



*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO*

*FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ARAGÓN*

*“PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE
INFECCIONES SEXUALMENTE
TRANSMISIBLES EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL”*

TESIS

*QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PEDAGOGÍA*

*PRESENTAN:
DELGADO GARCÍA YURIKO
DÍAZ JÁCOME MÓNICA VIRIDIANA*

*ASESOR:
LIC. JOSE LUIS CARRASCO NÚÑEZ*



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres:

*Por su esfuerzo de toda la vida
Y por darme la oportunidad
De ser alguien en la vida.*

A mi asesor:

*Profesor. José Luis Carrasco Nuñez. Por
compartir su experiencia y conocimientos
para así realizar un buen trabajo.*

A Mónica:

*Por su ayuda, apoyo e impulso
Para la realización satisfactoria de este
trabajo que sin su ayuda no hubiera sido
posible.*

A CONFE:

*Por abrirnos las puertas de su institución
y permitirnos tener una maravillosa
experiencia al realizar nuestra
investigación.*

A la FES Aragón:

*Porque en ella me dieron las herramientas
Necesarias para poder realizar este trabajo
Satisfactoriamente.*

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida y concluir este preciado sueño...

Quiero agradecer en primera instancia a la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO-FES ARAGÓN, de poder pertenecer a esta tan preciada Máxima Casa de Estudios.

De igual modo y con muchísimo cariño, agradecer a mi asesor LIC. JOSE LUIS CARRASCO NÚÑEZ, quién fue pieza fundamental para la culminación y éxito de esta tesis, sobre todo mil gracias por todo este apoyo brindado y además de los conocimientos que me aportó no sólo en este trabajo, sino a lo largo de mi carrera, los cuales son herramientas valiosísimas para llegar hasta donde estoy.... De todo corazón MIL GRACIAS.

También agradecer a mi compañera y amiga Yuriño Delgado García por todo el cariño, amistad y apoyo brindado en todo momento y así juntas llegar a concluir satisfactoriamente este sueño.....

Por otro lado a todos mis familiares y amigos que estuvieron y han estado a mi lado en todo momento, que me han apoyado y creído en mí, se los agradezco con toda mi alma infinitamente. Y un agradecimiento muy en especial a mi madre María Jácome Ortega que ni con todo el oro del mundo podré pagar lo hermoso que ha hecho por mí y haberme ayudado a terminar muchos logros en mi vida, y quiero que sepas que este logro está dedicado a ti principalmente y que con todos los valores que me has inculcado seguiré adelante esperando estés orgullosa de cada logro en mi vida.....Te quiero mucho y una vez más GRACIAS POR TODO LO QUE HAS HECHO POR NOSOTROS.....

Por último a mis hermanos Eduardo Díaz Jácome y Arturo Díaz Jácome y a mis padrinos Gustavo Jácome y Virginia Pichardo gracias por sus consejos y su apoyo en todo momento ya que sin ustedes no hubiera podido seguir adelante con este sueño y llegar hasta donde estoy..... LOS QUIERO MUCHO.

Con todo mi cariño
Mónica Viridiana Díaz Jácome

INDICE

TEMA	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
 CAPÍTULO I. LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.	
1.1. Definición de discapacidad intelectual	4
1.2. Clasificación de la discapacidad intelectual.....	19
1.3. Causas de la discapacidad intelectual.....	24
1.4 Características de las personas con D.I.	26
 CAPÍTULO II. LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
2.1. Desarrollo sexual de las personas con D.I.	32
2.2. Como viven su sexualidad las personas con D.I.	36
2.3. Cual es la posición de los padres en cuanto a la sexualidad de sus hijos y que aspectos abordan.....	47
2.4. Derechos sexuales de las personas con D.I.....	58
2.5. El papel de la educación sexual en jóvenes con discapacidad en instituciones de educación especial.....	61
2.6. Importancia de una adecuada información sexual de los padres hacia los hijos con discapacidad intelectual.....	68
 CAPÍTULO III. INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.	
3.1. Que son las infecciones sexualmente transmisibles.	76
3.2. Clasificación de las infecciones sexualmente transmisibles.	
❖ Sífilis	79
❖ Gonorrea o blenorragia	80
❖ Chancro blando	81
❖ Granuloma Inguinal	81
❖ Herpes genital	81

❖ HPV o VPH (Virus del papiloma humano)	81
❖ Virus de Inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.	84
❖ Tricomoniasis	87
❖ Escabiosis.....	87
❖ Piojo de Pubis o ladillas.....	88
❖ Clamidia.....	88
❖ Candidiasis	89
3.3. Causas de las infecciones sexualmente transmisibles.....	90
3.4 Prevención de las infecciones sexualmente transmisibles.....	91

CAPÍTULO IV. PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES EN PERSONAS CON D.I.

4.1. Elementos metodológicos para la elaboración de programas de prevención de infecciones sexualmente transmisibles.....	95
4.1.1. Análisis de fundamentos	97
4.1.2. Determinación de objetivos.....	99
4.1.3. Determinación de objetivos específicos.....	102
4.1.4. Agrupación de objetivos específicos y estructuración del programa.....	103
4.1.5. Selección de métodos y medios	105
4.1.6 La evaluación	108
4.2. Detección de necesidades	109
4.3. Desarrollo del programa educativo para la prevención de infecciones sexualmente trasmisibles en personas con discapacidad intelectual.	
❖ Objetivo general	110
❖ Estructura didáctica	110
❖ Desarrollo de contenidos.....	112
❖ Cartas Descriptivas	131
CONCLUSIÓN	138
BIBLIOGRAFÍA.	141

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una parte esencial del ser humano que está presente desde el momento en el que nacemos y que se va desarrollando a lo largo de nuestra vida. La sexualidad es mucho más amplia que las características físicas que determinan que se es hombre o mujer, tiene que ver más con la forma de expresar nuestra forma de sentir hacia los demás y hacia nosotros mismos, además los valores que tenemos y la percepción que tenemos de nosotros mismos.

Un punto importante para definir la sexualidad, es que ésta también hace alusión a la forma o manera de comportarnos y de relacionarnos con los demás en nuestras actividades cotidianas. Podemos dividir la sexualidad en dos aspectos importantes; uno que se relaciona con el sentido erótico del ser humano que se refiere a nuestros deseos sexuales, y el otro que se relaciona con el desarrollo y con las relaciones interpersonales en general.

Actualmente la sexualidad es un tema que en lo general no es tratado abiertamente por la familia, lo que implica que a veces los jóvenes no obtengan una adecuada o suficiente información con respecto a lo que es e implica la sexualidad. En cambio, en los medios masivos de comunicación, a sí como en algunas instituciones educativas, abordan estos temas, pero aún se tienen ciertos tabúes para hacerlo. Y en el caso de las personas con discapacidad intelectual la información es más insuficiente ya que se considera que ellos no necesitan de esta información porque los consideran niños eternos que nunca van a presentar una vida sexual o que se van a pervertir al ser informados. Pero en realidad, las personas con discapacidad intelectual tienen la necesidad de expresar su sexualidad y por lo tanto el derecho a estar bien informados acerca de todos los riesgos que conlleva por ejemplo, el tener relaciones sexuales sin protección como son el tener un embarazo no deseado, o contraer alguna infección sexualmente transmisible. Y con base en estas carencias y necesidades que tienen las personas con discapacidad intelectual pretendemos realizar un programa que les permita informarse acerca de su sexualidad y principalmente de las infecciones sexualmente transmisibles.

Basándonos en lo antes mencionado, en el presente trabajo nos interesa plantear la importancia que tiene para nosotras el tema de nuestra tesis “Programa para la Prevención de Infecciones Sexualmente Transmisibles en Personas con Discapacidad Intelectual”, esperando satisfacer en la medida de lo posible la necesidad de información acerca de este tema en las personas con discapacidad intelectual.

Por lo tanto nuestro principal objetivo es difundir y crear conciencia en la sociedad de lo importante que es que las personas con D.I. tengan una sexualidad sana y plena y sobre todo el derecho que tienen de estar bien informados sobre ella para que puedan vivirla con libertad y responsabilidad.

Por eso en primera instancia hablamos de la persona con D.I. donde revisaremos la definición de lo que es la D.I. así como su clasificación, causas y consecuencias de la misma y de esta manera crear un conocimiento más claro de lo que es la D.I.

En el segundo capítulo hablamos de cómo es la sexualidad de las personas con D.I., de cómo es su desarrollo sexual y. donde nos podemos percatar de que no es tan diferente al resto de los jóvenes, así también nos referiremos a cómo viven su sexualidad principalmente en el tema de la necesidad y el derecho que tienen de ejercer su sexualidad con libertad, responsabilidad y sobre todo respeto. También se verán que tienen para ejercer su sexualidad para ello es necesario apoyarlos tanto nosotros como sociedad, como su familia. Hablaremos de cuál es la posición de los padres ante la sexualidad de sus hijos con D.I., así como cuáles son los aspectos que abordan y cómo es el trato que los padres le dan a la sexualidad de sus hijos y qué tanto aceptan que su hijo con D.I. tiene derecho de tener una sexualidad sana y plena. Acerca de este tema se hablará también de sus derechos sexuales ya que consideramos que es necesario que los conozcan para que no atenten contra ellos. En este apartado se verá la importancia que tiene la educación sexual en jóvenes con D.I. dentro de las instituciones de educación especial, así como la importancia de que los padres informen a sus hijos para que estos puedan ejercer una sexualidad con responsabilidad.

En el tercer capítulo veremos el tema de las infecciones sexualmente transmisibles, ya que consideramos que aunque la sociedad piense que las personas con D.I. no pueden tener una vida sexual activa, esto no es así, y nos parece de suma importancia que las personas con D.I. conozcan los riesgos de tener relaciones sexuales sin protección. En primera instancia definiremos qué son las infecciones sexualmente transmisibles, hablaremos también de su clasificación, de las causas y consecuencias de las IST creando un panorama claro de ellas. Finalmente abordaremos un aspecto importante que es la prevención de las IST, en donde dejaremos en claro las formas de prevención de las mismas.

En el cuarto capítulo, desarrollaremos un programa educativo para prevención de infecciones sexualmente transmisibles en personas con D.I. En primer lugar se verán los elementos metodológicos para la elaboración de programas de prevención de infecciones sexualmente transmisibles como son: análisis de fundamentos, determinación de objetivos generales, de objetivos específicos, la estructuración de programa, la selección de métodos y medios y la evaluación retomando las ideas de varios autores como son: Ángel Díaz Barriga, Margarita Pansza González, Raquel Glazma y María de Ibarrola entre otros. En segundo lugar estará la elaboración del programa que como primer punto será la detección de necesidades de la institución de educación especial que atiende a jóvenes con D.I. y que en este caso es CONFE (Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de la persona con Discapacidad Intelectual, A.C.). Como un segundo punto estará el desarrollo de los contenidos programáticos. Y finalmente las conclusiones obtenidas, así como la bibliografía utilizada y los anexos.

CAPÍTULO I

LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

De acuerdo con el nuevo enfoque que se ha dado al concepto de Discapacidad Intelectual, las personas con necesidades educativas especiales tienen ahora más oportunidades para desarrollarse y lograr una vida integral plena, de la misma manera la sociedad deja de menospreciar a las personas que tienen una discapacidad y se abre el ámbito a entender que también estas personas tienen derecho a una educación formal sin necesidad de clasificar o menospreciar la capacidad de estas personas para salir adelante.

En este primer capítulo veremos lo que significa la Discapacidad Intelectual, así como las diferentes definiciones que se hacían a lo largo de los años hasta obtener el nombre de “Discapacidad Intelectual”, además revisaremos las diferentes clasificaciones que se han hecho de la Discapacidad Intelectual así como las múltiples causas que pueden originar, y por último las principales características de las personas con Discapacidad Intelectual.

1.1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

“El concepto de Discapacidad Intelectual y su definición han sufrido numerosos cambios en su terminología, en los niveles de Coeficiente Intelectual (C.I.) y en el rol diagnóstico del comportamiento adaptativo, a través de las últimas cuatro décadas. Paralelamente con la lucha de los derechos de las personas con Discapacidad Intelectual.

El desarrollo de las concepciones sobre las personas con discapacidad va de la mano con el desarrollo de los términos que han sido utilizados para denominarlas, aunque tanto la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad no constituye una mera cuestión terminológica, sin embargo la

terminología refleja no solo los cambios en las concepciones sino los modos de enfocar, actitudes y entendimiento del problema.

En el campo de la discapacidad, refiriéndonos con este término a todas aquellas personas con limitaciones físicas, sensoriales y mentales, se presenta un cambio en cuanto a la terminología en la asignación de nombres, etiquetas y denominaciones referidas a las personas con discapacidad y su proceso de atención.

“Entre los términos utilizados podemos destacar los siguientes: a) Referidos a las personas con limitaciones psíquicas: idiotas, imbéciles, morones, oligofrénicos, subnormales, débiles mentales, disminuidos, retrasados mentales, retardo en el desarrollo, deficientes mentales, dificultades de aprendizaje permanentes, necesidades especiales; b) Referidos a las personas con limitaciones físicas y/o sensoriales: lisiados, tullidos, impedidos, inútiles, inválidos, desvalidos, mutilados, minusválido, deficientes, incapacitados, discapacitados; c) Referidos al proceso de atención: beneficencia, asistencia, prevención, reeducación, readaptación, rehabilitación, habilitación, tratamiento, educación, recuperación profesional.”¹

Las modificaciones que se han hecho en cuanto a los términos se han propuesto para eliminar las connotaciones negativas que adquirían lo antes mencionado.

La terminología representa como han evolucionado tanto las actitudes profesionales como las sociales, pero estos cambios de nombre no eliminan los prejuicios que hay aún en muchas personas.

¹ VERDUGO, Miguel Ángel *“Personas con Discapacidad”-perspectivas: pedagógicas y rehabilitadoras.* Siglo Editores XXI .Pág. 4

“Hemos de modificar los valores y actitudes que subyacen a esas expresiones, y no suponer que es un asunto meramente terminológico que sólo requiere un cambio de nombres.”²

Cabe destacar que cada ámbito profesional, ya sea de educación, servicios sociales y salud han generado sus propias concepciones, lenguajes y terminología. Dentro de cada ámbito profesional no existen acuerdos globales en cuanto al uso de la terminología debido a las diferentes escuelas u orientaciones, el diferente grado de actualización de los profesionales, la carencia de un lenguaje común y los distintos roles ocupados.

En el campo educativo se ha huido de la utilización de términos descalificadores eliminando paulatinamente la etiquetación que genera marginación y actitudes segregadoras. La tendencia a la integración de la persona hace que desaparezca la necesidad de su clasificación y etiquetación, que anteriormente eran las piedras angulares del sistema educativo. “El sistema educativo hoy debe valorar las necesidades educativas especiales, entre los cuales están aquellos que denominamos deficientes o retrasados.”³

Algunos autores reclaman la desaparición de etiquetas del retraso mental como categoría diagnóstica clínica, y su sustitución por evaluaciones y descripciones que reflejen una visión más integrada de la historia ambiental biosocial y de las competencias ordinarias de cognición, adaptación social, y estatus emocional de niños.

En el ámbito de la salud y de los servicios sociales, su principal preocupación por la mejora de la asistencia a la población ha llevado a proponer sistemas clasificatorios, clarificaciones terminológicas y acuerdos globales que se han plasmado de manera más explícita en la Clasificación Internacional de

² Ibidem, Pág. 5

³ Ibidem, Pág. 7

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, y en el Programa de Acción Mundial para las personas con Discapacidad de la ONU.

“Una acertada síntesis de la evolución histórica de las concepciones y mentalidades sobre la discapacidad es la propuesta por Dejong (1979, 1981) y recogida en España por Puig de la Ballacasa (1990), quien plantea un análisis histórico-crítico de las ideas, actitudes y concepciones diferenciando tres etapas: *el modelo tradicional, el paradigma de la rehabilitación y el paradigma de la autonomía personal.*”⁴

En el modelo tradicional se hace referencia a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad, que asigna un papel de marginación orgánico-funcional y social a las personas con discapacidad ya que las coloca en un sitio marcado de manera permanente entre los atípicos y los pobres, con el denominador común de la dependencia y el sometimiento.

La persona con discapacidad sería a la vez entendida como manifestación de lo sagrado y como expresión del mal. A partir del siglo XV y XVI las personas con discapacidad se consideran “sujeto de asistencia”, más tarde, en el siglo XIX, como “objeto de estudio psico-médico-pedagógico” y, posteriormente, como “sujetos de protección o tutela” y de “previsión socio-sanitaria”.

El paradigma de la rehabilitación centra el problema en la persona, en sus deficiencias y dificultades. Por ello, se precisa su rehabilitación tanto físico como psíquica o sensorial mediante la intervención profesional de diferentes especialistas que mantienen el control del proceso. Los resultados de ese proceso de rehabilitación se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación en un empleo remunerado.

⁴ Ibidem Pág 8.

La rehabilitación supone la superación del modelo tradicional basado en actitudes de rechazo y protección, pero sigue presentando algunos problemas relativos al peso tan grande que sigue teniendo el profesional, quien controla el proceso de rehabilitación y de alguna manera relega a la persona con discapacidad a un rol de cliente o paciente.

El paradigma de la autonomía personal nace a la par con la defensa de los derechos civiles colectivos sociales minoritarios o marginales en Norteamérica. Desde este movimiento por la vida independiente se destaca como elemento fundamental la autodeterminación de las personas para decidir su propio proceso de rehabilitación, y se persigue como meta principal la supresión de las barreras físicas y sociales del entorno que les rodea.

Por eliminación de barreras tiene su paralelismo en el movimiento pro-integrador en la educación, cuya finalidad es la de facilitar el acceso de las personas con necesidades educativas especiales al entorno normalizado. Desde la perspectiva de la “autonomía personal” o “vida independiente” el núcleo del problema ya no reside en la persona sino en el entorno. “no es la deficiencia y la falta de destreza (la discapacidad del sujeto) el núcleo del problema, ni el objetivo final que hay que atacar, sino la situación de dependencia ante los demás. Y ese problema se localiza en el entorno, incluyendo en el concepto de entorno al propio proceso de rehabilitación, pues es ahí donde a menudo se genera o se consolida la dependencia.”⁵

Las definiciones y concepciones utilizadas por la Organización Mundial de la Salud consideran a las personas con discapacidad como objetos pasivos de intervención, tratamiento y rehabilitación, generando consecuencias opresivas para las personas, al reducir la discapacidad a un estado estático y violar sus componentes experienciales y situacionales.

⁵ Ibidem, pág. 9

Demetrio Casado (1991), habla de cuatro etapas diferentes: *la integración utilitaria, la exclusión aniquiladora, la atención especializada y tecnificada y la accesibilidad.*

La integración utilitaria refleja la actitud presente hace tres décadas en la sociedad y que aún perdura en los colectivos apegados a modelos sociales más atrasados, donde las personas con discapacidad no eran objeto de marginación sino que se aceptaba con resignación providencialista o fatalista a los miembros con menoscabos.

Seguidamente se procuraba incorporarlos lo mejor posible a la división del trabajo en el hogar y aun en la empresa familiar; la aberración de este proceder era la explotación. Se procuraba, igualmente, la incorporación a la vida de la comunidad mediante roles activos, a veces marginales, a veces convencionales.

La exclusión aniquiladora se entiende que, junto a la integración utilitaria la persona con discapacidad psíquica como recadero o pregonero, y con discapacidad física como zapatero o sastre, existía paralelamente otra perspectiva de exclusión pasiva o activa de las personas con discapacidad, particularmente con retrasos o alteraciones psíquicas. En estos últimos años el descubrimiento de adultos con discapacidad mental o plurideficiencias que han sido ocultados y encerrados en su hogar durante décadas, sufriendo un trato vejatorio como animales. La exclusión pasiva era el internamiento en asilos u hospitales psiquiátricos o, en todo caso, el abandono de la responsabilidad sobre estas personas.

Las últimas décadas han correspondido a la intervención técnica y especializada sobre las personas con discapacidad. Las deficiencias visuales y auditivas, los problemas de habla y los traumatismos, eran atendidos de manera especializada desde mucho antes. La perspectiva técnica ha supuesto una mejora en la calidad de la atención a personas con discapacidad, pero paralelamente ha propiciado la denominación de los servicios y de los agentes

especializados sobre los usuarios, así como la formación de un “mundo para ellos”, un espacio privativo, exclusivo, excluyente.

Las personas con discapacidad física, sensorial o mental, tienen derecho a una vida tan normal como los demás, accediendo a los mismos lugares, ámbitos y servicios, ya sean educativos, de empleo, de ocio o de otro tipo. La normalización y la integración exigen que las personas con discapacidad tengan acceso a los mismos lugares que las personas sin discapacidad, por ello se hace preciso romper las barreras físicas y sociales que impiden dicho acceso.

Los tres conceptos clave de la CIDDM (clasificación internacional de deficiencias, discapacidades, y minusvalías) son los de deficiencias, discapacidad y minusvalía que vienen presentados, junto a sus características esenciales. Establece también una integración conceptual de la siguiente manera:

ENFERMEDAD O TRASTORNO	DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD	MINUSVALÍA
	(Situación intrínseca)	(Exteriorizada)	(Objetivizada)
			(Socializada)

Cabe destacar que “puede existir una minusvalía producto de una deficiencia sin que medie una discapacidad, o se puede tener una deficiencia sin que de lugar a una discapacidad, o tener una discapacidad sin que de ella se derive una minusvalía. La situación se hace más compleja cuando encontramos algunas discapacidades que retrasan o enmascaran el desarrollo o identificación de otras capacidades por ejemplo, la deficiencia de lenguaje puede dificultar la expresión de la inteligencia.”⁶

⁶ Ibidem, pág. 13

Definiciones de la Clasificación Internacional de la OMS (1983)⁷

DEFICIENCIA

Definición: Dentro de la experiencia de salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Características: La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano.

DISCAPACIDAD

Definición: Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Características: La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

La discapacidad concierne a aquellas habilidades, en forma de actividades y comportamientos compuestos, que son aceptados por lo general como elementos esenciales de la vida cotidiana. Son ejemplos de ello las alteraciones de las formas apropiadas del comportamiento personal (tales como el control de esfínteres y la destreza para lavarse y alimentarse con

⁷ Ibidem. Pág. 14

autonomía), del desempeño de otras actividades de la vida cotidiana y de las actividades locomotrices (como la capacidad de caminar).

MINUSVALÍA

Definición: Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

Características: La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma.

Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece.

La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad.

La desventaja surge del fracaso o incapacidad para satisfacer las expectativas o normas del universo del individuo. Así pues, la minusvalía sobreviene cuando se produce un entorpecimiento de la capacidad de mantener lo que podría designarse como “roles de supervivencia”.

“Las categorías de deficiencias presentadas son: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, de los músculos esqueléticos, de figuras generalizadas, sensitivas y otras. Las categorías de discapacidad son: de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de la situación, de una determinada aptitud y otras restricciones de la

actividad. Las categorías de minusvalías son: de orientación, de independencia física, de la movilidad, ocupacional, de integración social, de autosuficiencia económica y otras.”⁸

La rehabilitación médica tiende a reducir las deficiencias debidas a las diversas lesiones y restaurar un funcionamiento óptimo del la persona. La rehabilitación psicosocial sigue un camino más educativo, y persigue que la persona viva tan plenamente como sea posible dentro de un ambiente habitual. La parte médica de la rehabilitación se centra en la fase inicial del proceso, pues su finalidad es reducir la discapacidad a la minusvalía, con la finalidad de reducir la desventaja social para un grado concreto de discapacidad.

La discapacidad tiene una importancia muy particular en rehabilitación, y constituye probablemente la dimensión más adaptada al trabajo de rehabilitación.

El proceso global de rehabilitación necesita intervenciones diversas. En el ámbito médico, los médicos de distintas especialidades, kinesioterapeutas, ergoterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. En el ámbito psicosocial intervienen igualmente educadores (pedagogos, maestros, educadores), psicólogos, logopedas, psicomotricistas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, animadores y otros profesionales que, además de centrarse en la persona, abordan su ambiente familiar, profesional y social. El trabajo debe llevarse a cabo en equipo.

Pudimos ver anteriormente cómo fue cambiando a través de la concepción de la discapacidad. Estos cambios permiten desarrollar un entendimiento claro acerca de la Discapacidad Intelectual, para poder crear un sistema preciso y aplicable, orientado a la terminología, clasificación y rehabilitación.

⁸ Ibidem, pág. 15

“Desde 1983, ha habido un cambio significativo en el paradigma del campo de la D.I. Un elemento esencial en este cambio es el concepto de la D.I., no como una característica expresada de manera exclusiva por la persona, sino como una expresión del impacto funcional de la interacción entre la persona con limitación en las habilidades intelectuales y adaptativas y el medio ambiente en el que se desarrolla esa persona”.⁹

Hay tres elementos claves en el concepto actual de D.I.: Capacidad, medio ambiente y funcionamiento.

El primero nos dice que el funcionamiento de la Discapacidad Intelectual se relaciona con las limitaciones en la inteligencia y en las habilidades adaptativas. El otro elemento es el medio ambiente en el que los individuos viven, aprenden e interactúan. Este modelo nos muestra también que los apoyos reflejan el funcionamiento de la persona, y la ausencia de los mismos influye de manera recíproca en el funcionamiento.

Este sistema fue creado en 1992 con el cambio de la definición de D.I.

