



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGÍA

“INCIATIVA PEDAGÓGICA: TALLER DE SEXUALIDAD
DIRIGIDO A PADRES DE ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD VISUAL, EN EL ORGANISMO
MEXICANO PROMOTOR DEL DESARROLLO INTEGRAL
DE LOS DISCAPACITADOS VISUALES I.A.P.”

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PEDAGOGÍA PRESENTA:

CINTHIA JULIETA MORALES ROMÁN

ASESOR: LIC. EDUARDO RODRÍGUEZ SIERRA

MÉXICO, D.F. 2012





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE PEDAGOGÍA

“INCIATIVA PEDAGÓGICA: TALLER DE SEXUALIDAD
DIRIGIDO A PADRES DE ADOLESCENTES CON
DISCAPACIDAD VISUAL, EN EL ORGANISMO MEXICANO
PROMOTOR DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS
DISCAPACITADOS VISUALES I.A.P.”

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PEDAGOGÍA PRESENTA:

CINTHIA JULIETA MORALES ROMÁN



ASESOR: LIC. EDUARDO RODRÍGUEZ SIERRA

MÉXICO, D.F. 2012

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Principalmente porque me dieron la vida y gracias a ello tengo la dicha de conocerlos, amarlos, respetarlos, de ser feliz, de conocer a gente muy valiosa y de disfrutar las maravillas de la vida, porque siempre me dieron todo lo que pudieron, pero en especial, por darme lo más importante: el amor, comprensión y una educación llena de valores, virtudes, experiencias y ejemplos a seguir. Mil gracias por su apoyo incondicional, por cada beso, abrazo y muestra de cariño, por confiar en mí, por sus enseñanzas y anécdotas compartidas, por sus desvelos y regaños, por el deseo implacable de hacerme una mujer de bien, por enseñarme a superarme y seguir teniendo metas a seguir, porque después de 27 años siguen siendo mis maestros y siguen permaneciendo ahí en todo momento.

Gracias por los sacrificios y todo el trabajo que día a día hicieron para darme un hogar y estabilidad, por hacerme creer y demostrarme con su ejemplo que existe la unión, el respeto, compromiso, apoyo y amor en un matrimonio de toda la vida. Sin duda han sido los mejores padres, amigos, educadores y confidentes que pudiera tener. Porque gracias a ustedes me he convertido en lo que hoy soy, “el mérito lo tienen ustedes Julieta Román Villalobos y Juan José Morales Velasco” LOS AMO.

A MIS HERMANOS:

Sé que no fui la hermana que quizá desearon tener, sin embargo agradezco su infinita paciencia, cariño y apoyo cada vez que lo he necesitado. Sabemos que nunca fuimos muy amorosos que digamos, pero saben que los amo y que siempre contarán conmigo para cualquier cosa. Sólo me queda agradecerles por ser desde pequeña alguien que los admira por su gran inteligencia y fuerza para salir adelante, por enseñarme el valor de compartir, respetar y tomarme de la mano cuando era una niña, por cuidarme, estar pendiente de mí, por aprender con y de ustedes, por hacer que recuerde mi niñez con dicha y satisfacción, ¡¡gracias por cada lucha pactada...!!

A MI FAMILIA:

Si pudiera plasmar todo el amor y el infinito agradecimiento que tengo con Dios y con la vida, por hacerme coincidir con esta gran familia, no acabaría, pues desde que tengo uso de razón, me han enseñado y demostrado el valor y la importancia de la unión, el respeto, comprensión, armonía, fraternidad y la convicción de que el apoyo y el amor son la base de esta entrañable familia.

Gracias a ustedes, mi vida ha sido más placentera, equánime y feliz, llena de lindos recuerdos, porque a donde quiera que voltee siempre están ahí, por recibirme siempre con una gran sonrisa, por abrirme las puertas de su hogar toda la vida y por la confianza depositada en mí, por cada cumpleaños, navidad, año nuevo, viajes, y reuniones llenas de alegrías, experiencias y anécdotas. No cabe duda que soy muy afortunada de tener a mi lado a gente que me quiere y aprecia tanto, como yo a ellos.

A MANUEL LOBO:

Por llegar en el momento perfecto, por estar siempre pendiente de mí, por protegerme y demostrarme tu amor en cada paso que doy, por ser mi ejemplo a seguir y motivarme a continuar creciendo como persona, como profesional y como novia, por enseñarme a amar aún más la vida por el sólo hecho de aferrarte más a mí, por iluminar mi vida con tu sonrisa, cariño y comprensión, por apoyarme en todo momento y saber que estás ahí en los buenos y en los malos momentos, por formar sueños y metas juntos, por tus detalles, confianza, paciencia, sinceridad y sencillez, por ser mi más grande felicidad y orgullo, por fijar siempre la mirada en mí, pero sobre todo, por tu amor incondicional que me ha hecho sentir y creer que sí existe el amor ideal, perfecto y puro. Eres sin duda, lo mejor que me pudo suceder, te amo y eres todo en mi vida.

A MIS AMIGOS:

Por haberme ofrecido sus consejos, cariño, tiempo, alegrías y regaños, por haber sido mis confidentes, mejores amigos, maestros y compañeros de grandes vivencias, por estar pendiente de mí y regalarme momentos inolvidables.

Gracias también a Discapacitados Visuales, que me inspiró a realizar la presente propuesta y sobre todo, por abrirme las puertas para estar involucrada en varios proyectos, a la Lic. Camerina Robles Cuellar, al Mtro. Eduardo Rodríguez Sierra y a mis sinodales, por su gran apoyo, tiempo y dedicación para que esta tesina rebasara mis expectativas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
<u>Capítulo 1.- ORGANISMO MEXICANO PROMOTOR DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS DISCAPACITADOS VISUALES I. A. P.</u>	5
1.1.- Reseña Histórica	5
1.2.- Ubicación, Correo electrónico, Redes sociales, Misión, Visión, Objetivos, Organigrama, Filosofía y Valores	8
1.3.- Servicios que ofrece la Institución	13
1.4.- Población que atiende	15
1.5.- Principales necesidades de las familias que solicitan apoyo al Organismo para la atención y formación de adolescentes con discapacidad visual	19
<u>Capítulo 2.- DISCAPACIDAD Y ADOLESCENCIA</u>	23
2.1.- Definición de discapacidad visual	23
2.1.1.- Tipos de discapacidad visual	25
2.1.2.- Causas de discapacidad visual	28
2.2.- Concepto de adolescencia	31
2.3.- Etapas del desarrollo en adolescentes	37
2.3.1.- Caracteres sexuales primarios y secundarios	39
2.4.- Características de los adolescentes con discapacidad visual	56
2.5.- Reconocimiento e importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual	59
2.6.- Orientación y rol de los diferentes actores que intervienen en la formación de jóvenes con discapacidad visual.	65

Capítulo 3.- SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL 69

3.1.- Hacia una definición de sexualidad	69
3.2.- Inicio y ejercicio de la sexualidad en adolescentes con discapacidad visual	72
3.3.- Derechos sexuales y salud reproductiva de la población con discapacidad en México	81
3.4.- Métodos anticonceptivos. Procesos que toda madre y padre de familia deben conocer	88
3.5.- Enfermedades de transmisión sexual	116

Capítulo 4.- FORMACIÓN DE LOS PADRES Y PAUTAS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL DE ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL 125

4.1.-Comunicación asertiva y estrategias de vinculación entre padres e hijos	125
4.2.- Tradición/cultura vs ejercicio responsable de la sexualidad	132
4.3.- Importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en el tema de la sexualidad	142
4.4.- Consecuencias en los adolescentes a raíz de la falta de educación sexual oportuna y veraz	157
4.5.- Acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad visual	165
4.6.- Cómo prevenir el abuso sexual	177

Capítulo 5.- PROPUESTA PEDAGÓGICA: TALLER DE SEXUALIDAD PARA PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL 181

5.1.- Estructura del taller	187
5.1.1.- Datos Generales	187
5.1.2.- Objetivo General	187

5.1.3.- Objetivos Específicos	188
5.1.4.- Justificación	189
5.1.5.- Características de la población a la que se dirige	190
5.1.6.- Temario	191
5.1.7.- Rol del instructor	193
5.1.8.- Papel del participante	194
5.1.9.- Metodología	194
5.1.10.- Criterios de evaluación	195
5.1.11.- Cartas descriptivas	195
CONCLUSIONES	219
BIBLIOGRAFÍA	225
REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	229
ANEXOS	230

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una propuesta pedagógica de un taller para padres de hijos adolescentes con discapacidad visual, que surge a raíz de mi experiencia al haber realizado mi servicio social dentro del Organismo Mexicano Promotor del Desarrollo Integral de los Discapacitados Visuales I.A.P. y darme cuenta que existe la necesidad de transmitir a dichos padres, información clara y oportuna acerca de la sexualidad de sus hijos, de hacer visible el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, de eliminar el tabú de que las personas con discapacidad son seres asexuados, pero sobre todo, que sepan los riesgos que pueden traer consigo los adolescentes cuando no se tiene un conocimiento veraz sobre este tema, así como evitar que puedan ser víctimas de un abuso sexual.

La intención de trabajar dichos temas con los padres, surge por mi noción de saber que anteriormente ya se les había proporcionado a algunos adolescentes con discapacidad visual, un taller referido a sexualidad, pero no a sus familias; por lo que considero de suma importancia el que se pueda tener una mayor sensibilización en casa, siendo éste uno de los principales lugares donde se forman los primeros lazos de amor, comunicación, educación y valores entre padre-hijo; ya que lamentablemente algunos padres creen que no son los indicados en abordar éste tema con sus hijos o no saben de qué manera hacerlo. Y es que a pesar de que hoy en día se ha tratado de concientizar a la sociedad de que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que cualquier otra persona, aún estamos lejos de eliminar la discriminación hacia este sector, de ser más equitativos y justos. Esto último en función de que parte de la discriminación que sufren las personas con discapacidad visual es en el ámbito sexual, ya que erróneamente algunos piensan que son seres que no sienten, que no fantasean, que no tienen un apetito sexual o que ejercen su sexualidad de manera diferente a la de las demás personas.

Afortunadamente hoy en día el tema de la sexualidad es entendida comúnmente más allá de lo estrictamente biológico y reproductivo, ahora tratamos de abarcar muchos más conceptos clave para una sexualidad plena y placentera, como son: la comunicación, confianza, respeto, igualdad, conciencia, prudencia, madurez, protección, seguridad, entre otras. De aquí surge la intención de hacer una tesina que concientice y sensibilice a los padres como a los lectores del presente trabajo, a eliminar prejuicios, a aprender de qué manera y cómo pueden hablar de sexualidad con los adolescentes, pero sobre todo, de entender lo difícil que puede ser para un joven con discapacidad atravesar por esta etapa tan complicada, con toda una discriminación y prejuicios encima, por ello la importancia de que los padres, por ser las personas más apegadas a ellos y por ser una fuente de trasmisión de conocimientos y valores, den las pautas para guiar con madurez y responsabilidad la educación sexual de sus hijos, con la finalidad de que los jóvenes puedan llevar en determinado momento una vida sexual responsable y sana.

De esta manera, en el primer capítulo abarcaré brevemente la historia de la Institución donde sugiero se lleve a cabo el taller de sexualidad, por ser en ella donde está comprendida nuestra población de padres, por contar con el espacio y mobiliario suficientes y por ser un Organismo que promueve actividades que ayudan a facilitar el acceso e inclusión en la comunidad a las personas con discapacidad visual. De esta forma también se abordará su ubicación, medios electrónicos, misión, visión, objetivos, organigrama, filosofía, valores, los servicios que ofrece, su población, así como los habitantes con discapacidad visual en el D.F. para tener una referencia más específica y por último, las principales necesidades de las familias que solicitan apoyo al Organismo para la atención y formación de adolescentes con discapacidad visual, esto con la intención de ubicar y contextualizar el medio en el que se plantea la propuesta y poder visualizar mejor a la población a la que va dirigido el taller.

En el segundo capítulo definiré lo que es la discapacidad visual, así como sus tipos y causas, también se verá el concepto de adolescencia y mencionaré su distinción con la pubertad, las etapas del desarrollo en adolescentes y por tanto, los caracteres primarios, definiendo cada una de las partes de los órganos sexuales masculinos y femeninos y su funcionalidad, así como las particularidades que distinguen a los caracteres secundarios, se mencionarán las características de los adolescentes con discapacidad visual. Con todo ello, se hablará finalmente del reconocimiento e importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual, y de la orientación y rol de los diferentes actores que intervienen en su formación.

En el tercer capítulo explicaré lo que significa la sexualidad, el inicio y ejercicio de ésta en adolescentes con discapacidad visual, lo que implica y algunas conductas sexuales, en el marco legal, veremos los derechos sexuales y salud reproductiva de las personas con discapacidad y por último, los métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual más comunes.

En el cuarto capítulo abarcaré por un lado, la comunicación asertiva y estrategias de vinculación entre padres e hijos, la tradición/cultura contra el ejercicio responsable de la sexualidad, de la importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en el tema de la sexualidad, así como también advertir las consecuencias en los adolescentes a falta de una educación sexual oportuna y veraz; dentro de este tema también abarcaremos los principales factores que intervienen en los embarazos no deseados en adolescentes y de qué manera repercute esto en ellos y en el último tema abordaremos el acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad visual, cómo reconocer algunas señales, qué podemos hacer ante un hijo que ha sido víctima de un abuso sexual, cuáles son algunas de sus consecuencias y finalmente cómo prevenirlo y las dependencias y organismos donde se pueden presentar denuncias, pedir informes u orientación.

Por último en el quinto capítulo, se presenta la iniciativa del taller de sexualidad para padres de hijos adolescentes con discapacidad visual en la que se abordará la estructura del taller: introducción, datos generales, objetivo general, objetivos específicos, justificación, características de la población a la que se dirige, temario, papel del instructor, metodología, criterios de evaluación, y las cartas descriptivas donde se verá reflejado cada uno de los temas con las diferentes dinámicas de trabajo así como, los recursos didácticos, tiempos y los mecanismos de evaluación para cada una de las sesiones.

Para terminar, presento una serie de conclusiones generales del trabajo, a las que les sigue un apartado de anexos y el conjunto de fuentes de información que utilicé como apoyo para el desarrollo del presente proyecto.

CAPÍTULO 1.- ORGANISMO MEXICANO PROMOTOR DEL DESARROLLO INTEGRAL DE LOS DISCAPACITADOS VISUALES I.A.P.

1.1.- RESEÑA HISTÓRICA

Discapitados Visuales IAP se fundó en 1990, es una Institución líder, fundadora de diversos proyectos y servicios de atención a la comunidad con discapacidad visual en México, entre ellos puede distinguirse el **Centro de Atención Múltiple No. 50** el cual inicio como un taller de psicopedagogía que más adelante retomo la Dirección de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública como parte de su cuerpo de apoyo en los llamados CAM's, Fue Fundador de la **Escuela para Entrenamiento de Perros Guía de México, IAP**, que surgió como un proyecto en el área de rehabilitación y durante varios años perteneció a este Organismo hasta que logró independizarse técnica y financieramente para convertirse en una Institución de Asistencia Privada. En la década de los 80's crea la **Escuela Secundaria particular "Antonio Vicente Mosquete"** la cual con el paso del tiempo se incorporó a la SEP convirtiéndose en una secundaria oficial para jóvenes con discapacidad visual y con necesidades educativas especiales, para marzo del 2008 se le asignó el nombre "Ignacio León Robles Robles a la actual Secundaria en reconocimiento al fundador de este servicio, así como de los proyectos que continúan funcionando desde Discapitados Visuales IAP.

Otro de los proyectos de ardua labor y compromiso es el denominado **Centro de Impresión Braille** el cual fue fundado desde 1996 empezando con una pequeña impresora braille con la que se ofrecían transcripciones de lecto-escritura para personas ciego(a)s y débiles visuales, a partir de documentos en tinta hasta convertirse hoy en día, en la editorial en braille particular más importante de nuestro país. En el

mismo año se creó el **Centro de Capacitación en Computación** el cual comenzó con un pequeño grupo de personas que por medio de un lector de pantalla llamado PC-Voz tenían la oportunidad de acceder a herramientas como los procesadores de texto y hojas de cálculo, actualmente cuenta con 15 terminales en red con acceso a INTERNET y tres cursos: Básico, Office e INTERNET en los que se utilizan los lectores de pantalla JAWS y PC-Voz y a partir de 2008 se generó el curso de formación como asesor telefónico, el cual tiene valor curricular al finalizar los 4 módulos de los que consta el curso .

En 2005 se fundó el servicio denominado “**Libro Hablado Digital**”, el cual consiste en la grabación de obras completas en formato MP3 con voces sintéticas, con el propósito de ser accesibles a las personas con discapacidad visual la literatura clásica y contemporánea a un bajo costo, adjuntándose a este proyecto el periódico “Todo México Somos Hermanos” y periódicamente algunos contenidos de ciencia incluidos en la UNAM a través de un convenio y para noviembre del 2011 temas médicos como la prevención de la ceguera.

En 2006 se abrió un nuevo servicio de **Atención Pedagógica** a estudiantes con discapacidad visual, como una forma de dar respuesta personalizada a las necesidades educativas especiales de esta población.

En 2008 se inicio un proyecto relacionado con la **señalización de espacios públicos y privados en sistema braille**. En donde se ofrece asesoría para la accesibilidad a los inmuebles, así como diseños de logotipos personalizados y la colocación de señalizaciones dirigida a personas con discapacidad visual, basados en las normas internacionales de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) y de ADA.

En 2009, en colaboración con el Ayuntamiento de Murcia, el gobierno del D.F. y la Junta de Asistencia Privada del DF, se generó un **Seminario de Ciudadanía Activa** para jóvenes con discapacidad sensorial, en el que participaron 4 países europeos (España, Bélgica, Portugal, Francia) y 4 Latinoamericanos (Ecuador, Colombia, México, Argentina).

A partir de 2010 Discapitados Visuales IAP forma parte de la **Comisión Latinoamericana del Braille**, entidad que supervisa la correcta aplicación y modernización del sistema braille en lengua castellana para los 19 países de la región. Es miembro del **Consejo Nacional de Personas con Discapacidad** (CONADIS) y del Consejo Consultivo del mismo organismo, así como de la **Misión Nacional** en el Comité de Derechos de Autor y Conexos de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Representante Nacional en la Red Latinoamericana de acceso a la Lectura de la Unión Latinoamericana de Ciegos.

1.2.- UBICACIÓN, CORREO ELECTRÓNICO, REDES SOCIALES, MISIÓN, VISIÓN, OBJETIVOS, ORGANIGRAMA, FILOSOFÍA Y VALORES

UBICACIÓN

Eje Central Lázaro Cárdenas 395 - 399, Colonia Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, México D.F. Tel 55 38 30 10 y Fax 55 19 45 12.



CORREO ELECTRÓNICO

discapitadosvisualesiap@yahoo.com.mx

www.discapitadosvisuales.org.mx

REDES SOCIALES

Discapitadosvisualesiap.facebook

Twitter: @discvisualesiap

MISIÓN

Ofrecer profesionalmente servicios pedagógicos, de capacitación, diseño, accesibilidad, sensibilización y orientación que incidan en el desarrollo integral de las personas con discapacidad visual en México, promoviendo con ello su plena inclusión en la comunidad.

