha determinada lleven consigo y cuiden permanentemente un huevo crudo, tratando de que no se rompa.

Evaluación

En la sesión sobre embarazo disponer de unos minutos para comentar las dificultades que tuvieron para conservar el huevo en buenas condiciones. Extrapolar estas dificultades al hecho de quedar embarazada o embarazar a alguien y llegar a tener y cuidar un hijo no planeado.

El huevo (análisis de la actividad)

Al finalizar la sesión decirle a los participantes el objeto de llevar un huevo consigo durante los días anteriores: hacer un paralelo entre el cuidado de éste en el sentido de fragilidad y la atención permanente, y el cuidado de un bebé. La consigna sería: si nos cuesta tanto trabajo cuidar un huevo ¿cómo será un hijo? Tenga cuidado de no herir sentimientos y de tranquilizar a quienes lo rompieron, lo dejaron abandonado, etc. Es un juego que puede concienciar de la responsabilidad que un hijo implicaría pero no es garantía de comportamiento.

¿Cuéntame tu historia?



Objetivo:

Conocer directamente las consecuencias del embarazo.

Instrucciones

● Pedir a alguna persona que les hable a los participantes (hombre y/o mujer) que haya vivido al experiencia de tener un hijo durante su adolescencia, haciendo énfasis en las preguntas siguientes:

- ¿Qué sentiste cuando te enteraste de que ibas a ser padre/madre?
- ¿Cómo manejaste la situación de ser padre/madre ante tu pareja, familia y amigos?
- ¿En qué cambió ni vida desde que tuviste el hijo?

Sugerencia: Se debe de orientar los comentarios hacia la prevención del embarazo en la adolescencia o juventud.

Tema 8 Métodos Anticonceptivos

Objetivos didácticos:

- 📖 Explicar la trascendencia del uso de métodos anticonceptivos.
- 📖 Describir los métodos anticonceptivos y su uso.
- 📖 Explicar el uso correcto de los diferentes métodos anticonceptivos.
- 📖 Mencionar las ventajas y desventajas de cada método anticonceptivo (biológicas, psicológicas, sociales, económicas y religiosas).
- 📖 Mencionar las ventajas y desventajas de los anticonceptivos.
- 📖 Identificar el método anticonceptivo adecuado para cada quien.
- 📖 Argumentar la importancia de usar los métodos anticonceptivos, con conocimiento y responsablemente.

Ficha técnica

Ningún método anticonceptivo (**salvo la abstinencia completa**) garantiza una total seguridad. Es necesario que realices una buena elección, para ello lo mejor es que te informes bien sobre índices de fallos, reversibilidad, seguridad, y muy importante sobre tu estado de salud.

También debes tener en cuenta la edad, el estilo de vida actual y los valores personales. Debes tener muy claro que si estos factores cambian, necesitas la seguridad de que podrás utilizar un anticonceptivo diferente.

Tener hijos está muy bien, es incluso estupendo (supongo), pero lo primero y principal es que para tenerlos hay que quererlos.

Un embarazo no deseado puede ser todo un problema, sobre todo para los más jóvenes. Así que, antes de ponerse a pasar un "buen rato", hay que planificar qué método van a utilizar. Lo más importante:

No supongas nunca que tu pareja ya controla el tema. Háblalo y decide cuál es el que más les conviene.

Debido a las condiciones económicas, sociales y culturales, el control de la natalidad es una práctica fundamental que actualmente emprende la mayoría de las parejas. El desarrollo de diversos métodos anticonceptivos con un elevado porcentaje de seguridad posibilita la planificación familiar, de forma que las parejas deciden el número de hijos que desean tener y el momento en que prefieren que ello ocurra.

Cada pareja debe conocer las diferentes opciones existentes y adoptar el método anticonceptivo que mejor se adecue a sus necesidades, características físicas y modo de vida. La elección puede realizarse en función de la eficacia, comodidad y satisfacción sexual que proporciona cada método, teniendo en cuenta asimismo, las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios derivados de algunos de ellos.

Métodos naturales

Consisten en evitar el coito durante el período fértil de la mujer, es decir, durante los días cercanos a la ovulación. Se denominan naturales porque su finalidad es impedir el embarazo sin alterar los mecanismos naturales que lo hacen posible.

Ventajas

- No presentan riesgos secundarios.
- Son aprobados por casi todas las religiones.
- No tienen ningún costo.

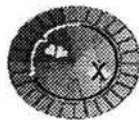
Desventajas

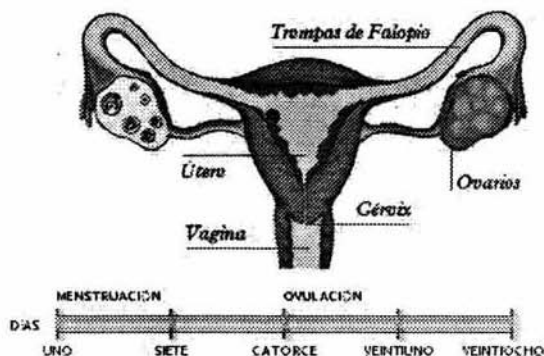
- Tienen un bajo grado de confiabilidad porque es imposible conocer con total certeza los días de la ovulación. El ciclo menstrual de la mujer, incluso de la más "regular", puede variar por diferentes causas (estrés, uso de medicamentos, malas noches, angustia, etc.)
- No previenen las enfermedades de transmisión sexual ni del virus del Sida.
- Son complicados de usarse, y requieren de disciplina y dedicación.

¿Cómo se usan?

➤ Método del ritmo o método calendario de Ogino-Knaus:

Debes analizar la duración de los últimos 6 a 12 ciclos menstruales para determinar si eres regular, es decir, si tus periodos duran el mismo número de días. Si eres regular y tu ciclo tiene un promedio de 27 ó 28 días, tu ovulación se encontrará a la mitad del ciclo, es decir entre los días 13 y 14 luego del primer día de tu regla. A la fecha de ovulación se suman cuatro días y se restan otros cuatro. En síntesis deberás evitar las relaciones sexuales entre los días 9 y 17 del ciclo.





➤ Temperatura basal:

Consiste en tomarte diariamente la temperatura para detectar cuando ésta sube. Los días de mayor temperatura corresponden a los días de ovulación. Durante estos días debes evitar tener relaciones sexuales. Según este método el período de seguridad se inicia a partir del quinto día de ascenso de la temperatura hasta la siguiente menstruación.



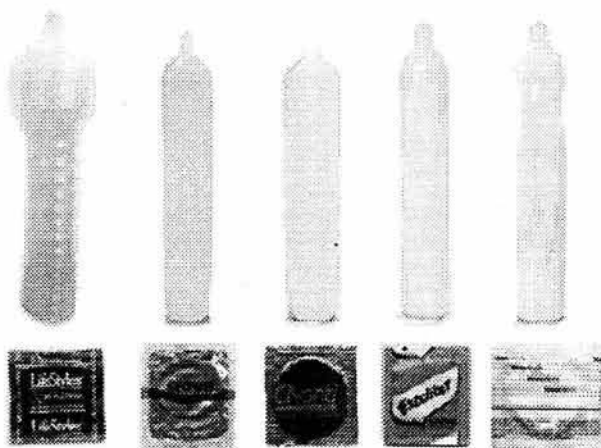
➤ Método Billings o del moco cervical:

Los días fértiles se determinan mediante el cambio de textura que experimenta el flujo vaginal a lo largo del ciclo. Debes abstenerse de tener relaciones sexuales cuando el moco cervical se presenta más abundante y espeso.

Métodos de Barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera evitan el embarazo bloqueando o inactivando al espermatozoide antes de que alcance el óvulo y lo fertilice. Así, con el preservativo se impide el contacto directo de los espermatozoides con los genitales de la mujer, con los diafragmas, esponjas y caperuzas cervicales quedan detenidas en la vagina y con los espermicidas son inactivados por una sustancia química. Por último, los dispositivos intrauterinos (DIU) provocan en el útero una reacción inflamatoria que destruye los espermatozoides e impide la implantación del óvulo en caso de que éste sea fecundado.

El preservativo o condón:



El condón o preservativo

El preservativo, también denominado profiláctico o condón, es una funda de látex que se coloca en el pene erecto durante el juego sexual previo a la penetración y que contiene el semen eyaculado, impidiendo así su paso a los óvulos y, por tanto, la fecundación.

Existen preservativos de diferentes tamaños, formas, grosores, texturas, sabores y olores. Algunos están prelubricados y otros llevan un tratamiento espermicida. Debido a que en la actualidad su grosor se ha reducido al mínimo, su uso no disminuye la sensibilidad genital ni el placer durante la relación sexual.

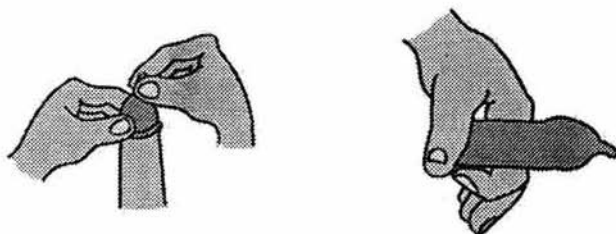
Los preservativos deben guardarse en un lugar fresco, seco y oscuro para evitar su deterioro, y siempre debe tenerse en cuenta su fecha de caducidad.

En caso de que se utilicen lubricantes vaginales, debe escogerse aquellos especialmente elaborados para su uso con preservativos, puesto que los lubricantes con base oleosa o de petróleo pueden producir microscópicas perforaciones por las que se filtren el semen y también los microorganismos infecciosos, en caso de que algún miembro de la pareja padezca alguna enfermedad que se transmita por contacto sexual. Para evitar dichas perforaciones, nunca deben emplearse como lubricante algunas cremas hidratantes, la vaselina o el aceite para bebés.

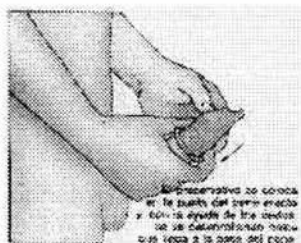
En cuanto a su eficacia anticonceptiva, recientes estadísticas demuestran que sólo se producen 2 ó 3 embarazos al año por cada 100 hombres que emplean correcta y sistemáticamente este método. Este índice de riesgo se reduce significativamente si el preservativo es utilizado conjuntamente con un espermicida.

Se presenta a continuación, imágenes correspondientes al preservativo o condón, así como a la forma de su utilización:

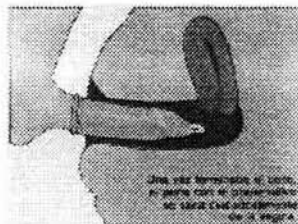
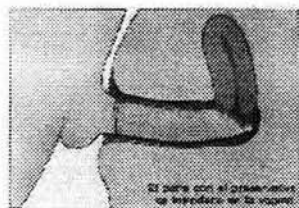
- 1) Para su uso correcto, se debe colocar en la punta del pene erecto, desenrollándolo con los dedos hasta la base del mismo.



- 2) Es importante, en el caso que tenga reservorio en la punta para el semen, cuidar que el mismo quede completamente vacío de aire, ya que de lo contrario, esto pudiera predisponer a que se rompa durante el acto sexual.



- 3) Una vez que se produce la eyaculación, deberá procederse al retiro del pene, teniendo la precaución de sujetar antes el preservativo por su base, para prevenir que éste se quede dentro de la vagina o que se derrame dentro de ella su contenido.



El condón femenino

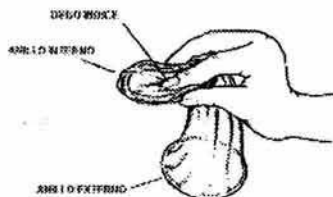


Este preservativo es de reciente aparición. Consiste en la introducción de una membrana que recubre toda la vagina y las paredes de la vulva. Es obvio que su interés principal estriba en evitar las Infecciones de transmisión sexual.

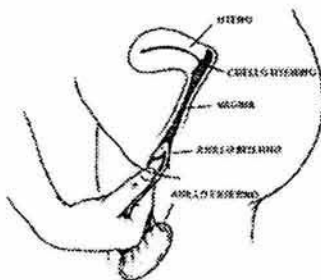
Es un preservativo desechable e inodoro que recubre la vagina. Está pre-lubricado y adopta inmediatamente la temperatura corporal. Dentro del preservativo hay un anillo interior que facilita su colocación

La mujer debe colocarse bien recostada y con la piernas abiertas, o bien de pie elevando una de sus piernas y colocándola sobre una silla.

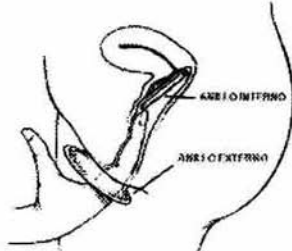
Se coge la parte inferior del anillo interior del preservativo entre los dedos índice y pulgar. Esta es la mejor manera de sostenerlo, ya que permite estrechar el anillo de cara a su inserción en la vagina.



Ayudándose de la otra mano se introduce el preservativo en la vagina intentando que llegue lo más profundo posible.

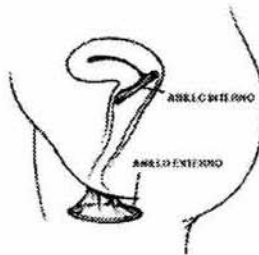


Para que este bien colocado es necesario introducir el dedo en el preservativo tocando el anillo interior con el fin de impulsarlo hacia el interior de la vagina.



El preservativo está bien colocado cuando el anillo interior se encuentra a la altura del hueso púbico. La mujer puede tocar dicho hueso si una vez introducido en la vagina, curva el dedo hacia atrás a una cierta distancia de la entrada de la vagina.

Una vez colocado el anillo exterior, junto con una pequeña parte del preservativo quedara fuera de la vagina. Este debe quedar totalmente aplanado junto a los labios mayores, de manera que no se aprecie su presencia.



El preservativo puede colocarse en cualquier momento de la relación, aunque siempre antes del contacto genital.

No es necesario extraer el preservativo inmediatamente después de la eyacuación. Para extraerlo se debe retroceder ligeramente el anillo exterior y darle una vuelta para evitar derramamiento de espermatozoides contenido en su interior, y después extraerlo con suavidad.

Debe usarse un nuevo preservativo si se mantiene una segunda relación.

Diafragma

El diafragma es un objeto consistente en media esfera de plástico que posee un borde anular en cuyo interior hay una lámina metálica plana o en espiral, la cual permite su ajuste entre la vagina y el cuello uterino.

Este método, al constituir una barrera entre la vagina y el útero, impide el paso de los espermatozoides hacia el interior del útero. Los músculos vaginales permiten la sujeción del diafragma, pero como la vagina tiende a aumentar su profundidad durante el acto sexual, resulta necesario el uso de espermicidas al emplear el diafragma.

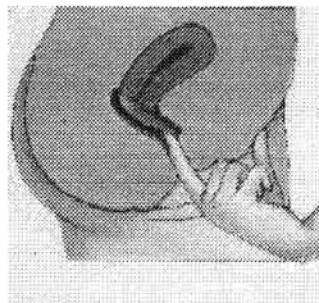
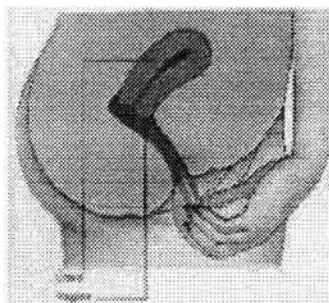
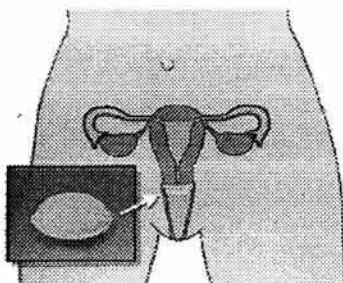
Además, los espermicidas ofrecen cierta protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual.

Los diafragmas están disponibles en varios tamaños. El ginecólogo aconsejará el más adecuado y enseñará a la mujer la forma de inserción del mismo, resumida a continuación: en primer lugar, se cubren con espermicida el borde y el interior del diafragma; acto seguido, éste debe ser doblado en forma de media luna e introducido en la vagina con el lado del espermicida hacia arriba; entonces debe empujarse el borde inferior hasta que encaje detrás del hueso púbico; por último, se comprueba si el diafragma cubre el cuello uterino y se introduce en la vagina una segunda dosis de espermicida.

El diafragma debe insertarse poco antes de la relación sexual y ser retirado seis u ocho horas más tarde; si se produce un nuevo contacto sexual antes de que transcurra ese tiempo, basta con introducir en la vagina una nueva dosis de espermicida, sin retirar el diafragma. Cuando éste es finalmente extraído, debe ser lavado con agua fría y jabón, cubierto de talco y guardado en su estuche junto con el espermicida. Debe renovarse cada dos años, incluso antes si se observa en él alguna alteración o si la mujer cambia de peso de forma significativa; además, periódicamente el ginecólogo verificará si se trata del tamaño adecuado, pues las medidas del fondo de la vagina y del cuello uterino pueden experimentar alguna variación.

Este método resulta especialmente útil para las mujeres a las que por alguna razón se recomienda que no utilicen la píldora ni el DIU, y también para las que tienen relaciones sexuales ocasionales o poco frecuentes. Por el contrario, este método no debe utilizarse en aquellos casos en los que la mujer presente malformaciones vaginales o del cuello uterino, vaginitis, cervicitis o inflamaciones del útero.

Los principales inconvenientes que puede presentar este método son que puede favorecer las infecciones vaginales o del tracto urinario en algunas mujeres, y que el látex o los espermicidas pueden provocar algunas reacciones alérgicas. Su eficacia se cifra en torno a un 97 ó 98%, es decir, por cada 100 mujeres que usan el diafragma con espermicida y de forma correcta durante un año, sólo se producen 2 ó 3 embarazos accidentales.



La caperuza cervical:

La caperuza cervical es muy similar al diafragma, pero su tamaño es menor. Es de látex, tiene forma de dedal y está diseñada para ajustarse por succión al cuello uterino. Aunque puede ser utilizada por mujeres cuyo tono muscular vaginal es reducido, el cuello uterino debe tener unas características especiales, y siempre ha de utilizarse con espermicida.

Este método requiere los mismos cuidados higiénicos que el diafragma, y debe reemplazarse una vez al año. La mujer debe aprender a insertarlo y a extraerlo correctamente, para lo que debe ser capaz de palpar su cuello uterino.

Su mayor ventaja consiste en que puede ser retirado cinco días después de su inserción, pero algunas mujeres han detectado que produce malos olores a partir del segundo día. Otro inconveniente es que puede moverse durante el acto sexual y reducir considerablemente su eficacia.