“El término de Discapacidad Intelectual se refiere a las limitaciones sustanciales en el funcionamiento presente, está caracterizada por un funcionamiento intelectual significativamente subnormal, que se presenta acompañado en dos o más de las destrezas adaptativas siguientes:

- ⇒ Comunicación
- ⇒ Auto-cuidado
- ⇒ Vida diaria
- ⇒ Destrezas sociales
- ⇒ Uso de la comunidad

⁹ BURGOS, Gloria et al. *Necesidades Educativas Especiales-Discapacidad Intelectual*. Editorial UNAM. Pp.34

- ⇒ Auto-dirección
- ⇒ Salud y seguridad
- ⇒ Académicas funcionales
- ⇒ Uso del tiempo libre
- ⇒ Trabajo

Es importante decir que la Discapacidad Intelectual se presenta antes de los 18 años.¹⁰

La Discapacidad Intelectual no tiene que ver con las características físicas del sujeto, ni es un desorden médico ni una enfermedad mental, en cambio, si podemos decir que es un estado particular de funcionamiento que comienza en la niñez y que se caracteriza por limitaciones en destrezas sociales y de inteligencia.

La definición de Discapacidad Intelectual está basada en un enfoque multidimensional el cual incluye las dimensiones siguientes:

Dimensión I. Funcionamiento Intelectual y Destrezas en Conducta Adaptativa.

Dimensión II. Consideraciones Emocionales y Psicológicas.

Dimensión III. Consideraciones Físicas/de Salud/Etiológica

Dimensión IV. Consideraciones Ambientales.

- ⇒ **Funcionamiento Intelectual y Destrezas de conducta Adaptativa:** Para diagnosticar la Discapacidad Intelectual se necesita ver en la persona un funcionamiento intelectual subnormal de acuerdo al C.I. y además existir dos o más limitaciones en las destrezas de conducta Adaptativa.

¹⁰ Ibidem, Pág. 3

“Las limitaciones en dos o más áreas se refiere a que la limitación se presenta en forma generalizada, de tal modo que se minimice la posibilidad de un diagnóstico equivocado. Las limitaciones en algunas destrezas adaptativas a menudo coexisten con las posibilidades o áreas fuertes en otras y ambos deben ser documentadas dentro del contexto de su ambiente típico de los pares de su edad, al mismo tiempo con los apoyos necesarios”.¹¹

Las áreas de destrezas adaptativas son:

- **Comunicación:** Está relacionada con la habilidad para comprender y expresar información por medio de conductas simbólicas, por ejemplo: palabra hablada, símbolos gráficos, lenguaje con señas. O también por medio de las conductas no simbólicas que se refiere a todo lo corporal.
- **Autocuidado:** Como su nombre lo indica, permite a la persona auto cuidarse: comer, vestir, baño, etc.
- **Vida independiente:** Se basa en que sea la persona capaz de atender el funcionamiento diario de una casa como: cuidando la casa o sus pertenencias, preparar comida, etc. También se relaciona con la orientación, la conducta en la casa, en la colonia, el que pueda expresar sus sentimientos, etc.
- **Uso de la comunidad:** Es el uso apropiado de los recursos de su comunidad, atendiendo todas las actividades como pago y obtener servicios, etc. También tiene que ver con las destrezas para hacer elecciones e indicar deseos.
- **Auto dirección:** Se refiere a la capacidad de resolver problemas, de escoger y de tomar decisiones.
- **Salud y seguridad:** Este se refiere a mantener y buscar el bienestar propio, la dieta apropiada, identificación de enfermedades, tratamiento, saber primeros auxilios, sexualidad, condicionamiento físico, hábitos diarios.

¹¹ Ibidem, pág. 9

- **Académicas funcionales:** Estas se refieren a las habilidades cognitivas y destrezas que se relacionan con el aprendizaje escolar como la escritura, lectura, conceptos de ciencias que se relacionen con su conciencia del ambiente, la salud y la sexualidad de sí mismo.
 - **Tiempo y Recreación:** Tiene que ver con la variedad de intereses recreativos y de tiempo libre. Las destrezas relacionadas incluyen conducta en ambientes recreativos, indicar deseos y necesidades.
 - **Trabajo:** Tiene que ver con la capacidad de mantener un empleo de medio tiempo o de tiempo completo o participar en alguna actividad voluntaria en la comunidad.
- ⇒ **Consideraciones Psicológicas/Emocionales:** La mayoría de las personas que se evalúan con Discapacidad Intelectual son sanas física y mentalmente y no presentan problemas de conducta el enfoque principal de éstas es que debe de estar en las posibilidades, intereses y el sistema de apoyo emocional y social de la persona.
- ⇒ **Consideraciones etiológicas:** “La etiología se refiere a las causas de la Discapacidad Intelectual. En lo que se refiere a la Discapacidad Intelectual severa, las causas son desconocidas hasta en un 30% de estos casos y en un 50% en lo que se refiere a los casos de Discapacidad leve.”¹² Cuando la etiología no es obvia es recomendable enlistar las causas probables para así lograr tener un diagnóstico correcto lo mas óptimo posible. Ya que aproximadamente el 50% de los casos tiene más de una causa posible, de acuerdo a investigaciones recientes se ha eliminado la distinción entre causas biológicas y causas psicológicas a favor de un enfoque de riesgos múltiples. En este

¹² Ibidem, pág. 14

enfoque tanto los factores psicológicos como los biológicos. Así relacionando en las diferentes etapas de desarrollo que contribuyen a la presencia de la Discapacidad.

⇒ **Consideraciones ambientales:** Es fundamental evaluar las características del ambiente que permiten o imposibilitan el desarrollo y el bienestar y el crecimiento personal. El ambiente óptimo es el que facilita la independencia, interdependencia, productividad y la integración a la comunidad y por lo tanto debe ser identificado el cual tiene tres características:

- Proporcionan oportunidades: ya sea en la vida, en el trabajo, educación, tiempo libre y recreación.
- Promueven el bienestar: físico, material, social /recreativo, cognitiva y ocupacional.
- Promueven estabilidad: mejoran el aprendizaje, la amistad, los sistemas de apoyos sociales y la tranquilidad.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

En lo que respecta a la clasificación de la Discapacidad Intelectual, a lo largo del tiempo se ha hecho con base en la definición y el concepto que se tenía esto, y a continuación veremos el avance que ha existido en esta clasificación a lo largo de los años, hasta llegar a la nueva definición en 1992.

En la antigüedad se realizaba la clasificación con base en dos grandes grupos, que eran las taxonomías precientíficas y las científicas.

En las precientíficas, Molina y Gómez, agrupan a la discapacidad intelectual en cuatro criterios los cuales son:

A. CLASIFICACIONES ETIOLÓGICAS: En donde se estudian las causas;

- Cerebropáticos: Que se refiere a los idiotas producidos por una lesión.
- Biopáticos: Son los imbeciles por una anomalía degenerativa.
- Congénitos: De herencia neuropática.
- No congénitos: Tienen por causa una lesión.

B. CLASIFICACIONES MORFOLÓGICAS Y ANATÓMICAS: Las cuales se basan en el principio de que toda perturbación permanente en el funcionamiento de un órgano debe corresponder a una alteración material de los elementos de este órgano.

C. CLASIFICACIONES SINTOMATOLÓGICAS: Estas son las más numerosas y se basan en los signos clínicos.

En este grupo son interesantes aquellas que han tomado como única base el síntoma de una sola función, por ejemplo, el lenguaje, la atención, la sociabilidad, etc.¹³

Sollier (1891), atribuye que la debilidad mental es un total defecto de atención, que los distingue en tres tipos:

¹³ MOLINA, Santiago. Deficiencia Mental- Aspectos psicoevolutivos y educativos- Editorial Aljibe. Pág.14.

1. **Idiota Absoluto:** Cuando la atención está completamente ausente.
2. **Idiota Simple:** Cuando hay una debilidad o dificultad de atención.
3. **Imbécil:** Cuando hay inestabilidad de la atención.

D. CLASIFICACIONES BASADAS EN EL GRADO DE INSUFICIENCIA

MENTAL: Como su nombre lo indica, toma importancia el estado de insuficiencia mental, dando un carácter fundamentalmente psicológico. De Santis fue el que inició esta corriente y en ella se llegan a las clasificaciones de Ley y de Binet, en donde aparece el grado de “retrasados o débiles mentales”.

“Ley (1904) reconoce dos grados inferiores de la degeneración mental: la idiotez y la imbecilidad, y un tercer grado, el retraso mental, que presenta cierta debilidad mental, inestabilidad psíquica o ineptitud intelectual para reaccionar normalmente a las excitaciones producidas por el medio educativo y pedagógico ordinario”¹⁴ Ley distribuye a los “retrasados mentales” en tres categorías:

1. Los retrasados por defecto sensorial o por perturbaciones patológicas (miopes, astigmatas, sordos, etc., adenoideos, mixoedematosos) susceptibles de venir a la normalidad por el tratamiento de estas anomalías.
2. Los retrasados por causa socio pedagógica: frecuentación irregular de la escuela, medio desfavorable o inmoral, etc.
3. Los retrasados por déficit psíquico, que son los verdaderos retrasados, los que él observa más frecuentemente en la escuela especial de Amberes.

Ahora pasamos a la clasificación establecida por “Binet y Simón (1907), que es la siguiente:

1. Idiotas cuyo estado mental corresponde a niños de 0-2 años.
Se dividen en:

¹⁴ Ibidem Pág.15

- a) Idiotas vegetativos
- b) Con mirada voluntaria
- c) Con prehensión
- d) Con conocimiento de los alimentos
- e) Con imitación de los gestos simples.

2. Imbéciles cuyo estado mental corresponde al de los niños de 2-3 años.

Se dividen en:

- a) Imbéciles, con facultad de denominación
- b) Imbéciles, con facultad de comparación
- c) Imbéciles, con facultad de repetición.

3. Débiles, que se clasifican según sus contestaciones a la serie de test propuestos por Binet y Simón y que se diferencian principalmente de los normales por sus respuestas a cuestiones abstractas. Distinguen:

- a) Los débiles con facultad de comparación razonada
- b) Los débiles con facultad de sensación de los pesos”¹⁵

“Trataré de diferenciar las características de dos grandes tipos de Deficiencia Mental: las personas en cuya deficiencia no se vislumbra una causa orgánica evidente, al menos con las técnicas de diagnóstico convencionales, y las personas deficientes mentales cuya etiología es, consecuencia de una trisomía genética en el par 21, también conocidas como afectas del síndrome de Down”¹⁶

Para 1977 se establece otro concepto de la llamada “deficiencia mental” y a partir de esa definición, se establece una nueva clasificación:

A. Retrasados mentales educables: Es un nivel de retraso ligero, y se supone que estas personas podrán alcanzar los niveles académicos mínimos previstos para el final de la enseñanza primaria, aunque con

¹⁵ Idem

¹⁶ Ibidem Pág.18

ciertos apoyos especializados y con determinadas adaptaciones curriculares.

B. Retrasados mentales entrenables: Es un nivel de retaso mental moderado y estas personas podrán leer y escribir de forma comprensiva, como asimismo a manejar operatoriamente los números, aunque con ciertos apoyos especializados y con adaptaciones curriculares significativas.

C. Retrasados mentales severos: Corresponde a un nivel de retaso mental severo y estas personas no podrán aprender a leer ni a escribir de forma operatoria, a pesar de contar con apoyos especializados y con currículum especial para ellos.

Actualmente, con la nueva definición, los apoyos requeridos por la persona constituyen una parte integral del Sistema de 1992.

Las intensidades de los apoyos son los siguientes:

- **Intermitente:** Este tipo de apoyo se basa en las necesidades de la persona, se caracteriza por su naturaleza episódica, es decir, que la persona no siempre necesita del apoyo o apoyos a corto plazo, durante las transiciones a lo largo de su vida. Por ejemplo son personas que se incorporan al aprendizaje común.
- **Limitado:** Esta intensidad se caracteriza por su consistencia a través del tiempo, es un periodo limitado, pero por su naturaleza no es intermitente, es importante decir que no es necesario que la persona vuelva a ir, y se ejecuta en problemas de aprendizaje por ejemplo.
- **Extensivo:** Se caracteriza por una ayuda regular, es decir diaria en varios ambientes, es un apoyo que se brinda sin límite de tiempo, por ejemplo en personas con Síndrome de Down, etc.
- **Permanente:** Se caracteriza por una constancia y alta densidad, estos apoyos requieren de un mayor número de personal de ayuda y más

supervisión que los apoyos extensivos o los de tiempo limitado. Por ejemplo se realiza a personas con cuadriplejía.¹⁷

El uso de apoyos apenas está emergiendo en el campo de la educación y de la rehabilitación, por lo que es necesario considerar los estándares que guíen su uso y su desarrollo.

1.3. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Para 1982, las causas de la Discapacidad Intelectual, consideraban que se debía a las siguientes razones:

1. Infecciones e intoxicaciones: Rubéola, sífilis, otras infecciones, meningitis, encefalitis, anticuerpos maternos, drogas, toxemia, radiación.
2. Traumas o agentes físicos: anoxia perinatal, lesión mecánica.
3. Desórdenes del metabolismo o nutrición: Fenilcetonuria, trastornos del metabolismo lípido, síndrome de Hurler, nutrición prenatal, desnutrición postnatal.
4. Enfermedades cerebrales burdas (postnatales): esclerosis tuberosa, neurofibromatosis.
5. Influencia prenatales desconocidas: hidrocefalia, espina bífida, microcefalia.
6. Anormalidades de los cromosomas: Síndrome de Down, otras alteraciones de los cromosomas, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter.
7. Desórdenes de la gestión: prematurez.
8. Retraso a consecuencia de desórdenes psiquiátricos: autismo, esquizofrenia, etc.
9. Retraso debido a influencias ambientales: hándicap sociocultural.¹⁸

¹⁷ BURGOS, Gloria et al. *Necesidades Educativas Especiales-Discapacidad Intelectual*- Editorial UNAM. Pág.45

¹⁸ MOLINA, Santiago. *Deficiencia Mental- Aspectos psicoeducativos y educativos*- Siglo XXI Editores. Pág. 17

Podemos decir que las causas de la Discapacidad Intelectual son múltiples., de manera general se dividen en cuatro categorías, basándose en la nueva clasificación de la Discapacidad Intelectual:

- ⇒ **Factores Biomédicos:** Tienen que ver principalmente con los procesos biológicos que pueden ser desordenes genéticos o en nutrición.
- ⇒ **Factores Sociales:** Se relacionan básicamente con la interacción familiar y social.
- ⇒ **Factores Conductuales:** Se relacionan con las conductas como maltrato físico o abuso de sustancias tóxicas por parte de la madre.
- ⇒ **Factores Educativos:** Se relacionan con la oportunidad de apoyos educativos que ayudan al desarrollo de destrezas mentales y adaptativas.

Consideramos que las causas de la Discapacidad Intelectual pueden dividirse en:

Endógenas: Que a su vez se subdividen en:

- Hereditarias.
- Alteraciones Cromosómicas.
- Alteraciones Metabólicas:
- aminoácidos.
- Galactosemia.
- Hipoglusemia.
- Fenilcetanuria (carencia de enzima).

Exógenas: Las cuales se subdividen en:

- Patología Prenatal: La cual se presenta en el embarazo como:
- Las Dietas: - falta de nutrientes.

- Fármacos: como la aspirina.
- Infecciones: Sarampión, Sífilis.
- Patologías Endógenas: se refiere a las glándulas, como por ejemplo: la glándula tiroides.
- Patología Perinatal : se basa en las causas durante el parto como son:
 - Obstétricas: provoca traumas en el niño (como en el mal uso de forceps), que aunque ya es obsoleto actualmente, hasta no hace mucho se seguían utilizando.
 - Sufrimiento Fetal: por el tamaño de la pelvis o de la cabeza.
 - Infecciones.
 - Hematológicos: por posible incompatibilidad.
 - Prematurez.(en cuestión de peso o de edad de gestación)

1.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL.

Nos parece muy importante dar a conocer que las personas con discapacidad intelectual presentan ciertas características a nivel orgánico o en su comportamiento tanto motor, lenguaje, aprendizaje, socialización que son manifestaciones que necesitan ser tomadas en cuenta, y que son independientes de cualquier causa.

De igual manera, queremos decir que existen características y rasgos de las personas con D.I. que de manera general suelen estar, independientemente de su etiología:

Las principales son:¹⁹

¹⁹ Ibidem, Pág. 9

- ◆ Daño en todas las funciones que intervienen en el aprendizaje, la memoria, el juicio y la estabilidad afectiva.
- ◆ Trastornos en la atención, en la visión, la audición y la sensibilidad táctil.
- ◆ Déficits en la organización espacial y motora.
- ◆ Capacidad disminuida para usar el lenguaje; para describir relaciones causales o temporales y para expresar ideas.
- ◆ Deficiencias en la integración social.
- ◆ Rangos cortos de atención.
- ◆ Limitada tolerancia a la frustración.
- ◆ Falta de motivación.

Así, en las personas con discapacidad intelectual presentan características tanto físicas, como emocionales y de personalidad muy particulares.

A continuación, describiremos las características de las personas con discapacidad intelectual: físicas, cognoscitivas, psicológicas y sociales:

⇒ **CARACTERÍSTICAS FÍSICAS:**

Hablando de las características físicas en las personas con discapacidad intelectual, nos gustaría hacer referencia en que dichas características físicas varían según la discapacidad que presenten, en algunos casos, las características no se observan a simple vista, en otros casos es lo contrario.

En ocasiones, existen características que los hacen verse distintos de las demás personas, siendo el cráneo, el cuello, los dedos, la cara y la estatura menor o mayor de lo normal.

Nos gustaría hablar, de las características físicas que se presentan en las personas con **Síndrome de Down** que es uno de los Síndromes más comunes, el cual consiste en una alteración cromosómica, presentando un cromosoma adicional en el par 21 de los autosomas.

Existen tres formas de trisomías: ²⁰

- 1) Trisomía 21 libre: Presenta un cromosoma extra, que puede estar en el espermatozoide, óvulo o en la primera división celular antes o después de la concepción.
- 2) Trisomía 21 Mosaico: La persona tiene una mezcla de células normales y trisómicas, el error sobreviene después de la fecundación, el par de cromosomas 21 no se separan en segunda división y se produce una célula trisómica con 47 cromosomas y una monosómica con 45.

Trisomía 21 Traslocación: El cromosoma extra está partido, esta Trisomía puede ser hereditaria

Las características físicas que se presentan en las personas con Síndrome de Down son las siguientes:

- Cabeza generalmente más chica que lo normal.
- Las orejas pequeñas e implantadas más abajo.
- Ojos rasgados
- La boca es de aspecto pequeño y los labios delgados. Por el espacio reducido de la boca, la lengua tiene menos sitio y tiende a salir de la cavidad bucal. Los músculos de la mandíbula y de la lengua suelen ser débiles, por ello tienden a tener la boca abierta.
- El cuello es ligeramente corto y ensanchado.
- El cabello es lacio, más bien fino y en algunos casos escasos.
- Las manos son cortas y anchas, al igual que los dedos y presenta un pliegue transversal en la palma.
- Las piernas y los brazos tienden a ser cortas en comparación con la longitud del tronco. Los pies son anchos y los dedos algo cortos.

²⁰ Ibidem, Pág. 9-10

- La piel es seca, dura y áspera en algunas partes y reacciona fácilmente cuando se le presiona.
- Son más sensibles a diferencias en sabores, a los sonidos, a la luz y poseen menor sensibilidad al tacto, al dolor, al calor y al frío.
- Los padecimientos en la visión son frecuentes. Algunos presentan estrabismo, el cual puede desaparecer con el tiempo.
- Manifiestan bajo tono muscular y flacidez.
- Los reflejos tienden a ser más débiles.
- Su desarrollo motor es lento. Algunos empiezan a caminar al año y medio, y otros hasta los 5 años, pero la mayoría lo hacen entre los dos y tres años.
- Su estatura tiende a ser baja, aunque hay muchas excepciones en que son altos y delgados.
- Con respecto a sus órganos sexuales, en general no sufren afecciones. En algunos chicos los testículos no descienden al escroto durante los primeros años y pueden requerir de intervención médica.²¹

“Muchos de ellos pueden presentar malformaciones internas en el corazón, siendo la más común la persistencia del conducto arterioso.

Este es una pequeña arteria que une las arterias aorta y pulmonar durante la vida fetal, pero que debe desaparecer normalmente después de nacer. Así mismo, puede haber malformaciones de los aparatos digestivo, respiratorio, urinario, etc.”²²

⇒ **CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS:** “Fundamentalmente, son dos las teorías acerca de los procesos cognitivos en la deficiencia mental: la teoría del desarrollo y la del defecto. La teoría del desarrollo sostiene que las personas con discapacidad intelectual pasan por las mismas etapas de desarrollo cognitivo que los normales, aunque con algunos retardos en el desarrollo. En cambio, la teoría del defecto sostiene que las personas con discapacidad

²¹ CARRASCO, José Luís. *Sexualidad y Síndrome de Down*. Editorial Ducere. Pág. 27-30

²² LAGUNES, Roberto et-al., *Síndrome de Down*. Pág. 28.

intelectual se caracterizan por alguno o algunos defectos específicos en uno o en varios de los procesos mentales, lo cual implica que el deficiente mental (...) procesa la información de manera diferente que el sujeto normal.”²³

Respecto a lo anterior, nosotras podemos decir que las personas con discapacidad intelectual tienen el mismo proceso cognitivo pero con algunas diferencias: “el deficiente mental sigue en su maduración el mismo recorrido que el normal, aunque lo realiza con un ritmo lento, con retrasos y fijaciones precoces.”²⁴

⇒ **CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS:** Nos parece importante hablar de características psicológicas, que se refiere, principalmente a la personalidad, la cual puede entenderse como el “conjunto amplio de características que constituye a cada ser humano y que lo diferencia de cualquier otro. No sólo a la conducta manifiesta (consciente o inconsciente), sino también a las actitudes internas y las tendencias de acción e inhibiciones.”²⁵

De igual manera, es imposible hablar de las características psicológicas en particular, de las personas con Discapacidad Intelectual, ya que como su nombre lo indica depende de cada individuo y no existe un patrón idéntico de las características psicológicas de cada persona dependiendo de su discapacidad intelectual.

⇒ **CARACTERÍSTICAS SOCIALES:** En lo que respecta a las características sociales de las personas con discapacidad intelectual, consideramos que la sociedad principalmente, no les permite del todo manifestar su independencia, nos referimos principalmente a que tanto algunos padres, como la sociedad en sí los ve como personas que no pueden valerse por sí mismos, y los sobre protegen de una manera impresionante, o la sociedad piensa que por tener una discapacidad intelectual no sirven a la sociedad, y no es así.

Hemos considerado definir en cuatro grandes grupos las características sociales de las personas con discapacidad intelectual, grupos en los cuales

²³ POLAINO-LORENTE, et-al., *Educación especial personalizada*, Editorial Rialp Pág. 345.

²⁴ AMOR, José Ramón, *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*, Pág. 107.

²⁵ *Ibidem*, Pág. 111.

tienden a presentar debilidades en comparación con otras personas. Éstas áreas son: competencia, socialización, habilidades y roles sociales, las cuales están íntimamente relacionadas con el comportamiento adaptativo, el cual es el eje central en el estudio de los rasgos sociales de la discapacidad intelectual.

El área de competencia se dirige a la optimización de las destrezas, habilidades y recursos de los individuos.

La competencia está relacionada con los aspectos emocionales y motivacionales de los individuos a través de la percepción que tienen de sí mismos. También tiene que ver con la capacidad para resolver problemas de carácter psicosocial.

Goldfried y D'Zurilla entienden la competencia con respecto a lo social como “la efectividad o adecuación con la que un individuo es capaz de responder a las varias situaciones problemáticas con las que se enfrenta.”²⁶

Existe también un déficit en la socialización, la cual es entendida como “el proceso por medio del cual una persona adquiere las pautas de conducta, creencia, normas y motivos que son valorados por su propio grupo cultural y por su familia.”²⁷

Según el carácter adaptativo de la socialización, se puede comprender dicho proceso como aquél que sufre un ser humano en su adaptación a una estructura social determinada, recordemos que la socialización es un proceso para convertirnos en un miembro activo de la sociedad.

Es común que la sociedad en la que vivimos dirija ciertos comportamientos en cada persona, y con los discapacitados no es la excepción; la interacción con los amigos y personas cercanas despierta en ellos, al igual que en cualquier otra persona, deseos sexuales o de desarrollo afectivo.

²⁶ VERDUGO, Miguel Ángel, *“Personas con discapacidad”-perspectivas: pedagógicas y rehabilitadoras-*, Siglo XXI Editores. Pág. 693.

²⁷ *Ibidem*, Pág. 696.

Finalmente nos gustaría comentar que conocer las características de las personas con D.I. es de suma importancia para tener una visión más clara y certera de lo que es la discapacidad intelectual.

CAPÍTULO II.

LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

En este capítulo abordaremos lo que respecta a la sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual, hablando en primera instancia de cómo es su desarrollo sexual, posteriormente de cómo viven su sexualidad, hablaremos también de cuál es la posición de los padres en cuanto a la sexualidad de sus hijos y los aspectos que abordan, así como de sus derechos sexuales, finalmente abordaremos lo que respecta a cuál sería el papel de la educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual en las instituciones de educación especial y haremos hincapié en la importancia de una adecuada información sexual de los padres hacia los hijos con discapacidad intelectual.

2.1. DESARROLLO SEXUAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL.

Empezaremos por mencionar las diferencias entre la sexualidad y el sexo. La sexualidad se define como “la forma de comportarse de los individuos de acuerdo a su género y está determinado por la cultura.”²⁸

Mientras que el sexo se refiere a los aspectos biológicos como lo son: “la anatomía, fisiología de los órganos sexuales, la procreación y los anticonceptivos”²⁹, por lo que podemos darnos cuenta de que la sexualidad va mas allá de los aspectos biológicos sino que también involucra aspectos emocionales, psicológicos y sociales.

²⁸ CARRASCO, José Luís. *Sexualidad y Síndrome de Down*. Editorial Ducere Pág. 35

²⁹ Ibidem.