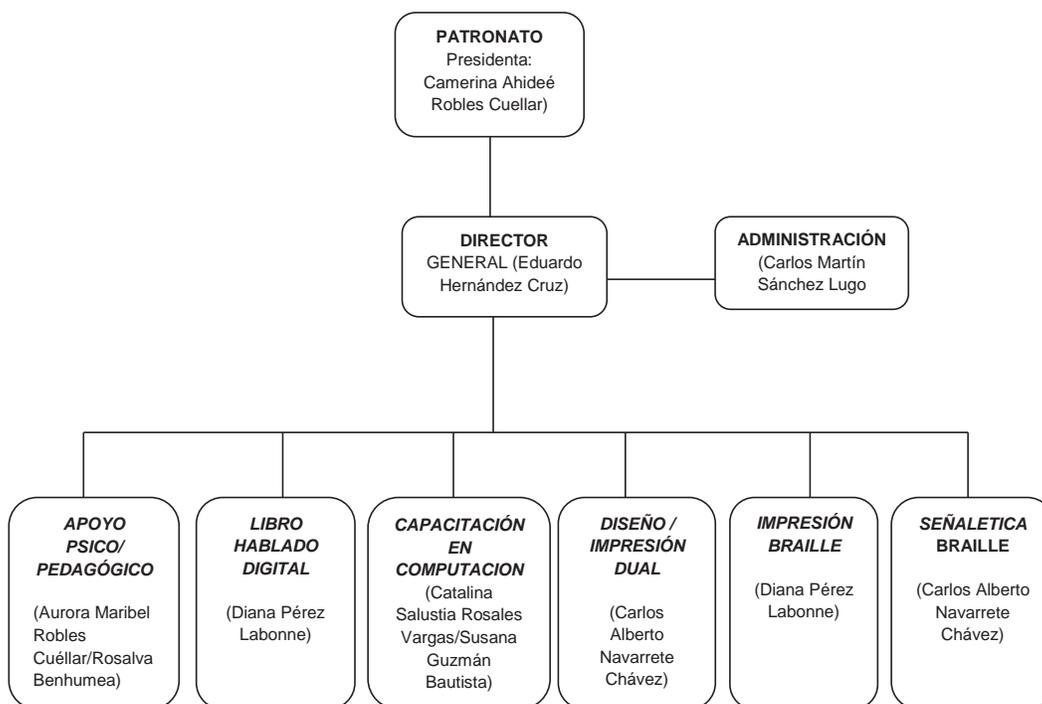
VISIÓN

Discapitados Visuales I.A.P. ha sido una institución líder en México, en la prestación de servicios que promueven el desarrollo integral de las personas con discapacidad visual, pugnará por ser un organismo de asesoría y consulta para la generación de política pública y de servicios en materia de atención a este sector poblacional, cuyo modelo de atención a sus beneficiarios se verá replicado en otras entidades del territorio nacional por su trayectoria, confiabilidad y calidad en el servicio.

OBJETIVOS

Respetar la voluntad fundacional de este organismo, promoviendo en sus acciones, el desarrollo integral de las personas con discapacidad visual en México. Coadyuvando en el pleno ejercicio de sus derechos y siendo gestor ante entidades públicas y/o privadas de todo tipo de acciones que tiendan a mejorar la calidad de vida de las personas físicas o morales interesadas en el ámbito.

ORGANIGRAMA GENERAL



FILOSOFÍA

HUMANISTA. Esta filosofía considera a la persona en forma integral, como un todo, una conjunción de espíritu-mente-cuerpo-emoción, reafirmando con ella la dignidad de las personas, la capacidad de autorrealización y de conformar entramados interpersonales basados en el respeto a los derechos, virtudes, valores y criterios del otro.

Por lo tanto, Discapitados Visuales se basa en esta filosofía ya que parte de las necesidades especiales de las personas con discapacidad visual, cuyas limitaciones físicas no implican una disminución en su calidad como seres humanos, ni en su derecho de participar en la vida de comunidad, en igualdad de circunstancias y oportunidades. Distingue ante todo, que las personas con discapacidad visual son seres humanos como cualquier otro y tan sólo por eso son valiosos, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, estado civil, nombre, nacionalidad, etcétera.

VALORES

ACTITUD/EMPATÍA/CALIDAD EN EL SERVICIO: atender de manera profesional las necesidades de los beneficiarios y solicitantes de servicios. Ofreciendo una buena disposición para brindar lo mejor de cada uno conforme a sus atribuciones y competencias, siendo capaces de ponerse en el lugar del otro al brindar y recibir un servicio.

EQUIDAD E IGUALDAD: proporcionar el servicio sin distinción.

HONESTIDAD: transparencia en la administración de los recursos.

COMPROMISO: trabajar en la implementación de estrategias innovadoras que promuevan el desarrollo integral de las personas con discapacidad visual en México.

RESPONSABILIDAD SOCIAL incidir en la inclusión de los beneficiarios a la vida educativa y productiva del país.

1.3.- SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN

En este momento la Institución cuenta con 6 servicios los cuales son:

- **Capacitación:** el cual es un servicio que se les brinda a las personas ciegas y débiles visuales en el que se da capacitación de computación a través de sistemas parlantes como Jaws y Pc-Voz mediante tres cursos: básico, office e internet. Los programas más sobresalientes a lo largo de estos cursos son: Word, Excel, PowerPoint, Access, Outlook, Messenger, Internet, Componentes internos, Digitalización e Información.
- **Impresión Braille y publicaciones:** esta área tiene el objetivo de ofrecer tanto a personas con discapacidad visual como a usuarios en general, un servicio de acceso a información escrita en Braille, de textos de interés general y/o específico, que existe en tinta como una alternativa de acceso, dependiendo de sus necesidades dentro de los ámbitos escolar, laboral y recreativo.

Discapacitados Visuales cuenta con uno de los Centros de Impresión más grande del País y su variedad de acabados y formatos les permite elaborar tarjetas, libros, manuales, menús para Restaurante, Instructivos de vuelo; Mascarillas para votar, etc. Pero además es la única institución en México, que imprime trabajos en **impresión dual**, es decir en tinta-braille, y la única que dedica este tipo de impresión en literatura infantil y juvenil.

- **Libro hablado digital (LHD):** este es un proyecto que se encarga básicamente de la producción de un CD que contiene obras completas de literatura universal, narradas con voz sintética que para su reproducción utiliza el formato de audio de MP3.
- **Apoyo Psicopedagógico:** en esta área se atiende a niños y jóvenes ciegos y débiles visuales, capacitándolos en lecto-escritura braille, en técnicas de pre-bastón, ábaco, regularización extraescolar, desarrollo de habilidades para la vida diaria y fomento en su integración educativa, social y laboral a través de técnicas didácticas y de rehabilitación. Ofrece apoyos, técnicas, y herramientas para la superación personal, fortaleciendo su autoestima y actitud positiva frente a la vida. Por otra parte impulsa servicios creativos a través de cursos de verano, campamentos, visitas guiadas a museos, fábricas, etc. así como la impartición de talleres de baile, canto, defensa personal y pintura.
- **Señalización en Sistema Braille:** actualmente se cuenta con un servicio novedoso en México, pues producen Placas de Señalización y Cédulas de Museo en Braille, en materiales para Interiores y Exteriores en plástico ABS y aluminio en varios colores y calidades. Dichos productos son requeridos en Universidades, Museos, el Metrobus, Hoteles, Restaurantes, entre otros.
- **Donaciones:** cuando se tiene, se les ofrece gratuitamente equipos de cómputo para su uso personal, académico y/o profesional y se les otorga becas escolares para capacitación en computación e internet, así como material didáctico.

1.4.- POBLACIÓN QUE ATIENDE

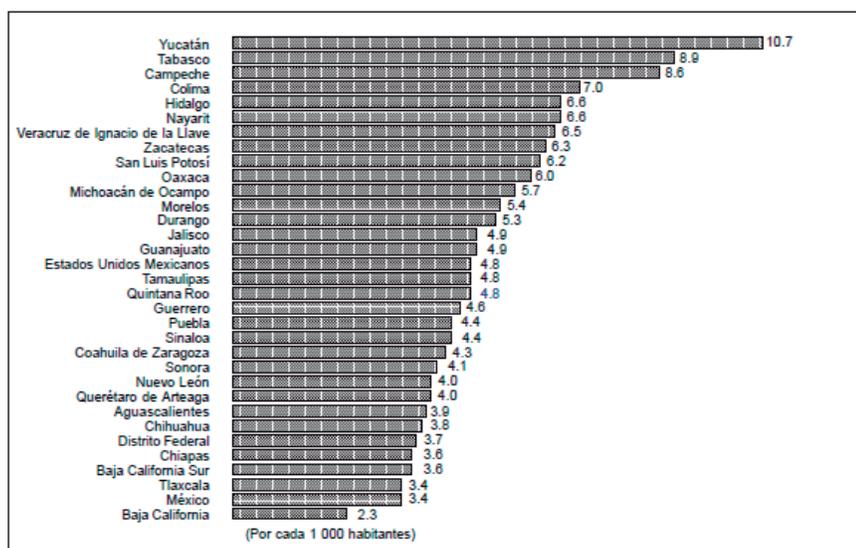
Antes de abarcar el tema de la población a la que atiende Discapacitados Visuales, me parece importante puntualizar cuántos habitantes con discapacidad visual existen en nuestro país, así como en el D.F. y Estado de México por ser los dos estados de los que proviene la población de dicha Institución. Para ello, tome los datos del último Censo del INEGI 2010 donde se muestran los habitantes que hay en general de México y de dichos estados:

Lugar a nivel nacional	Entidad Federativa	Habitantes (año 2010)
	Estados Unidos Mexicanos	112 336 538
1	México	15 175 862
2	Distrito Federal	8 851 080

El Estado de México ocupa el primer lugar nacional por su número de habitantes y en segundo lugar el Distrito Federal. Debido a que el taller está dirigido a Discapacitados Visuales y éste se encuentra dentro del D.F. consideraremos su población para hacer la siguiente referencia:

De los 8 851 080 personas que viven en el D.F. 4 617 297 son mujeres y 4 233 783 son hombres. Ahora bien, en el país “existen cinco personas con discapacidad visual por

cada mil habitantes, esto es, alrededor de 467 mil personas”¹. A continuación podemos observar el porcentaje de personas con discapacidad visual de acuerdo a su entidad federativa y en especial la del D.F. que es donde estamos situados]



FUENTE: INEGI. XII CGPV 2000. Base de datos.

Se observa por entidad federativa que el estado con mayor prevalencia de discapacidad visual fue Yucatán, con 10.7 personas por cada mil habitantes, le siguen Tabasco y Campeche con 8.9 y 8.6, respectivamente. En contraste, Baja California (2.3), Tlaxcala (3.4) y México (3.4) fueron las entidades donde la prevalencia de discapacidad visual fue menor en el país.

Situándonos nuevamente en la Institución, podemos decir que ésta se encarga de atender a personas con Discapacidad Visual, que en algún momento han tenido

¹ Los siguientes datos, fueron sacados de una investigación que realizó el INEGI llamado “La discapacidad en México una visión censal”, sin embargo la base de datos son del año 2000, ya que es el último censo que se ha

dificultades para integrarse educativa, social, productiva y laboralmente en la sociedad. Actualmente atiende a 45 alumnos de manera directa, a través del Centro de Capacitación en computación y a 40 más de manera indirecta, beneficiándose con el apoyo psicopedagógico, los audio-libros y las impresiones en Sistema Braille al mes. Aunque estas cifras varían de acuerdo a los servicios solicitados, pero de forma general atiende alrededor de 1200 personas con discapacidad visual al año.

A continuación se muestra una tabla con los rangos de edades y el sexo de los alumnos del Centro de computación para poder identificar y cuantificar mejor la población con lo que se trabaja directamente.

RANGO DE EDADES	7-10	11-14	15-18	19-22	23-26	27-30	31-34	35-38	39-42
BENEFICIARIOS	2	3	1	5	4	4	6	2	2
MUJERES (M)	2 M	1 M	0 M	1 M	4 M	1 M	2 M	0 M	2 M
HOMBRES (H)	0 H	2 H	1 H	4 H	0 H	3 H	4 H	2 H	0 H

RANGO DE EDADES	43-46	47-50	51-54	55-58	59-62	63-66	67-70	+70
BENEFICIARIOS	4	5	2	1	1	1	1	1
MUJERES (M)	1 M	1 M	0 M	1 M	1 M	0 M	1 M	0 M
HOMBRES (H)	3 H	4 H	2 H	0 H	0 H	1 H	0 H	1 H

Total	
H	M
27	18
TOTAL DE POBLACIÓN	
45	

Se puede ver que el 40 % de la población son mujeres y el 60 % son hombres dentro de un rango de edad de los 7 a los 70 años de edad.

En cuanto al mayor número de beneficiarios por edad se puede observar que son 6 personas de entre los 31 a los 34 años y 5 personas de entre los 19 y 22 años al igual que los están entre los 47 a 50 años. Por lo tanto, la población adulta es la que se encuentra en mayor cantidad que los menores de edad

1.5.- PRINCIPALES NECESIDADES DE LAS FAMILIAS QUE SOLICITAN APOYO AL ORGANISMO PARA LA ATENCIÓN Y FORMACIÓN DE ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Las principales necesidades de la población de Discapacitados Visuales I.A.P. son:

- Rehabilitación
- Apoyo a la educación
- Apoyo a la inserción laboral
- Apoyo psicopedagógico
- Educación para la vida
- Protección social

La mayor parte de su población, son personas de escasos recursos que requieren de dichos servicios para superarse académica y laboralmente, buscan adquirir conocimientos y práctica sobre todo en el área de computación y lograr ser más independientes, conseguir una inserción en la sociedad como cualquier otra persona y alcanzar su autorrealización a través de una mejor calidad de vida.

Es importante observar y reconocer que un factor determinante para la baja población en Instituciones que apoyan a las personas con discapacidad visual es el pésimo apoyo moral y económico por parte del gobierno e incluso de la sociedad que no se interesa por las necesidades y planteamientos que dicha población demanda. Un ejemplo de ello es, que a pesar de que existen aproximadamente 467 mil personas con

discapacidad visual en nuestro país, según información del Directorio Nacional de Asociaciones de y para dichas personas; México cuenta con sólo 337 Asociaciones registradas que atienden a esta discapacidad.² Si echamos un vistazo, nos daríamos cuenta que 29 estados cuentan con ellas y en su mayoría, sólo hay de 3 a 5 Instituciones dedicadas a apoyar exclusivamente a las personas con esta discapacidad de manera directa o indirecta, aunque hay que reconocer que el D.F. cuenta con el mayor número de Organizaciones, pues tiene registradas aproximadamente 38, aunque no podemos descartar que puedan existir otras dirigidas a esta índole.

Por lo tanto, la carencia de Instituciones u Organizaciones que apoyan este sector, la falta de financiamiento y la falta de información y difusión provocan que la población de Discapacitados Visuales no sea tan extensa pero sobre todo que tengan que trasladarse de lugares muy lejanos.

Generalmente las personas adultas llegan por sí solas en comparación con los menores de edad que son acompañados por sus padres sobre todo porque la mayoría tienen que trasladarse de algunos municipios o delegaciones muy lejanas y además; en los servicios públicos como el metro, trolebús, microbús, metrobús, etc.

En cuanto al apoyo psicopedagógico éste es requerido comúnmente por los padres con hijos menores de edad, quienes también trasladan a sus hijos y los guían poco a poco a valerse por sí mismos. Aproximadamente el 80% de la población adulta, todos los días se transportan de un lugar a otro sólo con ayuda del bastón y en algunos casos de su perro-guía, demostrando el esfuerzo y la convicción que tienen por querer superarse día a día y de poder ser integrados en el ámbito laboral y educativo.

² El **Directorio Nacional de Asociaciones de y para Personas con Discapacidad** es un documento en Acrobat Reader que puede consultarse en línea pulsando sobre el nombre del mismo, que sirve de enlace, y que también puede ser bajado para su consulta sin conexión. Este documento forma parte de la base documental de la Web del **Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)** de México.

En seguida podemos ver en la tabla, la Delegación o Municipio al que pertenece la población en general de Discapitados Visuales, para dar un estimado de las zonas geográficas en las que están situados y tener más claro la problemática planteada anteriormente³.

DELEGACION/MUNICIPIO	TOTAL DE LA POBLACIÓN
Álvaro Obregón	1
Azcapotzalco	3
Benito Juárez	1
Chalco	2
Chimalhuacan	2
Coyoacán	3
Cuajimalpa	1
Cuautemoc	6
Ecatepec	2
Gustavo A. Madero	3
Iztacalco	3
Iztapalapa	8
Los Reyes la Paz	2
Magdalena Contreras	2
Miguel Hidalgo	1
Nezahualcoyotl	2
Tlalnepantla	1
Tultitlan	1
Venustiano Carranza	1

³ Referencia proporcionada por Discapitados Visuales I.A.P. México, D.F. (Enero 2012).

Como podemos ver, la mayoría de esta población pertenece a los sectores más desprotegidos y vulnerables de delincuencia como es la Delegación Iztapalapa en la que se acentúa un número mayor de éstos beneficiarios. Por otro lado, casi todos radican en zonas alejadas y marginadas del Distrito Federal así como en el Estado de México, que carecen de seguridad social y atención médica.

Las principales necesidades de las familias que solicitan apoyo a ésta Institución, son becas para sus hijos en el área de Capacitación en Computación las cuales han sido asignadas a un 90 % de toda la población

Sin mencionar que, difícilmente pueden asignar un trabajo a una persona con discapacidad visual aun teniendo una preparación académica, lo cual demuestra la gran discriminación que sufren por parte de la sociedad y obviamente reduciendo económicamente su modus vivendi.

Capítulo 2.- DISCAPACIDAD Y ADOLESCENCIA

2.1.- DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL

Para poder definir qué es la discapacidad visual es importante primeramente distinguir qué es la **eficiencia visual**, la cual en términos generales podemos definirla como la capacidad que tiene el ser humano para aprovechar la totalidad de sus órganos ópticos.

Para poder entender mejor éste concepto se recurrió a la teoría de la autora Deborah Deutsch Smith (2003) la cual menciona que para que el ser humano logre tener una visión funcional en su totalidad deben concurrir al mismo tiempo cuatro elementos fundamentales en la visión los cuales son:

- 1.- Que exista un haz luminoso,
- 2.- Que algún objeto refleje el haz luminoso,
- 3.- Que el ojo procese la imagen reflejada siendo capaz de convertirla en impulsos eléctricos y
- 4.- Que el cerebro reciba la información y la procese.

La definición de **discapacidad visual** que se emplea en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, considera a las personas con discapacidad visual como aquellas que presentan pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos.

Este término engloba “cualquier tipo de problema visual grave, ocasionado por patologías congénitas, accidentes de cualquier tipo o provocados por virus de diferentes orígenes”⁴. Es decir, es la afectación de alguna de las partes del ojo, lo cual produce una importante limitación en la capacidad de los sujetos para procesar información mediante el canal visual.

Algunos especialistas en el ámbito de la visión destacan dos tipos de discapacidad visual: las personas ciegas y las personas con baja visión. Las personas ciegas están obligadas por su propia necesidad a utilizar principalmente el oído y el tacto para poder recoger y adquirir información sobre su propio entorno. En el caso de las personas con baja visión utilizan su nivel de visión pero en conjunto con diversos recursos (lentes, lupas, braille, bastón, mecanismos tecnológicos, etc.) que los pueden ayudar a planificar y ejecutar determinadas tareas para aprender y llevar una vida como la de cualquier otra persona sin ésta discapacidad.

Existe la creencia de que las personas ciegas tienen más desarrollados los otros sentidos, esto no es verdad, la agudización de la percepción táctil, auditiva, etc., es el resultado de la ejercitación y no de una compensación espontánea como normalmente se cree; por ello, es importante estimular al niño ciego desde su nacimiento.

⁴Página web de la ONCE: <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/discapacidad-visual-aspectos-generales/glosario-de-terminos-de-uso>. Consultada: febrero 2012.

2.1.1.- TIPOS DE DISCAPACIDAD VISUAL

CEGUERA

Es la incapacidad total del ser humano para utilizar la visión funcional y solo tienen percepción de luz sin ninguna proyección, es decir, pueden llegar a distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos.

Existe una serie de variables que determinan los diferentes tipos de ceguera. "Las personas que nacen con una discapacidad visual reciben el nombre de ciegos de nacimiento o ciegos congénitos. Cuando los problemas visuales aparecen después del nacimiento (o con posterioridad a los 2 años) se les considera ciegos tardíos. Las personas que han perdido la visión después de los 2 años pueden tener algún recuerdo de sus imágenes visuales, así como alguna idea acerca de la apariencia de los objetos. Cuando más tarde acontece la pérdida mayor cantidad de recuerdos tienen y éstos son de mejor calidad. La memoria visual es un factor importante para el aprendizaje, ya que este puede influir en el desarrollo conceptual y en otros aspectos del desarrollo cognitivo"⁵.