La esponja vaginal:

Es una esponja redonda de espuma de poliuretano absorbente que se adhiere al fondo de la vagina. Está impregnada con una sustancia espermicida, que para ser activada debe humedecerse con agua.

La esponja se puede insertar en las 24 horas anteriores a la relación sexual, o pocos minutos antes de ésta, pero debe extraerse 8 horas después del acto sexual. Si antes de transcurrir las ocho horas se mantienen de nuevo relaciones sexuales, es necesario añadir previamente más espermicida sin quitar la esponja.

Su eficacia es menor, puesto que algunos estudios revelan que el índice de fracaso de este método se sitúa alrededor del 18%.

Métodos Hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales surgieron en Estados Unidos en 1960, año en que fue aprobada la primera píldora para el control de la natalidad. Desde entonces, nuevos estudios e investigaciones han aportado numerosos avances en este campo, hasta el punto de que hoy día la píldora se considera el segundo método anticonceptivo más eficaz (el primero es la esterilización).

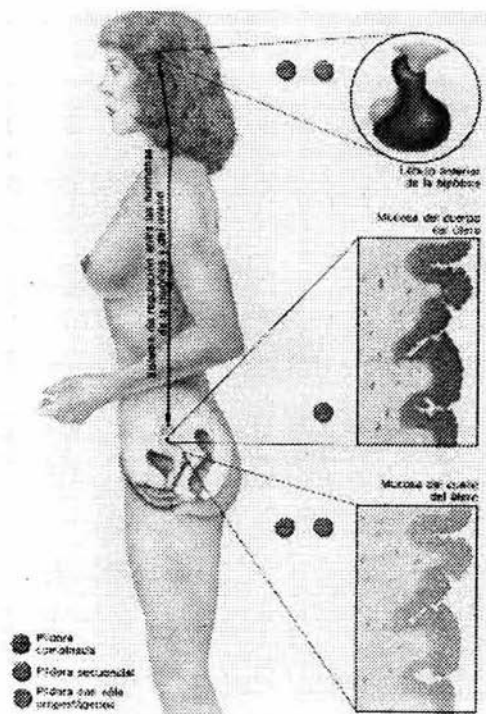
La píldora anticonceptiva:

- Usuario: La mujer.
- Características: Combinación de estrógenos y progestágenos durante 21 días, con 7 de descanso en los que tiene lugar la menstruación. Impide la ovulación.
- Tipos: Monofásicos todas las grageas tienen igual cantidad de hormonas y trifásicos. Las grageas tienen distintas dosis hormonales.
- Modo de empleo: Se ha de empezar a tomar el primer día de la regla. Si hubiera un olvido, se tomará la píldora olvidada en las 12 horas siguientes.
- Eficacia: Máxima.
- Ventaja: Regula los ciclos y no interfiere en el coito.
- Inconvenientes: Puede causar náuseas, migrañas, aumento de peso, mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares si la mujer es fumadora.
- Contraindicaciones: No se recomienda a mujeres muy jóvenes y con relaciones esporádicas o que padezcan de hipertensión, diabetes, enfermedades hepáticas u obesidad.

La píldora contiene en su interior formas sintéticas de las hormonas femeninas estrógeno y progesterona, en proporciones muy reducidas. Existen diversos tipos, por lo que el ginecólogo determinará cuál es la más apropiada para cada mujer tras examinarla y realizar ciertos análisis.

Se puede resumir el mecanismo de acción de los Anticonceptivos hormonales en los siguientes puntos:

- Inhibición de la liberación de la GnRH a nivel del hipotálamo, en la base del cerebro, inhibiendo la liberación de FSH en la hipófisis (como se muestra en la figura).
- Anulación del pico ovulatorio de la LH.
- Inhibición de la ovulación.
- Modificación de la motilidad de las trompas y de la contracción uterina.
- Alteración de la estructura del endometrio (como se muestra en la figura).
- Alteración de la composición del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.
- Modifican el medio vaginal.
- Dificultan la implantación del cigoto en el útero.



Su acción se fundamenta en la inhibición de la ovulación, de manera que, al no haber descarga del óvulo, los espermatozoides nunca pueden fertilizarlo.

En la mayoría de las modalidades disponibles y en el caso de las mujeres cuyo ciclo sea de 28 días, es preciso ingerir una píldora diaria durante un plazo de 21 días. A continuación se interrumpe la ingestión durante los 7 días siguientes, en los cuales comienza el flujo menstrual. Al octavo día debe reiniciarse la toma de la píldora, de nuevo durante 21 días, y así sucesivamente. Si se siguen las instrucciones correctamente, la píldora es eficaz durante todo el ciclo, pero siempre después del primer mes en el que comienza a ingerirse.

Si por cualquier motivo el intervalo entre una píldora y la siguiente supera las 36 horas, debe consultarse al ginecólogo o utilizar un método anticonceptivo adicional durante ese ciclo.

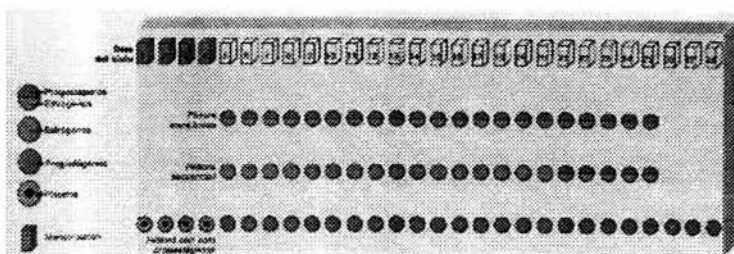
Durante las primeras semanas, la píldora puede provocar en algunas mujeres dolor de cabeza, náuseas, tensión en los senos, calambres musculares, afecciones cutáneas, cierto aumento de peso, cansancio o incluso depresión. Aunque no son frecuentes, si se presentan síntomas como dolor fuerte en el pecho, en el abdomen o en los muslos, pérdida de visión o problemas del habla, deben ponerse inmediatamente en conocimiento del médico.

Pero este método puede ofrecer también algunos beneficios, como la regulación del ciclo menstrual y la eliminación de sus dolores, la desaparición del acné y un mayor bienestar general. Las reacciones provocadas por la píldora pueden ser diferentes en cada mujer.

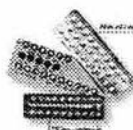
Asimismo, la píldora puede proteger ante algunos tipos de enfermedad inflamatoria pélvica, quistes ováricos y cáncer de útero. Sin embargo, es posible que la píldora aumente el riesgo de padecer enfermedades hepáticas y de la vesícula biliar, infarto y embolia. Además, la edad elevada, la obesidad y el tabaquismo pueden agravar la tendencia a padecer enfermedades cardiovasculares si además se toma la píldora. Por todo ello es recomendable no tomarla durante periodos demasiado largos de tiempo, como por ejemplo, no más de 5 años.

Este método no es adecuado para mujeres que hayan sufrido anteriormente tromboembolias, hipertensión arterial, diabetes o graves enfermedades de los riñones, del hígado o del corazón.

Pese a sus inconvenientes, la eficacia anticonceptiva de la píldora es casi total. El riesgo de embarazo accidental es del 1 ó 2%.



La minipíldora:



Este tipo de píldora no contiene estrógenos, sino sólo progestina, y en una cantidad menor a la de las otras píldoras. Su actuación consiste en espesar las secreciones cervicales, modificar las condiciones de las trompas de Falopio y alterar la mucosa uterina. Este método no suprime totalmente la ovulación, por lo que las menstruaciones pueden ser irregulares y en algunos momentos pueden presentarse hemorragias muy leves. Es preciso someterse a revisiones ginecológicas anuales, para asegurarse de que el sangrado irregular no constituye un síntoma de algún problema grave.

La principal ventaja de la minipíldora es que, al no poseer estrógenos, no causa molestias como el dolor de cabeza o el aumento de la presión arterial.

Debe ingerirse una pastilla cada día y siempre a la misma hora, pues un retraso de tan sólo 3 horas podría anular su eficacia. En ese caso, debe tomarse tan pronto como sea posible y adoptar algún método adicional durante las siguientes 48 horas. Pero si se dejan de ingerir 2 ó más minipíldoras seguidas, deben tomarse 2 pastillas cada día durante los 2 días siguientes.

Este anticonceptivo suele recomendarse a mujeres que tienen diabetes, hipertensión, son fumadoras mayores de 35 años o se encuentran en periodo de lactancia. Algunas investigaciones indican que su tasa de fracaso se sitúa en torno al 2% si se utiliza correctamente.

La "píldora del día siguiente o de emergencia":

Se ha demostrado que tanto la administración de estrógenos solos, progestágenos solos o una combinación de ambos post-coito puede proteger a la mujer de un embarazo no deseado. Los estrógenos actúan modificando el endometrio, retardando su secreción e impidiendo la nidación. Puede utilizarse el etinilestradiol a dosis entre 2 y 5 mg administrados diarios por 5 días o los estrógenos conjugados a dosis de 30 mg/5días ó 50mg IM/ 2 días, obteniéndose los mejores resultados cuando se inician a las 48 horas del coito.

La administración de progestágenos solos se hace con las mismas preparados de las minipíldoras, utilizándose el D-norgestrel a dosis entre 0,35 a 0,4 mg, durante las primeras 24 horas del coito y preferiblemente después de las 3 primeras horas. Cuando se escogen combinaciones, se puede utilizar 1mg de norgestrel + 0,1mg de etinilestradiol o el doble de dichas concentraciones.

Los porcentajes de fallos de este método oscilan entre 0,16 y 2,1 %; sin embargo, los efectos colaterales tales como náuseas, vómitos, cefalea (dolor de cabeza), molestias mamarias e irregularidades en la regla pueden desanimar a las potenciales usuarias. Por ello, debe considerarse como un recurso de emergencia y no se recomienda su uso repetido.

Muy importante: No deben ser utilizados por mujeres que presenten:

- Antecedentes de tromboflebitis o enfermedad tromboembólica.
- Enfermedad hepática (del hígado) activa.
- Tumores hormono-dependientes (particularmente mamarios).
- Hipertensión arterial.
- Diabetes con afectación vascular.
- Trastornos severos del metabolismo de las grasas.
- Estenosis mitral severa.
- Drepanocitosis.
- Trastornos menstruales sin diagnóstico etiológico.
- Embarazo.

Parhez Ortho Evra®



Moderno parche anticonceptivo, único en su clase. Consiste en un parche que se aplica sobre la piel y libera una combinación de hormonas (progesterona y estrógeno) con una acción similar a la píldora.

¿Cómo funciona?

- Se puede adherir a diversas partes del cuerpo: brazos, nalgas o estómago y produce los mismos niveles de hormonas que la píldora.
- Cada parche tiene una duración efectiva de una semana. Se utiliza durante las primeras tres semanas posteriores a la regla y se descansa la última (se emplean tres parches al mes).
- Debe ser reemplazado el mismo día de cada semana.

Ventajas

- No requiere de la visita al médico para su aplicación.
- Es de más fácil recordación que la píldora ya que su empleo no es diario.

Desventajas

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual.
- Puede no lucir estéticamente atractivo.
- De alto costo comparado a otros métodos anticonceptivos.

Implants Norplant®

Es un anticonceptivo femenino con una efectividad de casi el 100%. Consiste en 6 cápsulas finas, de material plástico, que el médico implanta con anestesia local debajo de la piel del brazo o el antebrazo. Se colocan durante los primeros días de la menstruación.



Ventajas

- Tiene una duración efectiva de cinco años.
- Protege contra el cáncer de cuello uterino.
- Empieza a funcionar 24 horas después de haber sido implantado.
- No interfiere con el acto sexual.
- Es un método indoloro y no causa ningún tipo de molestias en el brazo.

Desventajas

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual ni del virus del Sida.
- Su costo es relativamente alto y debe ser colocado por un médico.
- Puede causar efectos secundarios como periodos irregulares o prolongados, pérdida del cabello, acné, dolor de cabeza y aumento de peso.
- Luego de ser removido puede dejar una pequeña marca sobre la piel.

Inyectables



Forma sintética de progesterona que se inyecta a la mujer cada tres meses. Este método afecta la ovulación y anula la posibilidad de que un huevo fertilizado se implante en el útero. Tienen una confiabilidad de casi el 100%.

¿Qué debes tener en cuenta?

- Antes de aplicártelo, el médico te evaluará para asegurarse de que es un método seguro para tu salud ya que está contraindicado en algunos casos.
- Si no te aplicas la siguiente inyección, después de tres meses sus efectos se anulan automáticamente.

Ventajas

- No interfiere con la relación sexual.
- Protege contra el cáncer de cuello uterino.
- Puede reducir los calambres y molestias de la menstruación.
- Tiene una confiabilidad de casi el 100% y una duración de tres meses.

Desventajas

- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Debe ser aplicado por un médico.
- La fertilidad tiende a regresar después de 6 a 24 meses después de la última inyección.
- Pueden presentarse períodos irregulares incluyendo sangrado menstrual prolongado y manchas entre reglas. Si el sangrado es excesivo consulta con tu médico. Otros efectos secundarios pueden ser aumento de peso, cambios de ánimo y dolor en los senos.
- No debe ser empleado por mujeres con cáncer de mamas, sangrados uterinos, epilepsia e hipertensión.

● *(También existen inyectables mensuales, de menor uso, a base de estrógeno y progesterona)*

Espermicidas vaginales

Son sustancias químicas que destruyen a los espermatozoides en cuanto ingresan a la vagina. Los espermicidas vienen en diferentes presentaciones: espumas, tabletas, cremas, supositorios, entre otros. Los espermicidas son recomendables para aquellas parejas que tienen relaciones sexuales ocasionalmente.

¿Cómo se usa?

- Aplíquese el espermicida en la vagina en la posición que más le acomode (acostada, en cuclillas o de pie). Evite caminar después de habérselo colocado.
- Los espermicidas de crema o espuma vienen con un aplicador que facilita su uso. Se colocan dentro de la vagina hasta donde indique la marca.
- Los espermicidas en tableta tardan unos 10 minutos en disolverse. Se aconseja mojar la tableta antes de insertarla para esté húmeda y pueda disolverse.

Ventajas

- No requiere de indicación médica y son fáciles de usar.
- No tienen efectos secundarios salvo que sea alérgica a un espermicida específico. En ese caso debe tratar con otro.

Desventajas

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual ni del virus del Sida.
- Es menos seguro que otros métodos anticonceptivos (su nivel de confiabilidad es de 90%). Por eso se aconseja usarlo en combinación con otros métodos de barrera como el condón o el diafragma.
- Son efectivos solo durante una hora. Si desea realizarse lavados vaginales, se recomienda hacerlo después de seis horas.
- Debe recurrir a una nueva aplicación antes de cada acto sexual.

LA INTERRUPCIÓN DEL COITO

- ✎ Usuario: El hombre.
- ✎ Características: Cuando el hombre siente la llegada del orgasmo, retira el pene de la vagina y eyacula fuera de ella.
- ✎ Modo de empleo: El hombre necesita tener un gran control de sí mismo.
- ✎ Eficacia: Muy baja, menos del 75 %.
- ✎ Ventaja: Método barato, asequible y sin contraindicaciones.
- ✎ Inconvenientes: No favorece la satisfacción sexual de la pareja.
- ✎ Contraindicaciones: Ninguna.



Este método, también denominado coitus interruptus, consiste en la retirada del pene de la vagina justo antes de la eyulación. Todavía en la actualidad parece ser el método más difundido, a pesar de la existencia de otros métodos anticonceptivos más seguros y satisfactorios.

Su escasa eficacia, inferior al 75%, se debe a los siguientes motivos:

- en el líquido preeyaculatorio puede haber espermatozoides, que pueden penetrar en la vagina antes de que se interrumpa el coito
- un mínimo retraso en la interrupción de la relación posibilita la fecundación
- si la eyulación se produce junto a los genitales femeninos, los espermatozoides pueden penetrar en ellos

Además, al no culminar la realización del acto sexual, la interrupción del coito puede dar lugar a una constante insatisfacción sexual, negativa para ambos miembros de la pareja, y que puede llegar a deteriorar la relación. Por otro lado, la frecuente preocupación por el embarazo derivada de la baja confiabilidad de esta práctica, resulta desfavorable y puede dar lugar a tensiones y malestar en la pareja.

Métodos Quirúrgicos: Esterilización

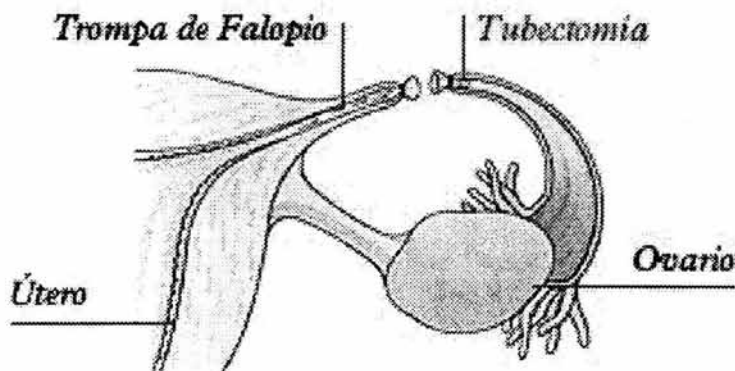
En la actualidad la esterilización es la forma de anticoncepción más efectiva, pero en la mayoría de los casos es irreversible. Millones de parejas han optado por este método en todo el mundo, especialmente aquellas que ya tienen hijos y no desean aumentar la familia. El médico orientará sobre la conveniencia de la esterilización y proporcionará información para la elección de la técnica más adecuada.

La esterilización femenina:

Consiste en la ligadura de trompas, operación quirúrgica mediante la cual se cortan o bloquean las trompas de Falopio, de forma que durante la relación sexual los espermatozoides no pueden desplazarse por una trompa hasta los ovarios y encontrarse con el óvulo. Después de esta intervención, la mujer sigue produciendo óvulos y menstruando, y no se producen cambios en sus concentraciones hormonales.

Los avances médicos han posibilitado el desarrollo de varias técnicas de esterilización femenina que pueden llevarse a cabo con anestesia local. Por otro lado, las complicaciones por infecciones y hemorragias son muy poco frecuentes.

Presenta el inconveniente de que se trata de un método totalmente irreversible, por lo que la mujer debe estar completamente segura de que en el futuro no deseará tener más hijos. Su eficacia es del 99,6% según algunos estudios, mientras que otros la cifran en el 100%.