La sexualidad es una estructura configuradora de la existencia humana, que afecta, por tanto, a la persona en su totalidad. A través de la sexualidad pasa toda la experiencia y la autoconciencia del individuo. La persona percibe, siente, piensa y quiere como varón o como mujer. Esta afirmación lleva implícito un concepto amplio de sexualidad, que trata de abarcar la genitalidad, el afecto y el amor. Una visión que reduzca la sexualidad a genitalidad empobrece el significado y el alcance que posee esta dimensión del ser humano.

“La distinción entre sexualidad y genitalidad puede ayudarnos a entender que la sexualidad constituye una dimensión fundamental de nuestra existencia, con independencia de su ejercicio genital. Es decir, el ser humano está marcado, a todos los niveles, por su masculinidad o feminidad, de tal manera que nuestra personalidad y nuestro comportamiento están siempre sexuados y que nunca podemos prescindir de esta peculiaridad que marca nuestro ser en el mundo y nuestra forma de relacionarnos con los demás”³⁰

Para ahondar más en el desarrollo sexual de las personas con D.I., debemos decir que este desarrollo es muy semejante al de cualquiera de nosotros, en términos biológicos, la diferencia se encuentra en términos intelectuales. Todo lo anterior hace que el rol que desempeñan sea ante la sociedad muchas veces “inadecuado”, es que debido a que presentan dificultades en su funcionamiento intelectual, tienen problemas para asimilar la información y llegan a presentar conductas que parecen ser inadecuadas a los demás, pero ellos sólo actúan de manera directa y espontánea.

Una vez que una persona tiene ya definido un género como “niño o niña”, tiene entonces formas de comportarse ante la sociedad con respecto a su sexualidad, todo esto lo vemos en los juegos, la forma de vestir tanto para los hombres como para las mujeres.

³⁰ AMOR, José Ramón. *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Editorial Universidad Pontificia, Madrid. Pág. 193.

Es muy interesante ver cómo se van desarrollando las personas con D.I., ya que ellos tienden a imitar a sus padres en sus juegos, y la imagen tanto paterna como materna tiene un significado muy especial, por lo mismo es necesario que tengan una imagen adecuada, por lo que se deben evitar los comportamientos contradictorios. Por ejemplo las manifestaciones que los padres tengan son vitales, permiten que su hijo tenga posibilidades de una vida afectiva adecuada.

Pasemos ahora al descubrimiento que las personas con D.I. tienen de su cuerpo, lo van haciendo poco a poco, cuando son niños: “suelen explorar su cuerpo con las manos descubriendo sensaciones agradables en sus genitales y en toda su piel.”³¹ Después, tienen igual, una curiosidad de conocer como son los otros niños, así exploran sus propios cuerpos y los de los demás, por medio de manifestaciones como: besos, abrazos y caricias.

Esta autoexploración que realizan, les permite a ellos, conocer que diferencias hay entre su cuerpo y el cuerpo de los otros, pero los adultos las pueden interpretar como muestras de malas intenciones y de conductas inadecuadas, pero es necesario mencionar que son necesarias para que puedan tener un adecuado desarrollo en su sexualidad.

En la adolescencia, las personas con D.I., presentan cambios en sus comportamientos sexuales, como cualquier otra persona, y en lo que respecta a su desarrollo, en esta etapa; “asumen su género, buscan su identidad, y tratan de ser independientes.”³² Debemos mencionar que al igual que cuando son niños, los adolescentes con D.I. tratan de incorporar a su vida las formas de comportarse con los demás como lo ven en casa, con sus amigos o con la gente de la calle, pero al igual que el punto anterior, su desarrollo intelectual es más lento. Además, la forma en que se desarrollan con los demás va de acuerdo con su autoestima, y esto a la vez, con la forma en cómo han sido tratados por la gente que está a su alrededor. En esta etapa también se llegan a dar situaciones que ante los ojos de los demás pareciera que son “inmorales”

³¹ Ibidem Pág. 37

³² Ibidem Pág. 41

o que sus hijos tienen actitudes homosexuales, pero eso no es así los chicos y chicas con D.I., muchas veces suelen abrazarse o besarse con chicos de su mismo sexo, pero no significa que tengan esas tendencias, pero los jóvenes en esta etapa tienden a tener acercamientos físicos los cuales deben orientarse adecuadamente.

De una manera más específica, para hablar del desarrollo de su sexualidad, en las personas con D.I, se presenta igual que en todos los jóvenes, la necesidad de exteriorizar sus sentimientos, esto los lleva a necesitar una relación emocional y poder relacionarse de esa manera con otra persona, “sus etapas de enamoramiento contribuyen esencialmente a la evolución de su personalidad.”³³

Necesitamos decir que, el que ellos se encuentren enamorados los hace sentirse felices y entusiastas y las manifestaciones que ellos tienen son muy claras, ya que dicen las cosas claras y directas, por lo que algunas de esas veces son lastimados. Otra manifestación de sentimientos principalmente en las mujeres es que lo hacen por escrito, con una facilidad mayor a la de los hombres.

Por lo anterior, podemos decir que hay personas con D.I., que llegan a mantener el interés por otra mucho tiempo y esto logra convertirse entonces en un noviazgo siendo otra manifestación de su sexualidad, porque de esta manera logran compartir sus sentimientos más claros y con mucha más confianza.

³³ Ibidem Pág.54

2.2. CÓMO VIVEN SU SEXUALIDAD LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Cuando hablamos de cómo viven su sexualidad las personas con D.I., hablamos de la manera en que ellos se relacionan con otras personas y principalmente la manera en que ellos se definen y la autoestima que tengan para poder entablar una adecuada relación, aunque dentro de esto hay limitantes principalmente sociales o familiares y en algunos casos físicas o personales.

Decimos entonces que la identidad de la persona con D.I. empieza por respetar y promover la apertura a los demás, además del encuentro, comunicación y relación. Si la persona con D.I. no tiene estas posibilidades, difícilmente las buscará por sí solo y esto traerá como consecuencia que sus potencialidades se trunquen.

“Al plantearse la significación que tiene la plenitud de vida, habría que preguntarse cuáles son los componentes que permiten a la persona con retraso mental sentirse satisfecha, liberarse de una existencia puramente pasiva.”³⁴

Actualmente se tiene una mayor conciencia sobre la sexualidad como uno de los caminos para expresar, vivir y realizar esa apertura al otro pero todo adecuándolo al ritmo que ellos tienen para expresarse.

Un aspecto que impide que las personas con D.I. logren un buen desarrollo en su sexualidad, es la segregación y la marginación, que los siguen afectando de una manera considerable y sobre todo cuando se trata de las relaciones sociales y del derecho a su intimidad.

³⁴ Ibidem Pág. 225

La forma en que ellos manifiesten su sexualidad y más que nada sus relaciones tanto sociales y afectivas va a depender de la forma en que ellos vean a sus padres o a la gente que los rodea.

“Es indispensable proporcionarles una guía que los oriente, ya que ellos aprenden a declararse a la persona de quien se enamoran y cómo tratarla a través de lo que observan en la gente que les rodea, de la televisión, las revistas y los libros.”³⁵

La persona con Discapacidad Intelectual tiene que compensar, a lo largo de su vida, tres carencias importantes que no tienen su origen en la discapacidad misma, sino en su historia: ³⁶

- ✚ **Carencia afectiva;** primaria, más grave si la discapacidad fue detectada desde el nacimiento.
- ✚ **Imagen personal desvalorizada:** que va introyectando poco a poco y que es muy difícil de modificar.
- ✚ **La sobreprotección:** familiar que frena el desarrollo e impide la adquisición de autonomía personal.

Las personas con discapacidad intelectual a menudo tienen una gran carencia afectiva más si la discapacidad fue detectada desde el nacimiento como mencionamos anteriormente, porque de alguna manera por así decirlo no cumple con las expectativas en primera instancia que sus padres tenían de ella y posteriormente con la aceptación de su ambiente social.

Así vemos cómo las relaciones interpersonales, la vida afectiva y sexual no es algo que surge cuándo ya nos preocupa la situación, sino que tiene su educación sexual en el contexto global de la persona y su historia.

³⁵ CARRASCO, José Luís. Sexualidad y Síndrome de Down. Editorial Ducere Pág. 65.

³⁶ DE RAMÓN-LLANCA, Ma. Luisa. Centro CONFEE. Primavera-Verano 2001. Pág.5

Siguiendo con los otros dos factores limitativos antes mencionados, vemos cómo influyen en la vida adulta. La imagen personal desvalorizada inhibe la relación interpersonal, en su aspecto más profundamente humano y a la vez perturba lo que esa relación tiene de conducta social. La inseguridad que transmite la imagen personal negativa lleva al individuo a actuar de forma no adecuada en sus manifestaciones sociales.

La diferenciación de autoestima que ofrece Roger Frank como “La suma integrada de confianza y respeto de uno mismo”.³⁷ Constituye un buen punto de apoyo para vivir la relación con los demás, ya que el respeto de uno mismo lleva a respetar al otro y el respeto al otro es básico en cualquier relación interpersonal: en la relación sexual, en la vida familiar, con los amigos, en todas sus manifestaciones.

El tercer factor, la sobreprotección familiar es la gran losa que aplasta (aunque con todo cariño) la evolución de la persona, frena su desarrollo, impide la maduración y la adquisición de autoestima.

Difícilmente esa persona tendrá capacidad para relacionarse de forma que su afectividad se vea satisfecha. La actitud sobreprotectora lleva a la persona con Discapacidad Intelectual a manifestarse y a expresar su afectividad de una forma infantil e inmadura, que resulta socialmente inadecuada. El adulto que se cuelga del cuello de un visitante, o se reclina en el regazo de una persona a la que apenas conoce, da lugar a que quienes no conviven en nuestro entorno, digan que las personas con Discapacidad Intelectual les dan miedo porque tienen una afectividad y una sexualidad exacerbadas.

Cuando lo único que ocurre es que no les hemos enseñado a manifestarse adecuadamente, con comportamientos de adulto. Si los tratamos como niños siempre se comportarán como niños. Si les damos la consideración y respeto

³⁷ Ibidem. Pág. 7

que como adultos merecen, nos devolverán actitudes de adulto y se manifestarán con la dignidad propia del adulto.

Unas de las limitantes que se dan para que tengan una sexualidad plena son las deficiencias en la comunicación de algunas de las personas con D.I., en las habilidades de comunicación verbal o escrita, hasta la fecha los padres los limitan debido a que estos chicos tienen poca autonomía y rara vez se encuentran solos.

Además, la imagen que se tiene acerca de las personas con D.I. que es la de un “eterno niño” y no se le permiten libertades de adultos, por lo mismo se llega a pensar o se considera que poseen instintos sexuales exacerbados y fuera de control como mencionamos anteriormente. La sociedad hace más notable las limitaciones de las personas con D.I. que sus capacidades haciendo que ellos se sientan inmersos en ella.

Tanto los familiares de las personas con D.I. como la sociedad consideran que no son capaces de ejercer su sexualidad con responsabilidad, pero a pesar de que ellas tienen un desarrollo cognoscitivo más lento no son incapaces de llegar a tener un desarrollo real.

Cabe destacar que la persona con D.I. tiene una vida afectivo-sexual, que se debe respetar y potenciar. La sociedad no está preparada para aceptar que las personas con D.I. pueden llevar una sexualidad plena.

“Los especialistas insisten en los resultados positivos que se observan cuando estas personas viven en un ambiente sexual normalizado, en el que son tratadas y se experimentan como seres sexuados y en el que pueden establecer relaciones interpersonales con personas del otro sexo, a nivel de amistad o pareja”³⁸

³⁸ AMOR, José Ramón. *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Editorial Universidad Pontificia Madrid Pág. 227

Para las personas con Discapacidad Intelectual, la sexualidad sigue siendo una temática asociada casi exclusivamente a la función reproductora. Sin embargo, la vida afectivo-sexual, es una fuente de autonomía si se sabe encauzar bien, que hace crecer la capacidad de elección y la madurez de la persona a todos los niveles, una poderosa fuerza de socialización y de afirmación de la persona, tal y como pone de relieve FROMM: “El deseo humano de unirse con los demás está enraizado en condiciones específicas de la existencia que caracterizan a la especie humana, y es uno de los estímulos más vigorosos de la conducta humana”.³⁹

El afecto y el amor que expresa el gesto sexual en el sentido más amplio resultan aún más vitales para las personas con Discapacidad Intelectual, porque se les ha negado tradicionalmente su condición plena de personas, es decir, se les ha negado su condición de seres capaces de amar y de ser amados, capaces de entablar una comunicación significativa con otra persona en libertad y autenticidad. El amor, que es afecto, emoción y entrega, vital para todo ser humano, se convierte en un imperativo para la persona con discapacidad intelectual, porque ha experimentado con demasiada frecuencia, que su vida no es causa de alegría para casi nadie, sino carga, desilusión, tristeza, pues la forma en que ella se ha presentado ante los ojos de los demás no ha llenado tantas expectativas como se habían generado, porque no responde a los cánones socialmente vigentes. Y, sin embargo, la realidad muestra cosas muy distintas a los estereotipos socialmente vigentes:

“Nuestros muchachos son personas en toda la plenitud del término, individuos completos, cada cual con su capacidad de amar y su deseo de ser amado, deseado, estimado en lo que vale, cada cual con unos sentimientos y un afecto a ofrecer a los demás y a recibir de los demás. Han pasado demasiado tiempo rechazados por los demás, acogidos con críticas y con fracasos en un mundo donde quizá se sobrevaloren con exceso las cualidades mentales en detrimento de la faceta sentimental de la personalidad humana, como han

³⁹ Ibidem, 263

acabado por admitir los mismos psiquiatras. Todos y cada uno de nuestros muchachos poseen capacidad para aprender y para desenvolverse, para asumir la responsabilidad de sus actos dentro de un grupo, para desear y necesitar contactos sociales y para necesitar la aceptación de sí mismos como personas que se saben amadas. No vamos a centrarnos en lo que no podemos hacer. "Todos, incluso los mejor dotados, estamos limitados de una forma u otra en nuestras acciones".⁴⁰

El ser humano lleva inscrita en lo más íntimo de su personalidad la necesidad de relacionarse con los otros, de evitar el aislamiento y la soledad. Como afirma FROMM, "sentirse completamente aislado y solitario conduce a la desintegración mental, del mismo modo que la inanición conduce a la muerte".⁴¹

La persona con Discapacidad Intelectual suele encontrarse en un estado de triste pasividad, acompañada de una serie de comportamientos que no hacen más que incrementar la incidencia de esa soledad, tales como el llanto, estar pegado siempre al televisor, dormir más de lo normal, comer en exceso y otras muchas. Cuando este tipo de comportamientos se producen en el discapacitado, lejos de relacionarlos sin más con su discapacidad, habría que indagar las causas que los originan. Al tratar de precisar la capacidad de la persona, no se ha de centrar la atención en su edad mental ni en el mero diagnóstico clasificatorio.

Se debe de tender a conocer las causas de la situación presente, ver si es factible su eliminación y actuar en consecuencia. Cabe destacar que no existe nada que haga pensar que la sexualidad de las personas con Discapacidad Intelectual sea diferente.

Sin embargo un entorno que no sepa integrar y valorar equilibradamente la sexualidad como un aspecto nuclear de la persona con o sin discapacidad intelectual está apartando de ésta una dimensión que está presente en cada individuo y que significa una enorme fuerza personalizadora; al mismo tiempo,

⁴⁰ Ibidem Pág.264

⁴¹ Ibidem Pág. 265

aparecen muchos problemas sobreañadidos, sociales y personales, que vienen a dificultar la consecución de su calidad de vida.

Ciertamente, cuando la sexualidad causa tantos problemas, podría decirse que es debido a que no se sabe muy bien qué es realmente la sexualidad humana.

“El funcionamiento psicosexual sano requiere que no existan o haya muy pocas emociones de necesidad, y es aumentado por emociones positivas o de bienestar, como dignidad, alegría y amor. En la persona normal, el amor por la pareja tiene un efecto muy grande que aumenta el placer. Cuando una persona es capaz de dar y recibir amor con un mínimo de miedo y conflicto, tiene la capacidad de desarrollar genuinamente relaciones íntimas con otros. Cuando está implicado en una relación íntima, lucha activamente por el crecimiento y la felicidad de la persona querida. El amor heterosexual maduro se caracteriza por la intimidad, que es un atributo especial de la relación entre un hombre y una mujer”.⁴²

Nadie puede crecer en su vida, quererla y hacerla madurar, si no descubre su valor como persona en la mirada ajena. La certeza de ser amado construye a la persona, mientras que la duda o la carencia de tal verdad la destruye. Como dice LAUSTER, “El amor no es una cuestión de entendimiento, sino un asunto del sentimiento”,⁴³ por lo que resulta accesible para aquellos que ciertamente tienen limitada su capacidad intelectual, pero no así su capacidad de sentir, de amar y de entregarse gratuita y fielmente.

Vanier afirma que “las personas con una deficiencia mental, tan limitadas intelectual y manualmente, con frecuencia están más dotadas que los demás en el plano afectivo”.⁴⁴

La persona con Discapacidad Intelectual experimenta, la desazón que causa la soledad y se ve abocada a buscar compensaciones para hacerle frente. Esta

⁴² Ibidem Pág. 266

⁴³ Idem

⁴⁴ Idem

dinámica significa con frecuencia ajustarse ciegamente a las expectativas y exigencias que le plantea su entorno social, transformadas hasta tomar la apariencia de sus propios deseos, impulsado por el miedo al aislamiento. La persona sigue así la presión externa de tener que desear como propio aquello que le es impuesto, lo que constituye un simple sometimiento a las presiones sociales, que conduce a anular la voluntad autónoma del sujeto.

La pérdida de su identidad arroja todavía más a la persona a un intenso estado de angustia e inseguridad, obligada a buscar su identidad en la aprobación de los demás: puesto que ella no sabe quién es ni lo que le conviene. La persona se convierte en objeto, deja de ser un agente moral autónomo y permite que los demás guíen su existencia.

“Atender a la calidad de vida es una exigencia moral innegable, si con ello nos referimos a cualquier tipo de acción orientada a crear condiciones más favorables para la expansión y desarrollo del ser humano... Para una verdadera calidad son más importantes los consumos inmateriales que los materiales. Los factores afectivos tienen un gran peso en este campo: aceptarse, ser aceptado, amistad, amor, etc. Se ha dicho que probablemente existen en nuestra sociedad mecanismos perversos que impiden el perseguir la verdadera calidad de vida. Esta, por otro lado, no es únicamente el resultado de la acción individual; también existe una dimensión pública, política, de ella.”⁴⁵

Todos necesitamos el afecto y la sexualidad para una vida humana, razonable y sensata. Si bien no se puede negar a nivel de principios a la persona con Discapacidad Intelectual, por el hecho de serlo, su condición personal que incluye por supuesto la sexualidad, tampoco se puede olvidar la obligación de proporcionar oportunidades que tengan sentido y sean razonables en orden a alcanzar esos objetivos.

⁴⁵ Ibidem Pág. 268

En conclusión, las afirmaciones que configuran una aproximación equilibrada al mundo afectivo-sexual de la persona con discapacidad intelectual son los siguientes:⁴⁶

- ✚ La persona con discapacidad intelectual debe ser respetado y tratado como persona y, por eso, se le deben reconocer los correspondientes derechos fundamentales innatos e inviolables, principalmente el derecho al desarrollo libre y pleno de su personalidad.
- ✚ Los intentos por mantener a las personas con discapacidad intelectual alejados de la afectividad y la sexualidad deben reputarse contrarios a la moral porque están en contraste con la dignidad humana. Hay que evitar la tentación de aprovechar una posición de fuerza para imponer al sujeto condiciones de vida demasiado restrictivas y gravosas, que vulneran aspectos básicos de su personalidad y que ninguno de nosotros estaría dispuesto a tolerar si fuese el afectado por ellas.

Dado que la persona con discapacidad intelectual es un sujeto con todos los derechos, debe facilitársele el participar en la vida de la sociedad en todas las dimensiones y a todos los niveles que sean accesibles a sus posibilidades. La persona con discapacidad intelectual tiene que experimentar que no está al margen de la sociedad, sino que, respetado por su intrínseca dignidad humana, está llamado a contribuir al bien de su familia y de la comunidad según sus propias capacidades.

Deben rechazarse, por insuficientes, todas las actitudes de simple proteccionismo, que la mayor parte de las veces lo que hacen es negar al individuo las oportunidades necesarias para su personal desarrollo. Es verdad que la persona con discapacidad intelectual requiere de una tutela y un apoyo especiales, pero también lo es que la actitud meramente tutelar atenta contra el derecho que la persona con Discapacidad Intelectual tiene a tener su propio espacio íntimo.

⁴⁶ Ibidem Pág. 270

Al hablar de sexualidad, no sólo nos referimos a la genitalidad, sino sobre todo a la amistad, el cariño, la aprobación y las relaciones personales.

Para complementar nuestra investigación acerca de cómo viven su sexualidad las personas con discapacidad intelectual, realizamos entrevistas a jóvenes con discapacidad intelectual en edades que oscilan entre los 20 y 26 años tanto hombres como mujeres; así como padres de jóvenes con discapacidad intelectual. Las cuales fueron realizadas en CONFE (Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C) donde atienden y laboran estos jóvenes.

Estas entrevistas nos dieron como resultado lo que en este capítulo hemos mencionado acerca de la importancia de hablar y de dejar que los jóvenes con D.I. tengan una vida sexual sana y plena, con esto nos referimos a la importancia de hablar con ellos a todos estos temas, que sean tratados tanto en las instituciones, como con los padres.

Pudimos darnos cuenta de que hablar con ellos de lo que es el noviazgo, lo que implica, hablar también, de las relaciones sexuales plenamente como parte de la vida del joven, no tiene que ser malo, al contrario, le va a permitir que el desarrollo de su sexualidad sea más amplio y tenga las herramientas necesarias para enfrentarse a una vida en pareja posterior.

Si relacionamos las respuestas obtenidas con lo que es el cómo viven su sexualidad los jóvenes con D.I., vemos que la viven, o mejor dicho ellos quieren “vivir” en el término amplio de la palabra su sexualidad, y vemos que los padres desgraciadamente limitan esta posibilidad al no proporcionarles la información adecuada y al contrario, hacerles ver que ellos no pueden tener una vida sexual, por ese mito que mencionamos ya en el capítulo acerca de que no están preparados, por ser unos “niños eternos”, pero los jóvenes aún y con todo eso buscan respuestas en otros lados como en las instituciones en donde se desarrollan, o más aún con sus compañeros. Y tocando el tema de las

limitantes de la sexualidad, aquí vemos muchas, una de ellas la sobreprotección que ya dijimos anteriormente, otra la falta de información y una más que es la sociedad; que hace sentir que ellos no tienen el derecho a una vida sexual o a vivir su sexualidad en todos sus términos, y no es así.

Y hablar de la posición de los padres en cuanto a estos temas, estamos concientes de que la gran mayoría tiene ese “miedo” de hablarle a sus hijos de los temas de IST, Métodos anticonceptivos o incluso de las mismas relaciones sexuales, y que en vez de hablar acerca de eso, los limita y les pone un freno diciéndoles que es malo o que les prohíben siquiera tener un novio o novia, pocos son los casos en que los padres los ayudan y los apoyan al momento de tener una pareja e incluso pocos les hablan abiertamente de las relaciones sexuales, y de los métodos y más aún de las IST, realmente podemos decir que son muy pocos los casos, pero esto no quiere decir que lo hagan completamente, ya que hay jóvenes que si obtienen ese apoyo, pero en lo que respecta a métodos o a IST no saben casi nada, a excepción del condón, pero no saben como utilizarlo, y menos de las IST, a excepción del SIDA, pero no saben bien como da o que es en si.

Por último, cabe destacar que en cuanto a los derechos sexuales de las personas con discapacidad intelectual, no existe información alguna ni por parte de los padres, y mucho menos de los jóvenes, ellos no tienen conocimiento alguno acerca de los derechos sexuales, siendo que forma parte importantísima de su sexualidad y del ser personas integrales.

Nuestra aportación es que consideramos una formación urgente sobre todos estos temas, y que en vez de pensar que con esto los jóvenes con D.I. pueden tener más aflorado el deseo sexual, hay que pensar en la salud de ellos y en que también tienen derecho a vivir una sexualidad plena.

2.3. CUÁL ES LA POSICIÓN DE LOS PADRES EN CUANTO A LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS Y QUE ASPECTOS ABORDAN.

Cuando la discapacidad se detecta en el primer momento, la frustración que experimenta la madre y el padre, hace que la relación con su hijo se vea alterada. La madre sufre un duelo por el hijo que había ido gestando en su fantasía durante el embarazo, antes de poder aceptar la realidad del hijo que tiene en sus brazos.

Puede suceder que los padres no se den cuenta de que su hijo con discapacidad intelectual ya no es un niño, y se empeñen en seguir viéndolo siempre igual. Esta actitud puede perjudicar al hijo, que en esos momentos necesita más comprensión, más apoyo y más orientación por parte de sus padres, ya que ni él mismo es capaz de decir que le sucede. "El joven con Discapacidad Intelectual no puede ser considerado como un niño grande".⁴⁷

Un adolescente de dieciocho años no debe ser tratado como un niño, aunque su capacidad intelectual no haya logrado el aprendizaje de la lectura, por ejemplo.

Muy poco se puede generalizar sobre la educación de la voluntad en estas etapas, ya que cada joven, además de su discapacidad, tiene sus características peculiares y sus propias circunstancias, marcadas muy de cerca de su entorno.

Al joven con Discapacidad Intelectual, por ejemplo, se le podrá dar libertad en función del grado de responsabilidad que haya sido capaz de ir adquiriendo en etapas anteriores. Virtudes como la lealtad, justicia, laboriosidad, etc., se desarrollarán y arraigarán de forma muy distinta según los casos.

⁴⁷ COUWENHOVEN, Terri. *Centro de Información y Difusión CONFIE*. Vol. 10, No. 1. Primavera-Verano 2003. Pág. 122

En cuanto a la educación sexual, es este un aspecto más en la educación integral de toda persona, y así debe ser considerado en la educación del hijo con Discapacidad Intelectual. Es importante destacar que esta faceta en la educación de los jóvenes es un deber más de los padres.