Actualmente se considera legalmente ciega a una persona si cumple uno de los dos criterios según la autora Deborah Deutsch Smith: que su visión central tenga una agudeza de 20/200 o menos, en el mejor de los ojos con corrección; o bien, una visión periférica que no supera los 20 grados de amplitud.

⁵ DEUTSCH SMITH, Deborah. Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Enseñando en un mundo de oportunidades. Cuarta Edición, Editorial Prentice Hall, 2003. P.488.

La persona que adquiere ceguera en edad adulta encuentra que el espacio se ha tornado hostil: no sabe que es lo que hay cerca, teme movilizarse solo, los desplazamientos se vuelven experiencias de tensión y miedo. En cambio, el ciego de nacimiento que ha sido estimulado, tiene una relación positiva con el espacio y el movimiento.

Cuando existe ceguera en una persona automáticamente el cuerpo se acostumbra a activar en mayor proporción sus demás sentidos funcionales como son el oído y el tacto para recoger información sobre el entorno y hacer su modus vivendi.

Es importante percatarnos de que la ceguera puede ser adquirida a personas de cualquier estatus social, económico o a cualquier edad en el caso de un accidente o bien, puede variar de acuerdo al momento evolutivo en que aparece ya que esta pérdida visual es una variable relevante para el tratamiento y la intervención.

BAJA VISIÓN

Se define baja visión o deficiencia visual como “un nivel de visión que con corrección permite a los sujetos planificar y ejecutar determinadas tareas, así como mejorar la visión funcional mediante la utilización de ayudas técnicas o ciertas modificaciones ambientales. En otras palabras, los niños con baja visión utilizan la vista para realizar la mayor parte de las tareas escolares, incluyendo la lectura. Sin embargo, Barraga y Erin (1992) afirman que no todos los niños con baja visión utilizan materiales impresos en tinta ya que algunos emplean el Braille”⁶.

⁶ Ibid. P. 486 y 487.

En la página web de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)⁷ podemos recapitular que las personas con deficiencia visual con la mayor corrección posible, podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando ésta es de suficiente tamaño y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un considerable esfuerzo y utilizando ayudas especiales. En otras circunstancias, puede distinguirse la deficiencia visual de diferentes ángulos por ejemplo, cuando se identifica los objetos situados enfrente se puede decir que hay una pérdida de la visión central o, por el contrario, para detectarlos cuando se encuentran a un lado, encima o debajo de los ojos se dice que hay una pérdida de visión periférica, la que se ve afectada en estas personas.

Por tanto, las personas con deficiencia visual, a diferencia de aquellas con ceguera, conservan todavía un resto de visión útil para su vida diaria logrando hacer muchas más actividades comunes como el ir de un lugar a otro, hacer tareas domésticas, lecturas, ir a la escuela, etc. claro que muchas personas ciegas también podrían realizarlas, pero con mayor lentitud e inseguridad si no se tuvo una detección y atención oportuna; pero sobre todo si se da la existencia de importantes estereotipos y discriminaciones que pueden afectar seriamente su desarrollo psicológico y social.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) en 1992 definió: "Una persona con visión baja es aquella con una incapacidad de la función visual y, aún después de tratamiento y/o corrección refractiva, tiene una agudeza visual de 6/18 hasta perfección de luz, o un campo visual menor de 10º desde el punto de fijación, pero que se use, es decir, potencialmente capaz de usar la visión para la planificación y ejecución de tareas."

⁷ Considero importante haber citado la página de la ONCE ya que ésta, es una Corporación sin fines de lucro que tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual y que no sólo está enfocada a ayudar y defender los derechos de dichas personas en España, sino en todo el mundo, participando activamente en los foros internacionales y, muy especialmente, con las Asociaciones de ciegos de América Latina. Además de que cuenta con un gran número de investigaciones, programas e información reciente acerca de estudios sobre ésta discapacidad y generar miles de empleos de manera directa e indirecta, por lo que, Discapitados Visuales tiene vínculos y fines en común con ella.

La baja visión se da ya sea de forma congénita o adquirida. En el caso de las personas con baja visión adquirida, puede darse por traumatismos o accidentes y generalmente guardan en su memoria imágenes, colores y demás información que puede ser útil para su vida cotidiana, a diferencia de las personas con baja visión congénitas que sólo tienen una ligera percepción de luz.

Se requiere de una atención y estimulación a las personas con alguna discapacidad visual, para que se desarrollen al máximo sus potencialidades y las cuales tiene que ir dirigidas tanto a él, como a su familia, escuela y entorno. La mejor atención temprana es que comienza cuanto antes, con el diagnóstico adecuado y la planificación de las pautas de intervención a la medida de cada deficiencia.

2.1.2.- CAUSAS DE DISCAPACIDAD VISUAL

Como ya se ha dicho, existen discapacidades visuales que pueden ser congénitas o adquiridas. Más de la mitad de los niños ciegos lo son ya sea por causas prenatales o bien por cuestiones hereditarias. Citando nuevamente a la autora Deutsch Smith (2003) nos menciona que ciertos investigadores están identificando algunos genes que causan algunos tipos de ceguera. Por ejemplo hoy en día se tiene perfectamente bien localizado y aislado el gen que produce la retinitis pigmentosa, por lo cual, se tiene una gran esperanza en las investigaciones para que en un futuro no muy lejano puedan encontrar la cura a esta enfermedad.

Afortunadamente, durante el último siglo han disminuido dos de las más importantes causas de ceguera: la fibroplasia-retrolental y la rubeola. Otra de las prevenciones que existen en la actualidad es que ahora se tiene mucho más cuidado con no tener exceso de oxígeno en la incubadora de los bebés prematuros ya que puede causar daños en la retina. También la rubeola puede ser prevenida mediante la utilización de una vacuna. Ésta es una de las razones por las que resulta fundamental la inmunización. Y existen otras enfermedades que pueden ser curadas en algunos casos a través de una cirugía, por ejemplo en el caso de la retinopatía por prematuridad, o en el caso de la miopía. En este sentido, hay que reconocer que gracias a los avances de la tecnología médica, existen algunas enfermedades de la visión que pueden ser tratadas o eliminadas a través del rayo láser, la cirugía o los implantes de córnea.

En bastantes casos la ceguera proviene de una infección ocular por gérmenes adquiridos en el canal materno del parto, por lo que la legislación de muchos países obliga al tratamiento profiláctico de los recién nacidos con antibióticos, solución de nitrato de plata o antisépticos modernos. Muchos tipos de cegueras se deben a diversas enfermedades del ojo, destacando, la catarata y el glaucoma. En los países en vías de desarrollo las enfermedades oculares más frecuentes son las infecciosas y parasitarias, en especial en los niños. Otra causa de ceguera en los niños es la malnutrición (carencias de vitamina A). Las madres que hayan padecido de sarampión pueden ocasionar ceguera congénita al feto en proceso de desarrollo durante el embarazo. En los adultos también son causa de ceguera la diabetes mellitus y la hipertensión. También es frecuente la ceguera en los ancianos, la enfermedad degenerativa de la retina central (degeneración de la mácula), es a veces causa de la arteriosclerosis.

Como podemos ver, hay muchas causas que pueden ocasionar una afectación grave en los ojos o en el peor de los casos la ceguera, en Discapitados Visuales los principales factores que la provocan son: por accidentes, enfermedades como diabetes, cataratas, glaucoma, desprendimiento de la retina, miopía degenerativa, atrofia óptica, entre otras. Las personas débiles visuales o con baja visión sobre todo, son quienes tienen mucha más posibilidad de desplazarse funcionalmente de un lugar a otro, muchas veces sin ayuda del bastón, ya que todavía cuentan con un porcentaje de visión, sin embargo, también necesitan apoyo del aprendizaje del Sistema Braille, lectores de pantalla, libros digitales e instrumentos que cuenten con lectores de voz que puedan facilitar su vida diaria.

2.2.- CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

Antes de abordar el tema de adolescencia es importante reconocer y distinguir el concepto de **pubertad** ya que muchos creen que ambas tienen el mismo significado; esta es una confusión muy común, debido a que estos periodos están estrechamente relacionados. Por un lado la adolescencia es una transición del desarrollo entre la niñez y la edad adulta y en la que aparecen un sin fin de cambios psicológicos, fisiológicos y físicos, sin embargo se considera que esta etapa comienza con la **pubertad**, la cual es el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad, es decir la capacidad para reproducirse. “Etimológicamente proviene del latín *pubes* que significa pelo, o *pubertas* que tiene relación a la edad de la virilidad”⁸. O bien podemos retomar el significado de Margarita Rivera Mendoza (2007) que define la pubertad o “pubescencia” que viene de “vello” que señala los cambios en el pubis y las axilas.

La pubertad se interpreta como una fase del desarrollo en la que empiezan a aparecer los cambios biológicos señalando el final de la niñez, en ella se da un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y formas corporales, se da la adquisición de la madurez sexual y comienza a despertar la sexualidad de los chicos(as). “Todo esto ocurre en el corto periodo de tiempo de 2 a 3 años. Las niñas comienzan su rápido crecimiento a partir de los 10 años mientras que los niños lo hacen unos dos años más tarde”⁹.

⁸ FONT, Pere. Pedagogía de la sexualidad. 2ª edic. España, 1999, editorial ICE- GRAÓ. (Colecc. Materiales para la Innovación Educativa, MIE). P. 95.

⁹ SANCHEZ RAJA, Esther, HONRUBIA PÉREZ, María, G. CHACÓN SÁNCHEZ, Ma. Dolores. Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005. P. 62.

Por lo tanto, es en la pubertad, cuando los jóvenes empiezan a sentir fuertes impulsos hacia personas del sexo opuesto, surgen los crecientes deseos por el conocimiento de la sexualidad y del amor, probablemente aparezca por primera vez las miradas, los besos y caricias en sus primeras relaciones amorosas, pero sin llegar en la mayoría de los casos al coito. En esta etapa no les gusta a los jóvenes ser cuestionados, ni las lecturas o advertencias de los adultos y suelen chocar con sus propios sentimientos hacia no saber qué les está pasando física y psicológicamente.

Ahora bien, si investigamos el significado de adolescencia, encontraremos que la mayoría de los autores recientes tales como Rivera Mendoza (2007), Sánchez Raja (2005), Hernández Carmela (2005), Font Pere (1999), William H. Masters (1995), entre otros, manejan el mismo significado, sin embargo citaré a Orlando R. (2005), pues lo consideré más completo:

“Adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que, etimológicamente, significa faltar algo, crecer de, y que, en sentido positivo, se traduce como crecer, desarrollarse hacia la madurez. Es la etapa intermedia, el proceso de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma. Es un momento crítico de la vida por sus profundas transformaciones corporales y psicológicas y por el modo de insertarse en la propia sociedad adolescente y con el mundo adulto que lo rodea. También implica un proceso de crisis vital; de *krisis*, que en griego es el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, a partir del cual se logrará la identidad personal”¹⁰.

Este proceso de la vida del ser humano para muchos, es catalogado como la etapa del desarrollo más difícil, por ser un periodo en el que todos atravesamos una serie de cambios de tipo físico, psicológico, emocional y/o social. Hay muchas teorías para

¹⁰ ORLANDO R. Martín, ENCARNACIÓN M. Madrid. Didáctica de la educación sexual. Un enfoque de la sexualidad y el amor. Editorial Sb. Buenos Aires, 1-Edición 2005. P. 198 y 199.

definir el rango de edad en el que empieza y termina la adolescencia, lo cual puede ser variable ya que pueden intervenir diversos factores tales como: la alimentación, la herencia, influencias sociales, culturales, de raza y geográficas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es un lapso de tiempo que comprende entre los 10 años a los 19 años de edad. Sin embargo refiere dos tipos de adolescencia: la temprana y la tardía. La adolescencia temprana comprende de los 10 a los 14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años. Hay muchas personas que confunden o creen que la adolescencia es lo mismo que la juventud, por ello la OMS delimita el periodo de la juventud entre los 15 y 25 años; por tanto la primera fase de la adolescencia está vinculada con el inicio de la juventud. Con esto, nos damos cuenta que es sumamente difícil poder definir una edad que comprenda exactamente el periodo de la adolescencia pues está condicionada por factores culturales, económicos, históricos y personales.

Como ya se dijo, para algunos autores, la adolescencia es la etapa más difícil por la que tienen que atravesar los seres humanos por toda la serie de cambios físicos que aparecen, ya que por primera vez tienen que tomar decisiones importantes solos, en la mayoría de los chicos(as) se presenta por primera vez una relación de noviazgo, a veces se encuentran con una serie de sentimientos encontrados y, en el peor de los casos, otros adolescentes toman esta etapa con toda rebeldía, inmadurez, desenfreno, irresponsabilidad, vagancia y hasta violencia. En gran parte la causa de todas estas actitudes, cambios y sucesos, depende de la unión, comunicación, amor, educación, confianza y valores que le otorga la familia, la escuela y la cultura. Por tanto, aquí recae la importancia de dicho taller, pues hay que prevenir que los hijos adolescentes caigan en malos pasos o aborden el tema de la sexualidad de una manera inapropiada, irresponsable y/o equivocada. Por el contrario, los padres con ayuda de la escuela, deben de tratar de crear un individuo de bien, humanitario, responsable, lleno de

valores, dirigidos hacia un periodo de estabilidad, independencia y con diferentes formas convencionales de pensar, sentir y amar.

"Ha de tenerse en cuenta que la adolescencia es una etapa de búsqueda y comprensión de valores; en la que se decide entre los valores propios y los de los padres, amigos y maestros; aquí se presenta la disyuntiva entre los valores que el muchacho tiene y los que quiere tener; entre lo que es y lo que le gustaría ser"¹¹, es decir, va construyendo su propia identidad y personalidad permitiéndole concebirse como ser individual y socializar con los que le rodean de manera positiva.

Prácticamente el adolescente vive intensos cambios, entre ellos ver cambiar su cuerpo rápidamente y a la vez esa gran descarga hormonal que lo afecta emocionalmente provocándole sentimientos ambivalentes; es decir, tiene cambios de carácter y de humor, pasa de estar muy contento a tremendamente triste, se puede encontrar eufórico con grandes proyectos a realizar y al poco tiempo sentirse un inútil incapaz de hacer nada, todo le sale mal o nadie lo comprende, no sabe que le ocurre ni por qué hace determinadas cosas, necesita identificarse con los cambios que experimenta su nuevo cuerpo ya que muchas veces no se reconoce.

"El *autoconcepto* o idea de sí mismo, se elabora a partir de lo que los demás piensan de él. Por esto tiene mucha importancia el grupo. Es el grupo el que acepta o rechaza, el que marca las normas de conducta y el referente para actuar de una determinada manera. La *autoestima* o valoración que la persona hace de sí misma se desarrolla a

¹¹ RIVERA MENDOZA, MARGARITA, La sexualidad y su significación en el cuerpo del adolescente, Edit. Miguel Ángel Porrúa, México 2007. P. 13.

través del autoconcepto y se construye también a través de las informaciones que sobre él transmiten los demás”¹².

Las amistades son muy importantes en esta etapa, pues es cuando los adolescentes llegan hacer lazos fuertes de afecto, aprenden a ponerse en el lugar del otro y a convertirse en confidentes y viceversa, aunque las relaciones que se mantienen con el tiempo, cuando se rompen pueden originar situaciones de aislamiento social y sufrimiento.

El que un adolescente tenga y frecuente amigos le favorece en varios sentidos, pues a través de ellos desarrollan su rol sexual, pero además establecen relaciones positivas y de confianza con el otro sexo, lo cual les facilitará más adelante, conseguir el vínculo afectivo para tener una relación de pareja.

“El adolescente tiene que acostumbrarse a todos estos cambios paulatinamente:

- Hablar y entenderse con sus padres y profesores
- Comprender a sus compañeros
- Desarrollarse intelectualmente
- Adquirir responsabilidades sociales y personales
- Asumir una nueva forma de sexualidad
- Aprender a canalizar sus sensaciones
- Tomar sus propias decisiones sin influenciarse por la decisión del grupo
- Negociar con sus compañeros
- Distinguir entre la ilusión del deseo y el verdadero amor”¹³.

¹² SANCHEZ RAJA, Esther, HONRUBIA PÉREZ, María, G. CHACÓN SÁNCHEZ, Ma. Dolores. Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005. P. 63.

Por lo tanto, el adolescente básicamente va a presentar cambios en su pensamiento, en su lógica, puede tener conflictos entre el bien y el mal, lo permitido y lo prohibido. Es por ello que es tan necesaria la presencia, apoyo y comunicación de los padres, para que pueda superar con tranquilidad dicho momento, pues como ya se mencionó, la adolescencia es una etapa de transición que empieza cuando termina la niñez y acaba cuando la persona alcanza la madurez emocional y social para asumir el rol de adulto.

¹³ Ibid. P. 64.

2.3.-ETAPAS DEL DESARROLLO EN ADOLESCENTES

Para abordar el tema del desarrollo en adolescentes es importante comenzar a hablar de los cambios físicos que se dan en la pubertad, pues como ya lo mencione, estos empiezan a manifestarse durante este periodo y se caracteriza por la notoria aceleración en el ritmo del crecimiento físico. Junto a este proceso de aceleración se producen cambios en las proporciones faciales y corporales y la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios. La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes en las muchachas que los muchachos. Este aumento evidente en la estatura y peso comienza por lo regular en las niñas entre los 9 y 14 años y en los varones entre los 10 y 12 años.

El “estirón” del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares. “La mandíbula inferior se hace más larga y más gruesa; además la mandíbula y la nariz se proyectan más y los dientes incisivos son mas salientes, aumenta de tamaño manos, brazos, pies y piernas proporcionándole una apariencia grotesca que lo hacen sentir extraño con su propio cuerpo por un tiempo”¹⁴.

En este momento, la actividad de la hipófisis, que es una glándula situada dentro de una cavidad ósea que existe en la base del cerebro, tiene un papel fundamental pues ésta es la encargada de producir dos hormonas (foliculoestimulante FSH y la luteinizante o LH) que actúan sobre los ovarios de la niña y los testículos del niño, estimulando la secreción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona, respectivamente) y la maduración de las células germinales (óvulos y espermatozoides).

¹⁴ PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2004. P. 431.

Todos los cambios en esta etapa comienzan cuando la glándula pituitaria de una persona joven, envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso está regulado aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente. La pubertad, se representa como respuesta a los cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales reactivan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producirse una cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción de testosterona. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que la testosterona estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Como ya se menciona, existe una serie de factores que intervienen en la aparición de éstas hormonas y en la edad de maduración sexual, los cuales determinan en gran parte el inicio y el término de los cambios fisiológicos del adolescente; tales como son:

- **Herencia:** la edad de maduración “se proyecta en la familia”. Por ejemplo, las muchachas tienen su primera menstruación casi a la misma edad que sus madres y hermanas.
- **Inteligencia:** los niños de inteligencia superior maduran sexualmente un poco antes que aquellos cuyo índice intelectual corresponde al término medio o es inferior a éste.
- **Salud:** la buena salud, debida a un adecuado cuidado prenatal y posnatal, deriva en una maduración más temprana.
- **Nutrición:** una dieta en la que predominan los carbohidratos durante la infancia conduce por lo general a una maduración tardía, en tanto que una dieta compuesta mayormente de proteínas da por resultado una maduración precoz.

- **Status socioeconómico de la familia:** cuando mejor es el medio socioeconómico, tanto mayores son las posibilidades de una maduración temprana. Como consecuencia de una atención médica deficiente y de una nutrición por debajo de lo normal, los niños criados en ambientes socioeconómicos deficitarios maduran a menudo más tarde, tal como sucede con los provenientes de medios rurales.
- **Tamaño del cuerpo:** los niños más altos y más gruesos que sus compañeros de la misma edad alcanzan antes la madurez sexual.

Como ya vimos, la pubertad es un periodo relativamente breve pero de indudable importancia, en este lapso el cuerpo infantil se transforma en adulto. Los cambios exteriores son a menudo tan pronunciados que, a primera vista, el adolescente puede parecer desconocido para quienes no lo han visto en dos o tres años. Los cambios que se producen en el interior del cuerpo en el tamaño, forma y funcionamiento de los diferentes órganos y glándulas no son visibles pero son tan importantes como los exteriores.