»La esterilización masculina:

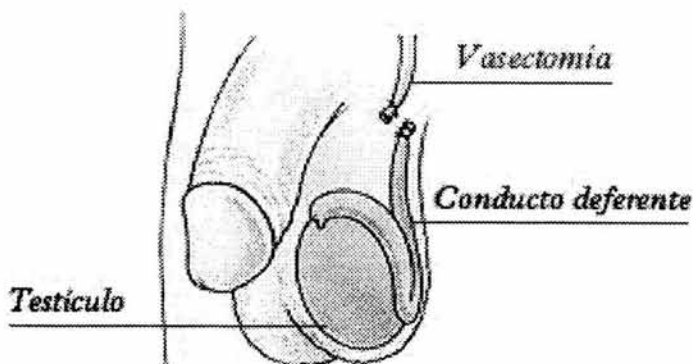
La esterilización masculina se logra mediante la vasectomía, que consiste en realizar una incisión en el escroto y cortar los conductos deferentes que llevan el espermatozoide de cada testículo al pene; se lleva a cabo con anestesia local. El hombre sigue produciendo fluido seminal en la próstata y espermatozoides en los testículos, pero éstos no pueden mezclarse con el fluido seminal, de manera que en las eyaculaciones hay semen pero sin espermatozoides, y así se evita la fecundación. La cantidad de líquido eyaculado es prácticamente la misma que antes de la operación.

Después de la vasectomía, la pareja debe emplear algún método anticonceptivo hasta que se obtengan dos análisis de semen en los que se verifique la inexistencia de espermatozoides. En la gran mayoría de los casos ello ocurre a las 10 ó 12 semanas de la operación. Además, en algunos casos se recomienda que el semen sea analizado cada 3 años, para asegurarse de que no se ha producido una recanalización espontánea de los vasos deferentes.

Debido a que este método no interfiere en la producción de hormonas sexuales, no provoca trastornos como la disminución de la potencia o del deseo.

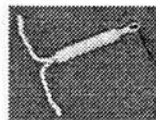
La esterilización masculina es un procedimiento menos arriesgado que la ligadura de trompas, y entre el 65 y el 70% de los casos es reversible.

Su eficacia es del 99,9%.



Nuevos Métodos Anticonceptivos

Endoeceptivo Mirzna®



Novedoso método anticonceptivo que combina dos métodos tradicionales: el DIU (T de cobre) y la píldora. Mirena es un dispositivo intrauterino en forma de T que libera diariamente mínimas cantidades de levonorgestrel (hormona derivada de la progesterona) Esto es suficiente para espesar el moco cervical, a la altura del cuello uterino, y formar una barrera que impide el paso de los espermatozoides. Se sugiere para las mujeres que están ingresando a la etapa de la menopausia.

Ventajas

- Tiene una duración cinco a siete años.
- Reduce los días de menstruación y la cantidad de sangrado.
- No interfiere en el acto sexual.
- Altamente efectivo - más que la píldora - cuando es colocado correctamente.

Desventajas

- Debe ser aplicado por un médico.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual ni del virus del Sida.
- No se considera un método de elección para las mujeres jóvenes que nunca han estado embarazadas.
- Algunas mujeres pueden llegar a tener ligeros cólicos en las primeras semanas de uso y otras pueden presentar un ligero sangrado.
- No se recomienda en mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria recurrente, alteraciones en el cérvix o en el útero, o hipersensibilidad a los componentes de Mirena.



Implant® Implanon®

Moderno implante anticonceptivo que se inserta debajo de la piel en la parte media del brazo. Su duración de tres años lo convierte en un método ideal para aquellas mujeres que no desean tener más hijos o quieren tenerlos de manera muy espaciada. Tiene la forma de una pequeña varita de 4 cm de largo y 2 mm de diámetro.

Ventajas

- Tiene una duración efectiva de tres años y actúa desde el primer día.
- Ofrece una confiabilidad de casi el 100 %.
- Su inserción bajo la piel toma pocos minutos.
- Se libera mínima carga hormonal diaria, por lo tanto tiene menos efectos secundarios.
- Es un método indoloro y no causa ningún tipo de molestias en el brazo.
- No interfiere en el acto sexual.
- No existe riesgo de olvido.

Desventajas

- No protege de las enfermedades de transmisión sexual ni del virus del Sida.
- Puede presentarse cambios en el patrón de sangrado (ausencia de menstruación, reglas más espaciadas o manchado a lo largo del ciclo. Después de algunos meses el patrón del sangrado puede estabilizarse.
- Entre sus efectos secundarios pueden estar el acné, cefalea, aumento de peso, dolor de mamas e inflamación transitoria de la piel.
- Debe ser colocado y removido por un médico.
- Luego de ser removido deja una mínima cicatriz sobre la piel.

Autocuidado

El uso de métodos anticonceptivos debe ser tomado con seriedad y constancia. Hay que recordar que algunos métodos necesitan prescripción médica.

No hay porque tener vergüenza de usar o pedir a la pareja que utilice un método anticonceptivo.

Creencias falsas

- Se dice que el uso del condón disminuye considerablemente el placer en el hombre durante el coito. Es falso ya que el placer se da por las caricias, besos, abrazos, en s el cuerpo es totalmente sensible y provoca placer. Depende de la pareja realizar el acto sexual placentera y de forma erótica para ambos.
- Se cree que las píldoras anticonceptivas producen cáncer. esto es falso, aunque el uso de la píldora puede ocasionar efectos secundarios en algunas mujeres, no existe evidencia que provoque cáncer.
- Aunque hay personas que creen que el retiro o coito interrumpido, es una forma de prevenir el embarazo, la realidad es que probablemente se haya expulsado algo de fluido preeyaculatorio, que puede llevar esperma; por lo tanto, esta no es una forma segura de anticoncepción.
- Se cree que el condón se puede utilizar más de una vez. Eso es falso, aunque se note que el condón esté roto, se ha deteriorado con el uso y es posible que tenga agujeros pequeños, imperceptibles a simple vista, que permitan el paso del semen. Si se utiliza más de una vez no sirve, ni como anticonceptivo, ni para prevenir enfermedades de transmisión sexual.
- El tomar una aspirina te pueden servir para muchas cosas pero no previenen el embarazo.
- No es cierto que los hombres que se hacen la vasectomía pierden potencia sexual.
- No es cierto que la vasectomía y la salpingoclasia restan virilidad o femineidad a las personas.

Social

Al tomar la decisión de tener una relación sexual, forzosamente se debe contemplar el uso de métodos anticonceptivos a menos que se quiera procrear, así como también el uso del condón como prevención de ITS.

Para algunos hombres, la mujer que debe asumir la responsabilidad del control de la natalidad. Sin embargo, el método que se va a utilizar es una decisión tanto individual como de pareja. Algunas religiones no aceptan el uso de anticonceptivos.

Cuando se utilizan, por ejemplo, pastillas, condones u otros métodos visibles, es importante guardarlos en un lugar privado y discreto, los anticonceptivos hacen que los jóvenes no tomen las precauciones necesarias cuando realizan el coito.

Es muy importante que exista una buena comunicación en la pareja y se discuta este punto. En el caso de la vasectomía o la salpingoclasia, la decisión debe ser producto de una reflexión en la que forzosamente se involucre a la persona en cuestión.

Muchas veces el ir con un médico y hablar de estos temas puede causar vergüenza en los interesados; quizá se inhiban y no hagan todas las preguntas que desean hacer. Quizás el platicar con anterioridad con una persona cercana ayude a aclarar dudas y disminuir la ansiedad al respecto, si es que se presenta. Toma de decisiones en vasectomía y salpingoclasia con consentimiento de la persona y reflexión previa. Es un tema privado el cual se trata con discreción.

Sugerencias

- 1 Alertar a los participantes para que pregunten en caso de haber alguna duda y fomentar la confianza entre ellos al hablar de las formas de uso de los diferentes anticonceptivos.
- 1 Cuando se esté explicando el condón entregar uno a cada participante y pedir que vayan siguiendo los pasos para su verificación y uso.
- 1 Hacer notar que los condones se producen en muchas variedades: de colores, lubricados, etc. Señalar que la gente necesita una información adecuada sobre el uso correcto de los condones ya que frecuentemente éstos se venden sin instrucciones. Hacer notar que se debe usar un condón para cada coito.
- 1 Explicar cómo se usa el óvulo enfatizando que debe ser introducido hasta el fondo de la vagina 15 minutos antes del coito. Si la pareja decide tener otro coito se debe introducir otro óvulo.
- 1 Al mostrar al grupo diferentes presentaciones de píldoras, comentar que las píldoras anticonceptivas están siendo usadas actualmente por 55 millones de mujeres en todo el mundo. Por primera vez en la historia, un método de anticoncepción extremadamente conveniente y muy efectivo está a disposición del ser humano.
- 1 Explicar cómo se utilizan las píldoras y la diferencia entre los paquetes de 21 y 28 píldoras.
- 1 Discutir con los participantes qué tan difícil es llevar a cabo cada una de las siguientes actividades que el facilitador haya puesto en el pizarrón o rotafolio:
 - > Comprar anticonceptivos en la farmacia.
 - > Ir al centro de planificación familiar.
 - > Ir al consultorio del médico o ginecólogo.
- 1 Algunas consideraciones que pueden discutirse respecto al uso del condón son:
 - ¿Qué parte(s) de este proceso involucra solamente al hombre?
 - ¿Cuál involucra a la mujer?
 - ¿Cuánto semen es expulsado durante la eyaculación? (el equivalente a una cucharada).
 - ¿Qué puede hacer una pareja para prevenir el derramamiento del semen?

Exponer claramente a los participantes que como se está hablando de la prevención de embarazos, se exponen todos estos métodos anticonceptivos, pero que deben tener siempre en cuenta que en esta época del SIDA no pueden dejar de usar condones en cada relación sexual.

Dinámicas

Eligiendo un método anticonceptivo para nosotros



Objetivo: Seleccionar el método anticonceptivo más adecuado a una situación específica.

Material:

4 tarjetas con las historias a examinar escritas.

Sección de apoyo didáctico.

Desarrollo

- ☞ El facilitador comentará al grupo que se dramatizara unas historias cortas de una pareja que necesita un método anticonceptivo.
- ☞ El grupo analizará la historia asignada y seleccionará el método anticonceptivo más adecuado, justificando la elección.
- ☞ El facilitador escribirá en el pizarrón, hojas o rotafolio las opciones de métodos anticonceptivos (imagen y nombre) que pueden seleccionarse: óvulo, condón, condón y jalea, condón y óvulo, píldoras.
- ☞ Cerrar el ejercicio comentando con el grupo la importancia de la adecuada selección y utilización de un método anticonceptivo.
- ☞ Recuerde que hay más de una alternativa.

Apoyo didáctico

1. Ana y Beto han estado saliendo juntos por más de un año. Cuando ellos empezaron él tener relaciones sexuales Ana tomaba la píldora. Ella la tomó por seis meses. Hace un mes se pelearon y decidieron no verse por un tiempo. Ana dejó de tomar la píldora. La otra noche, ellos salieron otra vez juntos, hablaron de muchas cosas y decidieron continuar sus relaciones. Esta noche, están solos en casa de Beto y él quiere reanudar sus relaciones sexuales.

Método anticonceptivo:

¿Por qué?

2. José y Susana están locos uno por el otro. Durante los tres últimos meses ellos se han hecho muchas caricias íntimas, pero nunca han llegado al coito. Esta noche es muy especial debido a que Susana mañana sale de vacaciones por dos meses fuera de la ciudad. Ellos no se han visto

mucho durante el último mes y ambos desean demostrarse su cariño haciéndose el amor. Fueron a la última función de cine y ahora está en el carro, pero no tienen a la mano ningún anticonceptivo.

Método anticonceptivo:

¿Por qué?

3. Raymundo y Marta han estado teniendo relaciones sexuales una o dos veces por semana durante seis meses. Ellos habían usado el retiro y parecía que funcionaba bien hasta hace dos semanas cuando la menstruación de Marta se retrasó. Por 20 días ellos temieron que Marta estuviera embarazada y ambos juraron que nunca más harían el amor sin tener Ninguna protección. Finalmente, la menstruación de Marta llegó. Ella quiere usar un método anticonceptivo pero le da vergüenza ir a un Centro de Planificación Familiar. Raymundo no quiere usar el condón.

Método anticonceptivo:

¿Por qué?

4. La familia de Carlos es muy religiosa y le ha inculcado la creencia de que el acto sexual debe reservarse para el matrimonio. Carlos respeta tanto a sus padres como a su religión. Carlos está saliendo con Sandra y siente por ella un gran cariño. Sandra ya ha tenido relaciones sexuales en sus noviazgos anteriores. (Ella tomaba la píldora pero dejó de tomarla cuando rompió con su último novio hace tres meses.) Sandra piensa que es natural y que tanto ella como Carlos tienen todo el derecho de expresarse el cariño que sienten uno hacia el otro, teniendo relaciones sexuales.

Método anticonceptivo:

¿Por qué?

Paso a pasito para el uso del condón y óvulo.



Objetivo:

Identificar cada uno de los pasos que se sugieren para el uso efectivo de un condón y un óvulo

Materiales:

Cartulinas, cinta para pegar, plumones de colores.

Desarrollo

- ④ Describir el condón y si es posible mostrarlo como una funda puesta en el pene (ilustrar su colocación en una botella o en un pepino, señalando la importancia de dejar un pequeño espacio en la punta), mencionar su importancia en la prevención de un embarazo y en la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles especialmente el SIDA.
- ④ Explicar a los participantes que a algunas personas les gusta practicar cómo ponerse condones antes de que tengan de hecho relaciones sexuales. Mencionar que se requiere tiempo para adaptarse a las sensaciones producidas por el condón.
- ④ Escribir con anterioridad cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes con letra grande y dibujos: Colocar el condón desenrollándolo, eyaculación, detenerse un momento, excitación sexual, penetración, erección, pérdida de erección, extracción del pene, sostenerlo del borde, utilizar un condón nuevo para cada coito, revisar el buen estado de la envoltura y la fecha de caducidad, quitar el condón con cuidado, tirarlo a la basura.
- ④ A continuación el facilitador explicará el procedimiento que se sigue para el uso del óvulo.
- ④ Escribir cada uno de los términos siguientes en tarjetas grandes de cartulina, con letras grandes y dibujos: Detenerse, esperar 10 a 15 minutos, excitación sexual, eyaculación, aplicación del óvulo, extracción del pene, evitar lavados vaginales (por lo menos durante ó horas), penetración, colocar otro óvulo para cada nuevo coito.
- ④ Entre todo el grupo se tratará de ordenar las tarjetas
- ④ Orden correcto (condón)

* Revisión del buen estado de la envoltura y la fecha de caducidad

* Excitación sexual

* Erección

- * Detenerse un momento
- * Colocar el *condón* desenrollándolo
- * Penetración
- * Eyaculación
- * Sostenerlo del borde
- * Extracción del pene
- *Perdida de la erección
- * Quitar el *condón* con cuidado
- *Tirarlo a la basura
- * utilizar un condón nuevo para cada coito

Orden correcto (óvulo)

- * Excitación sexual
- * Detenerse
- * Aplicación del óvulo
- * Esperar 10 a 15 minutos
- * Penetración
- * Eyaculación
- * Extracción del pene
- * evitar lavados vaginales (por lo menos durante 6 horas)
- * colocar otro óvulo para cada nuevo coito

➔ Asegurarse de que todos entendieron la secuencia y están de acuerdo con el orden. Resolver dudas al respecto.

La botella de la anticoncepción



Objetivo:

Aclarar dudas sobre los diferentes anticonceptivos y su uso.

Material:






Mitos

Desarrollo

- El facilitador explica mitos sobre anticoncepción para revisar si los conceptos quedaron claros.
- Solicitar al grupo que se sienten en el piso formando un círculo.
- Pedir a un voluntario que pase al centro del círculo, haga girar la botella y lea la primera afirmación de *¿Es verdad que...?* a la persona que apunte el cuello de la botella. La persona deberá responder si esa afirmación es falsa o verdadera y por qué.
- Se podrá ir rotando el voluntario que pasa al centro.
- Si alguien da una respuesta equivocada, deberá salir del círculo y entre todos darán la respuesta correcta.
- La persona o personas que queden al final, recibirán un premio (por ejemplo, dulces, galletas, aplausos o felicitación del grupo, etc.).

Tema 9 Infecciones Sexualmente Transmisibles ITS

Objetivos didácticos:

-  Describir los signos y síntomas de las infecciones de transmisión sexual.
-  Mencionar la importancia de tener información sobre las infecciones de transmisión sexual.
-  Explicar las medidas de higiene y prevención para evitar dichas enfermedades.
-  Identificar los síntomas de las infecciones de transmisión sexual más comunes.
-  Aplicar medidas de higiene para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Ficha Técnica.

¿CÓMO PREVENIR LAS ITS?

Si se es sexualmente activo, no existe un modo absolutamente seguro de evitar cualquier posibilidad de contagio. Es más, ni siquiera la abstinencia garantiza el cien por ciento de inmunidad, dado que algunas ITS se transmiten a través de besos y caricias.



Informándose y haciendo a un lado esa serie de creencias falsas que solo contribuye al aumento de la propagación, existen algunas formas de reducción de los riesgos:

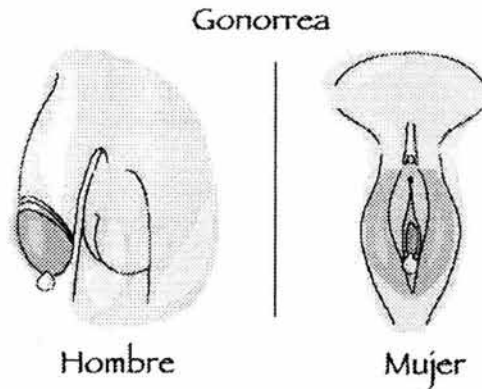
- La incidencia de las ITS es mucho menor en las parejas monógamas que en relaciones de mayor promiscuidad
- El contacto sexual debe ser interrumpido si se observan algunos de estos síntomas: secreciones abundantes, ardor al orinar, llagas dolorosas o indoloras de cualquier aspecto, picazón, salpullidos, verrugas dolores persistentes en la zona pelviana o los ganglios.
- El uso de preservativo masculino o femenino se impone en cualquier caso de contacto, aún no existiendo duda alguna y se concreta con mayor razón, para prevención del VIH/SIDA
- La higiene de los genitales después del coito debería incluir el acto de orinar para eliminar posibles gérmenes antes de que empiecen a subir por la uretra
- Un chequeo médico-ginecológico anual, o dos veces por año, aportaría mayor tranquilidad o permite una detección oportuna. Sin embargo, existiendo cualquier síntoma debe acudir al médico inmediatamente, sobre todo si se tuvo contacto con alguna persona a quien ya se le detectó una ITS.
- Ante la confirmación de un diagnóstico de ITS es imprescindible compartir la información con aquellas personas con quienes se haya tenido contacto físico íntimo, para cortar la cadena de transmisión.

- En todo caso, debe interrumpirse el contacto sexual hasta el final del tratamiento; respetando además las indicaciones médicas estrictamente para no poner en juego la salud, la de otros y la posibilidad de una futura paternidad o maternidad.