Los padres son los primeros educadores de la sexualidad; son los maestros y modelos. Posteriormente, los compañeros, los medios de comunicación, la enseñanza religiosa y la experiencia de la vida, influyen en nuestro aprendizaje de la sexualidad. Lo que somos de adultos es, en gran medida, resultado de la formación que hayamos recibido en la niñez.

Hay muchos padres que temen enfrentarse a esta realidad, bien por desconocimiento o por miedo de no hacerlo de la forma correcta. En este sentido, suelen pasarlo por alto y confían que en el centro educativo asumirá esta responsabilidad. ***Esto sin duda es un gran error.*** “La educación sexual debe darse a nivel personal”.⁴⁸

Los padres caen en el error de ignorar su responsabilidad de enseñar contenidos sobre la sexualidad porque poseen una educación sexual pobre, o porque existen brechas generacionales que si bien reflejan la actitud de la sociedad de aquella época, también impiden transmitir una nueva actitud. Por otro lado, existe una disponibilidad reducida de recursos y apoyos, y la misma discapacidad de sus hijos les impide verlo como un ser sexual.

A la edad que el caso particular requiera y adaptada a las peculiaridades especiales de cada niño. No se pueden establecer criterios generalizables, ya que lo único muy claro es quién tiene y debe ejercer ese deber son los padres; pero qué, cuando y cómo dependerá en gran medida de los distintos niveles intelectuales, teniendo luego en cuenta todas las variables que cada caso presente.

⁴⁸ Ibidem Pág., 145

Porque todos los niños con y sin discapacidad inician sus vidas entre personas sexuales, se les debe ofrecer información que les permita reforzar conceptos y enfrentar situaciones de la vida real. Es de suma importancia que los padres piensen a largo plazo sobre los proyectos y las expectativas de sus hijos con discapacidad pues así, éstos se podrán concretar mejor, se podrán planear objetivos y se podrá pedir ayuda antes de que surjan los problemas.

Hay que estar atentos a las inquietudes o curiosidades que los niños vayan teniendo pero con gran delicadeza, ir dando la información adecuada, precisa, prudente. Somos conscientes de que es difícil, pues tan nefasto puede ser el no intervenir en su momento como el dar más información de la pueden asimilar.

Otro punto que se debe tener presente es que en la educación sexual del niño o joven con Discapacidad Intelectual no se trata tanto de instrucción sino de educar la voluntad para fortalecer el autodomínio y el autocontrol de su sexualidad.

Un componente crítico de la educación sexual consiste en que los padres ayuden a sus hijos a comprender las relaciones y las consecuencias que de ellas se derivan; por ejemplo el modo de tocar, hablar y comportarnos unos con otros.

La mayoría de los programas diseñados para personas con discapacidad intelectual dividen los tipos de relación en las siguientes categorías:

- 1.- Uno mismo: para la mayoría de nosotros es difícil desarrollar relaciones sanas con los demás a menos que consigamos tener primero una sólida comprensión de quiénes somos, qué queremos en la vida, y sentirnos bien como somos. Ser capaces de tener una relación sana con nosotros mismos es un fundamento importante para el desarrollo de futuras relaciones.

2 Las relaciones con la familia, amigas, vecinos/profesionistas de apoyo, conocidos/extraños.

Otros aspectos de las relaciones pueden consistir en:

- ⇒ La selección de un compañero.
- ⇒ El ciclo de una relación: cómo comienza, crece y cambia.
- ⇒ Las características de unas relaciones sanas o peligrosas.

Una de las preocupaciones más agobiantes de los padres, es cómo mantener a sus hijos a salvo de riesgos. Por mucho que les gustaría creer, que pueden protegerlos de los peligros, del abuso o de cualquier otro suceso infortunado, la realidad es que esto es imposible.

La gente con mayor riesgo de explotación es la que se encuentra aislada, protegida, refugiada de lo que sucede a su alrededor. “Mis ideas y mi respuesta a los miedos de los padres sobre el abuso nunca cambia: el mejor medio de ayudar a que sus hijos eviten la explotación es dotarles de instrumentos que les habiliten y eduquen. La información y el lenguaje son dos poderosos instrumentos para ello.”⁴⁹

La familia es la primera, fundamental e insustituible escuela de socialidad

Los padres tienen un importante papel en el futuro de sus hijos, es incluso mayor en el caso de las personas con discapacidad intelectual, por las especiales circunstancias que concurren en esta situación. Esto es así por las peculiares características del sistema familiar:

- ✚ Comunidad de vida basada en el amor
- ✚ Aceptación incondicional de sus miembros.
- ✚ Es un sistema dinámico de relaciones personales íntimas constantes.

⁴⁹ Idem

- ✚ El hombre recibe de la familia su ser y los primeros estímulos para su educación.

La institución familiar es el ámbito más adecuado para la conformación del sujeto. Ella educa más por el ambiente que logra crear y el sistema de valores que adopta, aun de forma inconsciente, que por cualquier otro método. De la familia depende el conseguir, o no, personalidades equilibradas, felices, responsables, en cada uno de sus miembros, tengan o no discapacidad. Esta función personalizadora se realiza en la familia a través de los siguientes dinamismos:⁵⁰

- ✚ Propiciando la integración de todas las dimensiones del ser humano, plasmando así una personalidad integral.
- ✚ Abriendo cauces para el desarrollo de una genuina relación interpersonal, basada en la acogida, la comprensión, la tolerancia, el perdón y la reconciliación, mediante la cual se consigue la estabilidad afectiva y la comunión.
- ✚ Iniciando a los sujetos en la sabiduría humana, que son contenidos y valores, y que conduce hacia el humanismo, concretándose en un proyecto de vida.
- ✚ Educando para la convivencia con los demás en medio de la sociedad, capacitando a sus miembros para esa convivencia y abriéndolos a ella. El amor que se encierra en sí mismo narcisistamente no es tal amor. La función personalizadora de la familia no puede entenderse de manera privatística: sólo alcanza su sentido pleno en la fuerza socializadora.

Por todas estas razones, cabe afirmar que es a los padres a quienes incumbe no sólo el derecho, sino el deber fundamental de proporcionar la adecuada educación sexual a sus hijos. Este es un derecho y un deber que precede a la

⁵⁰ AMOR, José Ramón. *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Editorial Universidad Pontificia Madrid. Pág., 321

misión de los otros agentes socializadores, que tienen, precisamente, la tarea de colaborar con los padres en su función y no sustituirla.

“La educación corresponde, especialmente, a la familia que es escuela del más rico humanismo. La familia, en efecto, es el mejor ambiente para llenar el deber de asegurar una gradual educación de la vida sexual. Ella cuenta con reservas afectivas capaces de hacer aceptar, sin traumas, aun las realidades más delicadas e integrarlas armónicamente en una personalidad equilibrada y rica. El afecto y la confianza recíproca que se viven en la familia ayudan al desarrollo armónico y equilibrado del niño desde su nacimiento. Para que los lazos afectivos naturales que unen a los padres, con los hijos sean positivos en el máximo grado, los padres, sobre la base de un sereno equilibrio sexual, establezcan una relación de confianza y diálogo con sus hijos, siempre adecuada a su edad y desarrollo”.⁵¹

En efecto, los padres son los primeros formadores de la conciencia moral del niño, que viene estimulada día tras día a través de los contactos que establece con ellos en las diversas circunstancias que se van suscitando mediante la convivencia. Reconocido su derecho y su obligación, compete a los padres tomar plena conciencia de su misión en este campo de la educación de sus hijos.

Por lo cual deben esforzarse por vencer las propias resistencias y perezas y prepararse convenientemente para ejercerla en bien de sus hijos. Son muchos los aspectos que la familia tiene que aportar a la educación sexual de sus hijos como los siguientes:⁵²

1. A la familia no le corresponde tanto la transmisión de conocimientos sobre la sexualidad cuanto al testimonio y la iniciación vital. Ello se logra mediante la creación de un clima de amor y de mutua comunicación.

⁵¹ Ibidem Pág. 322

⁵² Ibidem Pág. 323

2. La familia es en este terreno el primer lugar donde se transmiten los valores primordiales sobre la vida sexual.
3. La vida y el comportamiento de los padres tienen una influencia decisiva en la educación sexual de sus hijos:
 - ✚ La auténtica vida de la pareja (<<íntima comunidad de vida y amor>>) es la condición para la aparición de un nuevo ser.
 - ✚ La aceptación responsable del hijo y de su futura sexualidad así como una gestación sana son factores que no se pueden descuidar.
 - ✚ La vida integrada de los padres tiene influencias reales en la configuración sexual de los hijos, sobre todo en sus primeros años de vida.
 - ✚ Los padres juegan un papel decisivo en la identidad sexual de sus hijos.
 - ✚ La vida conyugal y familiar es el clima adecuado para que el adolescente se abra al mundo del <<otro>> y logre así la socialización deseada.
4. A los padres corresponde también responder de manera adecuada a las primeras curiosidades de sus hijos acerca del sexo.
5. La vivencia del pudor en la familia ha de realizarse con naturalidad, evitando los dos extremos de la obsesión neurotizante y del naturalismo cosificante.

Para las familias con hijos con discapacidad intelectual, el paso de un estadio evolutivo a otro suele ser muy estresante, particularmente si no se ha preparado, y sorprende a los padres. Como relataba una madre, “parece como si un día yo estuviese bañando a mi pequeño hijo y al día siguiente estuviese bañando a un hombre; en mi mente él había sido siempre un niño, y ahora me doy cuenta de que, por lo menos en su cuerpo, él es un hombre”.⁵³ Muchos padres están confusos ante esta amplia problemática y pueden sentir que la responsabilidad a la que deben hacer frente es aplastante.

⁵³ Idem

El porvenir aparece dibujado de forma incierta y difuminada: probablemente, el mayor estrés para estas familias es el futuro del miembro con discapacidad intelectual, que a veces se convierte en un auténtico miedo.

Cuanto más crece el individuo, más se acentúan las diferencias con los muchachos de su misma edad y los padres empiezan a asumir que su hijo dependerá toda la vida de ellos o, al menos, que las perspectivas de esa independencia son muy oscuras. La necesidad de caminar hacia adelante nunca es fácil, pero resulta más conflictiva cuando los padres del joven con discapacidad intelectual perciben el mundo como un lugar inadecuado para sus hijos y que les ofrece un futuro incierto. Se reactivan los sentimientos de desesperación y de culpa, que se creían definitivamente superados y enterrados. La preocupación por la vulnerabilidad de sus hijos es muy grande y el miedo a los abusos sexuales, sobre todo en el caso de una hija, es intenso.

Es importante comprender con sensibilidad y cariño las preocupaciones de estas familias e incorporarlas a nuestro trabajo como profesionales, porque son el pilar básico del joven con discapacidad intelectual en su camino hacia la edad adulta. La familia, en esta fase de la vida del joven con discapacidad intelectual, necesita seguramente más que antes no ser dejada sola. No sólo hay que comprender los problemas, sino que hay que organizar la prevención e implementar eficazmente los servicios terapéuticos y de apoyo. La familia necesita catalizadores externos para poder pasar al siguiente estadio y sostener su acción integradora y normalizadora, y no siempre los encuentra.

En nuestra sociedad, las familias son las principales proveedoras de servicios de cuidado para las personas que presentan alguna discapacidad y para poder asumir estas obligaciones tan prolongadas, la sociedad debiera promover la cohesión familiar y aportar el necesario refuerzo asistencial. Hay que subrayar que si se reduce la angustia de los padres, no sólo mejorará su situación personal y de pareja, algo en sí mismo valioso y deseable, sino que también proporcionarán un entorno mucho más idóneo para su hijo. Esta colaboración

debe provenir, lógicamente, tanto de los profesionales como del conjunto de la sociedad y debe ser formal e informal.

Si se quiere ayudar a estas familias en el ejercicio de su misión original, se deben conocer sus necesidades y la relación que se establece y la que debería establecerse entre los padres y los profesionales, partiendo de la premisa de que hay una responsabilidad compartida acerca del futuro del educando.

Es importante destacar que la represión sexual es algo muy común todavía en muchas familias, particularmente en aquellas en las que existe un miembro con discapacidad intelectual, ya que cada uno es el resultado del tipo de sociedad en la que nació y fue educado. La actuación represiva sigue siendo posible, pero ya se comprobó que no resulta positiva ni para el individuo ni para el grupo social.

El diálogo en materia sexual entre unos padres represivos y unos hijos que ansían conquistar su autonomía es cómo dos líneas paralelas que nunca llegan a unirse en un escuchar y responder contractivos.

El cambio en la familia de nuestro tiempo reclama en los padres nuevas maneras de actuar y, en consecuencia, nuevos aprendizajes. Hemos mostrado cómo el proceso formativo de la identidad sexual de los hijos, en todas sus dimensiones o niveles, aparece cada vez menos como prerrogativa única de la familia, para convertirse en un complejo de numerosos y con frecuencia contrapuestos mensajes y estímulos que la gran comunidad educativa aporta a través de la televisión, el cine, la prensa, etc. Todo esto, captado por los hijos, hace difícil la función educadora de los padres y reclama, tanto a la familia como a los profesionales, nuevas actitudes. Se han producido grandes transformaciones en la atención de la persona con discapacidad intelectual, pero es necesario seguir avanzando en esta dinámica e insistir en el principio general ya afirmado: la común responsabilidad de toda la sociedad con respecto a las personas con discapacidad intelectual.

Los padres que ponen barreras a la acción educativa en la educación sexual de sus hijos no son conscientes de que si el profesional suprime toda actividad al respecto, siguiendo los deseos paternos, el alumno obtendrá la información por otras vías, mucho más inadecuadas, que marcan lo quieran o no el desarrollo psicosexual del individuo. Por otra parte, si bien es cierto que el papel de los padres es primario y el de los educadores subsidiario, puede suceder que éstos deban asumir una mayor responsabilidad, de manera que pasan a ocupar un lugar preeminente, por delante incluso de los padres, si estos no desempeñan las funciones a que están obligados en relación a la sexualidad de sus hijos. No es válido el argumento de renunciar a la educación sexual de los alumnos porque es función de los padres.

Padres y profesionales deben ser conscientes de la importancia de la autoestima y, teniendo en cuenta que empieza a desarrollarse, deben propiciar experiencias que faciliten su desarrollo. Algunas sugerencias prácticas son las siguientes:

- ✚ No considerar a la persona con Discapacidad Intelectual ni tratarlo como un ser desvalido.
- ✚ Darle autonomía, independencia y confianza en sí mismo.
- ✚ Ayudarle a tener éxito.
- ✚ Estimular sus estados de ánimo positivos para que se enfrente mejor a las experiencias difíciles.
- ✚ Estimular un comportamiento adecuado y respetuoso con los demás.
- ✚ Ayudarle a distinguir sentimientos y a describir experiencias.
- ✚ Discutir con él los valores.
- ✚ Trabajar la imagen corporal.
- ✚ Enseñarle la importancia de la belleza interior y que transmitir simpatía y afecto es esencial.
- ✚ Enseñarle a establecer relaciones con otras personas.
- ✚ Estimular las aficiones personales, los intereses y las actividades de todo tipo.

Finalmente los padres deben: ⁵⁴

- ✚ Entender los valores personales y comunicarlos a los que atienden a su hijo.
- ✚ Compartir los métodos de intervención que se emplean en casa para afrontar conductas sexuales apropiadas.
- ✚ Identificar las estrategias formativas que mejor han funcionado para el chico o adulto.
- ✚ Darse cuenta de dónde surgen de modo habitual las dificultades de aprendizaje.

⁵⁴ COUWENHOVEN, Terri. *Centro de Información y Difusión CONFÉ*. Vol. 10, No. 1. Primavera-Verano 2003. Pág. 147

2.4. DERECHOS SEXUALES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

La sexualidad es parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Por eso es importante reconocer que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos sin excepción alguna.

Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

Como en el caso de la salud sexual que debe ser el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:⁵⁵

1. **El Derecho a la Libertad Sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de las personas a expresar su sexualidad y excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier periodo y situaciones de la vida.
2. **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual dentro de un

⁵⁵ Declaración del 13 Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España, Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el 28 de junio de 2001, en el 15º Congreso Mundial de Sexología, París.

contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. **El Derecho a la Privacidad Sexual:** Derecho a expresar las preferencias sexuales en la intimidad siempre que estas conductas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, por razones de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física, psíquica o sensorial.
5. **El Derecho al Placer Sexual:** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y al amor.
7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El Derecho a Tomar Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables:** Derecho a decidir sobre tener descendencia o no, el número y el tiempo entre cada hijo, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico libre de presiones externas y difundido de forma apropiadas en todos los niveles sociales.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:** Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11.El Derecho a la Atención Clínica de la Salud Sexual: La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

2.5. EL PAPEL DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN JÓVENES CON DISCAPACIDAD EN INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

Somos aprendices por naturaleza. La sexualidad es uno de estos aprendizajes. Una visión global de la persona y de la acción educativa incluye la educación sexual. Esta es un derecho de los educandos y debería ocupar un papel relevante en el conjunto de los esfuerzos educativos. La mayor parte de la formación e información en torno a este tema que poseen niños y adolescentes hoy día proviene de los medios ajenos a la familia y a la escuela: la calle, la televisión, el video, las revistas, la publicidad.

En definitiva, no es que no exista una educación sexual sino que ésta ha sido dejada en manos de la gran comunidad educativa que no hace sino dar una visión parcial, sexista y comercial, careciendo de un enfoque científico, pedagógico y crítico. Nos rodea por todas partes. Nos impregna a nosotros y nos mueve. Pensemos por un momento en la educación sexual que damos y la que no damos, y en la que deberíamos dar al niño y al joven con Discapacidad Intelectual.

La introducción de la educación sexual en los planes formativos de la persona con Discapacidad Intelectual en crecimiento es una prioridad. Esta educación sexual tiene un objetivo general que debe guiar tanto los contenidos como los métodos y actividades: la maduración del alumno, proporcionándole los conocimientos y habilidades que le permitan orientar lo mejor posible sus decisiones en esta materia y que refuercen las actitudes necesarias para vivir una sexualidad sana, positiva, evolutiva y prevenir los problemas que puede ocasionar la falta de formación e información. La convergencia de información y transmisión de valores está en función de facilitar al alumno una visión integrada de su realidad sexual y afectiva, para que la pueda vivenciar de manera sana y satisfactoria.

"Educar en la vida afectiva y sexual consiste, ante todo, en ayudar a alguien a tener en cuenta al otro, a enseñarle a escuchar, a amar, a tener compasión y ternura; en definitiva, a volverse responsable. La verdadera educación sexual consiste en despertar del corazón; en ayudar a una persona a caminar hacia la madurez afectiva"⁵⁶

Tradicionalmente se ha entendido la educación sexual como sinónimo de educación genital y reproductiva. Es preciso articular los diferentes componentes del hecho sexual humano (biología, psicología, cultura, valores morales y religiosos) en el modelo de educación sexual que se desee promocionar. Esto ha llevado a integrarla en el marco de la denominada educación para la salud. Parece claro que la educación sexual se mueve básicamente en este ámbito, a partir de una concepción pluridisciplinar de la salud y en el contexto de una atención preferente a los aspectos de la maduración psicoafectiva y salud mental del individuo, que va a posibilitar un nivel óptimo de comunicación en la esfera de la expresión sexual.

Se han dado muchas definiciones de Educación para la Salud. Nosotros la definimos como "un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo."⁵⁷

La enseñanza sexual no puede desenvolverse sólo en torno a las situaciones de crisis: hay que pensar en el largo plazo e intervenir planificadamente antes de que surjan los problemas.

Hay que ayudar a las personas con Discapacidad Intelectual a desarrollar hábitos saludables, modificando las conductas que sean perjudiciales y promoviendo la modificación de aquellos factores externos que influyen

⁵⁶ AMOR, José Ramón. *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Editorial Universidad Pontificia Madrid. Pág., 321

⁵⁷ Ibidem Pág. 326

negativamente en la salud. Debiera existir un vigoroso interés moral y político para la creación de unas condiciones de vida saludables para todos; esto exige reflexión y propuestas alternativas de desarrollo. "El propósito de la educación sanitaria es educar a la gente para que viva una vida sana mediante la práctica de las normas de higiene personal y el conocimiento de los problemas de salud pública. La educación sanitaria representa el conjunto de todos los conocimientos que existen en materia de salud traducidos por medio de la educación en formas convenientes de comportamiento individual y colectivo".

Cualquier proyecto pedagógico en esta área debiera apoyarse en una concepción amplia de la sexualidad, entendida en términos de relación. Reducirla a la higiene de los genitales o a proporcionar simples informaciones para prevenir embarazos o facilitar técnicas para alcanzar un placer mayor, supone reducir su valor.

La educación sexual no se reduce a una cuestión de técnica, dirigida a potenciar la dimensión lúdica del cuerpo, sino que está llamada a ayudar al individuo a pasar de la búsqueda de la satisfacción de una necesidad al reconocimiento del otro en el amor: promoción de factores estables de personalidad (autoestima, autoeficacia y control interno), de procesos afectivos mediadores (empatía, relaciones de apego y amistad) y de mediadores cognitivos (capacidad de ponerse en lugar del otro, clarificación de valores, toma de decisiones y solución de problemas). En resumen, la promoción de habilidades sociales e interpersonales sanas.

Los objetivos específicos serían:⁵⁸

- ✚ Facilitar las relaciones interpersonales de todo tipo y fomentar actitudes abiertas hacia los demás, sus ideas, sentimientos y formas de ser.

⁵⁸ Ibidem Pág. 329

- ✚ Enseñar a aceptar al otro tal y como es, con sus particularidades, haciendo ver en las diferencias más una riqueza que un obstáculo.
- ✚ Facilitar experiencias de integración y de afirmación personal, que hagan confiar en la propia valía y eleven su autoestima.
- ✚ Ayudar al descubrimiento natural y espontáneo del otro sexo, al margen de separaciones artificiales. Conseguir un clima de comunicación y confianza entre ambos sexos, orientando y facilitando la tendencia natural hacia el contacto mutuo.
- ✚ Ofrecer canales de encuentro que faciliten ese acercamiento mutuo en la convivencia de cada día, que redundará en un crecimiento maduro y positivo, dentro de un proceso gradual y continuo.

La coeducación es una exigencia absoluta, que no habría que recordar... Esto significa integrar los dos sexos en el ámbito académico y convivencial y no sólo la superposición o yuxtaposición de los dos sexos en unas estructuras organizadas paralelamente, pero carentes de implicación en la vida real. Es un estilo de formación que reconoce la riqueza de la diferencia de género. Exige del educador reconocimiento de la dignidad de cada género y conocer los rasgos originales de cada uno y las formas de manifestarse en cada etapa.

La primera responsabilidad de padres y profesionales es la de su propia formación: conocer, aceptar y amar su propia sexualidad y tener una preparación científica de acuerdo a las exigencias de la cultura actual en esta área. Después, deben ser conscientes de la importancia de la autoestima y, teniendo en cuenta que empieza a desarrollarse pronto, deben propiciar experiencias que faciliten su desarrollo. Algunas sugerencias prácticas son las siguientes:⁵⁹

- ✚ No considerar a la persona con Discapacidad Intelectual ni tratarla como un ser desvalido.

⁵⁹ Ibidem Pág. 331.

- ✚ Darle autonomía, independencia y confianza en sí misma
- ✚ Ayudarle a tener éxito.
- ✚ Estimular sus estados de ánimo positivos para que se enfrente mejor a las experiencias difíciles.
- ✚ Estimular un comportamiento adecuado y respetuoso con los demás.
Las reglas de oro de la sexualidad: respeto, comunicación, responsabilidad y placer.
- ✚ Ayudarle a distinguir sentimientos y a describir experiencias.
- ✚ Discutir con él los valores.
- ✚ Trabajar la imagen corporal.
- ✚ Enseñarle la importancia de la belleza interior y que transmitir simpatía y afecto es esencial.
- ✚ Enseñarle a establecer relaciones con otras personas.
- ✚ Estimularlas aficiones personales, los intereses y las actividades de todo tipo.

Al llegar a este punto, hay que formular tres advertencias: "cualquier teoría del amor debe comenzar con una teoría del hombre, de la existencia humana". Toda educación se inspira en una determinada concepción del ser humano.

"Cada vez que el adulto introduce al menor en el dédalo de la sexualidad, le transmite convicciones, actitudes ideales, ya que por su misma naturaleza tal comunicación no es jamás neutra. Cuantos pretenden actuar en el plano de la instrucción o de la información y proporcionar al educando sólo conocimientos objetivamente fundados sin querer en modo alguno interferir en la conciencia del educando, de hecho también ellos tienen una antropología que, de una manera o de otra, trasluce la impronta dada al modo de tratar el argumento.

Además, todo lo que mira al sexo es recibido, incluso antes de la pubertad, como un hecho que abarca siempre la personalidad entera. Por consiguiente, es mejor declarar desde el principio a qué sistema de convicciones nos

atenemos para ofrecer al otro la posibilidad de situar ideológicamente nuestra posición y, en consecuencia, la posibilidad de aceptarla o de criticarla".

Conviene recordar, todavía a estas alturas, que la auténtica moralidad no está basada en la constrictión ni en el miedo al castigo, ni consiste tampoco en actuar en función de las expectativas de los demás, sino que se trata de una obligación interiorizada vinculada a un valor. Se trata de educar para la responsabilidad a aquellos cuya libertad se respeta.

Y, en tercer lugar, ser conscientes que el mero hecho de que la persona con Discapacidad Intelectual sepa qué es lo más recto no asegura que lo vaya a escoger siempre, sino que a menudo sucederá lo contrario: no se trata de facilitar recetas o crear falsas e ingenuas seguridades, sino de ayudar a la persona a comprenderse a sí misma como ser sexuado, asumiendo su capacidad de amor y entrega, cada vez con una mejor preparación, libertad y responsabilidad.