2.3.1.- CARACTERES SEXUALES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Se le denomina caracteres sexuales a las características anatómicas y fisiológicas que nos distinguen a los hombres de las mujeres, es decir al sexo que tenemos.

Existen dos tipos de caracteres, los primarios y secundarios. Los **caracteres sexuales primarios** son los órganos sexuales con los que nacemos y que nos permiten saber si somos niños o niñas. Estos caracteres se determinan desde el momento de la

concepción o fecundación, o sea cuando se unen los cromosomas del espermatozoide y del óvulo.

Como sabemos, los órganos sexuales, se forman durante las primeras semanas del embarazo y el sexo lo define un cromosoma del padre. Cuando el niño nace se desarrollan éstas características sexuales primarias, que son los propios órganos sexuales cuya función es la reproducción. Durante la infancia los órganos sexuales son pequeños y poco evidentes, y no producen células reproductoras. Cuando comienza la pubertad todo esto cambia, pues aparece toda una serie de cambios físicos para ambos sexos que más adelante describiré.

El momento en el que aparecen los caracteres sexuales secundarios es cuando aparece la madurez sexual, la cual en cada sexo se manifiesta de diferente manera, por ejemplo en los niños, el primer signo de pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, sin embargo en las niñas el crecimiento de las características sexuales primarias no pueden advertirse tan fácilmente porque esos órganos son internos, aunque puede ser distinguida con la primera menstruación.

Los órganos sexuales masculinos comprenden los genitales internos y externos. Los externos son el pene y el escroto (el saco que contiene los testículos) y los del interior comprenden el **conducto deferente** y sus partes asociadas: la próstata y la uretra.

En los varones el principal signo de madurez sexual es la producción de esperma, denominado **espermarquia**. “Cuando los órganos de reproducción masculinos están funcionalmente maduros por lo general aparecen las *poluciones nocturnas*. La primera descarga nocturna se produce con mayor frecuencia entre los 12 y 16 años. Puede ser

causada por un sueño de excitación sexual o por otras circunstancias estimulantes, como tener cobijas que den demasiado calor, dormir de espaldas, usar pijama ceñido, tener la vejiga llena o los intestinos constipados”¹⁵. El adolescente puede no darse cuenta de lo sucedido hasta que al despertar nota una mancha húmeda o una mancha seca endurecida sobre las sábanas o en su pijama, lo cual es resultado de ésta eyaculación involuntaria de semen también conocida como *sueño húmedo*.

A continuación describiré por separado las funciones de los órganos sexuales masculinos y femeninos dado que, las características sexuales primarias son diferentes en chicos y chicas tanto en estructura como en función.

ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS

Pene: está situado en la parte baja del abdomen y tiene una doble función; permite, a través de la uretra, la eliminación de la orina y participa en el coito o cópula. Ambas situaciones no ocurren simultáneamente, por la presencia de mecanismos fisiológicos que posibilitan una u otra función.

El tamaño del pene es ocasionalmente un motivo de inquietud entre los jóvenes. Hay algunos que, erróneamente piensan que el tamaño del pene afecta el desempeño sexual. Al igual que hay una variabilidad en el tamaño de los órganos del cuerpo (brazos, orejas, dedos, etc.) y ello no afecta el desempeño del órgano, así también las variaciones del tamaño del pene no afectan el desempeño sexual del varón ni la satisfacción de la mujer.

¹⁵ HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós; México, 1997. P: 59

“A lo largo del pene existen tres columnas del tejido eréctil: dos cuerpos cavernosos juntos y un cuerpo esponjoso, por debajo se aloja la uretra. En la punta del pene el cuerpo esponjoso se agranda para formar el glande y su corona. Una capa de piel, llamada prepucio, sobrepasa el pene cubriendo al glande cuando el pene se encuentra flácido. Los cuerpos del pene tienen una rica provisión de vasos sanguíneos; los cuales están vacíos cuando el pene está flácido, pero que se llenan de sangre cuando hay erección. Esta se puede producir por medio de la manipulación física del pene, por pensamientos sexuales, por la presión producida por la vejiga o el recto cuando se encuentran llenos, por usar ropa muy ajustada o por cualquier otro motivo que origine una congestión sanguínea en la región del pene. La **eyaculación** es el proceso mediante el cual sale el semen a través de la abertura en el glande, gracias a la contracción de todos los órganos genitales (epidídimo, conducto deferente, próstata, vesículas seminales y uretra). La eyaculación puede ocurrir durante el sueño (sueños mojados o húmedos) como resultado de caricias, por masturbación y por coito. No siempre que hay erección se presenta la eyaculación.

Escroto: es una bolsa de piel en cuyo interior están contenidos los testículos. Posee varias capas dentro de las cuales se encuentran fibras musculares como el cremaster que provoca la elevación y descenso de los testículos. Funciona como regulador de la temperatura (la cual es de dos grados menos que la del resto del cuerpo) proporcionando la adecuada para la producción de los espermatozoides.

Testículos: es un órgano par de forma ovoide que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe de estar en el escroto. Su función es la producción de la hormona testosterona y de los espermatozoides dentro de los túbulos seminíferos. Si no descienden los testículos se atrofian y causan la esterilidad. Su tamaño aproximado es de 5 cm. de largo por 3 cm. de ancho. Normalmente el testículo izquierdo es un poco más grande y pesado que el derecho.

Los **epidídimos**: se encuentran en la parte superior y rodeando los testículos. En ellos termina su maduración y se almacenan los espermatozoides hasta el momento de la eyaculación los cuales, si no eyaculan, son absorbidos por el tejido que los rodea.

Conducto deferente: existe un conducto por cada testículo y su función es conducir los espermatozoides desde el epidídimo hasta la vesícula seminal. Su longitud es de 40 a 45 cm.

Vesículas seminales: son dos estructuras en forma de saco de unos 7 cm. que se encuentran situadas detrás de la vejiga a los lados de la próstata. Poseen una capa muscular y otra secretora. Sus funciones son proteger y nutrir a los espermatozoides.

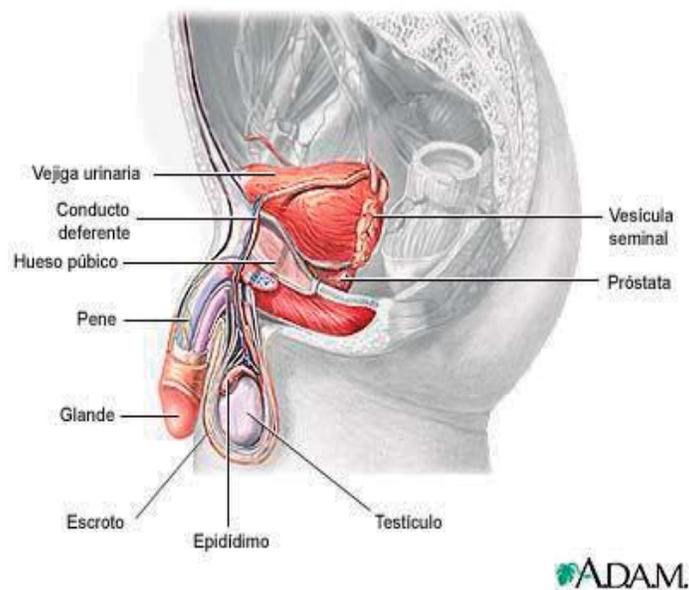
Próstata: es una glándula que rodea la uretra. Se encuentra abajo y adelante de la vejiga, está formada por tejido glandular y es atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y los protege de la acidez de la uretra producida por la orina y de la vagina. Esta secreción, junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen.

Uretra: conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina a nivel del glande en el meato urinario. Su función es doble: elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación.

Espermatozoides: están compuestos por cabeza, cuello y cola. En la cabeza están los 23 pares de cromosomas que representan la mitad de la herencia biológica del nuevo ser. La producción de espermatozoides, que dura entre 60 y 70 días, se inicia en la

pubertad y termina con la muerte. Cada eyaculación contiene aproximadamente 100 millones de espermatozoides y tienen un volumen aproximado de 3 mililitros. La vida de cada espermatozoide dentro del cuerpo de la mujer es de 3 a 7 días y se mueve a unos 14 o 16 cm. por hora"¹⁶.

El pene y los testículos, son los órganos que presentan un cambio más notable, debido a que comienzan a crecer, los testículos comienzan a producir espermatozoides lo cual convierte al chico en un ser listo para la reproducción, y es aquí donde debemos comenzar a cuidar la información que recibe al respecto de su sexualidad.



¹⁶ MONROY, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Pax México. México: 2002. pp. 256-261.

ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

En cuanto a las niñas, la parte más importante de su aparato reproductor son los ovarios, órganos que producen los óvulos o huevos.

Al igual que en los hombres, los caracteres sexuales secundarios surgen cuando aparece el primer signo de madurez sexual, que en este caso es la *menstruación* de la palabra latina *menses* que significa “mes” el cual se refiere al mes lunar de 28 días.

La primera menstruación en específico se le llama **menarquía**, el momento normal de éste suceso varía entre los 10 y los 16 años y medio. En este proceso “el óvulo ingresa en la trompa de Falopio, conducto a través del cual llega al útero (o matriz). Más tarde se desplaza por la vagina, que es el pasaje que lleva desde el útero hasta el orificio genital externo. Los ovarios y el útero crecen con rapidez durante la pubertad. Los ovarios no llegan a su peso y tamaños maduros hasta que la muchacha tiene 20 o 21 años, si bien empieza a funcionar cuando el período puberal se halla aproximadamente en su punto medio¹⁷”.

Como ya lo mencioné existe una combinación de influencias como las genéticas, físicas, emocionales y ambientales que pueden afectar el momento de la menarquía. Por lo regular la primera menstruación suele ser similar a la de la madre. Las muchachas más grandes y aquellas cuyos senos están más desarrollados tienden a menstruar más pronto.

No es raro notar que en los días que dura la menstruación; que puede durar de 3 a 5 días (aunque en algunas personas puede darse hasta por 14 días) en algunas chicas pueda darse incomodidades o dolores físicos durante este proceso, tales como son: dolores de espalda, calambres, molestares abdominales agudos, dolor en las piernas,

¹⁷ HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós; México, 1997. P: 59

hinchazón de los tobillos o en el peor de los casos pueden presentarse vómitos, sensación de fatiga, irritación en la vejiga, inflamación de los órganos genitales y erupciones dérmicas. Aunque a medida que la menstruación se regulariza, los molestares se pueden hacer menos agudos. Cuando la mujer llega a la menopausia en su cuarta o quinta década éste proceso deja de aparecer.

Es importante mencionar que uno de los cambios más obvios que ocurre en la mujer al llegar a la pubertad es el desarrollo de los senos o mamas, cuya función será alimentar al bebé con la leche que producen antes y después del parto. El tamaño de los senos no tiene ninguna relación con la capacidad de producir leche. Comúnmente se han identificado como fuente de placer erótico y a menudo juegan un papel importante en la autoimagen de la mujer.

Los **senos** están formados por seis elementos: “el pezón, la areola (parte oscura del pezón), las glándulas mamarias, los conductos galactóforos (que transportan la leche desde las glándulas hasta el pezón) tejido muscular y tejido graso.

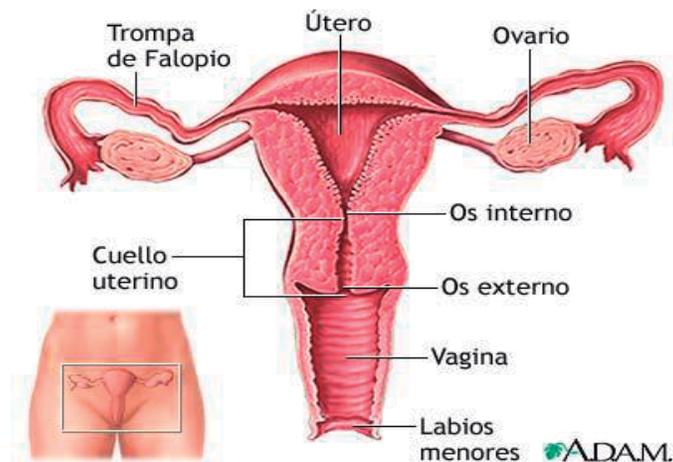
La **vulva**: es el conjunto de órganos y estructuras genitales externas, como son; el llamado monte de venus o monte púbico, los pliegues de la piel llamados labios mayores y labios menores, el clítoris y el vestíbulo. Durante la pubertad empieza a crecer vello en algunas zonas de la vulva.

Monte de Venus o monte púbico: es un abultamiento de tejido graso que se encuentra sobre el hueso del pubis, en la parte inferior del abdomen; está cubierto de vello.

Labios mayores: son dos pliegues cutáneos de color un poco más oscuro que el resto de la piel, los más prominentes de la vulva, cuyas paredes externas se recubren de vello; al separarlos dejan al descubierto las demás estructuras anatómicas de la vulva.

Labios menores: son formaciones de tejido color rosado (que cambia a rojo fuerte durante la excitación) y con cierta humedad; en la parte anterior conforman el prepucio y el frenillo del clítoris y continúan hacia atrás para conformar el vestíbulo.

Clítoris: es un órgano pequeño y muy sensible, del tamaño de un chicharo y sobresale en la parte anterior de los pliegues de los labios menores, arriba del meato urinario. Por su desarrollo embriológico y constitución anatómica, tiene gran similitud con el pene masculino. Está formado también por tejido eréctil, glande, cuerpo y gran cantidad de terminaciones nerviosas. Esto se debe a que tanto el clítoris como el pene se desarrollan a partir de la misma estructura. Su función se hace evidente durante el coito o la masturbación, en las cuales presentan variaciones en tamaño y posición de acuerdo a los niveles de excitación¹⁸.



¹⁸ MONROY, Anameli. *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores.* Edit. Pax México. México: 2002. pp. 261-263.

Meato urinario: es el orificio donde termina la uretra y por el cual sale la orina.

Himen: “es una membrana que posee uno o varios pequeños orificios por donde sale el flujo menstrual. Esta membrana sólo existe en la especie humana y su ruptura se conoce como desfloración. Durante la primera relación sexual normalmente el himen se desgarrar, lo que puede producir un pequeño sangramiento. Ello no debería producir dolor ya que no hay terminaciones nerviosas en el himen. Con respecto a este tema, hay aproximadamente un 30 % de las mujeres en las cuales el himen no se desgarrar por ser éste elástico¹⁹” El rompimiento del himen no es sinónimo de virginidad pues hay casos en los que, no teniendo actividad sexual, presentan una ruptura del himen, el cual puede ser provocado también por golpes en la zona genital; con lo que no sería raro notar que no hay un sangrado en la primera relación sexual.

Vagina: “es un conducto músculo-membranoso, de 8 a 12 centímetros de largo, que comunica al útero con la vulva. Sus paredes están cubiertas por membranas mucosas y rugosas las cuales por lo general están juntas, cerrando el espacio, pero que durante la excitación producen un líquido resultado del trasudado de las paredes y se van separando abriendo un espacio que albergara al pene durante el coito.

Útero o matriz: es un órgano hueco que se encuentra en la parte baja del abdomen entre la vejiga y el recto y está compuesto por tres capas: La capa interna, compuesta por membranas, es el endometrio cuya función es importante durante el ciclo menstrual y el embarazo. La capa del medio es el miometrio, compuesta por tejido muscular, permitiéndole a éste órgano crecer y volver a su tamaño normal, así como contraerse para ayudar a la expulsión de la menstruación y del producto del parto. La tercera capa es el peritoneo, la cual protege las dos anteriores. la forma del útero es similar a la de

¹⁹ PADILLA SCH. Enna, SILVA R. Mónica. Sexualidad y adolescencia. Tópicos en Biología. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, 1998. P. 27 y 28.

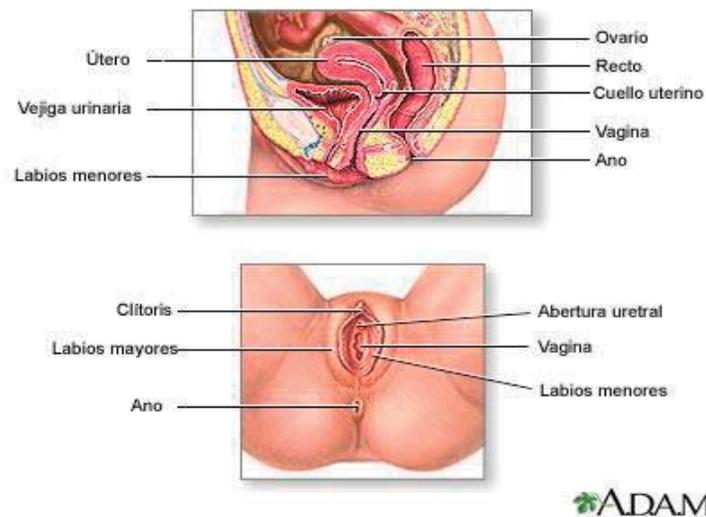
una pera invertida y su tamaño es de 8 a 10 cm. de largo por 5 de ancho, aproximadamente, Gracias a las características de sus tejidos durante el embarazo puede multiplicar su tamaño. La función principal del útero es albergar y proveer de las condiciones necesarias al huevo fecundado para que, implantándose en una de sus paredes, se multiplique y conforme un nuevo ser humano.

Trompas de Falopio: son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero y que miden de 10 a 12 mm de ancho. Su función es atrapar con sus fimbrias el ovulo expulsado de los ovarios y transportarlo hasta el útero.

Ovarios: son órganos pares que se localizan debajo y cerca de cada uno de los extremos de las trompas de Falopio. Tienen forma de almendra de color blanco y opaco y miden aproximadamente 4 cm de largo. Los ovarios cumplen dos funciones: en el lugar donde se hallan los oocitos que se convertirán en óvulos maduros y en ellos se producen las hormonas femeninas, a saber, estrógenos y progesterona que provocan cambios secundarios durante la pubertad y preparan al útero para la fecundación.

Óvulos: se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y se dejan de producir durante la menopausia. Existen alrededor de trescientos mil entre los dos ovarios de los cuales solo unos 400 llegan a madurar. Los folículos que no maduran se convierten en cuerpos cicatriciales. El ovulo es la célula que el espermatozoide fecunda y puede producir la gestación de un ser humano. En los óvulos esta el material genético que, junto con la otra mitad aportada por el espermatozoide, dará las características al nuevo ser. Su vida para ser fecundado es de 24 horas, luego se deteriora.

Ovulación: es un proceso que comienza entre los 10 y 14 años y termina entre los 45 y 50. En este proceso un ovario libera un ovulo casi maduro. Si este ovulo se une con un espermatozoide se da la fecundación. Si no ocurre la fecundación, vuelve a madurar otro ovulo aproximadamente a los 28 o 30 días. La causa de la ovulación es básicamente hormonal. Las gonadotropinas producen el crecimiento y la ruptura del folículo y estimulan el ovario para la producción de progesterona y estrógenos y para que enriquezca el endometrio, el cual, si no hay fecundación, se desprenderá con la menstruación²⁰



²⁰. MONROY, Anameli, Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Pax México. México: 2002. pp. 263-266.

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

Son signos fisiológicos de maduración sexual que no involucran directamente a los órganos sexuales: por ejemplo, en los varones se da el ensanchamiento de los hombros, se da una forma más definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular, aparecen leves protuberancias alrededor de las tetillas así como vello púbico que se extiende hasta los muslos y vello en las axilas. En las mujeres se da también un ligero ensanchamiento en los hombros e incremento en la amplitud y redondez de las caderas, se da una proporción más definida de brazos y piernas debido principalmente al tejido adiposo, también aparece el vello púbico y axilar.

Otra de las características que se da y como “el primer signo confiable de pubertad en las niñas es el crecimiento de los senos. Los pezones se agrandan y sobresalen, la *aureola* (el área colorada que rodea a los pezones) se hace más grande y los senos adquieren primero una forma cónica y luego una redondeada.

La voz se hace más profunda, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial en los varones, en respuesta a la producción de hormonas masculinas. Además la piel se vuelve más gruesa y grasosa. La mayor actividad de las glándulas sebáceas (que secretan una sustancia grasosa) puede producir barros y espinillas. El acné es más común en los varones y parece estar relacionado con mayores cantidades de testosterona”²¹.