TIPOS DE ITS

- **Gonorrea**

Infección bacteriana; es la más frecuente y se transmite casi siempre por vía sexual, no puede contraerse en baños públicos ya que estas bacterias sólo pueden sobrevivir segundos fuera del cuerpo humano. En el hombre se manifiesta por intenso ardor dentro de la uretra al orinar, y una secreción amarillenta casi permanente. En las mujeres no suele producir síntomas. Sólo un 30% de los casos presenta un derrame vaginal similar al del varón. Durante el embarazo y el parto, el bebé puede infectarse y llegar a quedar ciego si no recibe tratamiento preventivo. El diagnóstico es rápido y el tratamiento con antibióticos resulta efectivo en más del 90% de los casos.



- **Herpes genital**

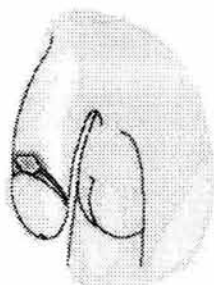
Es causada por un virus infeccioso. Los primeros síntomas se parecen a la gripe (dolor de cabeza, fiebre, glándulas hinchadas), puede que se presente picazón en el área genital. Luego produce una erupción de llagas dolorosas. Después de esto, las llagas suelen reaparecer de manera periódica, y aunque se hacen cada vez menos severos, en la actualidad no se conoce ningún modo de curarlos por completo. El virus se transmite por contacto con las llagas, además se pueden contagiar otras partes del cuerpo por autocontacto. Este virus puede sobrevivir en una toalla húmeda durante más de una hora, por lo que hay que evitar compartir ese elemento.



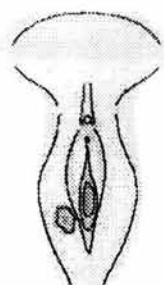
• Sífilis

Es más grave, causada por una bacteria que se disemina en el organismo por vía sanguínea y linfática. Se hace crónica, con períodos de desaparición de síntomas. . No puede contagiarse en baños ni toallas porque la bacteria necesita el calor y la humedad del cuerpo. En las etapas iniciales (tres primeros meses) se puede curar con antibióticos sin dejar secuelas. De ahí la importancia de la consulta ante los primeros síntomas. Si no se trata puede producir lesiones en la piel, mucosas, órganos, sistema nervioso, oído, ojos, corazón y huesos. Los primeros síntomas suelen aparecer unas tres semanas después de producida la infección, como una llaga redondeada que no duele pero se siente debajo de la piel de los genitales, la boca u otra parte del cuerpo. Desaparecen en varias semanas aun sin tratamiento. Meses después la infección, que ha continuado sordamente, se manifiesta en erupciones generalizadas en la piel y mucosas, altamente contagiosas. Puede sumarse fiebre, malestar general, dolor en las articulaciones, caída del cabello, adenopatías. Las pruebas para detectar siempre dan positivo cuando no está curada, aunque en ese momento no haya síntomas.

Sífilis



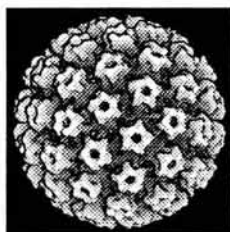
Hombre



Mujer

- **Virus del Papiloma Humano (HPV o VPH)**

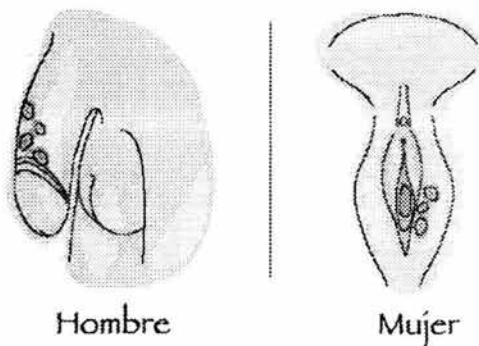
Ocasionada por un virus, por lo que los antibióticos no dan resultado para su curación y aún no se dispone de otros tratamientos eficaces. Suele tener un largo periodo de latencia que eleva el número de portadores sanos que ignoran su situación y aumentan el resto de contagio. Los papilomas son formaciones epiteliales que se caracterizan por el aumento de volumen de las papilas cutáneas o mucosas y el endurecimiento de la dermis subyacente. Estas lesiones son indoloras, de aspecto verrugoso y suelen aparecer cuatro a seis semanas después del contagio, en el área genital, en la vagina, cuello del útero, testículos, el pene o ano. Es más frecuente en las mujeres, de hecho un 20% de la población femenina en México son portadoras del VPH. Suele tratarse con cirugía, crioterapia, láser, electrocoagulación o preparados químicos, pero su eliminación no es fácil. Si no se trata pueden producirse rebrotes frecuentes y futuros desarrollos de tipo canceroso (en la mujer, cáncer de cérvix).



- **Chancro blando**

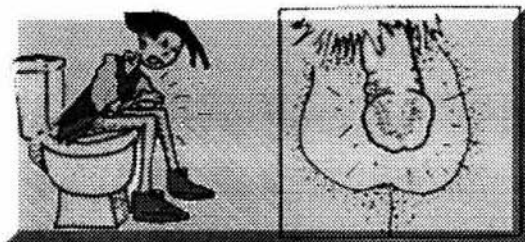
Aparición de una úlcera redondeada, blanda al tacto, muy dolorosa. La infección puede avanzar inflamando los ganglios y tejidos vecinos. Deja cicatriz. El tratamiento con antibióticos es efectivo y breve.

Chancro Blando



- **Infección Clamidal**

Los síntomas aparecen entre 7 y 21 días después de tener relaciones sexuales; la mayoría de las mujeres y algunos hombres no presentan síntomas aunque tengan la enfermedad. Se contagia durante las relaciones sexuales, ya sea por la vagina o por el recto, o mientras se practica el sexo oral con alguien que tenga la infección clamidial.



- **Hepatitis**

Enfermedad del hígado, ocasionada por un virus. Cualquiera de los tipos puede transmitirse sexualmente: por contacto anal, buco-genital y coital. Los síntomas iniciales son similares a la gripe: dolores difusos, mareos, náusea, jaqueca, fatiga, fiebre, pérdida del apetito. Luego se amarillea la piel y los blanco de los ojos, se oscurece la orina y se aclara la materia fecal, presentándose especial sensibilidad en el área abdominal. Los síntomas aparecen entre dos meses y seis semanas después del contacto. Se diagnostica con un análisis de sangre y el tratamiento se basa en descanso, dieta sana, abundantes líquidos, nada de bebidas alcohólicas, minimizar el estrés, interrupción del contacto sexual y esperar que cumpla.

- **Sarna**

La sarna se contagia por el contacto sexual o contacto con la piel, al igual que por compartir ropa interior, toallas o sábanas. Los síntomas aparecen de 1 a 4 semanas después. Éstos pueden ser: comezón intensa en las axilas, codos, tórax, ingles y entre los dedos de las manos.



- **Piojo del pubis o Ladilla**

Se contagia durante las relaciones sexuales, al contacto con la piel, ropa interior, toallas o sábanas. Al igual que la sarna, se siente mucha comezón, pero a este piojo le gusta vivir en los vellos del pubis.



- **Candidiasis**

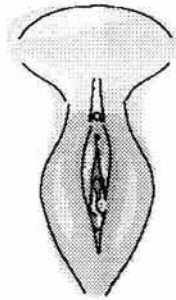
Infección producida por hongos llamados *Candida albicans*; puede considerarse eventualmente de transmisión sexual, pero no es la única vía de contagio, ya que suele desarrollarse con preferencia en la vagina. Produce una inflamación de los labios mayores y menores con parches blancos. Ocasiona intensa picazón y secreciones de color blanquecino. Es una enfermedad rebelde, y conviene que se traten los compañeros sexuales de las personas afectadas aunque no tengan síntomas, porque igual pueden transmitirla.

- **Vaginitis**

Existen dos tipos: TRICOMONIASIS Y LA MONILIASIS. Los síntomas de la Tricomoniasis pueden aparecer en cualquier momento después del contagio, la mujer infectada siente mucha comezón y presenta flujo de color amarillo o verdoso, de mal olor. También tiene inflamación en la vagina que le provoca dolor al momento de del contacto sexual. Los hombres por lo general no presentan síntomas pero si pueden contagiar a su pareja., algunos pueden tener dolor al momento de orinar.

Los síntomas de la Moniliasis pueden aparecer en cualquier momento después del contagio, en el caso de las mujeres los primeros síntomas son: mucha comezón en la zona genital y flujo abundante de color blanquecino y grumoso, la vulva se inflama. En los hombres aparece gran irritación, comezón y ardor en la cabeza del pene.

Vaginitis



¿QUÉ HAGO CUÁNDO UN MÉDICO ME DIAGNOSTICA ALGÚN TIPO DE ITS?

- No tener relaciones sexuales.
- Informar a las personas con quienes has tenido sexo para que se hagan una prueba y se determine si también la tienen.
- Sigue el tratamiento que te dé el médico al pie de la letra y EVITA tener contacto sexual durante el mismo.
- Tómate los medicamentos necesarios para mejorar, y no los dejes aunque empieces a sentirte mejor.
- Nunca tomes medicinas que no te haya recetado un médico, así como tampoco compartas tus medicamentos con otras personas.

¿POR QUÉ EL AUMENTO DE LAS ITS?

El aumento en la propagación de las ITS en los últimos tiempos se debe en gran parte a la falta de información, la culpa y la vergüenza ante los síntomas evidentes, a la creencia de que sólo se contagian los sucios, inmorales o promiscuos; esto hace que la consulta médica se deje "para después" y conducen al ocultamiento que ocasiona mayor contagio.

Autocuidado

Para prevenir la transmisión de Infecciones es conveniente que las personas que han iniciado su vida sexual sigan ciertas medidas preventivas:

- ‡ Tener hábitos de limpieza personal adecuados
- ‡ Evitar usar ropa interior de otra persona o ropa interior sucia
- ‡ Tener relaciones sexuales con una sola pareja.
- ‡ Usar preservativos en cada relación sexual.
- ‡ Inspeccionar los genitales con regularidad.
- ‡ Visitar al médico periódicamente.

Tanto los hombres como las mujeres tienen la misma posibilidad de riesgo de contraer una ITS si no toman las medidas de higiene necesarias. Mientras más parejas sexuales se tengan y no hagan los cuidados necesarios mayor es la posibilidad de contagio.

Creencias Falsas:

- Las ITS se curan con remedios caseros
- El enfermo se puede curar solo sin ayuda, manteniendo su secreto
- Si no hay síntomas es porque no hubo contagio
- Una vez curadas no se vuelven a repetir
- Se pueden contraer por uso de un inodoro infectado
- Es causada por la masturbación
- Sólo las contraen los pobres, las prostitutas, los homosexuales

Social

Para mucha gente el contraer un ates es muy vergonzoso, suele ser mal visto por lo que no acuden al médico, sin embargo, es muy importante hacerlo. Por otro lado cuando se tiene una ITS, se debe tener más cuidado en aspectos higiénicos para evitar contagiar a las personas que viven a tu alrededor.

¿Qué hacer en caso de contraer alguna ITS?

Si la persona encuentra alguna anomalía en sus genitales o cualquier otra parte del cuerpo es importante consultar al médico quien le dará el tratamiento adecuado.

Sugerencias

- 1 Aclarar las creencias falsas relacionadas con las infecciones sexualmente transmisibles. Si los jóvenes logran aclarar estas creencias falsas acudirán al médico cuando se les presente alguna irregularidad.
- 1 Comentar sobre la vergüenza que sienten los jóvenes al acudir al médico para consultarlo sobre un problema de tipo sexual-genital. Hacer énfasis en la importancia de consultar al médico.
- 1 Comentar que las infecciones sexualmente transmisibles pueden curarse; pero, si no se atienden a tiempo, traen consecuencias a veces irreversibles.
- 1 Insistir en la importancia de visitar al doctor.
- 1 Procurar que los participantes tomen conciencia de que al reconocer los síntomas de estas infecciones, se pueden detectar y ayudar así a un rápido y eficaz tratamiento.
- 1 Hacer énfasis en que una persona infectada puede estar aparentemente sana y, sin embargo, ser un transmisor de dichas enfermedades.
- 1 Señalar que muchos jóvenes resultan víctimas de tratamientos falsos o muy costosos, como consecuencia de no acudir al doctor.
- 1 Permitir a los participantes que expresen sus dudas y comentarios acerca de los diferentes mitos.
- 1 Es pertinente aclarar que generalmente las mujeres y ocasionalmente los hombres pueden adquirir una infección sexualmente transmisible sin presentar síntomas.
- 1 Promover en los jóvenes conductas que ayuden a preservar la salud de todos. El escupir en la calle, orinar, defecar, tirar basura, etc., contribuye a dispersar enfermedades y dañar el medio ambiente.
- 1 Cuando se habla de prevención de SIDA, en los últimos años se le han asociado las palabras "sexo seguro". Es necesario que se explique en que consiste éste.

Sexo seguro son aquellas conductas que una pareja puede realizar sin temor a contagiarse de una infección de transmisión sexual especialmente el SIDA. Estas conductas que forman parte del juego sexual van desde los besos a abrazos, caricias, chupetones y frotamientos, que no impliquen un intercambio de fluidos como sangre, semen, fluidos vaginales o leche materna. El uso del condón es parte del sexo seguro. No es sexo seguro el coito vaginal, oral ni anal sin la protección de un condón, aunque no se eyacule adentro (coito interrumpido).

Dinámicas

Compartiendo



Objetivo: *Analizar cómo las conductas sociales pueden repercutir en la salud sexual.*

Material:

4 tarjetas para cada participante, cinta adhesiva, plumones, hojas blancas.

Sección de apoyo didáctico

Desarrollo

- ✦ Formar 5 equipos. Asignar a cada grupo un color (ver apoyo didáctico) sin decirles el código, y pedir que cada uno lleve 4 tarjetas del color asignado.
- ✦ Pedir a los adolescentes que escriban en una hoja, con letra grande, su nombre y 1 características personales o un dibujo que los identifiquen (positivas y/o negativas, de preferencia positivas) y se la peguen en el pecho (por ejemplo: simpático, responsable, poco autocontrol, deportista).
- ✦ Indicarles que caminen por todo el salón leyendo las hojas de sus compañeros, eligiendo a 4 personas con cuyas características se identifiquen.
- ✦ Una vez elegidas las 4 personas deberá preguntarles si quieren intercambiar tarjetas con él o ella. En caso afirmativo, hacerlo pegando la tarjeta en una parte del cuerpo del compañero en el orden en que éste las va recibiendo. No deben intercambiarse necesariamente todas las tarjetas. Una vez concluido el intercambio informar a los participantes el código de cada color y el objetivo de este ejercicio.

Sugerencias para la discusión

1. No decir a los participantes el código del color en las tarjetas sino hasta el final.
2. Insistir en el orden de pegado en las tarjetas ya que esto indicará el momento del contagio y cómo se dio la propagación.
3. Enfatizar la relación analógica del ejercicio en la transmisión de una enfermedad sexual. Esto es, el contagio casual (como el que puede darse al intercambiar una tarjeta) no es un medio de transmisión. Pero sí es comparable en la elección de las personas con las que se relacionan, la cual generalmente realizan por lo que a simple vista observan, por lo que la otra persona quiere que el amigo o pareja vea (La mayoría de las veces sólo los aspectos positivos y de manera aumentada). Así, si tienen en cuenta sólo la información del exterior se formarán imágenes incompletas de esos amigos o la pareja, que los pueden conducir a situaciones desagradables como sería una enfermedad sexualmente transmitida.

4. Recordar la importancia que tiene el uso de protección (condón) en una relación sexual que implique coito de cualquier tipo, o bien intercambio de fluidos corporales.
5. Cerrar el ejercicio remarcando la importancia que tiene nuestra conducta social para la salud sexual.

Apoyo didáctico

Colores para tarjetas

Verde limón: SIDA

Azul marino: Sífilis

Amarillo: candida

Blanco: clamidia

Rojo: sanas

Adivinanzas



Objetivo:

Detectar los principales síntomas de las infecciones es sexualmente transmisibles más comunes.

Materiales:

Hoja de enunciados (ver sección de apoyo didáctico). Pizarrón, gises. "

Desarrollo

- El facilitador comentará que va a realizar un juego en el que él (ella) actuará como un paciente y los equipos como un doctor que le diagnosticará y recomendará un tratamiento, según sea el caso.
- Leer en voz alta el enunciado que se encuentra en la sección de apoyo instruccional. De acuerdo a la situación en la que se presente el paciente todo el grupo participara dando distintos síntomas para que se pueda llegar a la respuesta correcta. El facilitador debe dar pistas para que puedan llegar los participantes a la respuesta adecuada.

- Es necesario que el facilitador se base en los apoyos que tiene del material de la ficha técnica y de las imágenes.
- El facilitador deberá promover el ambiente festivo y la competencia para un mayor realce del ejercicio.
- Cerrar el ejercicio mencionando la importancia de conocer los síntomas de las infecciones sexualmente transmisibles y la pertinencia de acudir con el médico ante cualquier indicio o sospecha de enfermedad.
- Aclarar que los diagnósticos aquí dados no pueden ser definitivos, esto es, que aunque los síntomas parezcan así indicarlo, sólo un examen médico y de laboratorio los pueden confirmar.

Apoyo didáctico

Enunciados

1. Soy un chico que tengo un escurrimiento blanquecino y me arde al orinar. ¿Qué tendré? (Respuesta: gonorrea).
2. Soy una muchacha que tengo un escurrimiento blanco, comezón y la vulva enrojecida. ¿Qué tendré? (Respuesta: vaginitis monilial).
3. Soy un muchacho que tengo unas ampulas en el pene que me duelen y me aparecen por temporadas. ¿Qué tengo? (Respuesta: herpes genital).
4. Soy un muchacho y veo en la punta de mi pene unas verrugas en forma de cresta (le gallo, no me duelen, pero me da miedo que crezcan o aumenten en número. ¿Estaré enfermo? (Respuesta: sí, tiene condiloma).
5. Soy una chica y tengo una comezón intensa en el pubis a todas horas, que no se me calma con nada. ¿Qué será? (Respuesta: piojo de pubis).
6. Hace ó meses tuve un contacto sexual y me apareció una roncha que después se abrió, pero nunca me dolió y desapareció sin ponerme nada. Ahora me duelen mucho los ganglios del cuello, los tengo inflamados y tengo ronchitas en todo el cuerpo. ¿Qué enfermedad tendré? (Respuesta: sífilis).
7. Soy una muchacha y tengo tos desde hace dos meses, diarrea que no se me quita con nada, en las noches me da calentura y he bajado mucho de peso; no tengo hambre ni ganas de hacer nada. ¿Qué tendré? (Respuesta: SIDA).
8. Soy una chica y desde hace tiempo tengo un flujo de mal olor y dolor abdominal. Hace unos días el flujo se ha vuelto verdoso. ¿Qué me pasa? (Respuesta: Tricomonas).
9. Soy un joven y me he estado sintiendo cansado, con fiebre y sin ganas de comer. Me veo pálido y me duele a la derecha del estómago. ¿Qué tendré? (Respuesta: Hepatitis quizás del tipo B).
10. Deseo tener relaciones sexuales, pero no quiero contagiarme de alguna enfermedad sexual mente transmisible. ¿Cómo podría evitarla? (Utilizando anticonceptivos.)
11. Soy un muchacho que tuve contacto sexual, y quiero hacerme una revisión de mis genitales, pero no sé cómo. (Retomar las precauciones generales)
12. Soy una muchacha que ha oído que la mujer puede hacerse a sí misma un examen de sus genitales. Me gustaría saber cómo. (Autoexploración)

Me conozco

Objetivo:

Que los hombres y mujeres aprendan a llevar a cabo un buen lavado y autoexamen de sus genitales incluyendo para las mujeres los senos.