Esto sólo será posible desde una base de conocimientos bien programados y equilibrados, y supone todo un proceso de mentalización, de socialización gradual y de experiencias cotidianas variadas, en la inseguridad que caracteriza la propia libertad en la que madura el ser humano.

Coherencia, repetición y reforzamiento, así como un diálogo permanente entre la familia, los profesionales y la persona con discapacidad serán los ejes de nuestro trabajo.

Cada Centro deberá resolver las exigencias reales del momento, a través de un análisis detenido y global de las mismas y por medio de experiencias e iniciativas educativas también propias, pues la solución no radica en las recetas válidas universalmente, sino que lo único universal son los principios generales, y estos no suelen ser de aplicación directa sin más.

Pero se habrá de prestar atención para que las metas concretas y las medidas adoptadas no supongan una crasa incoherencia con los objetivos y las finalidades propuestas, auténtico motor y crisol de aquellas.

2.6. IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA INFORMACIÓN SEXUAL DE LOS PADRES HACIA LOS HIJOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Los padres son los educadores principales de la sexualidad. Cuando inician pronto la formación en los conceptos de la sexualidad, proporcionan la base sobre la que ha de cimentarse una sana sexualidad en la edad adulta. Conforme sus hijos con Discapacidad Intelectual crecen y se desarrollan, es importante seguir reforzándoles sus primeros aprendizajes, al tiempo que añadimos nuevos conceptos y nueva información. Como sucede con los demás niños y jóvenes, serán las escuelas, y otras instituciones las que empezarán a desempeñar también un papel cada vez más importante a la hora de hacer progresar su formación en materia sexual.

En esta última parte se aborda el momento crítico de la pubertad y el despertar sexual, el comienzo de las relaciones afectivas. Se exponen las líneas fundamentales que se han de seguir en el conocimiento y cuidados del propio cuerpo, la formación de habilidades sociales que han de facilitar el establecimiento de estas relaciones con compañeros, el establecimiento de la orientación sexual, el sentido de seguridad y reafirmación en sí mismos para que sus conductas sean claras y eviten situaciones difíciles. Se exponen las líneas fundamentales de cómo se debe desarrollar la educación sexual en la escuela y en la familia.

Las limitaciones para el transporte, la falta de intimidad, las menores oportunidades para la socialización, y a menudo los estereotipos sociales y las actitudes peyorativas hacia la gente con discapacidad y su sexualidad, hacen mucho más difícil encontrar un compañero, citarse y desarrollar sus relaciones.

El deseo de tener una relación significativa con un compañero es una necesidad que tenemos todos. Dejar que se convierta en un obstáculo para las

personas con Discapacidad Intelectual es inaceptable. Los padres con jóvenes con Discapacidad Intelectual deben: ⁶⁰

- ✚ Asegurar que sus hijos vivan una vida social activa a lo largo de su adolescencia (y de toda su vida). El participar en clubes, aficiones, actividades de recreo y diversión aumenta sus oportunidades de encontrar amistades que puedan posteriormente convertirse en una relación estable.
- ✚ Escuchar y atender a lo que nos están diciendo. Con frecuencia ignoramos, o sutilmente desaconsejamos, o suprimimos o esperamos oportunidades para que conecten con otros, a causa de los problemas que ellos como padres, tienen.
- ✚ Seguir enseñando y reforzando las habilidades sociales que son necesarias, según se vayan necesitando.

Muchos padres se sienten mal cuando su hijo adolescente o adulto expresa su deseo de desarrollar una relación sexual con un compañero sin discapacidad. Conforme las nuevas generaciones de chicos crecen en ambientes de integración, este fenómeno será lógicamente más frecuente. Necesitamos recordar que la gente con discapacidad intelectual ven los mismos modelos que los demás, tanto en los medio (cine, TV) como en la vida real y que como todos los jóvenes tienen derecho a lo siguiente:

Intimidad⁶¹

Para quienes no tienen discapacidad, hay cantidad de sitios privados para tener actividad sexual: una habitación, un apartamento, una tienda de campaña en el campamento. Para las personas con discapacidad que rara vez conducen un coche y a menudo viven en su domicilio familiar hasta bien avanzada la adultez, resulta más comprometido encontrar un sitio privado en donde puedan expresar sus afectos.

⁶⁰ COUWENHOVEN, Terri. *Centro de Información y Difusión CONFEE*. Vol. 10, No. 1. Primavera-Verano 2003. Pág, 149

⁶¹ Ibidem Pág. 152

Consentimiento

Uno de los dilemas con los que más frecuentemente se enfrentan los padres y cuidadores es cómo equilibrar tanto la necesidad de proteger como la de apoyar a las personas con discapacidad en su derecho a tomar decisiones relacionadas con su sexualidad.

A menudo, el factor clave para determinarlo es saber si el individuo tiene capacidad para consentir la actividad sexual. Los factores que alteran o contribuyen a la confusión en relación con la capacidad de una persona para dar legalmente su consentimiento incluyen.

- ✚ La falta de información o de conocimiento sobre la sexualidad, como son los conceptos de los límites o fronteras, la información sobre cómo protegerse de las consecuencias de la actividad sexual, y

- ✚ La capacidad para tomar decisiones de forma voluntaria y sin coacción.

ORIENTACIÓN SEXUAL

La adolescencia es el periodo de la vida en el que empieza a materializarse la comprensión de la orientación sexual. Aunque hay muy poca bibliografía sobre la incidencia de la homosexualidad en las personas con discapacidad intelectual, debemos ser conscientes y estar abiertos a esa posibilidad. Puesto que estas personas disponen de un acceso limitado a elegir sus compañeros y formas de vida, el determinar su orientación sexual puede resultar más complicado de lo que es para quien no tiene esa discapacidad. Por ejemplo, en la gente con discapacidad que viven en casas segregadas en función del sexo, es más frecuente que existan relaciones sexuales entre ellas (como ocurre en las cárceles). En estas situaciones, los residentes tiene frecuentemente menos oportunidades de elegir las personas con las que desean formalizar relaciones.

En el campo de la sexualidad, se refiere a este fenómeno como homosexualidad de situación. Cuando a esos mismos residentes se les permite el contacto heterosexual, con frecuencia pasan a mantener una relación heterosexual.

Al igual que ocurre a los homosexuales sin discapacidad, los que la tienen se arriesgan frecuentemente al ridículo y al prejuicio que a veces surge.

Otros puntos importantes a recordar en relación con la orientación sexual son:⁶²

- ✚ Una cita con persona del mismo sexo, un acercamiento físico, un sueño no significa necesariamente que su hijo es gay o lesbiana. Las experiencias homosexuales ocasionales son un fenómeno bastante frecuente en los adolescentes y no predictores de la orientación sexual.
- ✚ Aunque muchos individuos que son homosexuales dicen haberse sentido diferentes en etapas tempranas de su vida, es en la edad adulta cuando se da generalmente la aceptación de su identidad.
- ✚ Los pensamientos y las fantasías son mejores indicadores de la orientación sexual que la conducta.

Qué somos como adultos sexuales es un buena parte del resultado de la información que hayamos recibido en la niñez. Para la mayoría de nosotros, el aprendizaje sobre la sexualidad ocurrió de muy diversas maneras. Probablemente fueron nuestros padres los primeros educadores de la sexualidad, ya que suelen ser los primeros y más frecuentes maestros y modelos. Después, nuestros compañeros, los medios de comunicación, la enseñanza religiosa y las experiencias de la vida han ido influyendo sobre nuestro aprendizaje sexual.

⁶² Ibidem Pág. 154.

Para las personas con discapacidad, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitadas. El nivel de lectura de materiales está, la mayoría de las veces, fuera de su alcance, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad. Aunque los padres, entiendan la importancia de crear oportunidades para la socialización, estas oportunidades para sus hijos con discapacidad son escasas. Como resultado, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales, que son particularmente importantes en la primera y segunda adolescencia. Sus hijos pierden con frecuencia los sutiles mensajes, miradas e insinuaciones con que bromean los preadolescentes y adolescentes en la televisión y en la escuela.

Pueden tener dificultades para tomar decisiones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones. Todos estos factores subrayan una mayor necesidad aún de educación de la sexualidad a niños con discapacidad que a los demás niños.

Los estudios nos dicen lo que los padres ya conocen: el riesgo de abuso en las personas con discapacidad es mayor que en las que no la tienen. Algunas de las razones son:⁶³

- Los niños con discapacidad tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas, a causa de la naturaleza de su discapacidad.
- A veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar una determinada situación.
- Pueden tener dificultades en su modo de razonar y juzgar.
- Se encuentran expuestos a un número mayor de cuidados que lo demás compañeros.

Cada uno de estos factores aumenta la vulnerabilidad de su hijo frente a algún tipo de explotación o de abuso.

⁶³ Ibidem Pág. 156

Aunque la necesidad es mayor, muchos padres evitan o posponen abordar los temas de la sexualidad hasta que es demasiado tarde. Hay varias razones para que esto ocurra, como son:

- *Su propio proceso de aprendizaje sexual.* Algunos padres tienen pobres modelos de enseñanza y aprendizaje sobre la sexualidad.
- *La edad o generación de los padres.* Las actitudes de los padres sobre la educación de la sexualidad frecuentemente refleja las actitudes de la sociedad durante su niñez.
- *La disponibilidad de recursos y apoyos.* Fácilmente los padres están abrumados por los temas del día a día implícitos en la crianza de un hijo con discapacidad. Es fácil que se coloque a los temas de sexualidad en el cuarto oscuro. Y cuando se sienten dispuestos, hay pocos recursos en la comunidad que realmente ayuden, lo que hace difícil enseñar sobre sexualidad y los temas afines.
- *La discapacidad del hijo:* En las habilidades del niño afectan directamente a si sus padres lo ven como un ser sexual. A menudo, cuanto mayor sea la discapacidad, menos probable será que los padres sientan la necesidad de abordar los temas sobre la sexualidad.

Todos los niños inician sus vidas entre personas sexuales, de modo que el enseñar sobre sexualidad debería ser algo que ocurriera durante toda la vida. Los chicos con problemas de desarrollo no son una excepción. Al ofrecer información y abordar los temas en edades tempranas, le permite reforzar conceptos a lo largo de amplios periodos de tiempo y de una más amplia variedad de situaciones de la vida real.

Es aconsejable que los padres piensen a largo plazo sobre los proyectos y expectativas de sus hijos con discapacidad. Si somos conscientes de los temas normales sobre la sexualidad que se presentan en las diversas etapas de la vida de su hijo, podremos concretar mejor las expectativas, planear los objetivos, y pedir ayuda antes de que surjan los problemas.

Aunque probablemente los padres son los educadores con más influencia y constancia, en la educación sexual están implicados también otros profesionales. A menudo comparto en los programas con los profesionales y los padres un "triángulo de la educación sexual" que ayuda a recordar la importancia de la colaboración.

El triángulo de la educación de la sexualidad

Este triángulo representa una situación ideal: los padres y los profesionales trabajando conjuntamente para ayudar a una persona con discapacidad intelectual en su camino hacia una adultez sexualmente sana. Pero incluso en esta situación ideal, el camino que hay que recorrer es difícil. El viaje requiere que tanto los padres como los profesionales examinen sus propios valores y actitudes en una diversidad de temas sobre la sexualidad. Con frecuencia este es un proceso doloroso.

Para que el papel de los padres sea eficaz, deben:⁶⁴

- Entender los valores personales y comunicarlos a los que atienden a su hijo.
- Compartir los métodos de intervención que se emplean en casa para afrontar conductas sexuales inapropiadas
- Identificar las estrategias formativas que mejor han funcionado para el chico o adulto.
- Darse cuenta de dónde surgen de modo habitual las dificultades de aprendizaje.

La mayoría de las familias son capaces de compartir ejemplos de los éxitos y dificultades que han experimentado enseñando a su hijo sobre la sexualidad. Si se comparten, tanto los padres como los profesionales pueden utilizarlos para mejorar la educación sexual del niño.

⁶⁴ Ibidem Pág. 159

Los profesionales que atienden y apoyan a la persona con discapacidad tienen un papel importante también en la enseñanza de la educación sexual. Con frecuencia tienen acceso a materiales que están diseñados específicamente para personas con discapacidad, y son económicamente prohibitivos para la mayoría de las familias. Pueden además diseñar técnicas alternativas de enseñanza para abordar los temas de sexualidad, ayudar a las familias a identificar los recursos que existen en la comunidad, y completar y reforzar los conceptos sobre sexualidad dentro de los ambientes de la comunidad.

Finalmente, es importante recordar que la persona con discapacidad se encuentra en el vértice superior del triángulo por una razón. Y es la de recordarnos que las necesidades del individuo habrán de estar en primer plano a la hora de desarrollar y llevar a cabo la programación sobre la sexualidad, y habrán de animarnos a realizar un diálogo permanente y abierto entre las familias y los profesionales

TERCER CAPÍTULO

INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES

En este tercer capítulo, nos daremos a la tarea de hablar a fondo de las Infecciones Sexualmente Transmisibles, debido a que es de suma importancia conocer las características de cada una de ellas, así como sus causas y su forma de prevención. Las características; para saber cuales son los síntomas, las consecuencias; para ver de qué manera afectan a la salud del cuerpo humano y las formas de prevención para evitar contraer alguna de estas infecciones.

3.1. QUE SON LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Anteriormente llamadas enfermedades venéreas, son enfermedades infecciosas que se pueden contagiar por contacto sexual.

Algunas se pueden transmitir también por vía no sexual, pero representan una minoría del número total de casos. Varios tipos de enfermedades de transmisión sexual pueden llegar a ser epidémicas, incluidas la gonorrea, la uretritis no gonocócica, el herpes genital, las verrugas genitales (condilomas acuminados), la sarna (escabiosis) y las infecciones uretrales y vaginales causadas por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, el protozoo *Trichomonas* y ciertos hongos.

Las IST, han aumentado en los últimos años, debido a la culpa y la vergüenza los síntomas evidentes, a la creencia de que sólo se contagian los sucios, inmorales o promiscuos y a la absoluta desinformación de algunos sectores de

la sociedad. Y este ocultamiento por miedo a lo que la sociedad, y la familia pueda, pensar hacen que se amplifique el contagio.

Las infecciones de sexualmente transmisibles (IST) son causa de morbilidad y mortalidad significativa en la población entre los 15 y 45 años de edad. Debido al advenimiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) las IST están recibiendo mayor prioridad en salud en todo el mundo.

Además de que en general las personas no estamos bien informadas sobre cómo prevenirlas y tratarlas, existen muchos prejuicios que hacen que el tema sea incómodo o difícil de abordar. Todas las personas sexualmente activas estamos en riesgo de contraer alguna IST, independientemente de cómo sea nuestro estilo de vida. Algunos piensan que sólo cuando tienes relaciones con una persona desconocida estás en riesgo de contagio. Pero la verdad es que también las personas conocidas te pueden contagiar. La mayor parte de las veces no nos damos cuenta de que tenemos una infección. Conviene estar prevenido: si no se atienden, algunas IST pueden provocar a la larga serios problemas de infertilidad o de salud.

Existe un gran número de enfermedades que se transmiten mayoritaria o exclusivamente por contacto sexual. Además de las enfermedades ya mencionadas, están la sífilis, la infección por ladillas (*Pediculus pubis*), la infección vaginal causada por la bacteria *Haemophilus*, el molusco contagioso (enfermedad infecciosa de la piel causada por un virus), el chancroide, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal. Son muchos los organismos que causan estas enfermedades. Los protozoos del género *Trichomonas* causan una infección del aparato urogenital denominada tricomoniasis; la moniliasis o candidiasis es un tipo de micosis muy común que está causada por una levadura; los organismos que producen chancroide, gonorrea, sífilis, granuloma inguinal y vaginitis por *Haemophilus*, son bacterias; el herpes genital, las verrugas genitales (causadas por el papovavirus) y el molusco contagioso se deben a la acción de ciertos virus; finalmente, el linfogranuloma

venéreo y la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas están producidos por la bacteria *Chlamydia*.

La transmisión de todas estas infecciones se efectúa en la mayoría de los casos por contacto íntimo con una persona infectada, ya que los organismos que las producen mueren con rapidez si se los separa del cuerpo humano. Aunque la zona normal de contacto suele ser los genitales, el sexo oral y anal también produce casos de infecciones orales o anales. Algunas de estas afecciones, en concreto el chancroide y la producida por las ladillas, pueden extenderse de una parte de la piel a otra por la misma persona infectada a través de sus manos; las ladillas, el herpes genital y la vaginitis también se pueden adquirir por otros medios que no son el contacto sexual. La gonorrea, la sífilis y las infecciones por *Chlamydia* pueden pasar de la mujer embarazada a su hijo, ya sea en el embarazo o durante el parto. Tales infecciones congénitas pueden ser bastante graves.


Aunque las infecciones de transmisión sexual comienzan en los genitales externos, se pueden extender también a la próstata, al útero, a los testículos y ciertos órganos cercanos. La mayoría de estas infecciones causan irritación, picores y ligeros dolores a nivel local, pero otras como la gonorrea y la uretritis por *Chlamydia* son una causa importante de esterilidad en las mujeres.

3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

En el apartado anterior mencionamos a grandes rasgos algunos tipos de infecciones por transmisión sexual, en este apartado hablaremos más a fondo acerca de qué manera se clasifican las IST, y datos generales respecto a cada clasificación de las infecciones en México:

A continuación revisaremos las infecciones sexualmente transmisibles de acuerdo a su agente causal⁶⁵:

BACTERIAS:

 **Sífilis:** Esta IST, es menos extendida, pero más grave y temida. “Es causada por una bacteria en forma de espiral: *treponema pallidum* que se disemina en todo el organismo por vía sanguínea y linfática. Se hace crónica con periodos de desaparición de síntomas. Se transmite a la descendencia.” Es importante mencionar que esta infección no puede contagiarse en baños ni toallas porque esta bacteria también requiere tener calor del cuerpo y la humedad.

En las etapas iniciales (primeros tres meses de la enfermedad) se puede curar con antibióticos en menos de quince días sin dejar secuelas. Si no se trata puede producir, en dos o cuatro años, 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 dura, redondeada u oval, que no duele, pero puede sentirse como un botón debajo de la piel, en los genitales y, eventualmente en la boca, los pechos u otra parte

⁶⁵ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág.161.

del cuerpo. Desaparecen en varias semanas, aun sin tratamiento. Meses después, la infección, se manifiesta en erupciones generalizadas en la piel y mucosas, altamente contagiosas: manchas rosadas o granos rojos parduzcos en las palmas de las manos y plantas de los pies. Puede sumarse fiebre, malestar general, dolor en las articulaciones, caída del cabello. Pueden transcurrir de uno a veinte años para que la enfermedad entre en la tercera etapa, en la que ataca alguno de los órganos vitales del cuerpo.

☞ **Gonorrea o blenorragia:** Esta IST se denomina como “una infección bacteriana causada por el gonococo”⁶⁶ Es la más frecuente y casi siempre se transmite por vía sexual. Ya que estas bacterias sólo pueden sobrevivir segundos fuera del cuerpo humano (necesitan el calor y la humedad de la vagina, el pene, el ano, la garganta y eventualmente los ojos), no se puede contraer en baños públicos o a través de utensilios personales. “En el hombre se manifiesta por intenso ardor dentro de la uretra al orinar, hormigueo, y una secreción lechosa amarillenta casi permanente. En las mujeres no suele producir síntomas. Sólo un 30% de los casos presenta un derrame vaginal similar al del varón, olor intenso, dolor al orinar, dolor de garganta y, eventualmente, glándulas hinchadas y tensión en la parte inferior del abdomen. Durante el embarazo y el parto, el bebé puede infectarse en los ojos y hasta quedar ciego si no recibe el tratamiento preventivo que consiste en la aplicación de gotitas específicas en el momento del nacimiento al realizar el control neonatológico. El diagnóstico es rápido y el tratamiento sobre la base de antibióticos resulta efectivo en más del 90% de los casos”⁶⁷

⁶⁶ Ibidem Pág. 160

⁶⁷ STANFORD. Shulman, “*Infectología Clínica*” Pág. 285-290.

☞ **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.

☞ **Granuloma Inguinal:** El granuloma inguinal es una enfermedad ulcerativa genital crónica progresivamente destructiva causada por *Calymmatobacterium granulomatis*. La lesión primaria empieza como un nódulo indurado que poco a poco evoluciona hasta una úlcera granulomatosa colmada. La característica patológica del granuloma inguinal es la célula mononuclear infectada que tiene numerosos quistes intracitopásmicos.⁶⁸

VIRUS:

☞ **Herpes genital:** Es “una enfermedad virósica sumamente infecciosa cuya acción se está extendiendo. Los primeros síntomas se parecen a la gripe (dolor de cabeza, fiebre, glándulas hinchadas); puede que además se presente picazón en el área genital”.⁶⁹ El virus se transmite por contacto con las llagas, y que son contagiosas unas 24 horas antes de brotar y siguen siendo contagiosas hasta dos semanas después de curadas. También se pueden contagiar a otras partes del cuerpo por auto contacto. Por ejemplo, el virus puede sobrevivir en una toalla húmeda durante más de una hora, por tal motivo, es importante evitar compartir este elemento.

☞ **HPV o VPH (Virus del papiloma humano):** Se le conoce también como infección por papilomavirus. Es fundamental mencionar que esta IST pertenece a las llamadas de segunda generación, para diferenciarlas de las clásicas, causadas por bacterias (sífilis,

⁶⁸ Ibidem Pág. 281-282.

⁶⁹ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores* Editorial Esfinge. Pág. 160.

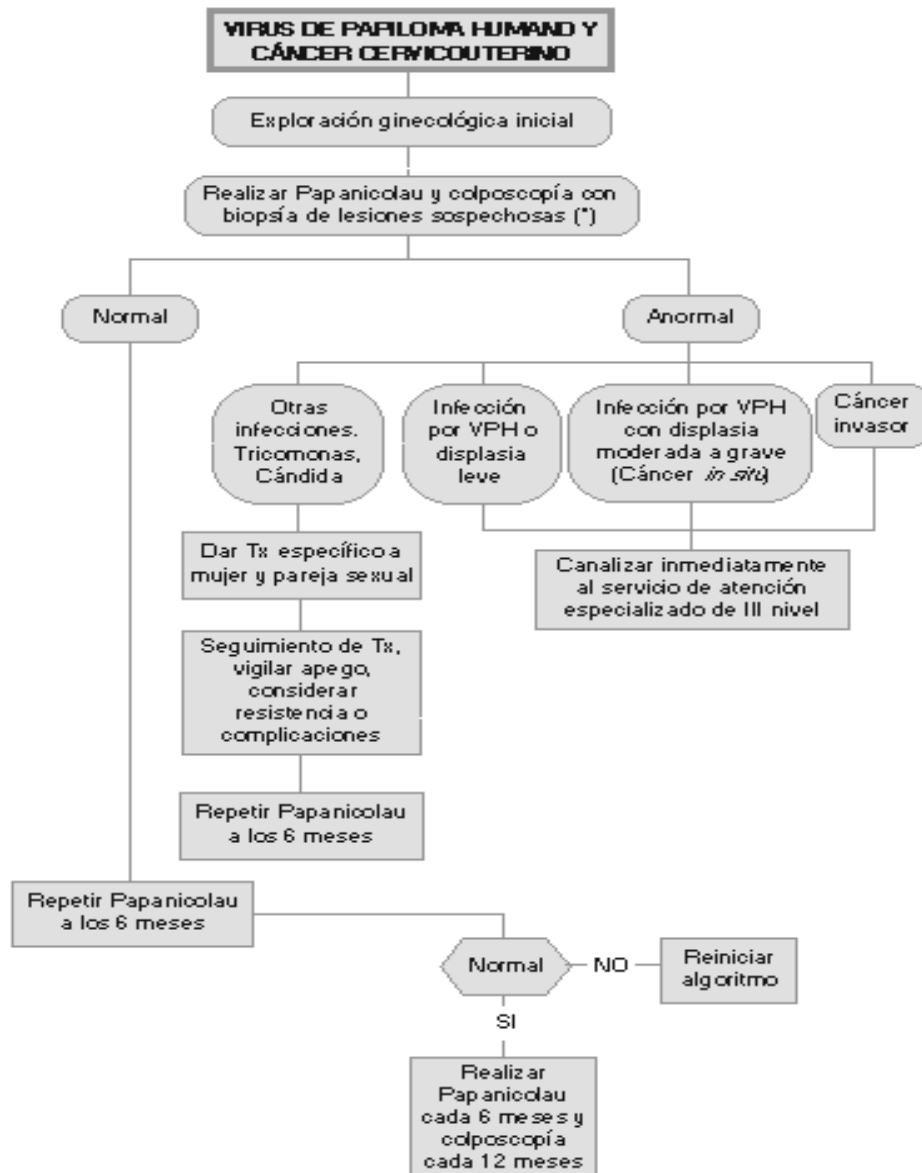
gonorrea, chancroide, chlamydia). Esta enfermedad es de origen virósico, por lo que los antibióticos no dan resultado para su curación y aún no se disponen de otros tratamientos eficaces. “Suelen tener un largo periodo de latencia que eleva el número de portadores sanos que ignoran su situación y aumentan el riesgo del contagio”.⁷⁰

“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”⁷¹ Estas lesiones son indoloras, de aspecto verrugoso, y suelen aparecer de cuatro a seis semanas después del contagio, en el área genital, en la vagina, el cuello del útero, los testículos, el pene o el ano, y es más frecuente en mujeres. Esta enfermedad suele tratarse con cirugía, crioterapia, láser, electrocoagulación o con preparados químicos, pero su eliminación no es fácil.


⁷⁰ Idem


⁷¹ Ibidem Pág. 162.

Figura 17



* Los estudios existentes han reportado que el estudio citológico (Papanicolau) no es suficiente por su baja sensibilidad, por lo que se sugiere realizar colposcopia con biopsia dirigida.