²¹ PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2004. P. 432.

El vello púbico también es uno de los cambios más notorios tanto en las chicas como en los chicos, en un principio puede parecer liso y sedoso, pero con el tiempo se convierte en áspero, oscuro y rizado. Los varones por lo general se sienten felices y más “maduros” por la aparición de vello en cara y pecho, por el contrario las chicas pueden parecer consternadas por ésta aparición, pues en algunos casos puede aparecer una mínima cantidad de vello en el rostro y alrededor de los pezones, aunque esto es normal.

“Poco antes de la pubertad, las **glándulas sudoríparas** –apocrinas- comienzan a agrandarse, si bien no llegan a la plenitud de su desarrollo hasta que la pubertad está bien adelantada. El funcionamiento de estas glándulas, particularmente en las axilas comienza aun antes de que aparezca el vello axilar. El olor característico de la transpiración axilar se detecta por primera vez en la pubertad”²².

A continuación mostraré más específicamente la edad aproximada de los primeros cambios fisiológicos que se dan en los adolescentes citada por Papalia 2004 (pág. 430).

SECUENCIA DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

CARACTERÍSTICAS FEMENINAS	EDAD DE LA PRIMERA APARICIÓN
Crecimiento de los senos	6 – 13
Crecimiento del vello púbico	6 – 14
Crecimiento corporal	9.5 – 14.5

²² HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. Edición revisada y ampliada, Editorial Paidós; México, 1997. P: 61

Menarquia	10 – 16.5
Vello axilar	Cerca de dos años después de la aparición del vello púbico
Mayor producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (que puede producir el acné)	Aproximadamente al mismo tiempo que la aparición del vello axilar
CARACTERÍSTICAS MASCULINAS	EDAD DE LA PRIMERA APARICIÓN
Crecimiento de los testículos y el saco escrotal	10 – 13.5
Crecimiento del vello púbico	12 – 16
Crecimiento corporal	10.5 – 16
Crecimiento del pene, la próstata y las vesículas seminales	11 – 14.5
Cambio de voz	Aproximadamente al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen	Aproximadamente un año después del inicio del crecimiento del pene
Vello facial y axilar	Cerca de dos años después de la aparición del vello púbico
Mayor producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (que puede producir el acné)	Aproximadamente al mismo tiempo que la aparición del vello axilar.

Las relaciones familiares son conflictivas porque sienten que los papás y hermanos mayores no los entienden, por ello debemos fortalecer la comunicación con nuestros hijos para que ellos crezcan y se sientan amados para que sean exitosos en su vida.

Como podemos ver, “estos son cambios sobre los cuales no podemos tener control. Para algunos son deseados, pero para otros no. Lo anterior dependerá en gran medida de la valoración social que se tenga de ellos.”²³

Es importante reconocer que tal cual como describí todos los cambios fisiológicos que se dan en los adolescentes, de la misma forma se dan en los adolescentes con discapacidad visual, no existe absolutamente ninguna diferenciación en cuanto a éste proceso; pues todos los hombres y mujeres somos iguales como seres humanos y tenemos las mismas funciones, derechos y necesidades, pero somos diferentes, porque ciertas partes de nuestro cuerpo lo son, pero también, porque cada persona desarrolla de forma individual sus habilidades, sus gustos y necesidades, no solo por el sexo que tiene, sino porque cada uno de nosotros somos individuales, únicos e irrepetibles.

Ser diferentes además es maravilloso porque nos permite complementarnos y ser únicos en el mundo, con nuestras necesidades, deseos, ocurrencias, éxitos, fracasos, errores y aciertos, pero sobre todo tenemos los mismos derechos a vivir, a ser respetados, a ser amados, a estudiar, a prepararnos para tener una mejor calidad de vida, a ser tomados en cuenta, lo mismo pasa con las personas con discapacidad, por ello, a pesar de que todos somos diferentes física y psicológicamente, tenemos los mismos derechos y el mismo acceso a la oportunidades.

²³ D.G.O.V. Aspectos significativos de la adolescencia, en: “Manual de orientación educativa para cuarto año de bachillerato”, México, 1996. P. 66

2.4.- CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Se deduce que en algunos casos existen una serie de características y deficiencias en el comportamiento de los adolescentes ciegos y débiles visuales tales como: una falta de identidad, son pasivos, con baja autoestima, temores y incertidumbres, tienen poca gesticulación, expresión rígida, timidez para socializar, retraídos, cohibidos, inseguros, tienen sentimientos de soledad, sobre todo en la adolescencia porque se sienten inferiores, entre otras, sin embargo es importante dejar muy en claro que las consecuencias funcionales de la deficiencia visual van a variar a partir de una serie de dimensiones, entre las que podemos nombrar: gravedad, diagnóstico, tratamiento oportuno, ambiente familiar (sobreprotección o abandono), causas de la discapacidad, cultura y/o nivel educativo y socioeconómico. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre el hecho de que las capacidades funcionales de un determinado sujeto no sólo dependen de su deficiencia orgánica (en nuestro caso, del órgano de la visión), sino también de las habilidades de acción que haya adquirido y que pueden ser modificables en función de las ayudas técnicas y la instrucción que reciban, así como de la modificación del ambiente en el que se desenvuelvan.

Cuando existen algunas otras situaciones que interfieren en la vida social del adolescente como es la sobreprotección de los padres, la falta de una educación y estimulación temprana adecuada, los estímulos, un nivel económico bajo, etc. puede traer como consecuencias un menor intercambio social, dependencia y pasividad, dificultades en la construcción de la autoimagen y el autoconcepto tales como: problemas de adaptación social, aislamiento con sus compañeros normovidentes, déficits en habilidades no verbales como la postura inadecuada, utilización inadecuada de gestos, mayores perturbaciones del habla y menor número de formulación de preguntas abiertas, dificultad para participar en situaciones sociales, autoestima y

control interno inferior y pueden llegar a verse a sí mismas como más incompetentes e infravaloradas.

En la adolescencia se produce un cambio y una evaluación del propio cuerpo, de las posibilidades, de los roles y los proyectos; un encuentro consigo mismo. Muchas personas nacidas con algún tipo de discapacidad visual de edades entre los 13 y 14 años, se hace mayor la presión del grupo para responder a ciertas expectativas; por otro lado, muchas veces, ciertas etapas se alargan y un adolescente se encuentra, por ejemplo, en un grado escolar que no corresponde a su edad, con pares que no comparten las inquietudes tan difíciles de entender o de nombrar, o ante la imposibilidad de continuar su educación; otras veces se duda acerca de la propia sexualidad, de las posibilidades de iniciar una vida de pareja o de desempeñar un trabajo. Inquietudes que, muchas veces, el medio no puede comprender ni responder; ante esta angustia

El conflicto con la propia sexualidad es otra área en la que puede presentarse estancamiento. A muchas personas con discapacidad visual les cuesta asumirse como sexuadas, el miedo a no resultar atractivos, el desconocimiento del propio cuerpo, el sentimiento de presión, conspiran contra el placer, el crecimiento y la armonía. Ser sexuado significa ser adulto y eso genera temor.

Cuando se sufre un accidente o padece de alguna enfermedad que deja secuelas con algún grado de discapacidad visual, "la vida cambia drásticamente, sobre todo porque se esta dañando su imagen corporal. Cuando esto sucede, los seres humanos enfrentamos la situación a través de un proceso difícil y complejo que no tiene límites de tiempo precisos, ya que el tiempo que dure dicho proceso depende del desarrollo de la persona que lo está viviendo y de su personalidad.

Desde que se nace, se aprende que la discapacidad y la imagen corporal dañada no cumplen con los cánones de belleza social existentes, ya que son sinónimos de fealdad, defecto, enfermedad, inutilidad y devaluación; esto equivale a que una persona con discapacidad se vuelva una carga para la sociedad, la familia, la pareja. Este significado del daño corporal discapacitante lo interioriza, tanto las personas con discapacidad como las demás persona, y de esta interiorización se derivan actitudes de negación, ante la posibilidad de algún día ser persona con algún daño de la imagen del cuerpo y de un franco rechazo de las personas que presenten discapacidad y daño corporal”²⁴.

Todos estos factores, en algunos casos, sobre todo si el problema que poseen, trae consecuencias más graves que van más allá de la pérdida de la vista, probablemente los adolescentes no llegarán a percibir su sexualidad de manera natural, abierta y/o no pensarán en las relaciones sexuales como una propia necesidad humana tal como quizá lo harían otros adolescentes con discapacidad visual que pueden abordar dicho tema con toda claridad, interés, curiosidad, etc.

La pérdida brusca o paulatina de la vista, en una etapa posterior de su vida, es siempre una situación traumática y de crisis que, en muchos casos, es vivida como intolerable para él o ella. La manera como cada persona enfrenta esta situación, y pueda volver a ser alguien productivo, creativo, feliz, etc. dependerá de diversos factores, como son: de personalidad previa, circunstancias externas, apoyo o falta de él por parte del grupo familiar, edad, historia laboral previa, tipo y grado de discapacidad visual, etc. El resultado, en el mejor de los casos, de este proceso, será que la persona pueda aceptar su parte discapacitada al resto de su persona; integrar seguramente, no como algo valorado positivamente, pero que existe, sin apelar a mecanismos de negación poco saludables.

²⁴ TORICES RODARTE, Irene, ÁVILA García, Guadalupe. Orientación y consejería en Sexualidad para personas con discapacidad. Edit. Trillas, México 2006. P.p. 37 y 38.

2.5.- RECONOCIMIENTO E IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Durante muchos años, se pensaba que la educación sexual era una responsabilidad que atañía sólo a la familia por el hecho de que comprendía temas y términos muy complejos, íntimos y de total confianza que sólo debían quedar en ella. Por supuesto el tema de la sexualidad con hijos adolescentes era abarcado y concebido según las creencias y tradiciones de cada familia.

Afortunadamente hoy en día, la sociedad ha ampliado mucho más su visión en cuestiones de sexualidad y se ha fortalecido la responsabilidad de una educación sexual no sólo en la familia sino también en escuela, a la cual también atañe ese papel retomándola como una necesidad más de todo ser humano y que además se advierte como derecho.

En la familia por lo regular se educa sexualmente a través de conversaciones, comentarios, formación de valores, experiencias, etc. Sin embargo no todos los padres de adolescentes tocan si quiera el tema o se sientan a conversar sobre inquietudes o cuestiones acerca de sexualidad y mucho menos los padres que tienen hijos con alguna discapacidad, ya que generalmente son sobreprotectores o piensan que sus hijos son seres asexuados, les da pena hablar sobre sexualidad, no saben cómo abordar esos temas o creen que si se les habla de sexualidad los van a incitar a que inicien una relación, lo cual es totalmente falso pues para que un adolescente ya sea con o sin discapacidad, pueda llevar una vida sana, responsable, madura y plena, necesita de una educación sexual, la cual “ debe abarcar mucho más que la información. Debe dar una idea de las actitudes, de las presiones, conciencia de las alternativas y sus consecuencias. Debe aumentar el amor, el conocimiento propio, debe mejorar la toma de decisiones y la técnica de la comunicación (OMS, 1983)”.

De tal forma, es necesario precisar qué es la educación sexual, la cual el autor Pere Font (1999), la concibe como un conjunto de conocimientos y aprendizajes que comienzan desde los primeros años de vida y continua en el transcurso de la vida y la cual tiene la función de transmitir, guiar y llevar el buen desarrollo de las capacidades sexuales del ser humano.

Tiene su base en la familia y desafortunadamente la mayoría de las veces continúa y termina en la escuela básica. En ésta última es donde también se adquiere información sexual, teniendo como objetivo la trasmisión de valores, actitudes positivas encaminadas a un comportamiento sexual sano, respetuoso y generador de fomentar la propia autoestima y el afecto e igualdad hacia los demás. Sin embargo, no siempre ésta información llega a sus manos, a veces es limitada, restringida o simplemente los jóvenes se dejan llevar o manipular por sus amigos. Por esta razón, es muy benéfico que haya un acompañamiento y refuerzo de padres a hijos siempre que existan dudas e inquietudes, y sobre todo si se tiene una discapacidad como es en éste caso la visual, y no dejar toda la responsabilidad de éste tema a la escuela por creer que es solo obligación de ésta o bien, por no saber cómo abordar el tema de la sexualidad con sus hijos, les da vergüenza, o creen que al hablarles al respecto los van a incitar a tener relaciones sexuales o a pensar en ellas.

La O.M.S. define la naturaleza y finalidad de la **educación sexual** como “un proceso que abarca todos los conocimientos que contribuyen a formar la personalidad del individuo, a ponerlo en condiciones de reconocer el carácter social, moral, psicológico y fisiológico de su peculiar configuración sexual, así como establecer las relaciones óptimas con las personas del mismo sexo y del contrario”.

Ahora bien, en los últimos diez años se ha polemizado más de lo habitual sobre el tema de educación sexual para adolescentes con discapacidad visual, por un lado los padres

de dichos jóvenes como muchos de la sociedad queremos que las personas con discapacidad sean tratados con igualdad y que sean respetados sus derechos como cualquier otra persona, pero por el otro lado, parte de la sociedad y algunos padres tratan o consideran a sus hijos como seres asexuales²⁵, evaden todo lo relacionado a la sexualidad, no los informan, no los guían o hasta se sienten conformes de que sus hijos adolescentes nos les preguntan sobre el tema o simplemente no quieren que tengan relaciones sexuales por su discapacidad. Todo esto conlleva a tener graves consecuencias, sobre todo, si la escuela ni los padres dan una educación sexual oportuna y veraz, los adolescentes pueden llegar a ser más tímidos, tener dudas sobre su orientación sexual, sobre cómo manejarse, qué decir y qué hacer ante sus compañeros del sexo opuesto, acerca de su fisionomía y la de los demás, de los riesgos de una relación sexual, de lo bueno y lo malo del ámbito sexual, etc. y es que el hecho de que alguna persona tenga discapacidad visual no significa que no sienta, desee, imagine, fantasee y quiera tener una pareja con quien compartir su tiempo, su amor, su dedicación y su deseo sexual; aquí recae la importancia de una educación sexual, pues a pesar de que pueda o no gustarnos, todos los seres humanos nacemos como seres sexuados y los progenitores, tanto si son conscientes de ello como si no lo son, nos dan constantemente clases de educación sexual. La forma en que los padres responden ante la sexualidad innata de su hijo y les permiten manifestarse a través de ademanes, gestos, acciones, palabras y hasta su silencio constituyen parte del núcleo de su educación sexual.

El más importante educador sexual de los hijos son los padres pues son quienes más influyen sobre el desarrollo y las actitudes sexuales de sus hijos. La experiencia familiar que rodea al niño desde su nacimiento determina hasta que punto puede tener sentimientos saludables y positivos sobre la sexualidad.

²⁵ La **asexualidad** es la falta de orientación y deseo sexuales. Las personas asexuales no sienten atracción sexual o física hacia ninguna otra persona y no sienten deseo por el placer sexual; por lo que no encajan dentro de ninguna orientación sexual definida y no es habitual que suelen enamorarse o tengan pareja. Referencia: <http://es.wikipedia.org/wiki/Asexualidad>. Consultada 18 de Marzo de 2012.

Una de las características más comunes que existe en los padres de hijos adolescentes con discapacidad visual como ya mencioné, es que son sobreprotectores, por ello el hablar de la sexualidad con sus hijos muchas veces resulta difícil e incómodo sin embargo, tienen la obligación de proporcionarles la información correcta sobre el tema, esa es la mejor manera de ayudarlos, sin dejar de tener en cuenta la edad y el nivel de comprensión de cada uno de los hijos. De esta forma, una de las finalidades del taller es hacerles ver a los padres que desde temprana edad se debe abrir un canal de comunicación entre sus hijos para cuando llegue el momento de hablar temas difíciles como el de sexualidad, el canal esté abierto pero sobre todo, que logren estar informados y capacitados para poder responder con conocimiento y seguridad sobre dudas o inquietudes que tengan sus hijos, para poder orientarlos y guiarlos con mayor dirección y para poder ayudarlos a tomar decisiones asertivas con respecto a sus comportamientos sexuales.

Algunas de las acciones para la educación sexual de las personas con discapacidad se basan en los principios siguientes según Torice Rodarte (2006):

- Ofrecerles la oportunidad de lograr gratificación oral mediante la exploración de su cuerpo.
- Ofrecerle la oportunidad de conocer su propio cuerpo y los de los otros niños a través de la educación sexual en la escuela y en casa
- Evaluar la imagen de sí mismos como hombres o mujeres.
- Ayudarlos a desarrollar su propia imagen positiva como seres sexuales
- Instruirlos sobre la forma de controlar sus respuestas ante el rechazo social o las reacciones y comentarios impropios de los demás.

- En cuanto a las mujeres, establecer un historial de la menarquía y valorar la capacidad para cuidar de sí mismas dentro del contexto de las actividades cotidianas.
- Adiestra tanto a los varones como a las mujeres pubescentes en los cuidados personales y la higiene de sus órganos sexuales pélvicos.
- Instruir a los adolescentes en el control de las interacciones sociales que implican al otro género.
- Desarrollar la educación sexual como parte de todo el proceso de transformación de sus personalidades y de su ajuste e integración social.
- Establecer dicha educación dentro de todo proceso escolar familiar.
- Llevar la educación de manera activa, tomando a los adolescentes como sujetos protagónicos.
- Desarrollar la educación a través de acciones grupales, como aprendizaje interrelacional.
- Dirigir su educación hacia el respeto de las demás personas, sus vivencias y sus valores. Asumir que cada sujeto tiene un desarrollo sexual peculiar y único.
- Darle a los adolescentes toda información de la vida sexual y la orientación psicológica necesaria para que puedan decidir su vida sexual de una manera autónoma y responsable.
- Enfocar la educación sexual a orientar y prevenir. Adelantarse a los problemas que podrían presentarse si no estuvieran en cada edad adecuadamente

preparados. Pero también se pueden curar trastornos y resolver problemas que agobian a los sujetos.

“El problema del menor con discapacidad no consiste en sólo en aceptarse y adaptarse a sus limitaciones, sino en descubrir sus posibilidades humanas y potenciarlas. Por tanto, no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones, para manejar el repudio o para sobreponerse al desprecio, sino de afirmarse como persona en todos los derechos de asumir su sexualidad plenamente”²⁶.

La riqueza y la variedad de la sexualidad humana dan cabida a que cualquier persona la exprese y la disfrute con los recursos de su personalidad y de su cuerpo. Todos pueden llegar a ser aptos para buscar y encontrar su plenitud sexual. Los adolescentes con discapacidad tienen, como toda persona, el derecho a vivir su propia experiencia y aprender de ella, aunque sea de sus equivocaciones. No es justo tratar de resguardarlos de posibles riesgos o presuntas frustraciones en sus primeras experiencias amorosas. .

Por lo tanto, la finalidad de la educación sexual consiste en ayudar a cada persona para que lleve una vida sexual sana y satisfactoria, es decir, que integre los aspectos sociales, éticos, afectivos, intelectuales, de la sexualidad humana a fin de enriquecer positivamente su personalidad, la intercomunicación y la propia afectividad.

²⁶ TORICES RODARTE Irene. La sexualidad y discapacidad física. Edit. Trillas. México D.F. 2006. P. 83 y 84.

2.6.- ORIENTACIÓN Y ROL DE LOS DIFERENTES ACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN DE ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Puesto que la adolescencia es esencialmente un período de maduración, los padres y maestros deben recordar, que en esta etapa sobre todo, perciben los cambios físicos y psicológicos, ya que representan en cierta medida, su aceptación dentro del medio social. Un adolescente bien desarrollado tiene más posibilidad de acción en actividades deportivas, en su interacción con el otro sexo y en oportunidades de trabajo. Sin embargo, en algunos casos de adolescentes con discapacidad visual, esto se da de manera diferente, pues suelen tener y manifestar una madurez sexual más tardía que los demás chicos normovisuales, en parte porque suelen ser más tímidos, porque no son informados y porque muchos de ellos no pueden concebir ni razonar la fisionomía del sexo contrario si no reciben una asesoría oportuna, aunque esto no quiere decir que cambie su manera de sentir, de desear, de fantasear y de querer experimentar su sexualidad de manera natural, por ello es tan importante una educación sexual.