Instrucciones

- Pedir a los hombres que se palpen sus testículos buscando inflamaciones o abultamientos que al tacto resulten dolorosas o inusuales. Que revisen su pene observando el color de la piel, su textura y forma, para poder detectar cualquier cambio que pueda ser síntoma de alguna infección. Enseñar el correcto lavado del pene, corriendo hacia atrás el prepucio para dejar al descubierto el glande y proceder a quitar con agua y jabón los restos de secreciones que forman el esmegma.
- Pedir a las mujeres que periódicamente, por ejemplo después de cada menstruación, se palpen los senos con las yemas de los dedos para detectar nódulos o abultamientos dolorosos o no dolorosos. Asimismo, observar sus genitales utilizando un espejo, para detectar cualquier cambio en color, textura y forma que pueda ser indicador de infección. Enseñar el correcto lavado de la vulva, indicando la importancia de separar los labios mayores para permitir que el agua y el jabón limpien de orina y demás secreciones toda la zona.

Evaluación

En la siguiente sesión dedicar unos minutos para comentar la experiencia, cómo se sintieron y qué observaron, e insistir en la importancia de realizar periódicamente estas palpaciones. Recalcar también la importancia de visitar a un médico ante cualquier cambio en sus genitales. La detección temprana y atención rápida de cualquier enfermedad, favorece su pronóstico.

Tema 10 Roles sexuales y género

Objetivos:

- 📖 Explicar los conceptos: rol, rol sexual y género.
- 📖 Nombrar la diferencia entre rol sexual y género.
- 📖 Argumentar cómo los patrones culturales han influido para dar categoría de rol sexual al género.
- 📖 Mencionar cómo afectan los patrones culturales el ejercicio de la sexualidad.
- 📖 Propiciar la reflexión de cómo el género influye en el autoconcepto y las expectativas de vida.
- 📖 Enlistar las ventajas y desventajas de los roles sexuales estereotipados.
- 📖 Identificar la forma en que desempeñan su propio rol sexual.
- 📖 Identificar cómo su grupo social marca diferencias de género.

Sugerencias

- 1] Comentar el hecho de que la gente tiene diferentes ideas acerca de lo que hombres y mujeres deben hacer.
- 1] Reiterar que estas ideas son transmitidas por las personas (padres y madres, maestros y maestras, familiares, amigos y amigas, etc.) y otros medios que están a nuestro alrededor (TV, cine, libros, radio).
- 1] Hacer notar que casi siempre las personas actúan de acuerdo con lo que los demás esperan de ellas, sin pensar en sí mismas.
- 1] Señalar que es posible dar un lugar más importante a lo que piensa y siente cada persona, que a lo asignado socialmente.
- 1] Enfatizar que lo importante para sentirse bien consigo mismo es actuar de acuerdo con lo que se cree, se piensa y desea, sin pensar si con ello se complace a otros.
- 1] Resaltar que cada persona tiene derecho a sus propias ideas y expectativas relacionadas con el género, y que el propósito de los ejercicios no es modificar lo que los estudiantes piensan, sino ayudarlos a estar más conscientes de cómo el género interviene en sus decisiones, expectativas y relaciones con los demás.

Ficha Técnica

En los últimos treinta años la identidad femenina y la masculina, es decir, lo que significa SER MUJER y SER HOMBRE en nuestra sociedad, han sufrido profundas transformaciones. Comprender desde adolescentes el significado reciente de la identidad femenina y masculina o de ser mujer y ser hombre, es decir comprender la aceptación actual del término Género, así como los ROLES SEXUALES, proporciona las herramientas que permitirán a las nuevas generaciones entablar relaciones de igualdad entre los sexos.

La palabra género resulta muy conocida. En los años escolares se aprende cuando enseñan la diferenciación del género masculino (el) con el femenino (la) y el neutro (lo).

Género es la serie de características y conductas de la Sociedad asigna como apropiados para cada sexo.

Roles Sexuales son las funciones determinadas biológicamente que hombres y mujeres cumplimos de manera diferentes. Por lo general existe correspondencia entre esas funciones y los genitales externos o el sexo con el que nacemos.

Es importante señalar que los roles o papeles sociales son el conjunto de patrones de conducta y expectativas sociales acerca del comportamiento de las personas en un grupo humano, por ejemplo: el rol del padre, de madre, de hijo(a), educador(a), alumno(a), profesional, etc.

Los roles sexuales son exclusivos de cada sexo, así los roles sexuales femeninos son: producir óvulos, la posibilidad de quedar embarazada, a parir y amamantar. Los roles sexuales masculinos son: producir espermatozoides y fecundar.

El género o lo que se asigna como conducta adecuada femenina y masculina, es una construcción social originada en el hecho biológico de nacer con órganos sexuales femeninos o masculinos.

Durante un largo periodo de la historia han existido una división muy rígida entre las funciones y trabajo que deben desempeñar los hombres y las mujeres. A estas funciones y trabajo se le llaman división "sexual" del trabajo porque esta basada en el hecho de nacer con sexo femenino o con sexo masculino.

Desde esta división, la sociedad exigen que, en nuestro proceso de identificación como hombres o mujeres, asumamos no solo el rol sexual si no las expectativas y patrones de conducta asignadas por ella.

Por ejemplo: para las abuelas, bisabuelas y algunas madres actuales, ser mujer significaba indiscutiblemente casarse, tener hijo y dedicarse al hogar el resto de su vida, "cumpliendo con la función para la que nacieron". Para los abuelos, bisabuelos, y algunos padres hoy en día, ser hombre significaba "tener autoridad, ser proveedor económico de la familia y tener un desempeño sexual muy alto: siempre estar dispuesto con las mujeres".

Actividades como comprar comestibles, preparar la comida, lavar, planchar, asear la casa, cuidar y

atender a los hijos, se consideraban características sexuales secundarias femeninas. Por lo tanto, al ser funciones "femeninas", los hombres no podían realizarlas.

Por otra parte no se acostumbraba que la esposa trabajara fuera de la casa y aportaba dinero a la familia, se veía mal y se juzgaba al esposo como "poco hombre" por no cumplir con sus obligaciones. Es decir, para los abuelos el lugar de la mujer estaba en la casa y el del hombre en la calle.

Junto con las funciones antes mencionadas, la mujer debía ser sumisa obediente, dependiente, sensible, callada, dulce, ilógica, afectuosa, tierna y temperamental, mientras que el hombre debía ser: rebelde, agresivo, fuerte, lógico, competitivo, independiente, duro, insensible y autosuficiente. Estas diferencias en la educación llevan a diferencias en los lenguajes que hablan hombre y mujeres y a diferencias en los lenguajes que hablan hombre y mujeres y diferencias en expectativas, lo cual se traduce en conflictos entre los dos sexos en lo que se refiere a sexualidad y a comunicación.

A través de la educación (no-formal y formal) recibida en la familia, por los medios masivos de comunicación, la escuela, la religión, como cada generación reproduce y trasmite a las siguientes generaciones su forma de pensar, ideas, valores y tradiciones, y sus primordiales transmisores son los padres y las madres, la televisión, los maestros y maestras.

Con base en ese tipo de expectativas y de educación se entiende por qué las personas muchas veces utilizan el afecto como medio para obtener lo que desean como forma de responder a peticiones de otros, hombre y mujeres han aprendido a manipular el afecto, y en las relaciones entre adolescentes es muy común la manipulación del afecto femenino para lograr comprometerlas, convencerlas que hagan algo en contra de su voluntad, tengan relaciones sexuales y hasta que se dejen embarazar, sin que ellas realmente lo deseen.

Por fortuna, la división rígida y estereotipa de roles, labores y características por medio de la cual las diferencias biológicas justifican las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres, se ha ido transformando, aunque estas transformaciones se hayan debido principalmente a las necesidades económicas.

La posibilidad de la transformación de los roles estereotipados que limitan el desarrollo personal, se encuentran principalmente en las mujeres ya que actualmente se encargan en gran parte de la educación de los hijos.

Todos los seres humanos son sensibles y pueden expresar sus sentimientos, pueden ser tiernos, afectuosos, independientes, decididos, fuertes, autosuficientes, etc. simplemente por el hecho de ser personas.

Dinámicas

Aprendiendo a identificar el género



Objetivo:

- 📖 Facilitar a los participantes la exploración y análisis de su propio concepto de género.

Material:

- 📄 Tarjetas con recortes de revistas (láminas o pósters) en los que se representan diferentes oficios.
- 📄 Sección de apoyo didáctico.

Desarrollo

- 😊 Introducir el ejercicio señalando lo que significa la palabra género y cómo las frases "los hombres no lloran", "las mujeres no juegan así", etc. dan una idea falsa de lo que significa ser hombre o mujer.
- 😊 Decir al grupo que a continuación les va a presentar una serie de láminas y su tarea será identificar qué sexo las realiza comúnmente y por qué. Utilice el apoyo didáctico para lograr el objetivo.
- 😊 Promover la discusión apoyándose en la Ficha Técnica

Apoyo didáctico

Las siguientes preguntas le ayudarán a propiciar la reflexión que se espera por parte de los participantes. Elija las que considere que aún no han respondido o cuestionado ellos.

- 🗨️ ¿Qué ven en esta lámina?
- 🗨️ ¿Quién desempeña esta tarea con mayor frecuencia en nuestra sociedad? ¿Por qué?
- 🗨️ ¿Siempre ha sido así?
- 🗨️ ¿Por qué existen tareas diferentes para hombres y para mujeres?
- 🗨️ ¿Estas diferencias son biológicas o culturales?
- 🗨️ ¿Quiénes nos enseñan lo que no podemos y lo que podemos hacer?
- 🗨️ ¿En qué forma nos enseñan lo que no podemos y lo que podemos hacer?
- 🗨️ ¿De qué manera influye en las decisiones que tomamos y en lo que queremos para el futuro (expectativas), lo que nos enseñan?
- 🗨️ ¿Qué cosa les gustaría hacer, pero piensan que por ser hombres o mujeres no deberían hacerlo? ¿Por qué?
- 🗨️ ¿Cómo podemos solucionar esto?

Ventajas y desventajas de los roles sexuales estereotipados



Objetivo:

Analizar las ventajas y desventajas de los roles sexuales estereotipados.

Materiales:

Pizarrón y gises.

Desarrollo

- ✘ Explicar los términos: roles, estereotipos, y poner ejemplos.
- ✘ Dividir el pizarrón en cuatro partes con los siguientes encabezados:

Ventajas del rol sexual estereotipado femenino, desventajas del rol sexual estereotipado femenino, ventajas del rol sexual estereotipado masculino, desventajas del rol sexual estereotipado masculino.

- ✘ Pedir al grupo que diga ventajas y desventajas de cada rol sexual estereotipado y anotarlas en la columna correspondiente.
- ✘ Analizar con el grupo las respuestas que proporcionaron puntualizando qué rol tiene más ventajas y cuál más desventajas.
- ✘ Preguntar a los participantes ¿cómo se sienten con lo que se espera de su rol? Por ejemplo, ¿cómo afecta al hombre que no se le permita culturalmente expresar sus emociones y cómo afecta a la mujer que se espere que sea sumisa, ilógica y tierna, por oposición a asertiva, lógica y con iniciativa?
- ✘ Cerrar el ejercicio haciendo evidente que aunque sabemos que todos tenemos las mismas necesidades, derechos y capacidades, seguimos creyendo y manteniendo muchos mitos culturales.

Lo que muestran la televisión y el cine



Objetivo:

Identificar y analizar críticamente el concepto de género que la televisión y el cine presentan.

Materiales: *Fragmentos de películas de cine, televisión o telenovela, de 20 minutos de duración como máximo.*

Desarrollo

- ☛ Introducir el ejercicio comentando la influencia que ejercen la televisión y el cine en nuestras decisiones y en nuestra conducta. Determinar cómo en ellos se muestran los roles estereotipados, tanto de nuestra cultura como de otras culturas totalmente diferentes.
- ☛ Explicar al grupo que a continuación se presentará una película (o una telenovela) de la cual deberán extraer las características de los principales roles estereotipados desempeñados.
- ☛ Una vez que ha finalizado la presentación pedirá a 3 ó 4 participantes que hagan una descripción de los roles que observaron en ella. Solicitará a otros 3 participantes su interpretación de la película, teniendo como base los roles anteriormente mencionados.
- ☛ Propiciar la reflexión de los participantes con las siguientes preguntas:
 - ¿Cuáles serían las ventajas y las desventajas de desempeñar estos roles en nuestra cultura?
 - ¿Estos roles observados han sido los mismos en nuestra cultura a lo largo de la historia, o han ido cambiando con el tiempo?
 - ¿En qué forma la televisión y el cine han influido para que se den estos cambios?
 - ¿Creen que estos papeles se dan sólo en las películas, en las telenovelas y series de televisión o, por el contrario, son representativos de la sociedad?
 - ¿Cómo creen que influye la televisión en el comportamiento de las personas?

- ¿Estos mismos roles estereotipados son observados en películas, telenovelas y series de televisión hechas en otras sociedades, (por ejemplo, en Estados Unidos, Francia, España, Italia, Brasil, etc.)?
- ¿Qué podemos hacer para quitarnos esta influencia?

Aprendiendo a hablar el mismo idioma



Objetivo:

Que los participantes identifiquen el lenguaje que hablan hombres y mujeres y las formas de hacerla mas semejante.

Materiales:

Apoyo didáctico disfraces (opcional).

Desarrollo

- ☛ Pedir a cuatro participantes que sean voluntarios para actuar. Si se desea se les puede disfrazar de acuerdo con su papel.
- ☛ Entregar las tarjetas del apoyo didáctico a cada participante (hombre tradicional, mujer tradicional, hombre que aprendió el nuevo idioma, mujer que aprendió el nuevo idioma).
- ☛ Pedirles que actúen su papel pasando primero la pareja tradicional y después la pareja que aprendió el nuevo idioma.
- ☛ Discutir con el grupo lo que observaron en cada pareja en términos de comunicación, expectativas, respeto, relación de pareja y sexualidad.

Apoyo didáctico

Situación de la pareja tradicional

Hombre tradicional: "Entonces qué?... ¿Vas conmigo o no vas?, ya sabes que soy fuerte ¡Yo me encargo! ¡Tú nada más tienes que decir que sí y no hacer preguntas!"

Mujer tradicional: "Sí mi vida! (llore y llore)"

Situación de la pareja que aprendió el nuevo idioma

Hombre que aprendió el nuevo idioma: "Mi amor, quiero llevarte al cine, ¿te gustaría ir?"

Mujer que aprendió el nuevo idioma: "Estoy muy cansada, me siento preocupada.

Hombre: "Ven, vamos a platicar. ¿Qué pasa?"

Mujer: "Sabes tuve un problema en cuadrilla y no se si actué bien o mal?"

Hombre: "¿Qué paso?"

Mujer: Hay unas personas que me molestan y no se como decirles que me molesta.

Hombre: Pues mira yo te puedo dar consejos pero al final tú eres la que decides.

Mujer: me gusta mucho que me escuches. Eso, me hace sentir que me apoyes.

Hombre: Los dos nos debemos de apoyar mutuamente.

Mujer: "Sí, tienes razón, gracias"

-Se abrazan y se van.

Las mujeres/hombres usan...

Objetivo: *Aplicar el concepto de género*

Materiales: *Juguetes o elementos de diferentes tipos (tijeras, carros, agujas de tejer, muñecas, martillo, clavos, etc.)*



Si no se dispone de estos elementos, otras opciones pueden ser:

- *Tener una lista de actividades o características, teniendo en cuenta que abarquen los estereotipos de ambos géneros,*
- *Seleccionar una lectura para que los participantes separen los adjetivos que consideren "femeninos" y los "masculinos".*

Desarrollo

- † El educador hablará sobre la gran cantidad de elementos que la gente utiliza a diario para trabajar o divertirse y cómo éstos se consideran "propios" de uno u otro sexo.
- † Pedirá al grupo que se divida en equipos de 4 ó 5 personas del mismo sexo.
- † Explicará que cada grupo deberá seleccionar, entre los elementos que les serán entregados en una caja, aquellos que consideren que son usados por los hombres y los que son para las mujeres. (Adecuar según la alternativa elegida en materiales.)
- † Al terminar, pedirá a cada grupo que presente a sus compañeros su clasificación y expresen las razones por las cuales consideran que los elementos deben ser utilizados por uno y otro sexo.
- † Registrará en el pizarrón lo dicho por cada equipo. Cerrará el" ejercicio retornando los comentarios realizados y analizando cómo estos conceptos son influenciados por la cultura que los afecta directamente.

Preguntas guía

- ☞ ¿En qué se basaron para diferenciar lo "femenino" de lo "masculino"?
- ☞ ¿Las diferencias han existido siempre o han cambiado?, ¿A qué creen que se debe el cambio?
- ☞ ¿Estas diferencias existen en todos los medios sociales? ¿A qué se debe esto?
- ☞ ¿En qué tipo de actividades se ve mayor diferencia o desacuerdo?
- ☞ ¿Creen que existen actividades y/o características exclusivas del hombre o de la mujer?
¿Cuáles son?
- ☞ ¿Son características biológicas o culturales?
- ☞ ¿Creen ustedes que se pueden transformar las características culturales? ¿De qué manera?

Nota: El facilitador hará referencia a la etapa prehistórica en la que la mujer se dedicaba a la agricultura y a la elaboración de utensilios mientras el hombre cazaba, lo cual ha ido evolucionando de tal forma que en algunas sociedades los dos sexos desempeñan las mismas tareas o el hombre se encarga de cuidar a los hijos y atender el hogar, mientras la mujer trabaja fuera de la casa, jefes de empresa o gobierno, labores de hogar compartidas, trabajo fuera de casa, ingreso a la universidad, sostenimiento del hogar, etcétera).