 **Virus de Inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida:** “El VIH es un retrovirus humano, descubierto en 1983 y del cual se han identificado dos subtipos: VIH-1 y VIH-2. El VIH produce en el individuo una infección crónica persistente con destrucción progresiva y persistente del sistema inmune”.⁷² Al parecer éste virus ingresa al organismo a través del semen, el flujo vaginal, la sangre, y se anida en los linfocitos. Allí permanece en estado de latencia, durante un tiempo variable, que puede ser de varios años. El SIDA es una enfermedad causada por el VIH, se caracteriza por una deficiencia grave del sistema inmunológico y se manifiesta por una variedad de procesos infecciosos y neoplásicos oportunistas.

 El SIDA es una enfermedad que se encuentra íntimamente relacionada con las prácticas sexuales de las personas.

El resultado positivo de los análisis no significa necesariamente que esta persona se va a enfermar inmediatamente de sida sino que es portadora del virus HIV.

“El proceso a partir de la formación de anticuerpos tiene tres estadios posibles, que no todos los portadores recorren en forma completa.”⁷³

1. En el primer estadio; hay anticuerpos en la sangre, pero no hay síntomas.
2. En el segundo estadio; se presentan diferentes síntomas que también pueden ser causados por otras enfermedades, por lo que se recomienda acudir a una consulta médica.
3. Comenzando el tercer estadio, el sistema inmunológico se altera completamente y comienzan las enfermedades graves, debido a que

⁷² Datos tomados de la página de salud del gobierno: www.salud.gob.mx.

⁷³ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág.165

las defensas de las personas disminuyen, quedan expuestas a enfermedades poco comunes y a otras muy frecuentes, y en estos casos pueden transformarse en procesos infecciosos graves.

El 75% de las personas infectadas por VIH desarrollan SIDA entre 5 y 10 años; los demás lo desarrollarán antes o después, y todo dependerá de múltiples factores.

Para que el punto anterior quede más claro, definiremos ahora las principales fases de la infección:

☀ **I. FASE DE INFECCIÓN AGUDA:** Periodo comprendido desde que el VIH ingresa al organismo, hasta la formación de anticuerpos específicos contra el VIH. Dura de 6 a 12 semanas. Se puede experimentar un síndrome, como el denominado: Síndrome Retroviral Agudo, caracterizado por fiebre, nódulos linfáticos, eritema, mialgias, náusea y/o sensación de malestar general y fatiga. Esta fase dura de 1 a 3 semanas.

☀ **II. FASE DE INFECCIÓN ASINTOMÁTICA:** periodo que tarda en promedio 10 años, a las personas que se encuentran en esta etapa se les conoce como portadores asintomáticos o seropositivos, y es una etapa de latencia clínica, hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia.

El portador asintomático puede transmitir el virus aunque no presente manifestaciones de la enfermedad.

☀ **III. LINFADENOPATÍA GENERALIZADA PERSISTENTE:** En esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfáticos,

es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, diaforesis nocturna, pérdida de peso, fatiga, etc.

✨ **IV. FASE SIDA:** Esta última etapa se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas como el síndrome de desgaste; y una serie de infecciones oportunistas que pueden ser tan graves que ocasionen la muerte de las personas.

Se han identificado múltiples infecciones oportunistas y algunos cánceres que constituyen indicadores específicos de la inmunodeficiencia subyacente para ser incluidos en la definición de casos de SIDA.⁷⁴

Nos gustaría decir, para finalizar, las formas en que el VIH no se contagia; éste no se contagia por el aire, por vía cutánea, por saliva, lágrimas, suero u orina.

“Fuera del cuerpo humano, el virus sobrevive poco tiempo. Y para que se produzca infección tiene que llegar a la sangre una cantidad mínima; la cantidad del virus que hay en la saliva, sudor y las lágrimas es insignificante.”⁷⁵

⁷⁴ Datos tomados de la página de salud del gobierno: www.salud.gob.mx.

⁷⁵ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág.167

PARÁSITOS:


☞ **Tricomoniasis:** “Producida por un parásito unicelular, *tricomonas vaginalis*,”⁷⁶ es muy difundida, por lo que puede afectar a la cuarta parte de la población femenina sexualmente activa. Es importante decir que los hombres no experimentan síntomas, por lo que portan y transmiten la enfermedad. El organismo que la porta puede permanecer varias horas vivo fuera del cuerpo, por lo que puede contagiarse por medio de objetos húmedos de una persona infectada: como toalla, esponja, malla de natación, asientos de inodoro. “infección del aparato urogenital del hombre y de otros animales por protozoos del género *Trichomonas*. En los seres humanos, el *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata; y en ambos sexos irritar la uretra y la vejiga. La administración oral de metronidazol erradica la infección; es necesario el tratamiento de los dos componentes de la pareja sexual.”⁷⁷


☞ **Escabiosis:** “Esta es otra infestación de parásitos diminutos que dejan sus huevos bajo la piel.”⁷⁸ Es sumamente contagiosa por cualquier medio, el síntoma principal es la picazón, y se puede tratar con lociones desinfectantes que se aplican en el cuerpo y la higiene de ropas, sábanas y mantas.

⁷⁶ Ibidem Pág. 164.

⁷⁷ STANFORD, Shulman, *“Infectología Clínica”* Pág.296.

⁷⁸ Idem.


 **Piojo de Pubis o ladillas:** Es un pequeño insecto que se instala en los pliegues calientes del cuerpo, principalmente con vello. “Existen tres especies de piojos que afectan a los seres humanos: el piojo de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*), el piojo del cuerpo (*Pediculus humanus corporis*), que se encuentra en la ropa del sujeto infestado, y la ladilla o piojo púbico (*Pediculus pubis* o *Pthirus pubis*), localizado en el vello del pubis. Como consecuencia de la infestación se produce un intenso picor y, debido a éste, aparecen lesiones por rascado que posteriormente pueden dar lugar a infecciones bacterianas secundarias. Los piojos resultan, por lo general, difíciles de detectar, y sólo son visibles sus huevos o liendres. Los piojos de la cabeza se transmiten directamente de una persona a otra y, sobre todo, son comunes en la población infantil. Los piojos corporales se adhieren a la ropa y van pasando de ésta a la piel del sujeto infectado cada vez que tienen que alimentarse, siendo más frecuentes en personas con poca higiene. Las ladillas se transmiten principalmente por contactos sexuales”.⁷⁹

 **Clamidia:** “La enfermedad de transmisión sexual más común en los países desarrollados es causada por *Chlamydia trachomatis*, un parásito intracelular obligado que no puede ser cultivado en medios artificiales. Las clamidias son distintas de todos los demás microorganismos y han sido colocadas en su propio orden, Chlamydiales y familia, Chlamydiaceae. Las clamidias son responsables de varias formas reconocidas de enfermedad en seres humanos: el tracoma que puede causar ceguera, la neumonitis infantil,

⁷⁹ "Pediculosis." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

linfogramuloma venéreo por transmisión sexual y enfermedad de la mucosa genital.”⁸⁰

HONGOS:

 **Candidiasis:** Es una infección producida por hongos. El hongo responsable de la enfermedad es la *Candida albicans*, un habitante habitual de las membranas mucosas de la boca y la vagina, aunque también puede proceder de los alimentos o la falta de higiene oral. Aparecen pequeños puntos blancoamarillentos en la lengua y las amígdalas, además de fiebre ocasional o diarrea. No es una enfermedad grave ya que revierte fácilmente con medicinas antifúngicas como la nistatina, aunque son frecuentes las recidivas. Si no se trata puede diseminarse a otros órganos produciendo cuadros más floridos. La candidiasis vaginal se caracteriza por la aparición de un flujo blanquecino y prurito, y es más frecuente en situaciones en las que disminuyen las defensas y aumenta por tanto la flora normal de la vagina, como sucede en el embarazo. Se puede considerar eventualmente de tipo de transmisión sexual, pero no es la única vía de contagio, ya que suele desarrollarse con preferencia en la vagina. Es una enfermedad rebelde y conviene que se traten también los compañeros sexuales de las personas afectadas, aunque no presente síntomas, porque se puede transmitir.⁸¹

⁸⁰ STANFORD, Shulman, “*Infectología Clínica*” Pág. 290-293.

⁸¹ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge. Pág.163.

3.3. CAUSAS DE LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Nos parece de suma importancia hablar de las causas que originan las diversa Infecciones de Transmisión Sexual, por lo cual las nombraremos a continuación:

- ✚ El riesgo de contraer las IST está relacionado con factores biológicos y algunos comportamiento de riesgo personal
 - Relaciones sexuales sin protección (condón).
 - Múltiples parejas sexuales
 - Prevalencia de IST en la comunidad
 - Inicio de vida sexual a temprana edad

Concretamente, hablaremos ahora, que hay personas que son más susceptibles para adquirir o tanto una IST o el VIH, nos parece muy importante principalmente para conocer primero las causas y luego llegar a la manera de prevención, que veremos más adelante, las causas que se mencionarán, van un poco enfocadas al porqué se adquiere el VIH, pero algunas también caben para adquirir alguna IST.

Personas que realizan prácticas sexuales de riesgo:

- ✚ Hombres y mujeres que tiene vida sexual activa y que, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales sin protección.
- ✚ Hombres y mujeres que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual.

-Compañeros sexuales de:

- * Personas con VIH/SIDA
- * Personas que, a su vez, tienen varios compañeros sexuales.
- * Transfundidos entre 1980 a 1987.

* Usuarios de drogas intravenosas.

* Hemofílicos.

3.4 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

En lo que respecta a la prevención, es muy interesante ya que con todo lo que acabamos de ver anteriormente nos damos una leve idea de lo que las personas que llegan a tener una IST pueden vivir, al igual que los familiares y la gente que los rodea, por eso hacemos un hincapié en la prevención de estas.

La prevención primaria orientada a la educación poblacional es la estrategia más efectiva para reducir y controlar la propagación las ITS.

En concreto nosotras queremos decir que la prevención de cada una de estas infecciones es importante ya que esta en juego la salud de la persona que puede ser tanto nosotros mismos, como nuestros hijos, familiares o amigos, por eso nosotras nos interesa hacer ver a todos los padres la importancia de hablar con sus hijos respecto de estos temas, y a las escuelas de las personas con D.I. y a la población en general, de que se necesita implementar programas de todo este tema, y no se trata de inculcarles a que tengan relaciones sexuales a corta edad, se trata de informar y así prevenir problemas futuros o incluso la muerte de nuestros seres queridos.

Formas de prevención de las IST:

- ☀ Primero informar las formas en que se realicen las relaciones sexuales, los métodos para prevenir. Luego informar acerca de cada una de las

IST, las causas, la forma en que se contagia, las consecuencias que tienen y como pueden tratarse.

- ☀ Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por alguna IST o el VIH.
- ☀ Difundir ampliamente la información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH y el resto de las IST.

- ☀ Evitar relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo.

El **condón** es una cubierta de látex que se coloca en el pene durante las relaciones sexuales.

Cómo se usa correctamente un condón:

- ❖ Compra sólo preservativos homologados por las autoridades sanitarias.
- ❖ Controla la fecha de caducidad
- ❖ Almacena el condón en lugar fresco, seco y al abrigo del sol/luz.
- ❖ Maneja el condón cuidadosamente para no dañarlo (rasgarlo con las uñas, dientes, anillos, etc.).
- ❖ Coloca el preservativo antes de cualquier contacto genital para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.
- ❖ Comprime el extremo cerrado del condón para expulsar el aire y colócalo sobre el pene erecto, dejando un espacio libre en la punta para que se deposite el semen.
- ❖ Desenrolla el condón cuidadosamente cubriendo totalmente el pene.
- ❖ Usa el condón durante toda la penetración. Tras la eyaculación, retira el pene lentamente antes de que haya desaparecido la erección, sujetando el condón por su base para asegurar que no haya salida de semen durante la retirada.
- ❖ Quita y desecha el condón tirándolo a la basura, nunca al WC.

- ❖ Nunca reutilices un condón.

El condón, utilizado de manera correcta y sistemática, constituye la única medida preventiva (aparte de la abstinencia y la fidelidad mutua) de que se dispone en la actualidad para evitar las IST, incluyendo el SIDA.

La educación sexual como estrategia de prevención de IST y embarazos no deseados, es fundamental. Durante muchos años la educación sexual se ha limitado al aspecto reproductivo y a inspirar rechazo y miedo hacia la actividad sexual. Es necesario proponer e instrumentar programas de "educación sexual" que promuevan una sexualidad más sana y responsable, en donde el preservativo o condón sea parte integral de los mismos.

Si bien se argumenta que la educación sexual y la promoción del condón induce a relaciones sexuales tempranas y a mayor número de parejas sexuales, los datos obtenidos en diversos estudios demuestran lo contrario: cuando hay una adecuada educación sexual, el inicio de las relaciones sexuales se posterga, y cuando sucede es con mayores medidas preventivas, lo que demuestra una mayor responsabilidad.

A pesar de la resistencia de diversos sectores de la sociedad ante la promoción del condón, es necesario llevarla a cabo, pues se trata de un asunto de vida o muerte.

Cabe destacar que el uso del condón puede prevenir algunas de las infecciones de transmisión sexual, pero no todas como por ejemplo: el piojo de pubis y algunos tipos de papilomas.

Así mismo, como medidas preventivas están:

- ☀ Evitar tener relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección.
- ☀ Tomar las medidas de higiene necesarias.
- ☀ Y por último nos queda decir que la siguiente forma de prevención es la **Abstinencia**.

La Abstinencia: que es muy respetable, principalmente por los valores morales de cada familia e individuo, pero sólo queremos hacer hincapié en que la sexualidad de cada uno de nosotros es sana y tenemos el derecho de disfrutarla siempre y cuando no afecte ni a nuestros valores, ni nuestra salud, ni a nosotros mismos.

CAPÍTULO IV

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES EN PERSONAS CON D.I,

En el presente capítulo abordaremos lo que concierne a los elementos metodológicos de los que consta un programa, utilizando las aportaciones que han hecho diferentes autores como son: Ángel Díaz Barriga, Margarita Pansza González, Bloom, Glazma Raquel y De Ibarrola María entre otros. Posteriormente presentaremos la realización del programa determinado en primera instancia la detección de necesidades de la institución de educación especial en jóvenes con discapacidad intelectual que elegimos que en este caso es CONFE. Finalmente presentaremos el desarrollo del programa.

4.1 ELEMENTOS METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Cabe destacar que la posibilidad de realizar un programa se pierde entre la posibilidad de trabajar sobre las concepciones de enseñanza-aprendizaje. Un programa se basa en los objetivos que se pretenden, los medios, los criterios de evaluación, en pocas palabras se pierde la consideración del acto educativo en sí.

Existen diversas controversias en la forma en que se elabora un programa, “Hay quienes enfatizan que su elaboración debe centrarse en la claridad de ciertos objetivos comportamentales”.⁸² Hay otros autores que se basan en el papel de los contenidos como eje del programa. Es importante resaltar que se

⁸² DÍAZ, Ángel. *Docente y programa lo institucional y lo didáctico*. Editorial Rei Buenos Aires Pág.53.

debe precisar cuáles son los mecanismos de acreditación, las actividades a desarrollar y la bibliografía que se utiliza.

Por otra parte “Recordemos como Bloom, al justificar la elaboración de su taxonomía, establece que la definición clara de objetivos es una pieza clave para resolver los problemas de acreditación en un programa”.⁸³

OBJETIVOS.

Para la realización de un programa es necesario hablar de los objetivos que ahí intervienen, y para eso es necesario empezar a delimitar los aprendizajes mínimos que se quieren en un curso, y estos representan la finalidad explícita, y la intencionalidad de la labor del alumno y del maestro para trabajar.

Estas finalidades se pueden expresar en los llamados “objetivos del programa”. Estos objetivos “Pueden ser interpretados de diversas maneras según las orientaciones de la Didáctica Tradicional, la Didáctica Tecnocrática o la Didáctica Crítica”.⁸⁴

Es muy importante ver que tipos de objetivos se van a incluir en el programa, y se pueden incluir dos tipos de objetivos:

- 📌 Objetivos terminales del curso
- 📌 Objetivos de unidad temática.

Para poder redactar un objetivo es necesario, que sea en términos que impliquen la manifestación de la conducta, y concretarlo en un producto de aprendizaje.

⁸³ Ibidem Pág. 62

⁸⁴ PANSZA, Margarita. *Elaboración de Programas*. Pág. 30

Es necesario que en la redacción de dichos objetivos se establezca con claridad y se determine el tipo de producto que se desea lograr, partiendo de que el aprendizaje es la modificación de pautas de conducta.

Los objetivos de aprendizaje constituyen alternativas metodológicas para la construcción de un programa, pero son insuficientes si no están apoyados en la consideración histórico crítica del proceso de enseñanza-aprendizaje y de los elementos que intervienen en ella.

En la propuesta de planeación de programas de Raquel Glazman y María de Ibarrola, estas autoras dividen en seis etapas el proceso de planeación que son las siguientes:⁸⁵

- a) Análisis de fundamentos.
- b) Determinación de objetivos generales.
- c) Determinación de objetivos específicos.
- d) Agrupación de objetivos específicos y estructuración del programa.
- e) Selección de métodos y medios.
- f) Evaluación.

4.1.1. ANÁLISIS DE FUNDAMENTOS⁸⁶

Los programas educativos deben partir de una serie de análisis que permitan describir una situación actual. Los fundamentos explican el sentido de la transformación, la manera en que el educando puede actuar como un agente de cambio y delimita el efecto de la acción educativa para contribuir a que se ejerza plenamente ese papel.

⁸⁵ GLAZMA, Raquel y De Ibarrola María. *Diseño de planes y programas*. Pág., 106

⁸⁶ CONAPO. *La educación de la sexualidad humana*. Pág. 97

Los fundamentos que se analicen y la calidad de la información que se utiliza dependen del tiempo dedicado, el número y la capacidad de los planificadores, así como de los recursos disponibles en general.

El educando es participe del análisis de fundamentos en lo cual se reconoce su capacidad y legítimo derecho a definir las concepciones valorativas que orientarán su propia formación.

El contenido que resulta del análisis de los fundamentos pasa a ser un contenido a transmitir, que se somete a discusión, se organiza, se va elaborando y complementando en y con las actividades de enseñanza-aprendizaje.

Los productos que genera el análisis de fundamentos son la materia prima, los elementos mediante los cuales se determinan los objetivos generales, la selección de los métodos y medios para alcanzar estos y además, representan una parte fundamental del diagnóstico y una fuente importante para la elaboración del sistema de evaluación.

4.1.2. DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS.⁸⁷

Los objetivos de aprendizaje se definen como la formulación explícita y precisa de los cambios que se esperan en los educandos como resultado de un proceso determinado de enseñanza –aprendizaje.

La atención especial que se presta a los objetivos de aprendizaje responde a la inquietud por convertir la educación en una actividad sistematizada de tal manera que señale pautas para la evaluación y optimización de la actividad educativa.

Es importante señalar que la concepción que se tiene en este trabajo, en cuanto a la utilidad de los objetivos es que permiten tener siempre presente ¿hacia dónde vamos? Y reflexionar en este sentido sobre los efectos que se van obteniendo en cada una de las acciones educativas.

La base del uso de los objetivos dentro de un enfoque participativo de la educación, está en que el educando los conozca, analice y redefina de tal manera que su propia acción se encamine hacia las metas que el mismo va señalado.

La flexibilidad y la concepción participativa que en este trabajo interesa conservar, nos lleva a rescatar únicamente tres de los muchos principios y requisitos que los tratadistas exigen en la formulación de los objetivos de aprendizaje:

- La necesidad de enunciar los objetivos en función de los resultados que deberán alcanzar los educandos. Como una manera de centrar la actividad educativa en el educando y no en el profesor o la institución.

⁸⁷ Ibidem Pág. 101-105

- La necesidad de enunciar los resultados en la doble dimensión de contenidos y comportamientos. Los contenidos abarcan aportaciones del educador y del educando en aspectos de información y del análisis del entorno social e individual. Los comportamientos precisan las actividades y el grado de compromiso del educando en relación con los contenidos.
- Enunciar en forma explícita y en términos precisos y unívocos, tanto el contenido como el comportamiento de un objetivo de aprendizaje de manera que faciliten la comunicación entre las partes en la educación.

Los objetivos de aprendizaje pueden responder a distintos niveles de generalidad: Los objetivos generales y los específicos.

Los objetivos generales constituyen un conjunto de enunciados que representan los comportamientos más complejos y los contenidos más amplios que se pretende que lleguen a dominar los educandos como resultado del proceso de enseñanza-aprendizaje que comprende cada programa.

Entre los distintos niveles de especificación se establece una relación de estrecha interdependencia, el nivel general determina la formulación de los niveles específicos, pero a su vez el cumplimiento del objetivo general sólo se alcanza como consecuencia, del cumplimiento de aquellos.

Este es un procedimiento deductivo tanto en primer lugar se definen los resultados particulares (objetivos específicos) que irán alcanzando los educandos.

Cuando se precisan como primer nivel de planteamiento, los objetivos generales, éstos constituyen el principio guía que dará contexto, orientación y justificación al contenido del programa y permitirán su congruencia, articulación y equilibrio interno. Los objetivos generales constituyen la superestructura del

programa, en sus enunciados queda señalado el proyecto de hombre y de sociedad; ponen en evidencia si el sentido es educar para cambiarla.

De aquí la importancia del procedimiento que se siga para definirlos en cuanto a:

- ◆ Los fundamentos que se toman en consideración para determinarlos.
- ◆ Los medios que se utilizan para obtener la información sobre esos fundamentos.
- ◆ La manera explícita y formal de enunciar y categorizar los objetivos, y
- ◆ Los criterios que apoyan cada una de las etapas del procedimiento.

Algunos de los fundamentos intervienen directamente porque permiten obtener la información que se va a incluir en los objetivos generales. Otros intervienen indirectamente porque permiten explicar, interpretar o corregir la información proporcionada por otros elementos. Otros fundamentos son útiles en ambas dimensiones.

Todos los fundamentos en conjunto determinan la vigencia, viabilidad, y equilibrio de un programa. Es por ello que se recomienda que al elaborar un programa educativo se redacten en síntesis los resultados del análisis de fundamentos de tal manera que sirvan de base para el documento final sobre los objetivos generales y los criterios que los justifican.

Los conceptos incluidos en los objetivos generales deberán sintetizar la información obtenida a partir del análisis de los fundamentos, traducirse en términos precisos y unívocos, además de incluir un contenido y un comportamiento.

El contenido deberá corresponder al área más amplia que se decida determinar.

El comportamiento deberá corresponder al más complejo que se pretenda frente al área de contenido.

La complejidad del comportamiento deberá determinarse con base en un sistema de clasificación de los comportamientos educativos. Este sistema puede ser:

- a) La taxonomía de los objetivos de la educación de B. S. Bloom
- b) Los tipos de aprendizaje de Gagné;
- c) Otros sistemas de clasificación ya elaborado; o
- d) Un sistema de clasificación de comportamientos elaborado por los planificadores.

4.1.3. DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS⁸⁸

Los objetivos generales se traducen en acciones realizables, mediante su operacionalización o definición de objetivos de niveles más concretos.

Este procedimiento lleva a la determinación de objetivos específicos que se definen como los enunciados explícitos, concretos y unívocos de los contenidos y los comportamientos que el educando dominará al término de una unidad temática.

El procedimiento de determinación de los objetivos específicos es un desglose a partir de los objetivos generales según el cual se va planteando ¿qué deben saber y saber hacer los educandos para alcanzar este objetivo?

Una vez desglosados todos los objetivos generales será importante revisar su congruencia: correspondencia y proporción. Correspondencia ya que la suma de todos los objetivos deberá representar el objetivo general del que desprenden. Y proporción, porque su nivel de generalidad deberá ser inferior al

⁸⁸ Ibidem Pág. 105-108

que contemple el objetivo general. El enunciado de cada uno de los objetivos específicos deberá incluir una unidad temática y un comportamiento.

4.1.4. AGRUPACIÓN DE OBJETIVOS ESPECÍFICOS Y ESTRUCTURACIÓN DEL PROGRAMA.⁸⁹

Una vez definidos los objetivos específicos se hace necesario agruparlos, esto es seleccionar aquellos objetivos susceptibles de sintetizarse en unidades formales que faciliten la estructuración posterior del programa, la organización y la administración de los recursos, por lo tanto, la agrupación de los objetivos puede realizarse en un momento dado del desglose de los objetivos generales, o bien, como una cuarta etapa posterior a la determinación de objetivos específicos. Lo importante es obtener unidades educativas que faciliten el proceso posterior de estructuración del programa.

Cuando el criterio para agrupar los objetivos es el campo disciplinario o la estructura lógica de la disciplina se habla de áreas, materias o cursos; cuando el criterio para la agrupación son los problemas, procesos o actividades que tiene que ver con diversas disciplinas en que está abarcado el campo educativo, se habla de módulos.

Una vez agrupadas las materias, áreas o módulos, es necesario estructurarlos.

La estructuración del programa es la indicación de la secuencia y relación que tiene todos los objetivos específicos para permitir el logro de los objetivos generales.

- a) La jerarquización de los objetivos.
- b) El ordenamiento de la secuencia.

⁸⁹ Ibidem Pág. 108-114

c) El señalamiento de las relaciones de integración.

La jerarquización de los objetivos es la determinación de la mayor o menor importancia que adquiere cada uno de ellos. El ordenamiento de la secuencia consiste en organizar los objetivos que se aprenden previa, simultánea o posteriormente.

Se entiende por integración, “la interrelación de los objetivos específicos” de modo que el programa se presente como un todo coherente. Dicha integración podrá determinarse con relaciones por analogía, afinidad, dependencia, compatibilidad, etc. Entre temas, conceptos, modelos, géneros, conjuntos, problemas, etc.