Aunado a esto, hoy en día podemos ver que los adolescentes reciben un bombardeo constante de información relacionada con el sexo y la sexualidad. Los amigos, los maestros, los padres de familia, los medios de comunicación, todos son transmisores de diversos mensajes que van desde los aspectos fisiológicos del sexo y la reproducción, hasta las “maravillas” y sensaciones que pueden esperar al experimentarlo.

Por un lado, los padres de familia y maestros a veces se preocupan por los programas de educación sexual, mientras que los anuncios publicitarios, los programas de televisión, las películas y las canciones de moda se dedican a difundir mensajes que

establecen que lo más importante es ser atractivo sexualmente y experimentar urgentemente el tener relaciones sexuales.

La orientación que debe dar la familia tiene que ver con “la responsabilidad de transformar a un niño de “X” número de años en un ser capaz de tener una completa participación en la sociedad. El niño debe aprender un lenguaje, su papel en varios estadios de la vida, las normas socioculturales, las tradiciones y costumbres, los conocimientos adquiridos y considerados importantes por la sociedad en la que se desenvolverá y muchas otras cosas más.

Las actitudes de los miembros de una familia en relación con la sexualidad forman parte del sistema de valores de su grupo social; como cada grupo tiene su propia ética sexual, cada miembro será aprobado o desaprobado en la medida en que cumpla sus preceptos. La familia es el agente principal para transmitir normas, valores y patrones de conducta sexual aceptados por el grupo social al que pertenece²⁷”.

Por su parte, los amigos y compañeros, se convierten en un punto de apoyo y una referencia en el proceso de encontrarse a sí mismo. A través de la amistad, puede desarrollar mucho más sus habilidades para socializar, aprender a compartir, a respetar, a ser sensible y solidario, a tomar en cuenta las necesidades, los deseos y los puntos de vista del otro. Sin embargo es en esta etapa, cuando muchas veces reciben de sus amigos más información cierta y falsa, objetiva y no, les transmiten lo que, por su experiencia o por comentarios de los demás, consideran que es verdad cuando realmente no están del todo informados. Incluso muchos adolescentes en su necesidad de ser aceptados pueden llegar a realizar acciones en contra de lo que ellos mismos consideran incorrecto.

²⁷ MONROY, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Pax México. México: 2002. P. 28, 29

Aquí también recae la importancia del papel de los padres, pues son quienes deben mantener un equilibrio adecuado entre dar a su hijo la libertad de experimentar la amistad, respetar su privacidad, y al mismo tiempo estar al tanto de su vida, cuidarlo, apoyarlo y guiarlo en ésta etapa en la que aún no cuenta con la madurez suficiente para ejercer la plena autonomía y no caiga en situaciones de las cuales pueda arrepentirse. Por ello hay que dejar a los hijos muy en claro que siempre deben analizar si todos los mensajes que reciben de sus compañeros están bien fundamentados y si en realidad podrían ser útiles como base para las decisiones que deberán tomar respecto a su sexualidad y a cómo vivirla.

El mundo de los amigos del adolescente y su ambiente familiar no tienen por qué estar aislados; es un error muy peligroso pensar que ya no corresponde a los padres estar informados de lo que hace su hijo fuera de casa. La forma más efectiva de prevenir que el adolescente con discapacidad visual se sienta indefenso ante la presión del grupo es comunicándose con él y fortaleciendo su autoestima. Un adolescente seguro y satisfecho puede ser firme, defender sus convicciones y atreverse a decir “No” si considera que algo es inapropiado. Y podrá decir “No” si es capaz de examinar sus valores, hacerse responsable de sus actos y tomar decisiones. Esto se logra si no se le ha exigido una obediencia absoluta, si se le ha demostrado confianza y aceptación, si no se les sobreprotege y se les enseña desde pequeños a ser personas independientes como cualquier otra.

Muchas veces los amigos o compañeros pueden tener la mejor de las intenciones, pero en este caso, la intención no basta. Es necesario, como transmisor de cualquier mensaje sobre sexo y sexualidad, tener la certeza de que éste es correcto y fundamentado, tomando en cuenta no sólo la información como tal, sino todas las implicaciones que puede tener. No se puede pasar por alto el compromiso que se adquiere al comunicar.

El adolescente como receptor, tiene asimismo la responsabilidad de discriminar la información; es decir, la de decidir cuál es cierta, objetiva, oportuna y clara; de manera que no se encuentre involuntariamente, en alguna situación que le disguste o le haga sentir incómodo.

Capítulo 3.- SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

3.1.- HACIA UNA DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

La sexualidad engloba una serie de condiciones culturales, sociales, anatómicas, fisiológicas, emocionales, afectivas y de conducta, relacionadas con el sexo que caracterizan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Por ello encontrar una definición exacta de sexualidad es una tarea difícil ya que ésta hace referencia a un concepto muy extenso, profundo y variado. En este sentido, podemos encontrar una gran diversidad de autores que se han dedicado a su conceptualización como a su estudio, por lo que me pareció importante basarme en varias posturas para definirla y abordarla. Para esto, retome a autores como Hiriart Vivianne (2005), Monroy Anameli (2002), Papalia Diane E. (2005), Rivera Mendoza Margarita (2007) y Sánchez Raja Esther (2005), los cuales me ayudaron a entenderla de una mejor manera los temas relacionados a la sexualidad y de los que retome puntos importantes para el desarrollo de la presente tesina.

Ahora bien, la sexualidad no la podemos considerar como algo estático y predecible, sino como un todo que envuelve la vida del hombre, la cual empieza su proceso de formación desde el primer encuentro que el bebé tiene con el mundo, en ese momento se centra principalmente en su madre. Las primeras vivencias relativas a la sexualidad tienen que ver con el contacto con sus padres y las sensaciones de satisfacción asociadas a este contacto (tomar pecho, dormirse junto a ellos, ser acariciados, etc.). La sexualidad nos acompaña toda la vida hasta que morimos, y va moldeándose al ritmo de nuestras experiencias de vida, poniendo su sello en todo lo que vemos, entendemos, sentimos y vivimos.

Podemos retomar a continuación, una de las definiciones más completas de sexualidad propuesta por la autora Monroy Anameli (2002) como: “el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo por medio de nuestro ser como hombres o como mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresan mediante el cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen, de la autoconciencia, del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales significativas con otros”.

En este sentido, en el transcurso de nuestra vida, y de acuerdo con nuestras necesidades, “lo seres humanos asumimos y expresamos de diferentes formas la sexualidad. Ésta se relaciona con el cuerpo, el sexo biológico, nuestro desarrollo y las reacciones físicas que experimentamos por la estimulación de los sentidos y la imaginación. La sexualidad tiene que ver también, con los afectos y vínculos que establecemos con los demás, lo que aprendemos de una determinada cultura, las expresiones eróticas que percibimos como adecuadas o inadecuadas en un determinado contexto y los sentimientos que todo ello produce”²⁸.

Un punto que me parece importante reconocer es que muchas personas creen que sexualidad y sexo significan lo mismo, lo cual es erróneo. Ambas están estrechamente relacionadas pues la primera, es la forma que tenemos de vivir y experimentar nuestro sexo. Con la expresión "nuestro sexo" me refiero a la parte biológica, es decir, nuestros genitales y las hormonas que determinan que seamos y sintamos como hombre o como mujer. En otras palabras, la sexualidad se refiere a la forma de sentir, vivenciar y actuar que tenemos hombres y mujeres. Tiene que ver con nuestro cuerpo y las sensaciones que él nos genera desde que nacemos hasta la muerte. Y sexo es la base

²⁸ HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005. P. 14

biológica de la sexualidad, brinda una serie de características físicas que permiten diferenciar a los seres vivos en femeninos y masculinos.

Por lo tanto, la sexualidad es parte esencial de la personalidad y va mucho más allá de la finalidad reproductiva, pues ésta también comprende diversas condiciones anatómicas, fisiológicas, fenómenos emocionales, afectivos y de conducta, la vida de pareja, de familia y los lazos afectivos, sociales e interpersonales, que determinan la forma de actuar y pensar del individuo de acuerdo a su sexo y según la educación y costumbres que haya recibido a lo largo de su vida, por ello, “no existe un modo universalmente adecuado de vivir la sexualidad, pero sí hay formas que permiten que su vivencia sea positiva, natural y responsable, libre de culpas, miedos y tabúes y dentro de relaciones equitativas, de respeto mutuo y constructivas”²⁹.

De esta manera los padres formarán a sus hijos desde muy temprana edad de acuerdo a su propia forma de ver su sexualidad, que es única y particular. La familia juega un rol muy importante ya que determina la manera de percibir y enfrentar el mundo. Según lo que aprendamos dentro de ella, actuaremos y determinaremos lo que es aceptable o inaceptable, para nosotros y los nuestros. En la familia, los hijos van aprendiendo lo relativo a ésta a través de lo que enseñan los padres, muchas veces siguiendo sus ejemplos y viendo la forma de vivir su propia sexualidad y cómo se desarrolla al interior de la vida familiar. Todo esto está inevitablemente determinado por los valores y normas de la cultura de cada país.

²⁹ Ibid. P. 14

3.2.- INICIO Y EL EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

Al referirnos a la sexualidad en personas con alguna discapacidad visual, podemos distinguir que la sexualidad de una persona normovidente no es diferente a la de una persona con esta discapacidad, ni tiene porque cambiar, no los excluye, los hace diferentes o los distingue de cualquier otra persona, todo lo contrario todos los seres humanos tenemos el mismo derecho a una educación sexual y a ejercerla de manera que mejor nos convenga

En la mayoría de los casos cuando existe alguna discapacidad, las personas suelen compensar la pérdida de algún extremo o de algún sentido con el desarrollo profundo de los restantes, de esta manera las personas con discapacidad visual agudizan y sensibilizan profundamente sus cuatro sentidos restantes para gozar plenamente de su sexualidad.

Desafortunadamente un gran número de personas creen que las personas con discapacidad visual son seres asexuales y no practicantes del sexo, lo cual es totalmente falso. Un ejemplo claro que puede eliminar y desengañar este mal prejuicio es que la mayoría de las personas cuando tienen fantasías o cuando se masturban lo hacen con los ojos cerrados o disfrutan tener relaciones sexuales con los ojos cerrados y/o en otros casos les es más apasionante y excitante hacerlo con los ojos vendados. Considerando estos ejemplos es claro que los prejuicios acerca de que las personas con discapacidad visual son seres asexuales es una teoría falsa que no está basada en hechos reales ni concretos, pues todas las personas con discapacidad visual también sienten, desean, fantasean y pueden gozar perfectamente de una sexualidad sana y responsable.

Por lo menos en el caso de las personas con discapacidad visual, que son las que atañen a este trabajo, pueden desarrollar su sexualidad perfectamente y es un verdadero mito el pensar que existe un problema hormonal, problemas de erección o que son seres asexuados; lo único que cambia en todo caso es que el reconocimiento del otro se da mediante el tacto, el aroma, los sonidos, etc., lo que lleva a tener una experiencia sexual como cualquier otra, no nos olvidemos que nosotros reconocemos a un otro (amigo(a), novio(a), primo(a) ó lo que sea) no sólo a partir de nuestra vista sino también por su voz, su olor, etc.

Para ejemplificar un poco más el hecho de que las personas pueden llevar a cabo relaciones sexuales placenteramente podemos puntualizar el tema de la masturbación pues si bien lo normal es hacerlo con imágenes visuales (esto en realidad es más en los hombres; en las mujeres hay un placer más allá de esa simple imagen), nuestro cerebro construye "imágenes" con todos los sentidos, así son imágenes táctiles, cenestésicas (referidas a la posición del cuerpo), auditivas, etc., por lo tanto esto es lo que se juega en el caso de las personas con discapacidad visual, la fantasía, el recuerdo táctil de alguien, el aroma, etc. lo cual no es ningún impedimento para disfrutar de la sexualidad.

Como ya se ha dicho, la sexualidad empieza desde que nacemos, por ello hay que tomar muy en cuenta que los padres sobre todo, son quienes deben tener esa sensibilización para llevar un diagnóstico temprano a sus hijos, para cerciorarse de que tan grave es o puede ser su situación visual y de qué manera puede guiar su desarrollo sexual de acuerdo a sus necesidades, para que pueda realizarse en todas las etapas de la vida sin miedo a expresar sus sentimientos, pensamientos e inquietudes en todos los ámbitos.

Ahora bien, como ya hemos visto en el capítulo anterior, el periodo de la adolescencia que comprende de entre los 10 a los 19 años aproximadamente (OMS), es una de las etapas de la vida más difícil de afrontar por ser el periodo donde se distinguen una gran serie de cambios físicos y psicológicos muy notorios, el despertar sexual, las inquietudes, los deseos, fantasías y el comienzo de la genitalidad adulta, los cuales son una parte importante de la autoconciencia del adolescente y en la que, en la mayoría de las ocasiones resulta ser algo emocionalmente confuso para sí mismo.

En esta etapa, la sexualidad se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida, ya que surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que nunca habían experimentado y que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien les gusta.

Estas sensaciones generalmente los toman por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en su cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que les está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que los puedan escuchar y orientar seriamente.

Resulta común que, en los primeros años de la adolescencia, los jóvenes se aislen un poco del mundo que les rodea, prefiriendo pasar más tiempo a solas. Esto se encuentra relacionado con la sensación de incomodidad con el cuerpo por lo rápidos y fuertes que son los cambios. Es aquí cuando suele aparecer la autoestimulación, la cual suele ser una actividad muy común durante toda la adolescencia, no sólo al inicio. Además, esta cumple un papel muy importante, ya que permite explorar el cuerpo, su

funcionamiento, así como liberar energía sexual y prepararse para las relaciones genitales en pareja.

La **masturbación**, es una de las conductas sexuales más comunes que suele aparecer en este periodo y la cual consiste en “la autoexploración y autoestimulación de los órganos genitales y otras partes del cuerpo para obtener placer y satisfacción, es una actividad que proviene de la infancia y niñez. En la masturbación lo más importante es la fantasía, los sentimientos, los pensamientos, la culpa que puedan acompañarla. De ahí que para algunos pueda ser una actividad sexual gratificante y para otros una actividad –culposa-, sufriente”³⁰.

Por otra parte, conforme se va viviendo una mayor adaptación a los cambios del cuerpo, las amistades con personas del mismo sexo ocupan un lugar muy importante. Es frecuente que se tenga un mejor amigo o mejor amiga, con quien se comparten secretos, confidencias, tristezas y alegrías, así como los deseos más profundos.

También aparece el noviazgo, en el que los adolescentes suelen querer estar con esa persona todo el tiempo, experimentan sensaciones nuevas que los hacen sentir especiales, disfrutan una intimidad hasta entonces desconocida, se sienten seguros uno con el otro, se echan de menos si se separan, etc. Generalmente a la mitad de la adolescencia es cuando se vuelven a más comunes las relaciones de noviazgo, que son cortas pero muy románticas e intensas. Más adelante, las relaciones amorosas se vuelven más duraderas y estables, caracterizadas por una mayor preocupación por lo que siente y desea la pareja. En esas épocas también surge la preocupación por decidir si se tienen relaciones sexuales. Aunque esto también, es uno de los factores

³⁰ ORLANDO R. Martín, ENCARNACIÓN M. Madrid. Didáctica de la educación sexual. Un enfoque de la sexualidad y el amor, Editorial Sb. Buenos Aires, 1-Edición 2005. P. 206

que más atemorizan o inquieta a los padres pues resulta ser una muestra clara de que su hijo ha crecido y que es indispensable fomentar la confianza y comunicación entre padres e hijos y propiciar una buena educación de la sexualidad para que el adolescente tome conciencia y sea responsable en cada uno de sus actos.

“Luego de estudiar el tema se puede decir que, la gran inestabilidad emocional, los diferentes cambios físicos y psicológicos que en el adolescente se producen, más la gran inseguridad a la hora de tomar decisiones y sus constantes cuestionamientos, lo llevan a que se produzcan conflictos con sus padres, producto de la búsqueda de mas libertades y con uno mismo debido al gran desequilibrio en el que se encuentra.

El sostén de los adolescentes, son sus mismos compañeros y amigos, según ellos -los únicos que los entienden-. En este periodo, el joven se relaciona con un gran número de gente, de todas las edades y clases sociales, fruto de sus salidas. En estos grupos comparten experiencias, angustias y deseos; también se cuentan las cosas que les ha pasado con las personas que les gusta, y eso ayuda a tranquilizar la inseguridad y dudas que estos encuentros generan y también comienza a diferenciar a sus verdaderas amistades, fortaleciendo su contacto con aquellos que considere que serán -para toda la vida-”³¹

La **actividad heterosexual** es otra conducta sexual, la cual hoy en día se ha vuelto una actividad muy común entre jóvenes, por la falta de educación y orientación sexual, irresponsabilidad y generalmente es más común que se dé por la mala influencia de los amigos. Cuando pueden procrear es porque han madurado sus órganos de reproducción, sin embargo muchas veces carecen de la madurez y desarrollo psicoafectivo necesario.

³¹ ARIZA Carles, DOLORS Cesari Ma., GABRIEL Marian y GALAN, Programa Integrado de Pedagogía Sexual en la escuela, Narcea, S.A. de Ediciones Madrid, 1998. P. 59.

Lo ideal es que los padres no tengan una actitud represiva, sino más bien que inspiren confianza para que la comunicación entre ellos y los adolescentes sea fluida, esto les permitirá crear un ambiente sano en donde existen límites y reglas claras que puedan ser respetados por los jóvenes sin problema alguno.

Y es que a partir de determinado momento, los adolescentes están en la capacidad de sentir atracción y tener deseos de establecer un vínculo, por eso hay que verlo con la naturalidad del caso, pero teniendo los cuidados necesarios, un punto importante es que los padres conozcan la pareja del hijo o la hija, ya que de este modo podrán mantener un contacto más apegado con la pareja, ya que si lo hacen de manera contraria, como el prohibir y reprimir, podrían hacer que su hijo(a) se aleje o busque entablar conversaciones con otros.

Es importante que los jóvenes sepan que el tema de la sexualidad es algo serio, que es algo para lo cual las personas deben estar preparadas y que no deben ceder ni por presión ni por complacer a la otra persona. Los adolescentes deben contar con información clara y concisa respecto a los riesgos de un inicio temprano de las relaciones sexuales

Otra conducta sexual es la **homosexualidad** que pudiera presentarse en esta etapa y generar en el adolescente confusión, frustración, temor e inseguridad acerca de su propia sexualidad si no cuenta con una orientación familiar y una educación sexual verás y oportuna que pueda garantizar un desarrollo sano, responsable y verás en este ámbito. Pues en algunos casos “la homosexualidad no está todavía estructurada ni establecida, pero pueden haber actos homosexuales, fruto de influencias de jóvenes y adultos. El adolescente, buscan figuras protectoras afectiva y emocionalmente, necesitan protección, modelos a quien admirar. Esto es –aprovechado- por figuras

adultas, lo que pueden provocar (y provocan) gran perturbación en el desarrollo del adolescente.

Los chicos/as –orientados a la homosexualidad-, si se encuentran figuras adultas que los inicien y los protejan, pueden estructurarse con más facilidad y rapidez en esta orientación. La pubertad es un momento de suma –protección-, cualquier iniciación es posible si no hay una sólida autoestima, y un discernimiento clarificado³².

La homosexualidad se refiere a sentir atracción y orientar la actividad sexual hacia personas del mismo sexo. A los homosexuales masculino se les denomina gays y a las mujeres lesbianas.