Cambiando el género



Objetivo:

Analizar las diferentes conductas y actitudes de las personas, las características de los roles estereotipados desempeñados y la forma de pensar de la gente ante estos roles.

Materiales:

Papel, tijeras, material de desecho que pueda ser utilizado para disfrazarse, pizarrón, gises.

Desarrollo

- ☞ El educador pide; al grupo que se organice en equipos pares de 4 ó 5 miembros.
- ☞ A continuación, explicar que cada grupo va a representar el rol de una persona de su medio familiar o social que sea típico de la conducta que se le exige al individuo en nuestra cultura (hombre, mujer, adolescente, maestro/a, padre, madre, etc.). Procurar que los participantes representen al sexo diferente del suyo y alternarlos para que un equipo represente el rol femenino, otro el masculino.
- ☞ El facilitador ayudara a cada equipo diciendo que tendrán que dramatizar para que así quede clara la actitud y conducta del personaje.
- ☞ Una vez que cada equipo ha representado su papel el educador promueve la discusión y el análisis, centrándose en la diferencia de comportamiento del personaje masculino y el femenino.
- ☞ Es importante que el facilitador oriente la discusión hacia el análisis de las ventajas y desventajas de desempeñar cada uno de los roles estereotipados en nuestra sociedad.

¡Que vivan las diferencias!

Objetivo:

Identificar diferentes complejones (tipos de cuerpo) y hacer notar las diferencias en la composición corporal, estatura y talla de cada persona.



Materiales:

Hojas blancas, cinta métrica, plumas, revistas con modelos masculinos y femeninos de cuerpo entero de preferencia que anuncien algún producto como bebidas, productos de belleza, ropa, trajes de baño, etc.)

Desarrollo

- ✎ Trabajando con todo el grupo, pedir voluntarios, para realizar las comparaciones.
- ✎ Tener una cinta métrica, una hoja y una pluma.
- ✎ Poner a un voluntario de espaldas a la pared y señale con un dedo, o haga una marca, arriba de su cabeza. Posteriormente, medir la distancia entre el suelo y la marca con la cinta métrica (estimado de la estatura), midan su muñeca, su cadera y su cintura.
- ✎ Realizar una lista de las medidas de esa persona.
- ✎ Pedir otros 5 voluntarios y realizar las mismas medidas
- ✎ Anotar en un pizarrón los diferentes valores obtenidos (de forma anónima), separando los datos en hombres y mujeres.
- ✎ Remarcar las diferencias individuales en cuanto a su estatura, peso y medidas, haciendo énfasis en la aparente igualdad étnica, de alimentación, edad, etcétera.
- ✎ Darle a cada individuo un recorte de revista con un modelo femenino y otro masculino.
- ✎ Pedir que observen el modelo y lo comparen con los recortes de sus compañeros y todos en grupo tratar de contestar las siguientes preguntas:
 - ¿Qué semejanzas ven entre la imagen de la revista y nosotros?
 - ¿Qué diferencias ven entre la imagen de la revista y nosotros?
 - ¿Esta imagen corresponde a la imagen de nosotros?
 - ¿Cuántas personas que conocemos se parecen al modelo y cuantos no?

- ✎ Formar un círculo con el grupo y abrir una discusión acerca del efecto de la publicidad sobre la imagen que buscamos en nosotros y en nuestras parejas. Discutir la posibilidad de lograr esa imagen y la comparación entre la realidad y los modos publicitarios.

Tema 11: Otras manifestaciones de la sexualidad

OBJETIVOS:

- Posibilitar la toma de decisión con responsabilidad, valorando las implicaciones de cada alternativa.
- Conocer los lugares adecuados para cada actividad.

Ficha técnica

Masturbación



La masturbación es la automanipulación o autoestimulación de los genitales a menudo con la mano, pero no siempre; a veces puede ser con agua, una almohada u otros elementos. Esto se hace para obtener placer y además ayuda al conocimiento del cuerpo.

La masturbación constituye una forma de aliviar la necesidad de satisfacción sexual, lo que no supone que personas casadas o con pareja estable no la efectúen, puesto que es una forma de obtener placer distinta al coito, algo suplementario que no significa que la compañera o el compañero sean incapaces de proporcionar el placer suficiente a su pareja; tampoco conlleva una variación de los sentimientos hacia la otra persona.

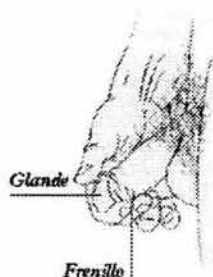
Las ensoñaciones o fantasías sexuales son algo natural que puede acompañar a la masturbación. También es frecuente el uso de fotografías o ilustraciones pornográficas para incrementar la excitación en esos momentos.

Por otro lado, la masturbación en ocasiones se utiliza como terapia para resolver algunas disfunciones sexuales.

Mediante la experiencia personal se aprenden las técnicas y ritmos que dan mejor resultado. De esta forma el hombre conoce sus respuestas y se puede anticipar al orgasmo.

El uso de lubricantes reduce la fricción y puede hacer que aumente el placer.

La masturbación masculina consiste en la manipulación del pene y por lo general llega a la eyaculación. Al masturbarse hay una excitación sexual que produce placer y el cuerpo reacciona con ciertos cambios, es decir el pene se pone erecto, aumenta de tamaño y se endurece; si una persona se masturba durante el suficiente tiempo generalmente tiene un orgasmo, aunque esto no sucede siempre; después de esto el pene vuelve a ponerse blando. Incluso si se masturba y no tiene orgasmo la erección desaparecerá al cabo de un rato.



La masturbación femenina es la manipulación del clítoris, y/o los labios y/o la vagina y/o senos. En el caso de la masturbación femenina también se produce una sensación de placer y excitación sexual que puede culminar en orgasmo pero los cambios corporales son menos visibles.

No existen reglas de cómo debe ser la masturbación, pero sí existen normas sociales de dónde se puede hacer.



Autocuidado y creencias falsas

La masturbación debe hacerse en un lugar aseado con las manos limpias.

Así mismo al terminar se debe dejar el lugar limpio y lavarse a sí mismo. Hay que evitar usar objetos que puedan lastimar.

Existen múltiples creencias falsas en torno a la masturbación por ejemplo:

- que salen pelos en las manos.
- que es malo para la memoria.
- que te vuelve loco, o que afecta las facultades mentales.
- que lleva a una disminución de la vida social de la persona,
- que es signo de homosexualidad
- que las mujeres no se masturban.

Todo esto es falso. La masturbación es sana mientras no impida o interfiera con las actividades cotidianas y se haga en condiciones adecuadas. Es una actividad que puede producir placer, se puede disfrutar y proporcionar autosatisfacción. Debido a que la masturbación ha sido considerada contraria a la moral durante mucho tiempo, quien la lleve a cabo puede experimentar un sentimiento de culpabilidad que debe superar, pues es algo inofensivo e incluso positivo.

Las personas se masturban por varias razones. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Liberar la tensión sexual
- Necesidad física normal en la persona.
- Para no tener relaciones genitales y evitar un embarazo.
- Por placer y curiosidad por conocer el cuerpo.

Los científicos aseguran que la masturbación no sólo no es negativa, sino que puede resultar beneficiosa para conocer el propio cuerpo, para aprender a experimentar el orgasmo y para liberar tensiones.

Social

La masturbación debe hacerse siempre en un lugar privado como puede ser la habitación o el baño de la casa. Esta es una actividad completamente privada.

Este es un tema muy íntimo que se puede platicar con personas muy cercanas y que consideres de confianza.

Pornografía

¿Qué es?



Pornografía es todo material escrito o audiovisual (revistas, fotos, calendarios, películas) que enfocan el sexo de manera distorsionada irreal y parcial y que explotan únicamente la parte física de la sexualidad; tomando al hombre o a la mujer como objetos.

La pornografía se define generalmente como algo cuyo primer objetivo es excitar a las personas que la leen y observan; sólo implica motivación y satisfacción física que no involucra valores o sentimientos.

El material pornográfico puede encontrarse en puestos de revistas, videoclubes y tiendas especializadas.

Algunas personas utilizan el material pornográfico como un estímulo complementario durante la masturbación.

Autocuidado y creencia falsas

El uso de la pornografía debe ser muy cuidadoso ya que la información que se presenta tiende a estar distorsionada, por ejemplo el, tamaño de los órganos sexuales es muy exagerado y las situaciones son irreales. Si no se tiene esto presente puede haber confusión en la información.

Social

La pornografía es un recurso utilizado por muchos adolescentes como medio para conocer el sexo, pero también por muchos adultos.

Se puede platicar acerca de esto con amigos y con el facilitador

Prostitución

¿Qué es? ¿Dónde se ubica?

Es tener una relación sexual con una persona a cambio de dinero.



Comercializa el sexo y se tiene un desahogo físico, no de amor. La mayoría de los casos de prostitución son mujeres que venden sus servicios a hombres, pero también hay hombres que venden sus servicios a mujeres o a otros hombres, así como algunas mujeres que venden sus servicios a otras mujeres. Hay varios tipos de prostitutas, las más visibles y las que cobran precios más bajos son las que rondan por las calles se dirigen a sus clientes en un modo muy claro y prestan sus servicios en alguna casa cercana que alquila habitaciones. Existe otro tipo de prostitutas que trabajan en un lugar estable o que se contactan por teléfono.

Autocuidado y creencias falsas

Tanto los hombres como las mujeres que hacen uso de la prostitución corren el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Por otro lado, al no ser una relación que involucre afectos puede dejar un vacío emocional, además de que podrían llegar a ser sujetos de abuso. Se corre el riesgo de engancharse emocionalmente con la prostituta y ocasionar fantasías en torno a esto, lo que puede crear un sentimiento de frustración. La prostitución puede dar un alivio físico pero no cubre las necesidades de afecto de la persona.

Social

Muchos hombres piensan que ir con una prostituta los hace más "machos" y les confirma su virilidad. Algunos adolescentes tienen su primera relación con prostitutas y es posible que tengan una mala experiencia. El ir con prostitutas no hace a los hombres más hombres ni les ayuda a su funcionamiento sexual.

Es probable que en algunos medios laborales u otros lleguen escuchar experiencias de personas con prostitutas o sean incitados a ir con ellas. Pero es importante tener claros los valores personales y tomar una decisión responsable y asertiva considerando los riesgos y los beneficios que implica.

Homosexualidad



La homosexualidad consiste en la atracción sexual hacia personas del mismo sexo. En la homosexualidad no hay problemas de identidad sexual (es decir, sentirse hombre o mujer) ni, por supuesto, de intersexualidad (combinación patológica de características físicas de ambos sexos). Simplemente se trata de mujeres que se sienten atraídas eróticamente por mujeres, y de hombres que sienten atracción por hombres.

Grados de Orientación Sexual

- | | |
|----------|---|
| 0 | Conductas exclusivamente heterosexuales. |
| 1 | Predominantemente heterosexual, pero con alguna conducta homosexual ocasional. |
| 2 | Predominantemente heterosexual, pero con conductas homosexual más que ocasionales. |
| 3 | Igual cantidad de conducta heterosexual y homosexual |
| 4 | Predominantemente homosexual, pero con conductas homosexuales ocasionales. |
| 5 | Predominantemente homosexual, pero con conductas homosexuales más que ocasionales. |
| 6 | Conductas exclusivamente homosexuales. |

Autocuidado y creencias falsas

Se tiende a pensar que la homosexualidad es una enfermedad o desviación sexual. Además de que la personas con esta preferencia son incapaces de mantener una relación estable y duradera. Por otro lado se cree que la homosexualidad es algo que puede curarse. Nada de esto es cierto. La persona homosexual al igual que cualquier otro individuo, merece respeto. El tener una preferencia sexual distinta a la propia no lo hace ni mejor ni peor persona. El ser homosexual no es una elección voluntaria.

Social

La homosexualidad es algo que ha sido estigmatizado socialmente y que tiende a ser mal visto. Sin embargo es una preferencia. Las personas con discapacidad mental no están excluidas a esto.

La preferencia sexual es algo que forma parte de la intimidad por lo que tiende a ser un tema más bien privado.

Dinámica

¿De qué lado estás?



Material:

Balanza hecha con un gancho y dos platos desechables o bolsitas colgando.

Cubos, bolitas o algún material que sirva de pesa

Procedimiento:

Se discutirá cada uno de los temas mencionados en las premisas. Esta discusión se llevará a cabo de la siguiente manera: al hablar de un tema específico se analizarán sus ventajas y desventajas. Al mencionar una ventaja se pondrá un cubito o una bolita sobre el plato o dentro de la bolsa de las "ventajas"; en cambio si se trata de una desventaja se pondrá la bolita o cubito en el plato o bolsa de las "desventajas". Así se hará con cada uno de los temas.

b) Para explicar cómo es la masturbación se pueden utilizar como material de apoyo las láminas del tema tres de los órganos sexuales externos, femeninos y masculinos



Nota: Al finalizar cada uno de los temas es importante señalar que se trata de un asunto personal y hay que tomar una decisión considerando las ventajas y desventajas.

Se recomienda enfatizar la masturbación como una buena alternativa.

Tema 12: Abuso sexual

OBJETIVOS:

- ✗ Reafirmar la autoestima y la seguridad en sí mismo, así como el respeto mutuo.
- ✗ Aplicar y practicar métodos asertivos
- ✗ Identificar situaciones de riesgo, cómo prevenirlas y cómo salir de ellas. "Señalar quien es un posible abusador sexual".

Ficha técnica

¿Qué es abuso sexual?

Abuso es cualquier acto cometido u omitido que ponga en peligro o perjudique a la persona física o emocionalmente en su salud y desarrollo. Las formas más frecuentes son físicas, emocionales deprivación o sexuales.

El abuso sexual puede ser físico o verbal (agresiones) que sean percibidas como no deseables; así como actividades sexuales involuntarias. Es usar o engañar para tocar o tener sexo. El contacto puede empezar en cualquier parte del cuerpo, puede involucrar penetración vaginal, anal u oral y puede ser con un objeto o parte del cuerpo. También puede ser forzar a ver los genitales de otra persona o exhibir los propios.

El explotar a un individuo que carece de la información suficiente para reconocer la situación, incapaz de entender o comunicar, también se considera abuso sexual.

Hay que diferenciar entre las caricias de afecto y las que serían de abuso. La mayoría de las caricias son buenas, se siente bien, cálido y agradable como sería un beso, un abrazo o dar la mano. Pero algunas veces pueden ser malas; cuando hieren el cuerpo o los sentimientos. A veces se mezclan sentimientos y no se está seguro, pero sí se sabe que algo anda mal. Algunas personas no acostumbran tocar o ser tocadas y hay que respetar su derecho.

Cuando se abusa de una persona ésta puede experimentar culpabilidad y vergüenza; sentirse responsable y devaluar su autoestima. Uno de los miedos más comunes es el abandono y pueden llegar a pensar que merecen ese abuso disminuyendo aún más su autoestima.

Entre los comportamientos abusivos que podemos señalar, están los siguientes:

Abuso sexual sin contacto	Comentarios sexuales hacia la persona. Exposición de partes íntimas (genitales, pechos) Voyerismo Fetichismo Llamadas telefónicas obscenas
Manoseo	Toca partes íntimas (pecho, nalgas, genitales.) El agresor induce a la víctima a tocar sus partes íntimas. El manoseo puede ser sobre o debajo de la ropa.
Penetración digital u objetal	El agresor coloca un dedo o dedos en la vagina o ano de la víctima. El agresor induce a la víctima a poner su dedo o dedos en sus genitales. El agresor coloca un objeto en la vagina o ano de la víctima.
Sexo oral	Besos de lengua. Besos lamiendo o mordisqueando otras partes del cuerpo. Succionando, besando, lamiendo o mordisqueando alguna parte del cuerpo, ya sea el agresor o la víctima.
Penetración peneana	Coito vaginal. Coito anal. La penetración generalmente es del agresor a la víctima.

Esta gama de conductas muestran la multiplicidad de comportamientos sexuales abusivos, los cuales pueden iniciar con un simple juego o demostración inocente, y con el tiempo evolucionar hacia otras como los descritos. Su connotación va desde un contacto no físico, hasta el violento.

Esto puede durar desde unos cuantos meses hasta varios años, pudiendo iniciar desde un abuso sexual leve, medio, hasta llegar al grave. Cualquier forma de abuso es potencialmente dañino para el pleno y sano desarrollo de una persona.

Donde suceden los abusos sexuales

La mayoría de los abusos sexuales ocurren en el hogar de la víctima o del abusador, son personas a las que el sujeto agredido conoce y que lo pueden controlar. En 8 de cada 10 casos reportados, el abusador es conocido por la víctima. Esta persona por lo general es una figura de autoridad a quien el sujeto agredido ama y en quien confía. Casi siempre se convence al sujeto a participar en este tipo de actos por medio de persuasión, recompensas o amenazas. Existiendo así cinco fases de abuso sexual entre el adulto y el menor según Suzanne M. Sgroi. (Citado por Gerardo González, 1993).

1. Fase de seducción: El ofensor utiliza la manipulación para hacerle creer al menor que lo que le propone es divertido, le ofrece recompensas, le presenta la actividad como atractiva. Si el menor se rehúsa, el adulto utiliza la fuerza o la amenaza para someterlo.
2. Fase de interacción sexual: se establece el abuso, pudiendo ser contacto físico o sin él.
3. Fase de secreto: para satisfacerse el ofensor necesita que la situación de abuso continúe y convence mediante amenazas, al menor para que guarde el secreto. Para lograrlo emplea frases como "no se lo vayas a decir a nadie", "este será nuestro secreto".
4. Fase de descubrimiento: este puede ser accidental o por revelación de la víctima. En el primero de los casos si ocurre cuando ninguno de los participantes estaba preparado para enfrentarlo, puede desencadenar una crisis simultánea en el menor, la familia y el agresor. En el segundo si la revelación del menor fue voluntaria, existen mayores posibilidades de reducir el daño, sobre todo si se le prepara para enfrentar las consecuencias: crisis familiar, rechazo en su comunidad, intervención de las autoridades, entre otras.
5. Fase de negación: es el forcejeo por salir de la crisis provocada por el descubrimiento, la reacción más común de la familia es la de negar la importancia de los hechos y los efectos de estos en la víctima. Realiza actos que tiende a restar, puntos a su credibilidad. Asustado confundido, con sentimiento de culpa e indefenso ante la presión, el menor niega el abuso en un esfuerzo por aliviar la situación y satisfacer a los adultos.

Vulnerabilidad de la persona con discapacidad intelectual ante el abuso sexual

Como ya se mencionó el abuso sexual es un problema que se presenta en algunas sociedades, sin embargo la información que existe aún es insuficiente y el problema ha sido poco explorado.