El conocimiento profundo del contenido es desde luego un factor muy útil para el señalamiento de las secuencias y es importante que el planificador detecte las “secuencias obligatorias” o sea aquella sucesión en la cual un objetivo sólo se alcanzará con la ayuda de su antecedente.

El resultado de la etapa de agrupación y estructuración se concretiza en un cronograma que es un cuadro que describe esquemáticamente la relación de los temas y su agrupación en unidades de tiempo. A este cronograma puede agregarse una síntesis de la integración que explicita el diferente tipo de enlace a que responde.

4.1.5. SELECCIÓN DE MÉTODOS Y MEDIOS⁹⁰

La selección de métodos y medios es la manera de buscar el mejor camino para lograr objetivos específicos. Esta etapa se concreta al definir las técnicas y los materiales de enseñanza-aprendizaje. Las técnicas y los materiales son herramientas o recursos externos que se presentan como la estimulación o conjunto de elementos ante los cuales reacciona el educando.

El conductor debe concentrar sus actividades en la organización de la técnica, con el fin de facilitar la productividad del grupo y su acceso a decisiones comunes. La técnica es el conjunto de experiencias de enseñanza-aprendizaje que facilitan el logro de los objetivos, y el material didáctico, como un complemento que alienta la asimilación y retención del aprendizaje; interesa y enfoca la atención del educando; fomenta la participación; evita divagaciones; y amplía el marco de referencia.

Los criterios básicos que se deben tomar en cuenta para elaborar, seleccionar y combinar con éxito las técnicas y los materiales didácticos son:

- ◆ Los objetivos de enseñanza-aprendizaje
- ◆ La edad y etapa vital
- ◆ La conformación del grupo
- ◆ El contexto en que se desarrolla

Se debe precisar el tipo de objetivo que se desea alcanzar con cada técnica. Son dos de los principales elementos que considerar para seleccionar las técnicas y los materiales didácticos: el comportamiento y el contenido.

El comportamiento puede identificarse a través del verbo, conducto o acción que forma parte del enunciado del objetivo y nos señala el tipo y complejidad del comportamiento que se busca para poder seleccionar las experiencias a

⁹⁰ GLAZMA, Raquel y De Ibarrola María. *Diseño de planes y programas*. Pág. 114-122

través de las cuales el educando irá alcanzando de manera gradual cada uno de los elementos que conforman el proceso de aprendizaje.

El comportamiento y el contenido implicados en el enunciado de los objetivos, deben conjugarse y concentrarse en los diferentes pasos que estructura la técnica diseñada.

La edad y etapa vital de los participantes, por su parte corresponde al desarrollo cognoscitivo y afectivo según el cual cada persona va estructurando su conocimiento con características especialmente diferentes. Las características de enseñanza-aprendizaje tendrán efectos diferentes en los niños que en los adolescentes, iniciales o tardíos, adultos, jóvenes o ya formados. La técnica, los materiales y el contenido, deberán adaptarse al momento que estén viviendo los educandos.

La conformación del grupo es muy importante para la determinación de técnicas ya que es indispensable conocer la forma en que están constituidos ya que se integrarán en la experiencia educativa. El tamaño del grupo es importante ya que por ejemplo en los grupos pequeños podrán emplearse técnicas que no resultarían en los grupos numerosos, los cuales deben estar equilibrados en cuanto al número de mujeres y de hombres.

La técnica que se seleccione será distinta si en el grupo en cuestión son compañeros de estudio o de trabajo, jóvenes y adultos, si participan subordinados, médicos, enfermeras, secretarias, directores de escuela, alumnos, padres de familia y sus hijos etc.

Lo anterior nos situará y nos permitirá combinar técnicas de diálogo y la discusión, en que se intercambien puntos de vista cooperación que enriquezcan las relaciones humanas. Técnicas que permitan escuchar al otro y que permitan superar rivalidades.

Cada grupo desde su formación, lleva un proceso de desarrollo que hay que apoyar y respetar. Hay que seguir de cerca cada paso del grupo y de acuerdo con este camino, seleccionar los contenidos y la didáctica para continuarlo.

Para la elección de las técnicas que se emplearán durante el proceso es necesario conocer el tipo de comunidad al que pertenece el grupo las normas y sus pautas de comportamiento.

En cada contexto, la situación socioeconómica del educando es un criterio, especialmente importante no sólo en la selección de técnicas y materiales, sino para la comunicación en general.

4.1.6 LA EVALUACIÓN ⁹¹

La evaluación es “un proceso de comparación de una realidad con un modelo, de modo que los juicios que se obtienen de esta comparación actúan como información retroalimentada que permitirá mejorar la realidad”⁹²

En la planificación de programas educativos, la evaluación se trata fundamentalmente como la revisión de la validez interna y externa.

La validez interna de un programa comprende la comulación y estructuración apropiada de los elementos que la integran: objetivos generales y específicos.

La validez externa se refiere a la vigilancia de los logros o cumplimiento de los objetivos.

Los procesos de la evaluación son así previos, simultáneos y posteriores a toda actividad educativa.

Como actividades previas es preciso resaltar la elaboración del diagnóstico que el la valoración de la situación existente del grupo al que se dirigirá la educación. El diagnóstico es así la fuente de información a partir de la cual se realiza el análisis de los fundamentos desde el plano de la realidad. Y en este sentido es un punto de arranque indispensable en la planificación.

⁹¹ Ibidem Pág. 124

⁹² Idem.

4.2. DETECCIÓN DE NECESIDADES

Para comenzar este apartado, nos gustaría hacer referencia a la institución donde se dirige este programa, su nombre es: **CONFEDERACIÓN MEXICANA DE ASOCIACIONES A FAVOR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, A.C. (CONFE)**, en esta institución se les permite desarrollar alguna actividad remunerada como jardinería, panadería, cocina y trabajo de costura. La finalidad es capacitarlos para que en un momento dado puedan incorporarse a alguna empresa y de esta manera poder ser productivos e independientes económicamente. Con respecto al ambiente, es muy agradable, ya que ellos tienen la libertad de socializar, pero al mismo tiempo de ser responsables con sus actividades. Las edades que tienen los jóvenes que aquí se encuentran están entre los 18 a los 30 años aproximadamente.

En lo referente a la detección de las necesidades realizamos una serie de entrevistas a los jóvenes que se encuentran dentro de esta institución por las cuales pudimos darnos cuenta de que en la materia de educación sexual y de información acerca de su sexualidad les hace falta una preparación adecuada, esto por lo que ellos mismos nos decían que hay veces que los padres son muy herméticos en cuanto a estos temas o tienden a regañarlos por miedo a que no sepan qué hacer cuando tienen una pareja.

De esta manera, nos interesó diseñar este curso para ellos debido a las necesidades que tienen de información en lo que respecta específicamente a: sexualidad, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y todo lo relacionado con las infecciones sexualmente transmisibles, y nuestro interés crece más debido a que como ya lo mencionamos, son jóvenes que están en pleno desarrollo y en una edad en la que tienen interés de conocer más sobre todos estos temas.

4.3. DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES SEXUALMENTE TRASMISIBLES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

OBJETIVO GENERAL

Al término de este curso los jóvenes con discapacidad intelectual adquirirán la información necesaria referente a su sexualidad y a las infecciones sexualmente transmisibles para poder prevenirlas.

ESTRUCTURA DIDÁCTICA

UNIDAD I. LA SEXUALIDAD

OBJETIVO:

Los jóvenes con discapacidad intelectual distinguirán cuáles son y cómo funcionan los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos.

Los jóvenes con discapacidad intelectual revisarán qué es la sexualidad y la importancia del respeto a su cuerpo y el de los demás.

CONTENIDOS DIDÁCTICOS.

1.1 CONOCIMIENTO DE SU CUERPO

1.1.1 Anatomía y funciones de los órganos sexuales femeninos

1.1.2. Anatomía y funciones de los órganos sexuales masculinos

1.2. Qué es la Sexualidad

1.2.1. Definición de sexualidad

1.2.2. Respeto a nuestro propio cuerpo y al de los demás

UNIDAD II. LOS JÓVENES Y LA SEXUALIDAD

OBJETIVO: Los jóvenes con discapacidad intelectual discutirán las diversas formas en que se relacionan los jóvenes, así como los derechos sexuales que tienen.

CONTENIDOS DIDÁCTICOS,

- 2.1. Cómo se relacionan los jóvenes.
 - 2.1.1. Amistad
 - 2.1.2. Noviazgo
 - 2.1.3. Matrimonio
- 2.2. Derechos Sexuales de los Jóvenes con Discapacidad Intelectual.

UNIDAD III. LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES Y COMO PREVENIRLAS.

OBJETIVO: Los jóvenes con discapacidad intelectual identificarán las infecciones sexualmente transmisibles.

CONTENIDOS DIDÁCTICOS

- 3.1. ¿Qué son las Infecciones Sexualmente Transmisibles?
- 3.2. Clasificación de las Infecciones Sexualmente Transmisibles
 - 3.2.1. Sífilis
 - 3.2.2. Gonorrea
 - 3.2.3. Chancro blando.
 - 3.2.4. Herpes genital.
 - 3.2.5. HPV o VPH (Virus del papiloma humano).
 - 3.2.6. Virus de Inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
 - 3.2.7. Piojo de Pubis o ladillas
 - 3.2.8. Clamidia.
- 3.3. Formas de Prevención de las Infecciones Sexualmente Trasmisibles

DESARROLLO DE CONTENIDOS

UNIDAD I LA SEXUALIDAD

1.1 CONOCIMIENTO DE SU CUERPO

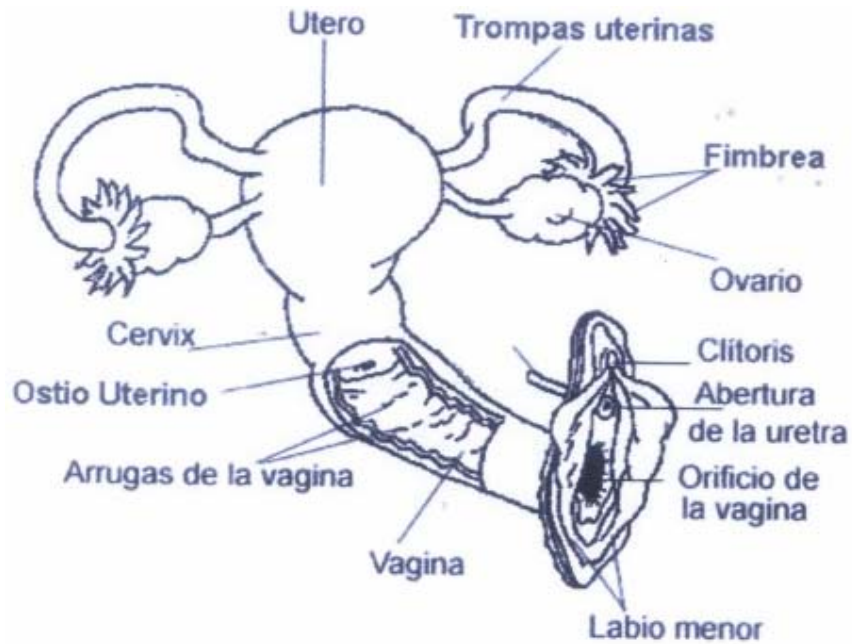
Es importante hablar de este tema porque los jóvenes deben tener conocimiento de cómo funciona y se van desarrollando los órganos sexuales tanto del hombre como el de la mujer. Para que en un momento dado decidan tener una vida sexual activa sea plena.

Los órganos sexuales son necesarios para los procesos de la reproducción. Las unidades básicas de la reproducción sexual son las células germinales masculinas y femeninas. Son los órganos donde maduran y se almacenan las células germinales, a través de los cuales son transportadas en el proceso de la concepción de un nuevo ser y de los órganos glandulares accesorios. Los órganos sexuales se dividen, tanto en la mujer como en el hombre, en externos, los que están a la vista, y en internos, los que por encontrarse dentro del cuerpo no se aprecian a simple vista.

1.1.1 ANATOMIA Y FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

La mujer tiene órganos externos a los que, juntos, se les denomina vulva los y estos se encuentran entre los muslos y por debajo del vello púbico. Dichos órganos pueden describirse como una boca con dos grandes labios mayores, si estos labios se entreabren, se pueden distinguir lo que son los labios menores. Las uniones de los labios mayores se encuentran una en el ano y la otra en la parte delantera, en el pubis, en esta última entre los labios se encuentra el clítoris y el orificio por donde sale la orina.

El clítoris es un órgano pequeño del que sólo se ve la cabeza y es muy sensible. Los labios menores son la entrada y la vagina cuyas paredes están cubiertas por una mucosa.



1.1.2 ANATOMÍA Y FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS

La mayor parte del sistema reproductor masculino se encuentra en el exterior del cuerpo. Las partes visibles son el pene y los testículos. Los testículos están situados en el exterior del cuerpo. Los dos testículos producen espermatozoides, estos, se almacenan en un tubo muy largo, el epidídimo.

La uretra es un tubo por el cual sale orina. El semen es una sustancia que contiene los espermatozoides.

Las vesículas seminales son tubos que almacenan el semen.

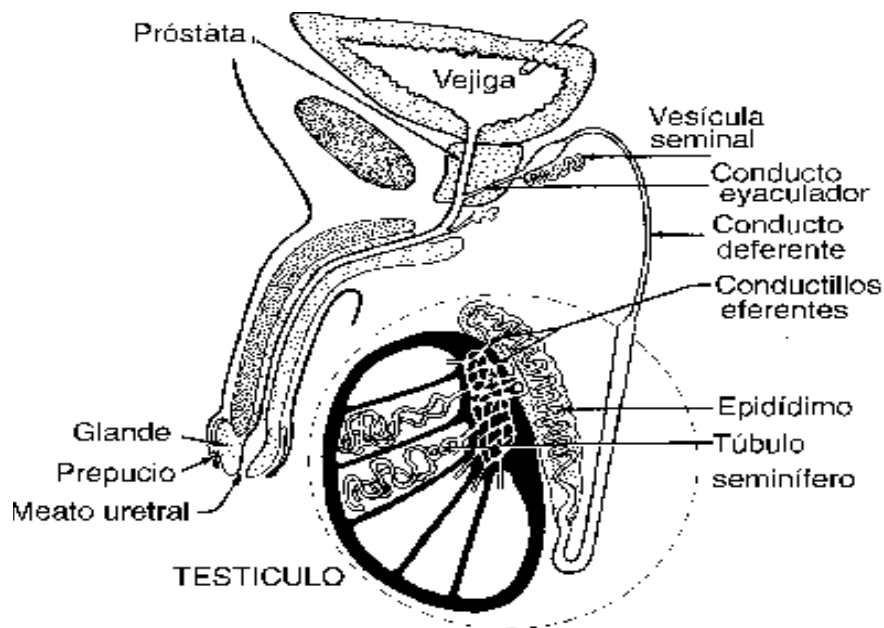
El conducto deferente es por donde pasa el semen en el momento de la eyaculación.

En estado normal el pene es flexible y flácido, pero se pone eréctil cuando el hombre es excitado sexualmente.

En el hombre, la excitación sexual se caracteriza por la erección del pene.

Durante la eyaculación, los músculos lisos que rodean la próstata, las vesículas seminales y el conducto deferente se contraen; de esta forma el semen es lanzado con fuerza al exterior del pene por cada contracción.

La erección se produce al llenarse de sangre unos tejidos del pene.



1.2. QUÉ ES LA SEXUALIDAD.

La sexualidad se refiere a todo lo que pensamos, sentimos y actuamos hacia nosotros mismos y hacia otras personas en las diversas etapas de nuestra vida.

1.2.1. DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

La sexualidad tiene que ver con los sentimientos, valores y formas de expresarnos, así como la forma en que nos vemos a nosotros mismos y a las otras personas.

Por ejemplo: la manera en como nos vestimos, peinamos o movemos, así como la manera en que miramos, tocamos y hablamos a las otras personas, sean estas hombres o mujeres en nuestra vida cotidiana. Además la sexualidad también tiene que ver con nuestras manifestaciones de cariño como son los besos, abrazos y caricias.

1.2.2. RESPETO A NUESTRO PROPIO CUERPO Y AL DE LOS DEMÁS

En este tema nos gustaría hablar de la importancia de que los jóvenes sepan y tengan en cuenta que el cuidado de su cuerpo depende de ellos mismos y por lo tanto deben ser responsables con el, entendiendo que todo nuestro cuerpo es privado, es decir, que sólo nosotros podemos elegir quien puede entrar en esa privacidad, por lo tanto entender que nadie puede tocarnos si no lo queremos y mucho menos que nos haga sentir incómodos.

Con lo anterior, se debe saber también que no tenemos ningún derecho a invadir la privacidad de otras personas y mucho menos llegar a atentar contra su cuerpo o lastimarlas.

Debemos tener en claro que todo nuestro cuerpo debe ser respetado, pero existen partes del cuerpo que se deben proteger y respetar más aún, como en el caso de la mujer; los senos, los glúteos, los órganos sexuales ya mencionados anteriormente. Y en el hombre los glúteos, y los órganos sexuales también mencionados.

UNIDAD II. LOS JÓVENES Y LA SEXUALIDAD

2.1. COMO SE RELACIONAN LOS JOVENES

Es importante definir la manera en que los jóvenes se van a relacionar con los demás, así como diferenciar las diferentes actitudes o comportamientos que se dan tanto en amistad; en la que el joven tiene esa confianza, intereses en común y su trato es cordial, a diferencia de una relación de noviazgo donde se da una relación más profunda en donde se mezclan sentimientos de amor, de aceptación de la otra persona, involucra expresiones como son: los besos, las caricias, los abrazos, los detalles, etc. Una relación de noviazgo puede llevar posteriormente a una relación de matrimonio en la que se presentan también sentimientos de amor y confianza donde hay un compromiso mayor hacia la otra persona y con uno mismo que nos va a permitir formar una familia.

2.1.1. AMISTAD

En lo que se refiere a la amistad, es una manifestación también de lo que es nuestra sexualidad, ya que se presentan aspectos de nuestro comportamiento que se deben diferenciar de por ejemplo como nos comportamos en el noviazgo o matrimonio. Los amigos tienen un significado importante en la vida, a todos los jóvenes nos encanta compartir con los amigos los mismos intereses, ir a fiestas, a realizar algún deporte, entre otras actividades.

La amistad nos va a permitir ser aprobados y aceptados por nuestros iguales, ver de qué manera se presenta la solidaridad, así como también fortalecer nuestra autoestima.

No hay que perder de vista que un amigo puede ser un gran confidente al que se le tiene la suficiente confianza para poder contarle secretos que a los padres no se les puede decir.

2.1.2. NOVIAZGO

El noviazgo es una experiencia que puede ser muy valiosa, y que nos va a permitir crecer internamente, es una satisfacción de la necesidad romántica que todos tenemos, nos permite comenzar a sentir y a darnos cuenta de que hay una atracción física y de que podemos compartir con alguien nuestros pensamientos y sentimientos. En el noviazgo se nos va a dar la oportunidad de interesarnos por alguien, nos va a servir para preocuparnos por cuidar a la otra persona y procurar su bienestar, y sobre todo sentirnos amados y apreciados, teniendo en cuenta que también se incluyen los posibles desacuerdos y las discusiones que hay en cualquier pareja.

2.1.3. MATRIMONIO

En el matrimonio, se ven ya otro tipo de responsabilidades y de compromisos que las personas tienen en el momento de unirse a otra, las personas casadas se sienten felices, más útiles e independientes, se da un desprendimiento con los padres y se sienten con la posibilidad de colaborar con la familia, en vez de depender de ella. El matrimonio nos permite poner en práctica nuestra autonomía y autosuficiencia.

Las manifestaciones que las personas casadas presentan ante su sexualidad son en base también a caricias, besos, abrazos y sobre todo la comunicación que debe existir entre ambos para que todo vaya marchando bien, aquí podemos hablar un poco acerca de las reacciones íntimas que son también una base importante en el matrimonio, y así poder tener la conciencia de la familia que queremos tener, tanto el número de hijos o en su defecto la forma en que nos vamos a prevenir para evitar un embarazo. Para que este punto pueda ser gratificante es necesario que a lo largo de nuestras etapas se nos haya brindado la información suficiente acerca de conocer nuestro cuerpo y de todo lo referente a nuestra sexualidad.

2.2. DERECHOS SEXUALES DE LAS PERSONAS CON D.I.

La sexualidad es parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.

Los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

La salud sexual es el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

1. **El Derecho a la Libertad Sexual:** Las personas tienen derecho a expresar sus sentimientos sin ser lastimados tanto físicamente como sentimentalmente.
2. **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Toda persona tiene derecho a decidir como vivir su sexualidad y con quien quiere relacionarse respetando sus valores y principios tanto de ella como de los demás. También tiene derecho al control y disfrute de sus cuerpos sin ser lastimados.
3. **El Derecho a la Privacidad Sexual:** Este derecho es el derecho a elegir a quien amar y con quien compartir nuestros sentimientos y nuestra sexualidad sin afectar a otra persona.

4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Este derecho se refiere a que todas las personas sin importar sexo, genero, edad, raza, clase social, religión o discapacidad, tienen derecho a tener una vida sexual plena.
5. **El Derecho al Placer Sexual:** Este es el derecho de tener una vida sexual plena ya sea plena ya sea con otra persona o con nosotros mismos.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** Cada persona tiene derecho a expresar su sexualidad de la manera que elija, ya sea a través de la comunicación, el contacto y el amor.
7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa que la persona tiene derecho a casarse o no a divorciarse si así lo desea
8. **El Derecho a Tomar Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables:** Este derecho se refiere a que las personas tienen derecho a decidir si quieren o no tener hijos, cuantos y cuanto tiempo desean esperarse entre uno y otro y de elegir que método utilizar para no tener mas hijos si así lo desean.
9. **El Derecho a Información Basada en el Conocimiento Científico:** La persona tiene derecho a recibir información sexual de forma adecuada en cualquier nivel social.
10. **El Derecho a la Educación Sexual Comprensiva:** Se refiere al derecho a tener una educación sexual durante toda la vida y deben comprometerse a dar la educación sexual todas las instituciones sociales.
11. **El Derecho a la Atención Clínica de la Salud Sexual:** Toda persona tiene derecho a recibir atención medica para evitar y prevenir problemas de salud sexual.

UNIDAD III. LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES Y COMO PREVENIRLAS

3.1. QUE SON LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

Anteriormente llamadas enfermedades venéreas, son enfermedades infecciosas que se pueden contagiar por contacto sexual.

Algunas se pueden transmitir también por vía no sexual, pero representan una minoría del número total de casos. Hay varios tipos de Infecciones de transmisión sexual, como veremos más adelante.

Las IST, han aumentado en los últimos años, debido a la culpa y la vergüenza y a la creencia de que sólo se contagian las personas sucias, inmorales y además a la falta de información por parte de los padres y la sociedad en general. Y todo esto hace que el contagio de las IST sea cada vez mayor.

Debido al aumento de casos de personas con (VIH), las IST están recibiendo mayor prioridad en salud en todo el mundo.

Además de que en general las personas no estamos bien informadas sobre cómo prevenirlas y tratarlas, existen muchos prejuicios que hacen que el tema sea incómodo o difícil de abordar. Todas las personas que tienen relaciones sexuales están en riesgo de contraer alguna IST, independientemente de cómo sea nuestro estilo de vida. Algunos piensan que sólo cuando tienes relaciones con una persona desconocida estás en riesgo de contagio. Pero la verdad es que también las personas conocidas te pueden contagiar. La mayor parte de las veces no nos damos cuenta de que tenemos una infección. Conviene estar prevenido: si no se atienden, algunas IST pueden provocar a la larga serios problemas de infertilidad o de salud.

Existe un gran número de enfermedades que se transmiten exclusivamente por contacto sexual. Además de las enfermedades ya mencionadas, están la sífilis, la infección por ladillas, la infección vaginal, entre otras.

Son muchos los organismos que causan estas enfermedades. Por ejemplo, son bacterias; el herpes genital, las verrugas genitales, se deben a la acción de ciertos virus.

La transmisión de todas estas enfermedades se efectúa en la mayoría de los casos por contacto íntimo con una persona infectada, ya que los organismos que las producen mueren con rapidez si se los separa del cuerpo humano. Aunque la zona normal de contacto suele ser los genitales, el sexo oral y anal también produce casos de infecciones orales o anales. Algunas de estas afecciones, pueden extenderse de una parte de la piel a otra por la misma persona infectada a través de sus manos; las ladillas, los piojos, el herpes genital. La gonorrea, la sífilis pueden pasar de la mujer embarazada a su hijo, ya sea en el embarazo o durante el parto. Aunque las infecciones de transmisión sexual comienzan en los genitales externos, se pueden extender también a la próstata, al útero, a los testículos y ciertos órganos cercanos. La mayoría de estas infecciones causan irritación, picores y ligeros dolores a nivel local.

3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES.

En el apartado anterior mencionamos a grandes rasgos algunos tipos de infecciones por transmisión sexual, en este apartado hablaremos más a fondo acerca de que manera se clasifican las IST, y datos generales respecto a cada clasificación de las infecciones en México:

A continuación clasificaremos las infecciones sexualmente transmisibles de acuerdo a su agente causal⁹³:

3.2.1. Sífilis: Se contagia por contacto sexual. Es importante mencionar que esta infección no puede contagiarse en baños ni toallas porque esta bacteria también requiere tener calor del cuerpo y la humedad.

Los primeros síntomas suelen aparecer unas tres semanas después de producida la infección, como una llaga dura, redondeada u oval, que no duele, pero puede sentirse como un botón debajo de la piel, en los genitales y, eventualmente en la boca, los pechos u otra parte del cuerpo. Desaparecen en varias semanas, aun sin tratamiento. Meses después, la infección, se manifiesta en erupciones generalizadas en la piel y mucosas, altamente contagiosas: manchas rosadas o granos rojos parduzcos en las palmas de las manos y plantas de los pies. Puede sumarse fiebre, malestar general, dolor en las articulaciones, caída del cabello. Pueden transcurrir de uno a veinte años para que la enfermedad entre en la tercera etapa, en la que ataca alguno de los órganos vitales del cuerpo.