Este tema es muy interesante pero al mismo tiempo un poco complejo, por el hecho de que a pesar que esta orientación sexual existe desde hace muchos años, hasta hoy no se tiene una certeza de cuál es la causa de tal identidad sexual. Existen diversas especulaciones e investigaciones (como las de los autores Masters H., Jhonson y Kolodny, 1995) que defienden la existencia de un origen biológico: factores genéticos o bien, el exceso o la deficiencia de hormonas sexuales en el ser humano durante la fase prenatal; otros especialistas le atribuyen a una anomalía en el proceso de la evolución psicosexual del niño; Freud consideraba que la homosexualidad es una fijación en un estadio inmaduro de dicha evolución; según Bieber, la homosexualidad es consecuencia de haber tenido un padre pasivo y débil, y una madre dominante y sobreprotectora; o como lo acabamos de ver con el autor Orlando R. (2005), que señala que se puede dar por una influencia de un adulto hacia un adolescente.

³² ORLANDO R. Martín, ENCARNACIÓN M. Madrid. Didáctica de la educación sexual. Un enfoque de la sexualidad y el amor. Editorial Sb. Buenos Aires, 1-Edición 2005. Pp. 206 y 207.

Además de estas conjeturas existen probablemente más, el hecho es que a ciencia cierta, no existen pruebas sólidas que respalden ninguna de tales teorías, tal vez porque existen diferentes tipos de homosexualidad, cada uno de los cuales se genera de manera distinta. “La homosexualidad no es una enfermedad ni una señal de inadaptación psicológica. Gran parte de los trabajos científicos primitivos que intentaban demostrar que la homosexualidad era una –enfermedad-, adolecen de un planteamiento defectuoso, y estudios posteriores han puesto de relieve que los homosexuales están tan compensados, en el plano psicológico, como las parejas heterosexuales bien compenetradas”³³

Existe un modelo ampliamente propuesto por Papalia (2005) para determinar el desarrollo de la identidad sexual gay o lesbiana el cual es parecido al siguiente:

1) conciencia de la atracción hacia el mismo sexo (empezando entre los 8 y 11 años; 2) conductas sexuales con inclinación hacia el mismo sexo (12 a 15 años); 3) identificación como gay o lesbiana (15 a 18 años); 4) revelación a otros (17 a 19 años) y 5) desarrollo de relaciones románticas con personas del mismo sexo (18 a 20) años. Sin embargo este modelo, no refleja con precisión la experiencia de los jóvenes gay, muchos de los cuales se sienten más libres que en el pasado para declarar abiertamente su identidad; a diferencia de las mujeres lesbianas y bisexuales, en quienes el desarrollo de la identidad sexual puede ser más lento y más flexible que el de los hombres homosexuales; y de las minorías étnicas, cuyas comunidades y culturas tradicionales defienden creencias religiosas o roles de género estereotipados que dan lugar a un fuerte conflicto interno y familiar.

³³ MASTERS H. William, JHONSON E. Virginia, KOLODNY C. Robert. La sexualidad humana. Volumen II. Editorial Grijalbo. Barcelona, 1995. P. 468.

“Hoy los homosexuales masculinos y femeninos están aceptados socialmente. Aunque todavía haya sectores sociales que mantienen la idea de que este comportamiento no es natural, no se plantea el que tengan que modificar su comportamiento para ser aceptados y hasta legalmente se están legitimando sus derechos de relación e incluso de matrimonio y adopción de hijos”³⁴.

Hay que tomar en cuenta que sea cual sea la orientación sexual del adolescente, no podemos olvidar que se trata de la misma persona que usted conoció y amó antes de que la orientación sexual o los conflictos de su identidad entraran en juego.

³⁴ SANCHEZ RAJA, Esther, HONRUBIA PÉREZ, María, G. CHACÓN SÁNCHEZ, Ma. Dolores. Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005. P. 55.

3.3.- DERECHOS SEXUALES Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO

Es importante no juzgar la capacidad de absolutamente nadie sea cual sea su condición física, mucho menos adjudicarle barreras hacia sus derechos y necesidades ni pensar en las personas ciegas y débiles visuales como individuos incapaces de tener una pareja, disfrutar del sexo, hacer gozar plenamente a su pareja, de ser felices y hasta procrear una familia con o sin discapacidad visual (recordemos que no todas las enfermedades relacionadas con la pérdida de la visión son hereditarias).

Por otro lado, tampoco se quiere o se pretende que a las personas con discapacidad visual se les tenga compasión o lastima y mucho menos que los hagamos o consideremos sumisos o incapaces, sino de lo que realmente debemos percatarnos y de lo que realmente tienen necesidad, es de una integración plena y activa en la sociedad, equidad, respeto e igualdad de oportunidades y no sólo ellos sino todas las personas con alguna otra discapacidad y también en otros casos como: los homosexuales, las personas en situación de vulnerabilidad o la raza afro americana en ciertas sociedades.

De esta forma, uno de los principales objetivos de este taller es que los padres de hijos adolescentes como los lectores del presente proyecto, sepan que el tema de la sexualidad es una necesidad básica e inherente de todo ser humano y por lo cual, tiene un gran peso e importancia, sobre todo porque afortunadamente hoy en día, se está respetando y conciliando el derecho a la sexualidad en personas con discapacidad. Por consiguiente el taller se fundamentará bajo varios documentos oficiales donde se respaldan todos aquellos derechos que atañen a la sexualidad y/o a la salud reproductiva. Uno de los principales, es la **Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos**, que aunque no existe un artículo en especial donde se mencione

el derecho a la sexualidad como tal, hay algunos que son importantes mencionar porque éstos están vinculados al tema de la sexualidad en adolescentes con discapacidad visual, resaltando sólo lo que atañe al tema.

En el artículo 1- constitucional menciona que queda prohibida toda discriminación a personas con discapacidad, que “atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o quebrantar los derechos y libertades de las personas”³⁵. Y es que a pesar de que se ha intentado que la sociedad sea más humanitaria y accesible a las personas con discapacidad, aún es un problema numeroso y demasiado difícil de arraigar.

En el artículo 4- constitucional sustenta el derecho a la información sobre la reproducción y la salud como parte de la libre elección informada y la protección de la salud; a esto también podemos considerar y reforzarlo con el artículo 6- constitucional porque éste garantiza el derecho a la información.

En otro párrafo del artículo 4- constitucional señala que los niños y niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades para su desarrollo integral, lo cual sustenta que además de la educación, alimentación, vivienda, etc. la sexualidad es también parte fundamental de las necesidades de todo ser humano y por lo tanto se sostiene ese derecho para todo individuo sin importar su condición o sexo porque todos somos iguales ante la ley.

En otro párrafo nos menciona que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”³⁶ y

³⁵ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917, TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 24-08-2009, Art. 1-

³⁶ Ibid. Art. 4-

esto nos atañe en el sentido de que cada quién es libre de ejercer su sexualidad de la manera que mejor considere.

Existe otro documento que también me gustaría citarlo porque está dirigido totalmente a las personas con discapacidad y trae algunos artículos que nos conciernen porque tienen que ver con el tema de la sexualidad, pero sobre todo, porque resalta muchos de los derechos de los que olvidamos muchos de los mexicanos o que no sabemos que existen porque no están implícitos dentro de la Constitución Mexicana. Este es la **“Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad”** aprobada el 13 de diciembre de 2006 el cual tiene el propósito de proteger y asegurar que no exista una discriminación a las personas con discapacidad asegurando el goce pleno de dichas personas, porque todos somos seres humanos que sentimos, pensamos, nos expresamos y por tanto merecemos los mismos derechos y respeto que cualquier otra persona sin hacer distinción alguna, por su condición física y mucho menos en el ámbito de la sexualidad.

En el artículo 3 de dicha Convención abarca básicamente casi todos los derechos que tienen las personas con discapacidad y que están vinculadas a dicha propuesta, como son el derecho a la dignidad, a la autonomía, a tomar las propias decisiones, a la no discriminación, a la participación individual como colectiva, el respeto por la diferencia, a la igualdad de oportunidades, a la igualdad, la accesibilidad, etc.

Todos estos derechos tienen que ver con toda una dimensión estructural en la que, dichos derechos van de la mano con la sexualidad y con los valores y educación que promueve la familia y la sociedad en general. Lo que aquí se pretende es hacer ver a los lectores como a los propios padres de los adolescentes con discapacidad visual, que tienen derecho a su libertad, que tienen la capacidad de decidir, disfrutar y sentir placer, así como de vivir su sexualidad acorde a sus deseos, gustos y preferencias.

Tienen derecho a la igualdad y a la no discriminación como también lo estipula el artículo 5 de esta Convención, ya que todos somos seres iguales ante la Ley y por tanto tenemos derecho a igual protección legal y a beneficiarnos de ella de igual manera, sin discriminación existente.

Dentro del tema de la sexualidad me parece de igual manera importante mencionar brevemente el artículo 21 que trata de la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información ya que hoy en día hay demasiada información acerca de los temas de sexualidad y por consiguiente, el estado debe facilitar todos los medios para que las personas con discapacidad puedan informarse o consultar dudas que tengan acerca de éstos temas o de cualquier otro.

En el artículo 24 que es del derecho a la Educación, nos habla de brindar la posibilidad de que las personas con discapacidad “aprendan habilidades para la vida y desarrollo social, a fin de de propiciar su participación plena y en igualdad de condiciones en la educación y como miembros de la comunidad³⁷” con el fin de que puedan desarrollar y reforzar su potencial humano, adquieran una mayor autoestima, creatividad, independencia y aptitudes tanto físicas como mentales para que puedan desarrollar al máximo su personalidad.

En este sentido, este artículo nos concierne, pues recordemos que parte de la educación sexual que deben recibir los adolescentes es en la escuela, sin distinción alguna y sobre las bases de la igualdad de oportunidades, De esta forma si los adolescentes tienen una educación previa tanto de la escuela como de los padres y una adquisición de valores podrán entender y tomar los aspectos y temas de la

³⁷ CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PROTOCOLO FACULTATIVO, Editado por la CONAPRED, México, D.F. 2007. P. 25

sexualidad de una mejor manera, con sencillez, madurez, responsabilidad, con plena conciencia, con mayor apertura y mayor sensibilización.

El último artículo que concierne a la sexualidad es el 25 el cual nos dice que se deberá proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios accesibles de la misma calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población.

Asimismo encontramos la **Ley para las Personas con Discapacidad Visual en el Distrito Federal**, la cual es publicada en la Gaceta Oficial en diciembre de 1995 y se crea con el objetivo de normar las acciones que contribuyan a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en el D.F. para el logro de su integridad social.

Para ello, el Jefe de Gobierno tiene la obligación de poner en marcha Programas de Desarrollo que contengan acciones de prevención, asistencia médica y rehabilitación. Educación especial y regular, así como guarderías para menores con discapacidad.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, está encargada de llevar a cabo “Programas para la orientación, prevención, detección temprana atención integral adecuada y rehabilitación de las diferentes discapacidades, brindada en los centros de diagnóstico y atención temprana a las personas con algún tipo de riesgo o discapacidad”³⁸.

³⁸ Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal:
http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex_Distrito_Federal?page=10

Existe también la **Comisión Nacional de los Derechos Humanos** la cual establece que las personas que padecen temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales, tienen derecho a una vida plena y digna, y se les debe garantizar la igualdad de oportunidades, mediante la eliminación de todas las barreras físicas, sociales o culturales, que las excluyen de su plena participación en la sociedad.

Reconoce los principales derechos de las personas con discapacidad pero el que más nos atañe en este tema, es el del derecho a la protección de la salud, en el cual nos dice que en caso de no ser derechohabiente de alguna institución podrá acudir a los institutos, hospitales y centros de atención médica pertenecientes a la Secretaría de Salud, al DIF, así como a los sistemas estatales de salud y sistemas locales de asistencia social.

Dicha Comisión cuenta con un equipo de trabajo, integrado por visitantes adjuntos especializados para atender las quejas sobre violaciones a las garantías fundamentales de las personas con discapacidad. Asimismo, lleva un registro de los servidores públicos presuntos responsables de violación a los derechos humanos y establece los lineamientos necesarios para impedir que se repitan estos casos.

Este Organismo Nacional también se encarga de distribuir la cartilla Primeros auxilios para la protección de la libertad personal, impresa en sistema Braille, a fin de promover la cultura de los derechos humanos entre las personas con discapacidad visual.

Por otra parte, en 2002, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en su sitio Web publicó en la sección de *género y derechos reproductivos* su propia versión pero de manera más sintetizada los derechos sexuales más importantes y sobresalientes,

sobre todo porque destacan en los derechos humanos por ser derechos reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales y otros documentos de consenso. Éstos incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia a:

- alcanzar los niveles más altos de salud disponibles en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de cuidado de salud sexual y reproductivo;
- buscar, recibir y compartir información en relación con sexualidad;
- educación sexual;
- el respeto a la integridad física;
- la elección de pareja/a;
- decidir ser sexualmente activo o no;
- relaciones sexuales consensuales;
- matrimonio consensual;
- decidir si o no, y cuando tener niños; y
- perseguir una vida sexual satisfactoria y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respetan los derechos de otros. Recordemos que cada individuo, no importa cuál sea su discapacidad, física o mental, tiene derecho al libre acceso a la información necesaria sobre sexualidad, y lo que es más importante, cada persona tiene derecho a la expresión de su sexualidad.

3.4.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. PROCESOS QUE TODA MADRE Y PADRE DE FAMILIA DEBEN CONOCER

Se le denomina métodos anticonceptivos a aquellos que se emplean para impedir o reducir significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales y algunos de ellos son también utilizados para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

La elección del método anticonceptivo es una decisión personal en la que entran en consideración diversos factores que van desde las preferencias individuales o la historia médica, hasta los riesgos, ventajas y efectos secundarios de cada método. Otra consideración a tener en cuenta, es si la pareja piensa tener hijos o no en el futuro. La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse, hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos, irreversibles, es decir, una vez que se recurren a ellos mujeres y hombres no pueden volver a tener hijos.

Ningún método es eficaz al 100% a la hora de evitar el embarazo, aunque algunos son más eficaces que otros. La tasa de embarazos de un método, también denominada tasa de fallos, se expresa habitualmente en forma de porcentaje, que representa el número de embarazos esperados por cada 100 mujeres que usan el método en cuestión durante un año.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Naturales: *Coitus interreptus
* Lavado vaginal
* Ogino-knaus
* Temperatura basal
* Moco cervical ó Billings

Barrera: * Espermicidas
* Diafragma
* Óvulos
* Capuchón cervical
* Esponja vaginal
* Preservativos

Hormonales: *Parenterales: inyectable mensual/trimestral
* Subcutáneos
* Orales: monofásicas y trifásicas
* Anillo vaginal
* Parches

Mecánicos: * DIU

Quirúrgicos: *Vasectomía

*Ligadura de trompas

A continuación mencionaré el significado de cada uno de los métodos anticonceptivos que existen, sus tipos y los inconvenientes de cada uno, según las autoras Esther Sánchez, María Honrubia y Dolores Chacón 2005 (Pgs. 70-93)

MÉTODOS NATURALES

Se les denomina métodos naturales, por no hacer intervenir ni objeto-barrera, ni producto químico, “ya que contrarían la naturaleza en la filosofía femenina, ya que converge para asociar la unión sexual a la fecundación.

Estos métodos también llamados métodos de *continencia periódica*, se fundamentan en el conocimiento de la ovulación, son los únicos métodos de planificación familiar aceptados por la Iglesia católica. Los siguientes métodos fisiológicamente inofensivos, bastante complicados, sujetos a obligaciones e incertidumbres, y en ocasiones los periodos obligados de abstinencia son demasiados difíciles de mantener, ya que resultan frustrantes en el plano sexual y afectivo³⁹.

³⁹ HERNÁNDEZ, Carmela de Pablo. Educación en sexología y sexualidad humana. Editorial Formación Alcalá, Jaén, 2005. P. 282.

Coitus interruptus

- Conocido como marcha atrás
- Es uno de los métodos más antiguos en planificación familiar. Se encuentra descrito en el libro del Génesis
- Consiste en la interrupción del acto sexual eyaculando fuera de la vagina

Inconvenientes:

- El número de errores que comporta es superior al 30%
- Poco recomendable porque puede ocasionar tensiones psíquicas al no poderse realizar una relación sexual coital completa
- Es frecuente en la mujer que aparezcan congestiones pélvicas debido a la insatisfacción sexual que puede producir la utilización de este método

Lavado vaginal

Introducción por vía vaginal de sustancias ácidas mezcladas con agua con el fin de evitar la fertilidad de los espermatozoides

Inconvenientes:

- Es un método pobre de anticoncepción
- La proporción de los fallos es superior al 40%

Ogino-Knauss

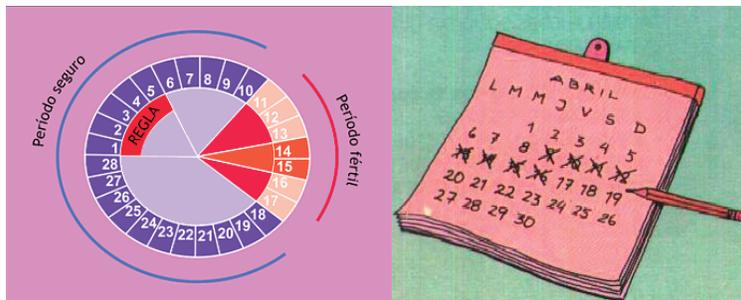
- También llamado método de ritmo
- Consiste en la abstinencia periódica durante el periodo fértil
- Se ha de evitar el coito 48 horas antes de la ovulación y 24 horas después

Inconvenientes:

- La proporción de los fallos varía de 15 al 47 %
- Los mayores fallos se registran entre los adolescentes ya que el ciclo menstrual a estas edades no es regular

Pautas de actuación:

- En una situación ideal la mujer ovula entre el 12 y 16 día antes de que comience el próximo flujo menstrual
- Si se tiene en cuenta que los espermatozoides pueden vivir 3 días en las trompas (tres días después de la ovulación), y el ovulo puede ser fecundable en un tiempo máximo de 2 días, (los dos días siguientes a la ovulación), se puede considerar que el periodo fértil se extiende dando un margen de seguridad de 2 días, entre el 10- y 17- día del ciclo
- Los contactos sexuales serían posibles el resto de los días

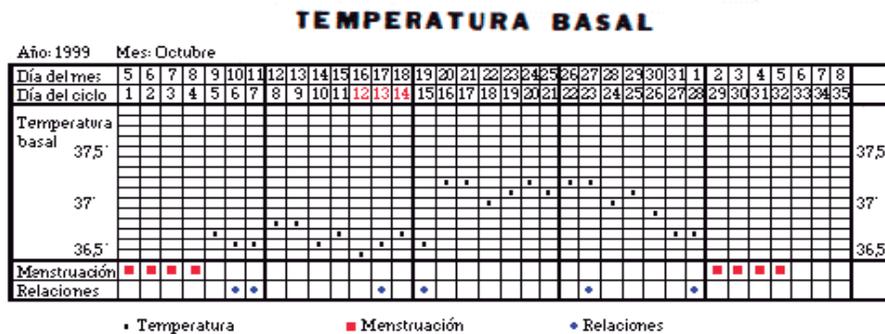


Temperatura basal

- Se basa en el hecho de que la hormona progesterona aumenta la temperatura del cuerpo alrededor de .2°C a .5°C al inicio de la etapa post-ovulatoria infértil y la mantiene elevada hasta su siguiente periodo
- No se puede predecir la ovulación
- Este aumento en la temperatura justo al momento de despertar, nos confirma que la ovulación ya se ha dado

¿Cómo se toma la temperatura?

- Oral: Se coloca debajo de la lengua la punta plateada del termómetro y con los labios cerrados
- Vaginal: El termómetro se inserta dentro de la vagina
- Rectal: Se le pone vaselina o lubricante y se inserta la punta plateada del termómetro en el recto mientras se está recostada de un lado con las rodillas dobladas



Inconvenientes:

- Es un método poco fiable
- Se calcula aproximadamente del 10 al 20 % de fallos
- Es muy engorroso de practicar

Método Billings

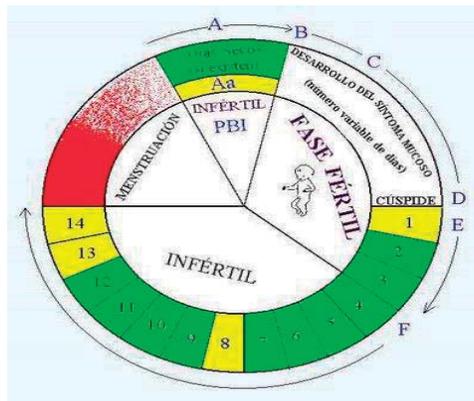
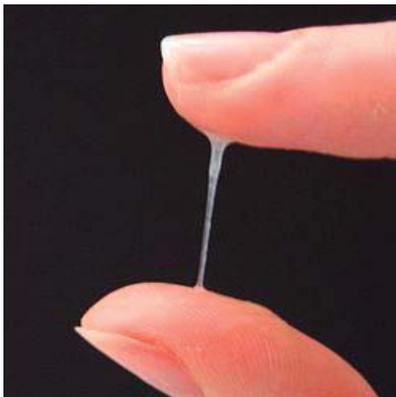
Se basa en la observación de los cambios que ocurren en la mucosidad cervical durante el ciclo menstrual. Podemos dividir el ciclo en tres fases: preovulatoria, ovulatoria, postovulatoria.