Escasos son los datos que existen con relación al abuso sexual a personas "normales" y mucho menos información se tiene en lo referente a personas con discapacidad intelectual, siendo contados los textos que abordan dicha problemática en México.

Algunas condiciones que los hacen ser un grupo más vulnerable, son las escasas demostraciones de afecto, el poco contacto con la realidad, la sobreprotección de los padres, la no aceptación de su sexualidad, la falta de información sobre la misma, él negarles la posibilidad de tener una pareja que les permita sentirse amados, deseados; aspectos que solo o en su conjunto pueden propiciar que ellos accedan a recibir demostraciones afectivas o sexuales de otras personas que solo buscan gratificarse de ellos. Por otro lado el hecho de depender de alguien hace que estas personas se encuentren en peligro, ya que existe la posibilidad de que estén inclinados a obedecer por miedo a ser desamparados.

Es necesario que se acepte las necesidades sexuales de estas personas y les demos los espacios necesarios para que puedan desarrollar en forma adecuada su esfera biopsicosocial.

¿Qué hago en caso de que abusen de mí?

Regularmente cuando se abusa sexualmente de una persona se presentan ciertos indicadores que pueden ser una señal de que esto ha ocurrido aunque la persona no lo exprese abiertamente. Puede haber manifestaciones de infecciones de transmisión sexual, rastros de agresión, miedo, remordimientos, fantasías, cambios extremos de conducta, agresión, hiperactividad o comportamiento seductor entre otros.

Por lo general las víctimas no hablan acerca del incidente. Hay que darles confianza para que puedan abrirlo, comentar el incidente y orientarlos. No se debe confrontar a la persona que ha sido sujeto de abuso con el ofensor.

Es importante dar validez a los sentimientos de la víctima, a la ansiedad, miedo, etcétera y hacerle sentir el derecho a la seguridad.

¿A quien le digo?

Es importante señalar que en caso de que se vean expuestos a una situación de abuso sexual deben comentarlo con una persona de mucha confianza y con quien se sientan seguros para hablar del incidente. Es muy importante hablarlo y dejar a la persona expresar sus sentimientos; así como reforzar su autoestima y seguridad en sí mismo.

Creencias Falsas

Existen algunos mitos en tomo a la discapacidad intelectual y el abuso sexual:

- ✗ Las personas agradables no son abusadas.
- ✗ La gente con discapacidad intelectual no es atractiva.
- ✗ Una persona con discapacidad mental no puede entender lo que está pasando.
- ✗ No se le puede creer a una persona con discapacidad intelectual.

Autocuidado

Es importante reflexionar junto con las personas con discapacidad intelectual sobre lo que les puede ocurrir si acceden a este tipo de invitaciones, y no dejarlos vivir en un mundo de fantasía, es decir, haciéndoles creer que nadie les va hacer daño y que la gente que está a su lado los va apoyar siempre y va actuar para su beneficio.

Es necesario conocer los siguientes consejos:

1. Informarse sobre la sexualidad para poder identificar una agresión sexual.
2. Salir acompañado o acompañada por la noche.
3. Aprender autodefensa.
4. En caso de agresión, huir y buscar ayuda.
5. Aprender de memoria los números de teléfono de la policía y de los servicios de emergencia.
6. Saber de que manera llamar la atención por ejemplo llevar un silbato.
7. Siempre estar atento a lo que pasa alrededor suyo.
8. Evitar los lugares aislados.
9. Nunca hablar con una persona desconocida.
10. Si no comprendes las leyes referentes al abuso sexual, preguntar a un experto

Prevención de Abuso Sexual

Como ya se ha mencionado anteriormente el abuso sexual es una agresión que va a dejar secuelas físicas, psicológicas y emocionales en la víctima, por tanto es urgente la creación de programas para la prevención de éste, y el elemento clave para esto es proporcionar una educación sexual encaminada a formar y a dar elementos necesarios para comprender la responsabilidad que deriva la decisión de tener una relación sexual, a enseñar a los jóvenes la autoprotección, fomentar o promover la expresión de sus pensamientos, sentimientos y emociones.

Sugerencias

Es importante recordar a los participantes lo siguiente: tu cuerpo es tuyo y tú debes de cuidarlo, además de que eres una persona que merece respeto y que debe respetar a los demás. Debes aprender a cuidarte a ti mismo y a decir que "No" en forma firme cuando una situación te es desagradable, así como a respetar cuando otra persona te dice que no.

Es muy importante que tengas confianza en ti mismo y creas en tus corazonadas. Si algo no te gusta o te parece raro, no tienes por qué aceptarlo. La asertividad es algo útil en éstos o en muchos otros casos; es decir, defender tus derechos expresando lo que crees, piensas y sientes de manera directa y clara en un momento oportuno y respetando a las otras personas (autocuidado).

Para poder prevenir el abuso sexual es muy importante reforzar la autoestima y la confianza en sus habilidades y sentimientos.

Por otro lado es importante señalar que el abusador sexual no necesariamente es un extraño sino que puede ser alguien cercano a la familia o un conocido.

Dinámicas

Buena gana o Abuso



Material: Círculo de la unidad de Relaciones Interpersonales II

Procedimiento

A) Utilizar el círculo para reafirmar el tipo de relación que se tiene con distintas personas y la cercanía física, remarcando situaciones de peligro o actitudes que puedan molestar a los demás.

B) Mediante el juego de roles, presentar posibles situaciones de riesgo en las que los participantes puedan verse involucrados y dar alternativas para evitarlas o tenerlas reforzando métodos asertivos.

Por ejemplo:

¿Que puedo hacer cuando un extraño en un transporte público quiere tocarme alguna parte del cuerpo? ¿Que hago si un compañero(a) quiere sobrepasarse conmigo o en situaciones en las que alguna actitud propia pueda faltar al respeto de otra persona?

Conociendo los casos

Material:

Hoja estímulo

Procedimiento:

Entregarle a cada uno de los participantes la hoja estímulo. Analizar y reflexionar cada uno de los casos.

Los participantes deben de mencionar que hacer en los casos presentados.

Propiciar la discusión entre los participantes.

Nota: se puede apoyar la actividad con el role playing.

Conociendo los casos

Todas estas acciones representan casos de abuso sexual



El vecino siempre me dice que quiere besarme y tocar mi cuerpo

El acoso sexual consiste en acciones o palabras no deseadas



Mi padre ha abusado sexualmente desde que tenía seis años

La actividad sexual entre miembros de la misma familia se llama incesto. Esta prohibido por la ley



Un miembro del personal de donde trabajo tenía la costumbre de enseñarme sus partes íntimas

La persona a quien le gusta mostrar sus partes íntimas se llama exhibicionista



Fui abusado sexualmente por un desconocido

Una persona que comete un abuso sexual puede ser condenada a prisión



Mi hermano me hizo tener relaciones sexuales con el

El abuso sexual puede llevar a realizarlo repetidas veces.



El chofer del autobús me acariciaba los senos cada día

Tocarle a uno las partes íntimas, en contra de su voluntad, constituye también un abuso sexual.

Tema 13 Comportamiento social

OBJETIVOS:

- Que la persona distinga las actitudes y actividades adecuadas a cada situación.
- Reafirmar la vestimenta adecuada a cada situación así como las actividades y las partes del cuerpo públicas y privadas.

Ficha Técnica

En este apartado se pretende retomar las conductas adecuadas e inadecuadas que se mencionaron en las demás unidades, reforzando las partes públicas y privadas del cuerpo y agregando el tipo de vestimenta adecuada para cada situación la ropa que es pública y la privada. Con esto nos referimos, por ejemplo, a usar la pijama sólo en la casa, que dos personas no pueden estar besándose en el trabajo que la masturbación debe hacerse en un lugar privado e íntimo (es decir, aunque el baño de una tienda pueda tener cierta privacidad, no es el lugar adecuado para hacerlo). Por otro lado también puede incluirse la elección de ropa en una tienda, identificación del baño adecuado en un lugar público (es decir de damas y caballeros), reforzar el traer los botones y zípers siempre cerrados, sentarse con las piernas juntas o cruzadas cuando se trae una falda, usar ropa limpia, etcétera.

Sugerencias

Se pretende reafirmar las conductas adecuadas e inadecuadas referentes a cada capítulo y globalizarlas a todo su entorno.

Dinámica



¿Qué debo hacer?

Material:

Láminas de diferentes lugares como son: oficina, playa, calle, baño, casa y figuras con diferente tipo de vestimenta y diferentes actividades.

Procedimiento

Se pondrán las láminas pegadas en la pared y se pedirá a los participantes que discutan qué lugar es el adecuado para cada persona de las fotos o recortes y que los peguen en la lámina adecuada. Esto se hará tanto para las actividades como para la vestimenta.

Lo público y lo privado



Material:

Láminas de personas desnudas.

Procedimiento: Se reforzará qué partes del cuerpo son públicas y cuáles privadas. Esto también se puede hacer preguntando directamente al participante acerca de su cuerpo.

Conclusiones

Es evidente que a partir de los últimos años se han presentado varios cambios favorables en el acercamiento a la discapacidad intelectual y en los servicios dirigidos a estos individuos.

Uno de los factores que se consideró que estaba influyendo en la sexualidad y educación sexual de las personas con discapacidad intelectual, ha sido el problema mismo. Por un lado, las concepciones que se han tenido acerca de la discapacidad intelectual propician que los que rodeamos a las personas que lo "padecen", tengamos actitudes distintas de las que se suelen tener al resto de la gente, por este simple hecho y, por el otro, la misma desventaja intelectual. Por ejemplo el segregar a las personas con discapacidad intelectual, por considerárseles, en un primer momento, peligrosos y luego indefensos, se busca su integración a las actividades de la comunidad y la "normalización" de su estilo de vida.

En el campo de la discapacidad intelectual vimos que se han dado avances importantes en su desarrollo científico y social. Con una actitud más abierta, surge en la actualidad una filosofía que cambia la idea de que la persona con discapacidad intelectual es un enfermo e incapaz de valerse por sí mismo. Hoy en día a la persona con discapacidad intelectual ha llegado ya a vérselo tal como lo que es, UNA PERSONA, antes que discapacitada.

Actualmente se considera que el individuo tiene una discapacidad en algunas áreas, pero no es generalizada. Puede desarrollar sus aptitudes y habilidades y superar sus limitaciones, en la medida de lo posible, si se le ofrecen las oportunidades y los apoyos necesarios para lograrlo. Se ha probado, que con un trato humano y oportunidades suficientes pueden alcanzar mayores niveles de desarrollo de lo que se ha creído posible. Se ha visto que el coeficiente intelectual no es una condición fija porque está sujeta, entre otras cosas, al ambiente en que se desenvuelve cada persona. Se ha dado un compromiso e interés para con ellas, no lo de personas o instituciones independientes, sino también de Estados y las Organizaciones Mundiales. Se ha estudiado que discapacidad intelectual tiene causas diversas y, que en la mayoría de ellas no se encuentra que se presenten asociadas a otro tipo de alteraciones, como sería la constitución o funcionamiento sexual.

La persona con discapacidad intelectual tiene la posibilidad de llegar a ser autónoma, independiente, responsable y disfrutando de su vida plenamente, auto dirigiéndola al máximo posible. Si bien se hacen esfuerzos por lograr la integración

de las personas con discapacidad intelectual a la sociedad y sea capaz de autocuidarse, sin embargo en el campo de la sexualidad quedan vacíos.

Desde el origen del ser humano hasta nuestros días, siempre ha manifestado su sexualidad, por lo tanto todos somos seres sexuados.

No obstante, hablar de sexualidad abiertamente ha sido y sigue siendo fuente de conflictos y de interpretaciones equivocadas o desinformadas.

Se ha investido la sexualidad de creencias falsas y tabúes, limitando a la relación sexual ligada a la reproducción y a la genitalidad. Desde esta perspectiva pareciera que otras expresiones de afecto, los roles sociales, las relaciones interpersonales, etcétera no estuvieran cargadas de sexualidad.

Esto representa barreras para la población en general, pero aún más para las personas con discapacidad intelectual. Ante ellos hay mayor cantidad de creencias falsas y restricciones por lo que se ha tendido a limitar y reprimir su expresión sexual.

Esta reconceptualización abre un nuevo camino para el trato y atención que debe brindarse a las personas con discapacidad intelectual, pero aún hay un largo camino por recorrer para que llegue a institucionalizarse y extenderse a toda la comunidad. En principio, debemos alcanzar mayores niveles de difusión y promoción, y no limitar el conocimiento de estos avances sociales conceptuales a quienes estamos interesados de manera personal, profesional y/o institucionalmente en el problema. Es importante le hagamos difusión de los avances que se vayan logrando para mejorar y dignificar sus condiciones de vida en la familia, institución y la comunidad.

Ha predominado la idea de que la expresión de su sexualidad es distinta a la del resto de la sociedad. Se les ha privado la posibilidad de satisfacer sus necesidades de afecto y calidez, por el temor a que se reproduzcan. Lo más común es que la sociedad en general trate a estas personas como "niños eternos" para así no enfrentar que son adultos con deseos y necesidades sexuales.

Algunas de las razones para no ofrecer educación de la sexualidad o hacerlo en forma restringida, es el considerar que las personas con discapacidad intelectual no la necesitan o no existe interés. Sin embargo, es un hecho que estas personas también tienen inquietudes y deseos de expresar su sexualidad. Ignorar estos aspectos naturales podría tener consecuencias más graves que el proporcionar información "de más".

Entonces los que rodeamos a las personas con discapacidad intelectual, tenemos que revisar y reorientar nuestras percepciones y actitudes hacia ellos para no

seguir obstaculizándoles el camino que les permitirá ser parte de la sociedad, no sólo en su calidad de seres humanos, sino también para que tengan la oportunidad de desempeñarse de manera "normal" dentro de su grupo social y, puedan crear con ello una imagen positiva de si mismos.

Tradicionalmente se les ha concebido a las personas con discapacidad intelectual: asexuadas, hipersexuadas, exhibicionistas, con impulsos y deseos incontrolables, sin la madurez y responsabilidad que requiere una vida sexualmente activa y capacidad de llegar a alcanzarlas.

Lamentablemente no se encontró, en muchos aspectos de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual suficiente literatura e investigación que nos pudiese proporcionar más elementos para abordarla de una manera mejor fundamentada, pero es importante considerar que, según lo mencionan distintos autores y por la propia experiencia, en su caso existen factores que contribuyen a que no sepan manejarse adecuadamente, entre ellos: la falta de un entorno, la segregación, las prácticas restrictivas, su nivel de funcionamiento, el aislamiento del que han sido objeto, sus escasos conocimientos y habilidades sociosexuales, su vulnerabilidad y, los efectos de las drogas cuando están sujetos a alguna.

Con cierta frecuencia hemos sido nosotros los que los rodeamos, los que no hemos visto sus expresiones de la sexualidad con naturalidad y, hemos tenido actitudes limitantes para la manifestación de su sexualidad; reflejando nuestros propios temores, inexperiencia y desinformación, al tomar "precauciones" para asegurarles la opresión de su sexualidad.

Es probablemente debido a ello, que se establecieron ya los derechos sexuales de las personas con discapacidad intelectual, los que de manera general aseguran sencillamente que tienen los mismos derechos que cualquier otra persona e, intentan defender su calidad humana y terminar con las actitudes limitantes que hemos acostumbrado tener hacia ellos.

En su mayoría, las personas con discapacidad intelectual muestran que sus actitudes y necesidades relacionadas con la sexualidad no difieren en esencia del común de la población.

Asimismo, dentro de ciertos límites, su desarrollo psicosexual sigue las mismas pautas que las del sujeto normal, con la salvedad de que algunos requieren de más tiempo para pasar de una etapa a otra, debido a que pueden existir problemas físicos o psicológicos que interfieren en él.

En su desarrollo sexual biológico algunos muestran un desarrollo sexual normal (sobre todo las personas con discapacidad intelectual cuyos CIs se ubicarían en las categorías de leve y moderado) y, se supone que entre mayor sea el daño a las capacidades intelectuales, mayor es la probabilidad de que el desarrollo sexual se vea afectado.

Sobre el asunto relacionado con la crianza y paternidad existe un conflicto no resuelto de derechos, el de los padres con discapacidad intelectual y el de los hijos. Se puede decir que este sigue siendo cuestionado porque resulta difícil establecer que estas personas sean capaces de desempeñar adecuadamente y de manera autosuficiente sus obligaciones parentales, principalmente, la importancia que tiene la estimulación intelectual y la emocional en la formación básica de todas las personas.

Por lo que actualmente se plantea la solución a través de la planificación familiar, que permite separar el ejercicio de la sexualidad, de la paternidad o la maternidad, para salvar el derecho de la persona con discapacidad intelectual a formar una pareja estable sin las consecuencias de tener hijos.

Sin embargo, desde mi punto de vista, esta alternativa no sería la solución más acertada, puesto que seguiría representando un trato discriminatorio. Considero que en algunos casos sería más conveniente apoyar y orientar a las personas con discapacidad intelectual que desean tener hijos para que valoren si podrían satisfacer las necesidades de un niño y, tomen una decisión responsable. Es decir, darles la educación sexual que requieren, para tener una percepción realista de sus habilidades parentales y de las responsabilidades que la paternidad implica, en lugar de seguir forzándola en un sentido u otro.

La persona con discapacidad intelectual es susceptible y vulnerable al abuso sexual por lo tanto debe aprender cómo cuidarse y qué puede hacer para prevenirlo. Así también, debe saber qué conductas propias podrían ser consideradas como un abuso sobre otra persona. Para esto, es necesario que conozca su cuerpo y los aspectos de su sexualidad.

Definitivamente hay algo que no se puede negar, y es que las Personas con discapacidad intelectual requieren de la educación sexual más que cualquier otra persona, porque como se puede ver están sujetas, a una mayor serie de variables que pueden limitar sus conocimientos, su desarrollo emocional, y su desenvolvimiento ante la vida. Y si bien sus limitaciones intelectuales les afectan, esto no significa que estén incapacitados para acceder a todo tipo de aprendizaje, y

que no puedan lograr niveles aceptables de comportamiento dentro de su núcleo social.

Es entonces el momento para que los sus educadores, padres y profesionales en el área de la discapacidad intelectual, revisemos y empecemos a modificar nuestras creencias y actitudes sobre la sexualidad, la discapacidad intelectual y la sexualidad de estas personas. Puesto que es necesario: aceptar la sexualidad como un " hecho natural; que hagamos conciencia que guardar silencio sobre el tema no resuelve nada; que busquemos la propia realización en este sentido; que reconozcamos que aún con su discapacidad intelectual, estas personas poseen necesidades afectivas y sexuales que satisfacer; que se requiere se les perciba más por sus capacidades que por sus limitaciones; que abandonemos las actitudes de compasión o rechazo que los desfavorecen y que se han derivado de la desinformación; que resolvamos todas esas ideas erróneas sobre su sexualidad y, que dejemos de agregarles defectos para no permitirles su propia realización; para que finalmente les proporcionemos la educación sexual necesaria y les brindemos la oportunidad de que alcancen mejores niveles de vida.