⁹³ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág.161.

3.2.2. Gonorrea: Esta IST se denomina como “una infección bacteriana causada por el gonococo”⁹⁴ Es la más frecuente y casi siempre se transmite por vía sexual, estas bacterias necesitan el calor y la humedad de la vagina, el pene, el ano, la garganta y eventualmente los ojos, por tal motivo, sólo pueden sobrevivir segundos fuera del cuerpo humano. Debido a lo anterior, no se puede contraer en baños públicos o a través de utensilios personales. “El periodo de incubación es de dos a siete días. “En el hombre se manifiesta por intenso ardor dentro de la uretra al orinar, hormigueo, y una secreción lechosa amarillenta casi permanente. En las mujeres no suele producir síntomas. Sólo un 30% de los casos presenta un derrame vaginal similar al del varón, olor intenso, dolor al orinar, dolor de garganta y, eventualmente, glándulas hinchadas y tensión en la parte inferior del abdomen.

3.2.3. Chancro blando: Se denomina así por ser la aparición de una úlcera redondeada, blanda al tacto, muy dolorosa, que obliga a la abstinencia.

3.2.4. Herpes genital: La infección inicial está caracterizada por una inflamación con degeneración en forma de globo de las células. Es “una enfermedad viral sumamente infecciosa cuya acción se está extendiendo. Los primeros síntomas se parecen a la gripe (dolor de cabeza, fiebre, glándulas hinchadas); puede que además se presente picazón en el área genital”.⁹⁵ El virus se transmite por contacto con las llagas, y que son contagiosas unas 24 horas antes de brotar y siguen siendo contagiosas hasta dos semanas después de curadas. También se pueden contagiar a otras partes del cuerpo por auto contacto. Por ejemplo, el virus puede sobrevivir en una toalla húmeda durante más de una hora, por tal motivo, es importante evitar compartir este elemento.

3.2.5. HPV o VPH (Virus del papiloma humano): Se le conoce también como infección por papiloma virus. Esta enfermedad es de origen viral, por lo que los antibióticos no dan resultado para su curación y aún no se disponen de otros


⁹⁴ Ibidem Pág. 160

⁹⁵ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág. 160.

tratamientos eficaces. “Suelen tener un largo periodo de latencia que eleva el número de portadores sanos que ignoran su situación y aumentan el riesgo del contagio”.⁹⁶

Los papilomas son lesiones indoloras, de aspecto verrugoso, y suelen aparecer de cuatro a seis semanas después del contagio, en el área genital, en la vagina, el cuello del útero, los testículos, el pene o el ano, y es más frecuente en mujeres. Esta enfermedad suele tratarse con cirugía, crioterapia, láser, electrocoagulación o con preparados químicos, pero su eliminación no es fácil.

3.2.6. Virus de Inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida El VIH produce en el individuo una infección crónica persistente con destrucción progresiva y persistente del sistema inmune”.⁹⁷ Al parecer éste virus entra al organismo a través del semen, el flujo vaginal, la sangre, y se anida en las defensas del cuerpo. Allí permanece en estado de latencia (esto quiere decir que esta en el organismo pero no hay síntomas), durante un tiempo variable, que puede ser de varios años. El SIDA es una enfermedad causada por el VIH, se caracteriza porque ataca las defensas del cuerpo y se manifiesta por una variedad de procesos infecciosos.

 El SIDA es una enfermedad que se encuentra íntimamente relacionada con las prácticas sexuales de las personas.

El resultado positivo de los análisis no significa necesariamente que esta persona se va a enfermar inmediatamente de sida sino que es portadora del virus VIH.

“El proceso a partir de la formación de anticuerpos tiene tres estadios posibles, que no todos los portadores recorren en forma completa.”⁹⁸

⁹⁶ Idem.

⁹⁷ Datos tomados de la página de salud del gobierno: www.salud.gob.mx.

⁹⁸ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge Pág.165

1. En el primer estadio; hay anticuerpos en la sangre, pero no hay síntomas.
2. En el segundo estadio; se presentan diferentes síntomas que también pueden ser causados por otras enfermedades, por lo que se recomienda acudir a una consulta médica.
3. Comenzando el tercer estadio, el sistema inmunológico se altera completamente y comienzan las enfermedades graves, debido a que las defensas de las personas disminuyen, quedan expuestas a enfermedades poco comunes y a otras muy frecuentes, y en estos casos pueden transformarse en procesos infecciosos graves.

El 75% de las personas infectadas por VIH desarrollan SIDA entre 5 y 10 años; los demás lo desarrollarán antes o después, y todo dependerá de múltiples factores.

Nos gustaría decir, para finalizar, las formas en que el VIH no se contagia; éste no se contagia por el aire, ni por vía cutánea, ni por saliva, lágrimas, suero u orina.

“Fuera del cuerpo humano, el virus sobrevive poco tiempo. Y para que se produzca infección tiene que llegar a la sangre una cantidad mínima; la cantidad del virus que hay en la saliva, sudor y las lágrimas es insignificante.”⁹⁹

3.2.7. Piojo de Pubis o ladillas: Existen tres especies de piojos que afectan a los seres humanos: el piojo de la cabeza, el piojo del cuerpo, que se encuentra en la ropa del sujeto infestado, y la ladilla o piojo púbico, localizado en el vello del pubis. Como consecuencia de la infestación se produce un intenso picor y, debido a éste, aparecen lesiones por rascado que posteriormente pueden dar lugar a infecciones por bacterias secundarias.

⁹⁹ POMIÉS, Julia. *Temas de sexualidad. Informe para educadores*. Editorial Esfinge. Pág.167

Los piojos resultan, por lo general, difíciles de detectar, y sólo son visibles sus huevos o liendres. Los piojos de la cabeza se transmiten directamente de una persona a otra y, sobre todo, son comunes en la población infantil. Los piojos corporales se adhieren a la ropa y van pasando de ésta a la piel del sujeto infectado cada vez que tienen que alimentarse, siendo más frecuentes en personas con poca higiene. Las ladillas se transmiten principalmente por contactos sexuales”.¹⁰⁰

3.2.8. Clamidia: “Es la enfermedad de transmisión sexual más común en los países desarrollados, es un parásito que se ubica dentro de las células que no puede ser cultivado en medios artificiales. Las clamidias son responsables de varias formas reconocidas de enfermedad en seres humanos.

¹⁰⁰ "Pediculosis." *Enciclopedia® Microsoft® Encarta 2001*. © 1993-2000 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos

3.3. FORMAS DE PREVENIR LAS IST.

ABSTINENCIA SEXUAL: Consiste en evitar el contacto total genital, caricias, etc., todo contacto íntimo que conlleva las relaciones sexuales de una pareja.

FIDELIDAD A LA PAREJA: La fidelidad mutua en una pareja que no tengan ninguna IST permite tener relaciones sexuales con un mayor grado de seguridad y confianza de que no se contraerá alguna IST; sin dejar de mencionar la importancia de la higiene como medida de prevención.

REALIZAR UN AUTOEXAMEN GENITAL: La importancia de este auto examen es básica ya que la persona puede darse cuenta si existe algo anormal en sus genitales. Para poder realizarlo, es necesario que la persona se explore y conozca su estado de salud para así poder identificar en su cuerpo cualquier síntoma de enfermedad como: flujo vaginal o úlceras genitales en mujeres, en hombres secreción uretral, o en ambos, comezón, ardor o dolor al orinar.

USO CORRECTO DEL CONDÓN: El condón de látex es un medio muy importante para prevenir las IST, nos permite evitar el contacto directo con los fluidos y mucosas corporales que puedan estar infectados. Los problemas de salud pública podrían evitarse con el uso correcto del condón, algunas infecciones que se pueden prevenir son: VHP, GONORREA, VHI, entre otras, así como los embarazos no deseados.

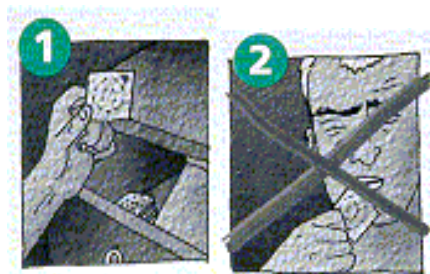
El condón más distribuido y utilizado en todo el mundo es el de látex, que es sometido a las pruebas de laboratorio establecidas en las regulaciones sanitarias internacionales y nacionales. La Norma Oficial Mexicana establece las especificaciones sanitarias de los condones de hule látex, las condiciones

de empaque y almacenamiento y los métodos de prueba. Estas pruebas permiten detectar la presencia de defectos visibles u orificios no visibles en el condón, así como su resistencia.

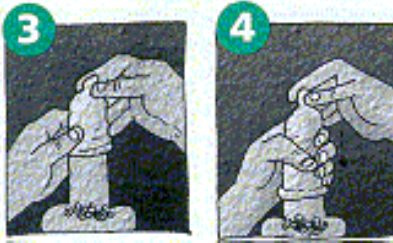
El uso constante y correcto del condón es una de las estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para prevenir el VIH/SIDA, otras IST y el embarazo. Esto significa usarlo siempre, desde el inicio hasta el fin de cada relación sexual con penetración, ya sea anal, vaginal u oral.

El uso correcto implica seguir una serie de pasos para lograr una mayor eficacia, y consiste en lo siguiente:

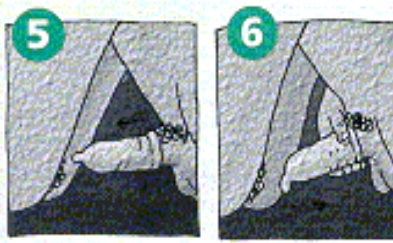
- Guarde el condón en lugares frescos y secos. Verifique la fecha de caducidad o que la fecha de fabricación no pase de tres años.
- Fíjese que el empaque no este roto y que al oprimirlo forme una bolsa de aire. No lo abra con los dientes



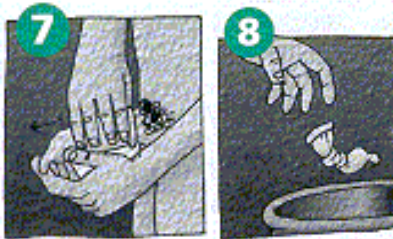
- Presione la punta para sacar el aire mientras lo coloca en el pene erecto.
- Sin soltar la punta, desenróllelo hasta llegar a la base del pene.



- Siempre colóquese el condón antes de cualquier contacto sexual.



- Después de eyacular, sujete el condón por su base retire el pene mientras aún esta erecto.
- Quítese el condón cuidando que no se goteé.
- Tire el condón a la basura anudándolo.



Una vez que sabemos como se usa correctamente el condón, podemos hablar ahora de que hay veces que el condón llega a fallar, pero esto se debe básicamente a:

- uso inconstante (no se usa en todas las relaciones sexuales);
- uso incorrecto (no se usa desde el principio hasta el final de la relación sexual ni se cuidan los pasos que ayudan a evitar fallas); y

- por deslizamiento (que el condón se salga completamente del pene) y/o ruptura durante la relación sexual o al retirar el pene.

Tener relaciones sexuales desprotegidas enfrenta a las personas a consecuencias que nunca buscaron ni desearon, y va más allá de afectar la salud individual -al adquirir alguna IST/VIH- o de continuar un embarazo no deseado, pues algo que empezó en la intimidad afecta al individuo, a la pareja, a la familia y a la comunidad.

El mejor condón es el que se piensa, el que se tiene, el que se usa constante y correctamente.

En México el uso del condón se ha incrementado sustancialmente año con año -según datos de SSA- sin embargo es importante que el personal de salud se involucre en acciones que coloquen al condón como una medida de salud pública.

CARTAS DESCRIPTIVAS

UNIDAD I. LA SEXUALIDAD

SESIÓN 1

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* Crear un ambiente de confianza	* Rompimiento del Hielo	* técnica grupal "Romper el Hielo"	* Salón amplio * Tarjetas con el nombre de cada participante.	* 20 min. Aprox.	
* El alumno identificará la importancia de conocer su cuerpo	* Conocimiento del cuerpo	* Dar una breve explicación de la importancia de conocer su cuerpo	* Pizarrón	* Actividad 15 min. * Evaluación 15 min.	* Evaluaremos este punto utilizando la "retroalimentación" que consiste en pedirle al grupo que de forma voluntaria de su opinión acerca del tema.

<p>* El alumno identificara cual es la anatomía y función de los órganos sexuales</p>	<p>* Anatomía y Función de los órganos sexuales femeninos. * Anatomía y Función de los órganos sexuales masculinos.</p>	<p>* Explicar la anatomía y la función de los órganos sexuales mediante esquemas ilustrativos.</p>	<p>* Esquemas que ilustren los órganos sexuales</p>	<p>* Actividad 20 min. *Evaluación 15 min.</p>	<p>* Se evaluará por medio de la técnica de “Presentación por binas” esta actividad consistirá en pedirles a los alumnos que se coloquen en parejas (de preferencia que sean hombre-mujer). A uno le tocará explicar lo que haya comprendido del órgano sexual femenino y al otro el masculino</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SESIÓN 2

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* El alumno revisará lo que es la sexualidad.	* Definición de Sexualidad.	* Exponer el concepto de Sexualidad.	* Láminas.	* Actividad 15 min. *Evaluación 15 min.	*La evaluación aquí consiste en preguntarles lo que, una vez explicado por el facilitador, es para ellos la sexualidad.
* El alumno discutirá la importancia de respetar su cuerpo y el de los demás	* Respeto a nuestro propio cuerpo y al de los demás	*Se utilizará la técnica de “Mi vida” de forma que veremos si los jóvenes saben la forma de respetar su cuerpo. Esta técnica consiste en pedirles que en una hoja coloquen 5 formas en que ellos respetan su cuerpo y el de los demás. *Discutir en grupo acerca de la importancia de respetar su cuerpo y su sexualidad.	* Láminas *Pizarrón *Hojas blancas *Plumones	* Actividad 20 min. *Técnica 20 min.	*Se usará la misma técnica de “Mi vida” pero ahora para ver cuales fueron los conocimientos adquiridos sobre este tema.

UNIDAD II. LOS JOVENES Y LA SEXUALIDAD

SESIÓN 1

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* Que el alumno discuta las diferentes formas de relacionarse.	* Como se relacionan los jóvenes: *Amistad *Noviazgo *Matrimonio	* Explicar las diferentes manifestaciones de afecto que se dan en una relación de amistad, noviazgo y matrimonio. * Debatir acerca de las diferencias de las mismas.	* Diapositivas *Cartulinas	*Actividad 40 min. *Evaluación 30 min.	*La forma de evaluar es por medio de una técnica llamada "Retroalimentación" que consiste en numerar a los alumnos por series de tres de manera que se formen tres grupos y a cada grupo se le asignará una forma de relacionarse, tendrán 10 minutos para discutir entre ellos el tema asignado y finalmente lo expondrán al grupo.

SESIÓN 2

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* El alumno identificará cuales son sus derechos sexuales.	* Derechos Sexuales	* Explicación de cada uno de los derechos sexuales.	* Láminas *Hojas blancas *Plumones *Lápices	* Actividad 30 min. *Evaluación 25 min.	*La evaluación se llevará a cabo por la técnica llamada “Las definiciones” que consiste en elegir a 11 alumnos al azar y a cada uno se le dará una tarjeta que contendrá un derecho sexual diferente, se les dará 10 minutos para que discutan lo de lo que trata ese derecho y finalmente se explicará al grupo al acuerdo que hayan llegado.

**UNIDAD III. LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES Y COMO PREVENIRLAS.
SESIÓN 1**

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* Que el alumno defina que son las IST.	* ¿Qué son las IST?	* Exposición acerca de que son las IST.	* Diapositivas	* Actividad 15 min.	
* El alumno identificará las IST más frecuentes.	* Clasificación de las IST. * Sífilis *Gonorrea * Chancro blando. *Herpes genital * HPV o VPH (Virus del papiloma humano). * Virus de Inmunodeficiencia adquirida y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). *Piojo de Pubis o ladillas.	* Explicar: * Síntomas * Forma de contagio. * Consecuencias de cada una de las IST.	* Diapositivas * Folletos *Tarjetas *Lápices	* Actividad 60 min. *Evaluación 30 min.	*La evaluación se llevará cabo por medio de la técnica de “Presentación por tarjetas” consistirá en elegir 8 alumnos al azar o voluntariamente, y a cada unos se le dará una tarjeta donde tendrá escrita cada infección y se les darán alrededor de 15 minutos para repasar y posteriormente exponer lo entendido sobre la infección asignada.

*Clamidia.

SESIÓN 2

OBJETIVO	TEMA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
* Que el alumno identifique las formas de prevenir IST	* Formas de prevenir las IST * Abstinencia * Fidelidad * Examinación de los órganos sexuales. * Utilización del condón.	* Explicar las formas de prevención. * Explicación oral y práctica de lo que es y la utilización correcta del condón.	* Diapositivas * Folletos * Recursos materiales que permitan la explicación de la utilización del condón. * Cartulina para cada grupo de participantes * Papel * Tijeras * Pegamento * Revistas e imágenes representativas. * Plumones	* Actividad 40 min. * Evaluación 40 min.	* Evaluación por medio de la técnica llamada "Collage" que consiste en colocar diversas imágenes en la cartulina que permita aclarar o definir cada una de las formas de prevención de las IST. Al igual que se colocarán las imágenes correctas de la manera en que se coloca el condón.

CONCLUSIÓN

A lo largo de nuestro trabajo, pretendimos destacar la importancia del desarrollo y conocimiento de la sexualidad haciendo hincapié en las personas con discapacidad intelectual, por lo tanto queremos mencionar los logros que obtuvimos a lo largo de nuestro trabajo.

Con base en el objetivo planteado que fue difundir y crear conciencia en la sociedad de lo importante que es que las personas con discapacidad intelectual tengan una sexualidad sana y plena y sobre todo el derecho que tienen de estar bien informados sobre ella para que puedan vivirla con libertad y responsabilidad.

En primer lugar logramos tener un mayor acercamiento con los jóvenes con discapacidad intelectual y así poder conocer las carencias y necesidades que presentan en relación al tema de la sexualidad y principalmente de las infecciones sexualmente transmisibles. También logramos que los jóvenes con discapacidad intelectual pudieran expresar un poco acerca de la manera en que sus padres les brindaron su educación sexual, en caso de que lo hayan hecho, y en base a esto, pudimos realizar exitosamente un programa que contiene bajo nuestra consideración la información básica y necesaria para que los jóvenes con discapacidad intelectual puedan, con base en ella, estar bien informados acerca de su sexualidad en general, y además de lo que son las IST, las diferentes IST que existen y la forma de prevenirlas en particular.

Por otro lado, algo que aún no hemos logrado es que si bien hemos llegado a mejorar un poco la visión de algunos padres acerca de la importancia de la sexualidad de sus hijos con discapacidad intelectual, no lo hemos logrado totalmente ya que hay padres que consideran este tema como un tabú o bien que consideran que el hablar de esto es innecesario o que se al hablar de esto se está propiciando que las personas con discapacidad intelectual inicien su vida sexual y por tal motivo les impiden el acceso a dicha información.

Durante la realización de este trabajo, nos enfrentamos a diversas dificultades, entre ellas está la falta de información hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, por ejemplo, una de las principales dificultades fue que no encontramos información referente a si existen o no caso de personas con discapacidad intelectual que presenten infecciones sexualmente transmisibles o en su defecto alguna estadística que pudiera ayudarnos.

Otra de las dificultades fue que al realizar las entrevistas con los padres de las personas con discapacidad intelectual, se mantuvieron herméticos y por tal motivo la información fue escasa.

Y con lo ya mencionado, es importante decir que muchas de las personas con discapacidad intelectual tienen vida sexual aunque los mismos padres no quieran aceptarlo, o crean que no es así, por ello es fundamental que tengan información, además de que hay personas con discapacidad intelectual que tienen hijos

Hablando un poco de la propuesta que nosotras presentamos en este trabajo, fue la realización de un programa que incluye información básica y sencilla que les permita a los jóvenes con discapacidad intelectual conocer desde el concepto y funciones de los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos, así como las diferencias que existen en el trato con los demás jóvenes, los derechos sexuales que tienen y las IST, así como las formas de prevención que existen.

Pero es importante mencionar que las dificultades a las que nos enfrentamos para lograr esta propuestas fueron además de las ya mencionadas, las de la logística como tener que modificar constantemente la información de manera que fuera muy clara y con términos muy sencillos al igual que técnicas especiales para facilitar el aprendizaje de los contenidos.

Con relación a lo anterior, y retomando un poco el campo de trabajo del pedagogo, en el área de psicopedagogía se dan las herramientas necesarias para trabajar con niños y jóvenes con discapacidad intelectual, y con base en esto el pedagogo tiene amplias oportunidades de incursionar aquí realizando diversas actividades como: diseño de programas para la atención de problemas

ya se de lenguaje, conducta, aprendizaje, motricidad, etc., desde un enfoque educativo. Otra de las actividades que el pedagogo puede realizar en este campo es la elaboración de material didáctico, la aplicación de diversas pruebas psicopedagógicas, así como dar algún tipo de orientación a padres de familia que tengan hijos con discapacidad intelectual de cómo ayudarlos a salir adelante. Finalmente el pedagogo además de contar con los conocimientos para realizar o elaborar un programa como los antes mencionados, puede también aplicarlos y dirigirlos ya sea a niños o jóvenes con discapacidad intelectual, a padres, y a instituciones que brinden una educación a personas con discapacidad intelectual.

Para finalizar este apartado, y de acuerdo a nuestro trabajo, nosotras queremos sugerir que se tengan más acercamientos con las personas con discapacidad intelectual, que conozcan sus carencias, sus anhelos y necesidades para poder orientar o apoyarlos en su desarrollo ya que la sociedad no los considera capaces de tener una vida productiva, pierden de vista que también tienen la necesidad de ser amados, escuchados y de poder realizar lo que ellos se propongan sin importar su discapacidad.

Debido a que hay muy poca información respecto a los temas de infecciones sexualmente transmisibles en personas con discapacidad intelectual, sugerimos que se realice más investigación de campo que documental, ya que por medio de ésta, pueden primero tener mas contacto con las personas con discapacidad intelectual y así conocer o tener mucha más información respecto a todos estos temas.

BIBLIOGRAFÍA.

- A. COCKETAIR, Edgar
Guía sexual para su hijo. Manual para padres.
Ed. Psique.México 1998.
- ÁLVAREZ Gayou, Juan Luis.
Sexualidad en la pareja
Ed. Manual Moderno. México, 1996.
- AMOR Pan, José Ramón.
Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental.
Ed. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 1997.
- ARANCIBA C, Violeta, HERRERA P. Paulina, STRASSERS, Catherine.
Psicología de la Educación.,
Universidad Católica de Chile, Ed. Alfa y Omega México, 1999.
- BELTRAN J., Francisco.
Orientación Sexual a padres.
México 1995,
- BURGOS, Gloria, ZACARÍAS, Julieta, DAYÁN SAAD, Elisa,
SANTAMARÍA, Adalberto.
Necesidades Educativas Especiales-Discapacidad Intelectual
UNAM Facultad de Psicología. 1997
- CARRASCO, José Luis.
Sexualidad y Síndrome de Down.
Editorial DUCERE. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla,
Puebla, 1998.
- COUWENHOVEN, Terri.
Centro de Información y Difusión CONFE. Vol. 10, No. 1.
Primavera-Verano 2003.
- DE RAMÓN-LLANCA, Ma. Luisa.
Centro CONFE. Primavera-Verano 2001.

- DÍAZ BARRIGA, Ángel.
Docente y programa lo institucional y lo didáctico. Ed. Rei. Buenos Aires, 1995.
- DÍAZ BARRIGA, Frida
Estrategias docentes para el aprendizaje significativo.
MC Graw Hill. Interamericana, México, 1998
- FRONT, Pere.
Pedagogía de la Sexualidad
Editorial Graó Universidad de Barcelona, Instituto de Ciencias de la Educación, Barcelona 1999.
- LOEZA HERNÁNDEZ, Magdalena, OLVERA LÓPEZ, Ivonne.
Curso- Taller de Orientación a padres de personas con necesidades Educativas Especiales del Programa Psicopedagógico de Servicio Social de la ENEP Aragón.
UNAM 2004.
- HIRIART, Viviane.
Educación Sexual en la Escuela (Guía para el orientador de púberes y adolescentes)
Editorial Paidós. México, 1999
- J. BRUNO, Frank
Psicología Infantil y del desarrollo
Editorial Trillas. 1997
- LÓPEZ, Félix
Sexo y afecto en personas con Discapacidad
Ed. Biblioteca Nueva. España, 2002.
- MOLINA, Santiago.
Deficiencia Mental- Aspectos psicoevolutivos y educativos.
Ed. Aljibe. Archidona, 1999
- PÉREZ MIRANDA, Royman, GALLEGOS BADILLA, Rómulo.
Corrientes Constructivistas
Editorial Mesa Redonda Magisterio. Santafé de Bogotá, Colombia. 1995.

- POLAINO-LORENTE, C. ÁVILA, Encio, M. RODRÍGUEZ, Zafra.
Educación especial personalizada.
Madrid: Rialp, 1995.
- SHULMAN, Stanferd.
Infectología Clínica.
Editorial I Mc. Graw. Hill Interamericana, México, 1999.
- SOMERS
Como hablar con sus hijos sobre el amor y el sexo.
Ed. Paidós, México, 1995.
- VERDUGO, Miguel.
Personas con Discapacidad Intelectual (Perspectivas Psicopedagógicas y Rehabilitadotas)
Siglo XXI Editores. México, 1995.
- PAGINA DE INTERNET: www.salud.gob.mx.