Para lograr este fin se propone un taller de Educación de la Sexualidad para Adultos con Discapacidad Intelectual que puede aplicarse a cualquier institución y ser adaptable a las diferentes exigencias tanto de la población como del lugar donde se labore. Este tiene por objeto proporcionar orientación para que la persona pueda expresar y experimentar su sexualidad en una forma sana, adaptada y responsable, así como aprender a cuidarse a sí mismo. Esto se busca lograr mediante la ayuda del facilitador y los compañeros de grupo, por lo que el Manual va dirigido al facilitador.

Este programa, para que pueda ser viable, tiene que estar integrado a un ambiente en el que exista una apertura a la diversidad y que prevalezca la convicción de que la persona con discapacidad es capaz de tomar decisiones sobre sí misma en mayor o menor grado, que se le respete como individuo y que tenga como propósito integrar, normalizar y encaminar al individuo hacia una vida lo más independiente posible, y hacia su desarrollo personal.

Para evaluar este programa, es recomendable realizar un seguimiento y sobre todo, durante la aplicación, tomar en cuenta la retroalimentación, tanto verbal, actitudinal y conductual, de los propios participantes.

En la actualidad se está haciendo un mayor y más positivo énfasis para la comprensión y atención de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Sabemos que tienen los mismos, derechos y necesidades sexuales que cualquier otra persona y, que contamos con los elementos que nos aportan los que ya se han atrevido a desarrollar y a poner en práctica, planes y programas para la educación formal de su sexualidad. De los que es posible asegurar, que en cada intento que se ha hecho se han dado avances que los favorecen, más que afectarlos en algún sentido.














Las consideraciones y propuestas educativas para la implementación de la educación sexual con personas con discapacidad intelectual, nos pueden ser útiles en algún aspecto para ponerlos en práctica con los recursos que contamos nos enfrentamos a su orientación, consejo o educación sexual, podremos tener un impacto positivo en su asistencia, para que consigan hacer valer todos sus derechos, afronten con responsabilidad y plenitud su sexualidad y, se evite se les siga estigmatizando o haciendo objeto de la segregación social.

Con este programa se contribuye al cambio de actitudes de la sociedad en general hacia la sexualidad de las personas con discapacidad mental, y a la mayor libertad de expresión de estas personas.

Y si bien los logros alcanzados son grandes pasos, cierto es también, que todavía hay mucho por hacer. Participemos cada uno de nosotros en lo que nos corresponde para que continúen su ritmo: porque la única forma de hacer lo que creemos que es necesario hacer, es haciéndolo. Realicemos cada uno nuestra tarea para que las personas con discapacidad intelectual, puedan paulatinamente lograr su integración total a la educación, la sociedad y a la vida productiva.















Con este trabajo se espera que padres, educadores y la sociedad en general se concienticen y permitan la apertura hacia el ejercicio y manifestación de la sexualidad en las personas con Discapacidad Intelectual. Por otro lado se espera que la información aquí presentada provoque la sensibilización y reflexión sobre este tema en más de un lector.

Referencias Bibliográficas
















-  Acevedo A. (1992) **“Aprender Jugando”** Tomo 3. 2º edición México. Ed. Limusa.
-  Acevedo A. (1994) **“Aprender Jugando”** Tomo 1. 1º edición. México Ed. Limusa.
-  Aguilar A. y Mayen B. (1996). **Hablemos de Sexualidad. México.** MEXFAM, CONAPO.
-  Aguirre S. (2001). **Educación sexual: lo que las jóvenes deben saber sobre sexualidad.** Puebla, Pue.: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Dirección General de Fomento Editorial, f. Ducere.
-  Álvarez-Gayou, J.L. (1986) **Sexoterapia Integral.** México: Manual Moderno
-  Allers, R (1963). **Pedagogía sexual y relaciones humanas: Fundamentos y líneas principales analítico-existenciales.** Barcelona. Ed. miracle.
-  Armay (1997). **El constructivismo en la Práctica.** México.
-  Barbera E. (2000). **El constructivismo en la práctica.** Venezuela: laboratorio educativo. Barcelona. Ed. Grao.
-  Barragan F (1991) **La educación sexual: Guía teórica y práctica.** Barcelona: México: Paidós.
-  Bekman e Hiriart (1994) **Desarrollo y Propuesta de un programa de educación de la sexualidad para adultos con discapacidad intelectual.** México: Licenciado en Psicología. Universidad iberoamericana.
-  Bcrthcrat. T.(1986). **El cuerpo tiene sus razones.** México: Paidós.
-  Bereard, M. (1985). **El cuerpo.** México: Paidós.
-  Brostein De Ranen, E., (1983) **El mundo maravilloso de la herencia humana.**, México D.F.: Asociación Mexicana de Educación Sexual.

- 📖 Burgos G. Y Saad E. (1997) **Necesidades Educativas Especiales – Discapacidad Intelectual-. Nueva Definición de Discapacidad Intelectual.** México: Facultad de Psicología. UNAM.
- 📖 Burgos G, Y Murga D, Y Saad E. (1997) **“Necesidades Educativas especiales – Discapacidad Intelectual. Nueva definición de discapacidad intelectual II”.** México: Facultad de Psicología. UNAM.
- 📖 Calixto R. (2000) **Imagen y percepción de la educación de la sexualidad.** México : Universidad Pedagógica Nacional, Dirección de Investigación,
- 📖 Carelli L. (1981) Educación Sexual: un componente de la educación especial, Memorias 1er Congreso Nacional sobre Deficiencia Mental. México D.F.
- 📖 Carretero M. (1993) **Constructivismo y Educación.** España. Ed. Edelvives
- 📖 Casarini M (1999). **Teoría y diseño curricular.** 2ª ed. México Trillas.
- 📖 Casas M; Ituarte M. (2000) **“Hablemos con los jóvenes: Guía práctica de educación de la sexualidad para padres y maestros.”** México: 2ª edición. Trillas.
- 📖 Cava Ma. (2000) **“La potenciación de la autoestima en la escuela”** España Ed. Paidós España
- 📖 Centro de Adiestramiento Personal y Socia. (1990). **Temario para la elaboración de un programa de educación especial.** México D.F.
- 📖 CNDH. Tríptico: **La discapacidad es asunto de todos.** Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- 📖 COLL, C., PALACIOS, J. y MARCHESI, A. (comps.) (1990): **Desarrollo psicológico y educación.** (3 vols.), Madrid: Alianza.
- 📖 Coll C. (1993) **El constructivismo en el aula.** Barcelona. Ed. Grao.
- 📖 Coll C. (1997) **Constructivismo y educación escolar: ni hablamos siempre de lo mismo ni lo hacemos desde la misma perspectiva etimológica,** en M.J. Rodrigo y J Arnay (comps): **La construcción del conocimiento escolar,** Barcelona: Paidós, Cap. 5
- 📖 Comité Socio Sexual de la Confederación Mexicana de Asociaciones de Padres a favor de las personas con Discapacidad Metal.[CONFE] (1992) Marco Referencial acerca de la sexualidad.

- 📖 Consejo Nacional de Población. (1982). La educación de la sexualidad humana. México DF. CONAPO
- 📖 Consejo Nacional de Población. (1994). Antología de la sexualidad humana. México: Porrúa.
- 📖 CONAPO (1988), Encuesta nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior. Secretaría de Salud, México.
- 📖 CONAPO (1994). “Sexualidad adolescente”. México.
- 📖 De la Roz A. (1992) Sexualidad humana: Algunos aspectos de educación sexual. México: UAM, Unidad Xochimilco.
- 📖 Díaz F. (2000) Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. México Paidós
- 📖 Díaz De León (2000) Taller de sexualidad para adultos que asisten al Instituto Nacional para la educación de los adultos. Tesis Licenciatura. UPN, Academia de Pedagogía.
- 📖 Elizondo M. (1997) “Asertividad y escucha activa en el ámbito académico” México. Ed. Trillas.
- 📖 Erikson, Erik. (1993). “Infancia y Sociedad.” 12º ed. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- 📖 Ferrer, Ferran (1992). Como educar la sexualidad en la escuela.
- 📖 Freud (1978). Tres ensayos sobre teoría sexual. Madrid. Alianza editorial
- 📖 Foucault, Michel (1993) Historia de la Sexualidad, Vol. I, La voluntad de saber, Siglo XXI.
- 📖 Foucault, M (1993) Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres, Madrid, Siglo XXI.
- 📖 García I, Escalante I, (2000) “La integración educativa en el aula regular. Principios, finalidades y estrategias”. México: SEP.
- 📖 Giraldo N. O. (1983). Explorando las Sexualidades Humanas. México: Trillas.

-  González Gerardo (1993). **El maltrato y abuso sexual a menores: una aproximación a estos fenómenos en México.** UAM, UNICEF, COVAC
-  González Nuñez (1999) **Psicoterapia de Grupos. México.** Ed. Manual Moderno.
-  Guiraud. P. (1986). **El lenguaje del cuerpo.** México: Fondo de Cultura Económico.
-  Hiriart V. (1999). **Educación sexual en la escuela: Guía para el orientador de púberes y adolescentes.** México, DF. : Paidós.
-  Ingalls, R. (1982) **Retraso mental: la nueva perspectiva.** México: manual moderno.
-  Jara, G. y Molina R. (1993). **Educación Sexual. Manual para educadores.** Chile. Arancibia Hermanos.
-  Kempton W.(1978). **The rights of mentally ill and ehe menatally retarded: Are sexual rights included?** Devereux Forum, Filadelfia Vol 13 (1) p.p. 45 a 49.
-  Kempton W. **“Life horizons I: The physiological and emocional aspects of being male and female. Sex education for persons eith special needs.”** James Satnfield Company. Sta. Barbara, CA 93140.
-  Laplanche, Jean y Jean– Bertrand Pontalis. (1994) **“Diccionario de Psicoanálisis”**. 2º ed. Editorial Labor, S.A.
-  Lejeune, Claude. (1979). **Pedagogía de la educación sexual.** Madrid : Aguilar.
-  Lespada J. (1989). **Aprender Haciendo. Los talleres en la escuela.** Buenos Aires. Colecciones Guidance.
-  **LifeFacts 1 Sexuality** (53 laminas).
-  Lobato, X (1997) **La defensa y autodefensa de los derechos de las personas con discapacidad: una propuesta educativa.** Tesis Licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.
-  López, F. (1990). **Educación Sexual. Madrid:** Fundación Universidad-Empresa.
















- ☞ Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.).
- ☞ Macotela S.(2003) Introducción a la Educación Especial. México. México: Facultad de psicología, UNAM.
- ☞ Marchesi, A.Y Martin E. (1992) Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales. Em A Marchesi, C. Coll y J. Palacios. (Eds.). Desarrollo Psicológico y educación. Vol. III. Necesidades Educativas Especiales y Aprendizaje Escolar. Madrid: Alianza Psicológica
- ☞ Marinis, D. (1995). Educación sexual: orientaciones didácticas para la educación secundaria obligatoria. Madrid: Visor.
- ☞ Masters, W., Johnson, V. Kolodny, W.C. (1987) La Sexualidad Humana. México: Grijalbo.
- ☞ Medialdea C. (2001).Como funciona mi cuerpo. Madrid : Internacionales Universitarias.
- ☞ Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). Fichas de sexualidad.
- ☞ Money J. y Ehrhard (1982.) Desarrollo de la sexualidad human: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género, Madrid, España: Ed. Morata.
- ☞ Nader, L. y Palacio M (1993) Sexo y Familia. Santa Fé bogota: planeta
- ☞ Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- ☞ OMS- OPS (2000) Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la Acción. Antigua, Guatemala. OMS-OPS
- ☞ OMS (1975). Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Ginebra. Serie de informes técnicos, 572
- ☞ OMS (1977). Normas para la evaluación de objetivos de aprendizaje en la formación de personal de salud. Ginebra. Serie de informes técnicos, 608.
- ☞ OMS (1985). La sexualidad y la planificación familiar.

-  Olguín, Murga del V. (1982). La educación de la Sexualidad Humana. México: CONAPO
-  Pick S., Aguilar. et. al. (2002) Planeando tu vida. México. Limusa
-  Pick S., Antología de la sexualidad Humana Vol. I
-  Pierangelo R. y Jacoby R. (1996). Guía de educación especial para niños discapacitados. México. Centro de Información y difusión. CONFE.
-  Porlan R (1998). Constructivismo y escuela : hacia un modelo de enseñanza-aprendizaje basado en la investigación. 5ª edición. Sevilla. Ed. Diada.
-  Rojas N. (1994). La pareja, cómo vivir juntos. Santafé de Bogotá, Colombia: Planeta.
-  Rogers (1978) Libertad y creatividad en la educación. Buenos aires . Paidós.
-  Rogoff B.(1994) Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social. Paidós. Barcelona.
-  Rosete A. (1998) “Análisis de los factores de influencia sobre la sexualidad y educación sexual de las personas con discapacidad intelectual. Tesis licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología.
-  Salmones Ma. (2003). Art. CONFE al servicio de los discapacitados. Comité Socio Sexual de la Confederación Mexicana de Asociaciones de Padres a favor de las personas con Discapacidad Metal.[CONFE].
-  Sánchez C. C. (1996) La última oportunidad. (p.108), México: Selectos Diamante.
-  Schulz y William (1975) Programación de objetivos de Educación Sexual. México. Ed. Pax
-  Sentilhes, Nicole.(1991) Guía de educación sexual. México : Daimon.
-  Segura Y, Frago V. (2001). “Taller de juego dramático: una opción para prevenir el abuso sexual en personas con discapacidad intelectual.” Tesis de licenciatura. México: Facultad de Psicología. UNAM.
-  SEP (2001). [Curso nacional de integración educativa: Lecturas. “Definición y explicación del retraso mental”]. México: Secretaria de Educación Pública.

- 📖 Torices, I. (1992) **Personas con limitaciones y necesidades especiales: Estrategias educativas y de consejería.** Mecanograma de la Especialización en Sexología Educativa IMESEX
- 📖 Torices, I. (1995) **Papel del terapeuta físico y el terapeuta ocupacional en la rehabilitación sexual de la persona físicamente discapacitada.** En Archivos Hispanoamericanos de Sexología. Vol. 1 No. II, México: Instituto Mexicano de Sexología
- 📖 Torices, I. (1997) **La sexualidad en los Discapacitados.** México: Ducere
- 📖 Valabrege, C. (1973). **La educación sexual en el extranjero.** Madrid, España: Guadarrama.
- 📖 Van Sommers, Peter (1996) Los Celos.
- 📖 Verdugo, M.A. (2002). **Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002.** Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Universidad de Salamanca.
- 📖 Venegas J. (2000). **"Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad"** México. 2ª edición. Ed. Manual Moderno.
- 📖 Verdugo; M.A. (2003) **Análisis de la definición de la discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002.** Instituto Universitario de integración a la comunidad. Universidad de Salamanca
- 📖 Verdugo, M.A. Y Schalock, R.L.(2002). **The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners.** Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción al castellano en 2003, Alianza Editorial]
- 📖 Verdugo, M.A. (1989/1997). **Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas Conductuales Alternativos.** Salamanca: Amarú.
- 📖 Verdugo, M.A. (1996). **Programa de Habilidades de Orientación al Trabajo (POT). Programas Conductuales Alternativos.** Salamanca: Amarú.
- 📖 Verdugo, M.A. (1999). **Avances conceptuales y del futuro inmediato: Revisión de la definición de 1992 de la AAMR.** *Siglo Cero*, 30 (5), 27-32.
- 📖 Verdugo M.A. (1993) **La integración social de los minusvalidos : balance despues de diez años de vigencia de la Ley 13/1982 / ponencias a cargo de Santiago Muñoz Machado.** Madrid. Fundacion ONCE. Escuela Libre,

- 📖 Verdugo, M.A. (2000). **Programa de habilidades de la vida diaria (PVD). Programas conductuales alternativos.** Salamanca: Amarú. Voces (2002, Mayo/Junio). Madrid: FEAPS.
- 📖 Washington, D.C.: **American Association on Mental Retardation.** [Libro utilizado por la AAMR para el desarrollo de la propuesta de 2002, y a publicar próximamente via Internet por la propia AAMR]
- 📖 Wild. H. D. (1992). **Como alcanzar la felicidad con su pareja.** (p. 33). Santafé de Bogotá. Colombia: Norma.
- 📖 Woolfolk A. (1996) **Psicología Educativa.** Traducción México. Ed. Prentice may Hispanoamericana.
- 📖 Zabala Vidiella, A. (1995) **La práctica educativa. ¿Cómo enseñar?** Ed. Graó. Barcelona. España
- 📖 Zabala Vidiella, A. (1999) **Enfoque Globalizador y pensamiento complejo. Una respuesta para la comprensión e intervención de la realidad.** Ed. Graó. Barcelona. España
- 📖 Zacarias J.(1991). **El derecho a la sexualidad de la persona con Discapacidad Mental.** Memoria del consenso bienal de la Federación de Salud Mental, deficiencia mental y Bienestar emocional.
- 📖 Zacarias J, Y Saad E. Y Burgos G.(1997) **“Necesidades Educativas especiales – Nuevas tendencias en discapacidad mental”.** México: Facultad de Psicología. UNAM.
- 📖 Zimmermann, M. (1997) **Sexualidad: programa educativo.** Madrid: Cultural.

Sitios web

-  <http://usuarios.discapnet.es/disweb200/art/paradigm.htm> (El nuevo paradigma del retraso mental)
-  <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR2002.pdf>
-  <http://www.tnrelaciones.com/anexo/diccionario/index.html>
-  <http://www.xtec.es/~imarias/proyecto.htm>
-  <http://www.hoy.com.ec/libro6/home.htm#temas>
-  <http://inicia.es/de/pepegallardo/Portada.htm>
-  <http://www.sos-sexo.com.ar/anatomia/default.htm>
-  <http://www.medusex.com/elporque.htm#porque>
-  http://www.medspain.com/ant/n14_jul00/DISCAPACIDAD.htm
-  <http://www.gurisesunidos.org.uy/publicaciones/MANUAL%20salud%20sexual.doc>
-  <http://www.didacticahistoria.com/psic/psic07.htm>
-  <http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc01.htm>
-  <http://www.hoy.com.ec/libro6/fasc01.htm>
-  <http://avivasg.eresmas.com/home.htm#conceptos>
-  <http://serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/39/rf39rep.html>