Durante el periodo ovulatorio:

- Las glándulas del cérvix segregan un moco que se presenta en forma de líquido transparente y brillante parecido a la clara de huevo
- Se crea una sensación de humedad
- Es el momento de máxima fertilidad

Durante el periodo postovulatorio:

- Se vuelve al patrón de la fase preovulatoria
- Se deben tener contactos cuando aparece el moco espeso, amarillento y pegajoso



MÉTODOS DE BARRERA

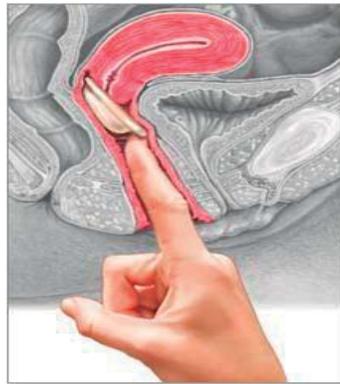
Impiden, sirviéndose de un instrumento intermedio, el contacto entre el óvulo y el espermatozoide.

-Esto quiere decir que antes de cada coito se necesita disponer de estos aparatos.

-Su uso ha ido aumentando debido a que pueden prevenir riesgos de contagio de las enfermedades de transmisión sexual y sobre todo del Sida.

Diafragma

- Semiesfera de látex suave, con el borde circular
- Mantiene su forma por la presencia de un fino aro metálico flexible
- Se introduce por la vagina y se coloca sobre el cérvix antes de la relación sexual
- Actúa como anticonceptivo de barrera impidiendo el ascenso de los espermatozoides hacia el canal cervical
- Se debe colocar el diafragma antes de cada relación sexual
- Existen 18 tallas diferentes numeradas del 55 al 95, los números corresponden a su diámetro en milímetros. Las tallas más utilizadas varían entre 70 y 85



Método de barrera:
El diafragma se ajusta
en el cuello uterino
e impide que los
espermatozoides
entren al útero

ADAM.

¿Cómo se utiliza?

- Debe colocarse antes de cualquier contacto sexual, cualquiera que sea el momento del ciclo
- Siempre ha de ir acompañado de crema espermicida. Aplicándola por ambos lados y por los bordes. Utilizado sin ella pierde eficacia
- No ponérselo antes de cuatro horas de la relación sexual
- No quitárselo nunca antes de pasadas seis horas desde el último coito
- Como medida de higiene no dejarlo puesto más de 24 horas
- No realizar baños vaginales, ni corporales para no eliminar el espermicida
- Después de retirar el diafragma de la vagina se debe enjabonar con agua templada o fría, aclararlo, secarlo, empolvarlo con fécula de maíz (preferible al talco) y guardarlo en su caja lejos de una fuente de calor. No utilizar productos agresivos o perfumados para su limpieza
- Si se cuida bien, el diafragma puede durar un año
- Antes de su utilización, es conveniente verificar su estado mirándolo al trasluz o llenándolo de agua. No debe tener agujeros ni fisuras

Los espermicidas

- Son anticonceptivos químicos que inmovilizan y matan a los espermatozoides
- Hacen de barrera física a su paso
- Se introducen en la vagina antes del coito
- Hay varias formas de presentación: en crema, óvulos (supositorios vaginales), películas solubles, gel y tabletas vaginales.
- Se adquieren en farmacias no precisando receta médica

Es necesario crear un medio muy ácido para que los espermatozoides no vivan, mediante dos mecanismos:

- Destruyendo el esperma en la vagina
- Formando una película que hace más difícil a los espermatozoides traspasar el moco cervical

¿Cómo se utilizan?

- La mujer se lo ha de colocar de 10 a 15 minutos antes del coito, cualquiera que sea el momento del ciclo
- Debe estar estirada y los colocará en el fondo de la vagina, según sean óvulos o cremas
- Tiene una acción de entre ½ hora a 2 horas
- En cada dosis hay exactamente la cantidad de espermicida necesaria para destruir los espermatozoides contenidos en una eyaculación, por eso es necesario renovar la dosis en cada coito
- Abstenerse de todo aseo vaginal o baño algún tiempo antes de poner el espermicida y durante las 8 horas siguientes al contacto sexual. Los jabones destruyen el principio activo del producto

**Tipos de espermicidas*

- Los que se deben utilizar preferentemente con un diafragma, un capuchón cervical o un preservativo

-Aquellos que son eficaces incluso solos

-Algunos de ellos son: las espumas, tabletas espumantes, cremas y jaleas



Los óvulos

- Se han de introducir de 15 a 20 minutos antes del coito
- Se tienen que fundir y distribuir uniformemente sobre el cérvix
- Debe estar el óvulo a temperatura ambiente

El tampón o esponja vaginal

- Son muy antiguos
- Se encuentran escritos de este método en papiros egipcios y en la Biblia
- Está constituido por un disco cilíndrico de formol con una estructura esponjosa
- Se utiliza siempre acompañado de un espermicida
- Su función es la de taponear el orificio cervical e impedir la penetración del semen



El preservativo masculino

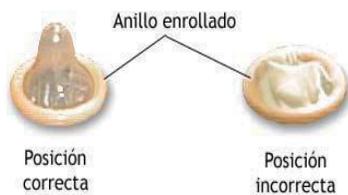
- Es una funda de látex de 16 cm de largo muy fina y muy resistente
- Se coloca sobre el pene en erección para recoger el semen antes que entre en contacto con la vagina
- Termina en un espacio de menor calibre, llamado “reservorio” para evitar la rotura al aumentar la presión durante la eyaculación
- El condón prácticamente no tiene contraindicaciones ni efectos colaterales indeseables, con la única excepción de alergias extrañas a la goma de látex o al lubricante

¿Cómo se debe utilizar?

- Se ha de colocar con el pene en erección, antes de cualquier contacto con la vagina
- Se deja el reservorio libre y sin aire en su interior

- Retirarlo inmediatamente después de la eyaculación, antes de que empiece la regresión de la erección sujetando el borde del condón
- Se ha de comprobar siempre la integridad del preservativo antes de su uso
- La crema espermicida o la saliva son buenos lubricantes

Al colocar el condón, asegurarse de que el anillo enrollado se encuentre hacia fuera



ADAM.



ADAM.

Ventajas:

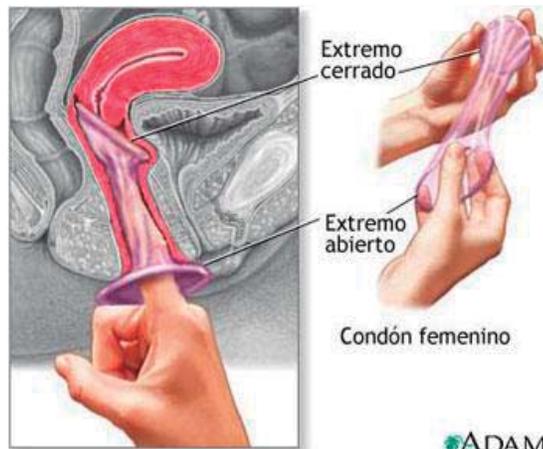
- Es barato y fácil de utilizar
- Protege del contagio por enfermedades de transmisión sexual
- Posee una gran eficacia contraceptiva
- La tasa de embarazos oscila entre 1.5% al 3% al año

Desventajas:

- Se requiere de gran motivación
- Disminuye ligeramente la sensibilidad
- Puede interferir con la espontaneidad de las relaciones sexuales
- En caso de rotura del preservativo es conveniente que la pareja acuda antes de las 48 horas a su médico o a un centro de planificación familiar

El preservativo femenino

- Consiste en una funda transparente de poliuretano que mide unos 17 cm. de largo y 8 cm. de ancho
- Estas medidas son mayores que las de la vagina para facilitar la adaptación a las paredes de la misma
- Consta de un anillo interno que se usa para su inserción y fijación en el lugar adecuado y de otro extremo que queda aplanado contra los labios de la vulva durante el coito
- Se introduce comprimiendo la corona circular interna, que dentro de la vagina recupera su volumen, manteniéndolo tenso y sujeto
- Fuera protegiendo la vulva, queda la arandela exterior, que facilita la extracción del preservativo
- Además de utilizarse como preservativo, se usa en la protección a las enfermedades de transmisión sexual



MÉTODOS HORMONALES

Los métodos hormonales se basan en la administración de esteroides de síntesis, estrógenos y/o progesterona que frenan a nivel del hipotálamo la actividad del ciclo genital

Los anovulatorios orales

Es el método de contracepción más utilizado. Tradicionalmente conocidos como “La Píldora”. Fueron inventados por un biólogo americano en 1956. Al principio contenían gran cantidad de hormonas y eran mal toleradas. En la actualidad existe una gran cantidad de marcas de píldoras que, gracias a la variedad de dosis, permiten una elección adecuada a cada mujer.

La píldora es un anticonceptivo oral que se empieza a comercializar a partir de los años 60. Se presenta en envases de 21, 22 ó 28 comprimidos según las marcas.

Tipos:

**La píldora combinada*

Compuestas de un estrógeno y de un progestágeno (derivado de la progesterona); estas dos hormonas son similares a las hormonas que segregan los ovarios. Son las más utilizadas.

**Las píldoras de progestágeno*

- Sólo contienen un progestágeno en una dosis muy débil. No contienen estrógenos
- Son menos eficaces que las píldoras combinadas
- Son el mejor anticonceptivo oral para las mujeres con alto riesgo vascular y mujeres que están amamantando.
- No permiten ningún olvido
- Deben tomarse aproximadamente a la misma hora todos los días para mantener la máxima efectividad

**Píldora postcoital o del día siguiente*

- También llamada método contraceptivo Yuzpe en el año 1982
- Compuesta de una dosis concreta de hormonas
- Se debe tomar dentro de las 72 horas después de un coito sin protección anticonceptiva
- Su función es de impedir que se produzca un embarazo no deseado

Vía parenteral

Es una opción que se utiliza mucho en los países de desarrollo y en colectivos de discapacitados psíquicos. No son muy utilizados en nuestro entorno. Están constituidos básicamente de gestágenos. Son inyectables que pueden ser aplicados mensual o trimestralmente para impedir un embarazo.

Ventajas:

- Muy efectivo
- Privado. Nadie puede darse cuenta de que una mujer lo está utilizando
- El placer sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo
- Se puede usar a cualquier edad
- No se necesita un cumplimiento importante porque la mujer participa de manera indirecta
- Pueden administrarse durante la lactancia, incluso pueden favorecer la secreción láctea
- No tiene efectos secundarios por estrógenos (ataque al corazón, problemas cerebrales)

Desventajas:

- Es probable que ocurran cambios en el sangrado menstrual
- Puede ocasionar aumento de peso
- No previenen las ETS
- Puede ocasionar dolores de cabeza
- Aumento en la sensibilidad de los senos
- Cambios de humor
- Náuseas

Implantes subdérmicos

Es un conjunto de 6 pequeñas cápsulas plásticas. Cada cápsula tiene el tamaño de un pequeño palillo de fósforo. Las cápsulas se insertan debajo de la piel, en la parte

superior del brazo de la mujer. Liberan muy lentamente la hormona. De esta manera abastecen una dosis constante muy baja.

Actúan:

- Previniendo el embarazo por un mínimo de 5 años. Sin embargo, puede ser efectivo por un tiempo más largo
- Sobre el moco cervical aumentando su intensidad, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides
- Detienen la ovulación (salida de los óvulos del ovario)



Ventajas:

- Muy efectivo
- Protegen contra el embarazo a largo plazo
- Reversible
- Pueden ser utilizados por todo tipo de mujeres y en cualquier edad
- No hay necesidad de tomar ninguna medida en el coito
- Aumento de gozo sexual porque no hay preocupaciones por el riesgo de embarazo
- No hay necesidad de recordar nada

- Efectivos dentro de las 24 horas después de la inserción
- La fertilidad regresa inmediatamente después de que las cápsulas se retiran
- Puede ser utilizado por la madre en la etapa de lactancia a partir de la 6- semana después el parto
- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia del hierro

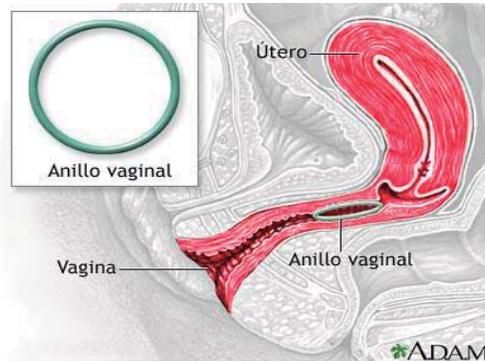
Desventajas:

- Cambios en el sangrado menstrual
- Dolores de cabeza
- Aumento en el tamaño de los ovarios o en el tamaño de los quistes ováricos
- Mareos
- Nauseas
- Acné o sarpullido
- Cambios de apetito
- Aumento de vello en la cara y pérdida de cabello
- Las cápsulas han de ser inyectadas y retiradas por un profesional de la salud capacitado
- No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual

Anillo genital

Es un anillo flexible, transparente, con una membrana de Evatane que controla la liberación de las hormonas desde el anillo. Está concebido para uso de un solo ciclo.

Se inserta en la vagina y allí ha de permanecer durante tres semanas, al finalizar estas es tirado siendo muy importante que se retire el mismo día de la semana que se colocó tres semanas antes.



Ventajas:

- La propia mujer puede insertárselo en la vagina
- Se retira con mucha facilidad
- La concentración hormonal es menor que la que tiene un anovulatorio oral
- Es improbable que la administración de espermicidas u otras sustancias afecte a su eficacia anticonceptiva

Actúa:

- Liberando hormonas diariamente durante 3 semanas consecutivas

Desventajas:

No se debe usar si se da alguna de estas condiciones:

- Si la mujer tiene alteraciones de la circulación
- Si se es diabética y se encuentran afectados los vasos sanguíneos
- Si ha tenido alguna vez una enfermedad grave del hígado
- Si tiene o ha tenido cáncer de mama o de los órganos genitales
- No protege de las enfermedades de transmisión sexual

El parche Ortho Evra

Es un anticonceptivo hormonal semanal, en forma de parche cuadrado adhesivo de 4.5 cm. de longitud y de menos de 1 mm de espesor. Es necesario cambiarlo cada semana durante 3 semanas del ciclo y la 4- semana se descansa del parche dando lugar a la menstruación. Por lo tanto, se cuenta con 3 parches en cada ciclo menstrual. Se aplica sobre la piel limpia, seca y sin vello. En las nalgas, abdomen, parte superior externa de los brazos, parte superior del tronco. No se debe aplicar sobre los senos.

La primera vez que se utiliza se debe poner el primer parche el día 1- de la menstruación. Es importante cambiar el parche siempre el mismo día de la semana siguiente. Si se empieza a utilizar después del primer día de la menstruación hay que utilizar al mismo tiempo otro método anticonceptivo no hormonal durante la primera semana del ciclo.

Se puede mojar, sudar, el calor o la humedad y el ejercicio no afectan la adhesión del parche (superior al 95%)

Actúa:

- Liberando hormonas diariamente durante una semana, cada parche

Ventajas:

- Es de fácil aplicación, sólo hay que presionar firmemente con la palma de la mano durante 10 segundos para asegurar su correcta adhesión

- Se rota en los distintos lugares recomendados de aplicación cada vez que se utiliza un nuevo parche aunque se puede adherir en la misma zona anatómica
- Tiene más de un 99% de eficacia anticonceptiva
- La eficacia clínica se mantiene incluso si se retrasa el cambio de parche durante dos días
- Tiene un buen índice de tolerancia
- Menor frecuencia de amenorrea que los anticonceptivos orales
- No aumenta el peso

Desventajas:

- Si la mujer tiene alteraciones de la circulación
- Si se es diabética y se encuentran afectados los vasos sanguíneos
- Si ha tenido alguna vez una enfermedad grave del hígado
- Si tiene o ha tenido cáncer de mama o de los órganos genitales
- No protege de las ETS

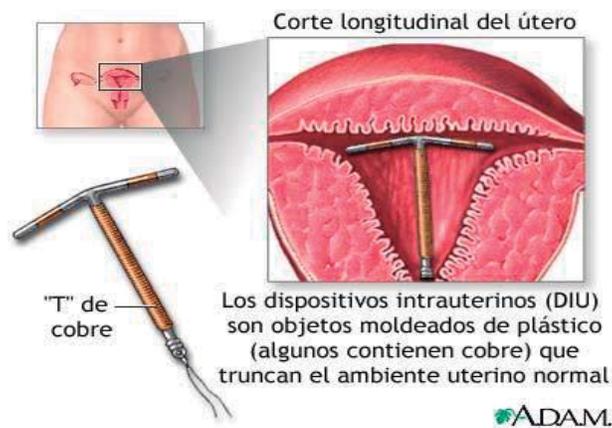
MÉTODOS MECÁNICOS

EI DIU

El dispositivo intrauterino (DIU) es un objeto por lo general de plástico y metal (cobre, plata u oro) pequeño y flexible. Se inserta en el interior del útero a través del cuello.

Actúa:

- Impidiendo el encuentro del óvulo y el espermatozoide
- Como cuerpo extraño en contacto con la mucosa uterina, hace que en esta se produzca una inflamación local que impide que el huevo anide
- Ejerciendo una acción tóxica sobre los espermatozoides y sobre el huevo



Ventajas:

- Larga duración
- Muy efectivo
- La mujer no tiene que preocuparse de recordar ingesta alguna
- No interfiere en las relaciones sexuales
- El goce sexual se ve aumentando porque no hay preocupación sobre el embarazo
- Reversible en forma inmediata
- Puede insertarse inmediatamente después el parto (a excepción de los DIUS que liberan hormonas)
- Pueden utilizarse a lo largo de la etapa de la menopausia (más o menos 1 año después el último periodo menstrual)
- Ninguna interacción con otras medicinas

Desventajas:

- Reglas más abundantes y prolongadas, esto se puede controlar si el DIU colocado es un DIU con progesterona (libera permanentemente pequeñas cantidades de progesterona natural disminuyendo considerablemente la abundancia de las reglas y los dolores mensuales)
- Hemorragias o pérdidas fuera de la regla, pueden presentarse en cualquier fase del ciclo, con mayor frecuencia en periodo ovulatorio o justamente antes de la regla. Contribuye a la anemia
- Dolores: en algunas mujeres el DIU produce fuertes dolores menstruales, debido a una insuficiencia de progesterona o a un aumento de la liberación de las prostaglandinas
- No protege contra las ETS
- Para insertar el DIU se necesita realizar un procedimiento médico, incluyendo el examen pélvico
- Puede haber sangrado y dolor inmediatamente de la inserción del DIU, que desaparece a los 2 ó 3 días
- La mujer no puede interrumpir el uso del DIU por sí misma. Debe ser retirado por un profesional de la salud capacitado
- Pérdida del DIU, se produce relativamente con poca frecuencia, y suele ser entre los dos a tres primeros meses después de su colocación.
- Las mujeres deben verificar la posición de los hilos del DIU de vez en cuando, introduciendo los dedos en la vagina.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Estos métodos como su nombre lo indica, precisan de una intervención de cirugía de menor o mayor dependiendo de las técnicas aplicadas y de si es practicado al hombre o a la mujer. Son también conocidos como métodos de esterilización por su naturaleza irreversible en la mayoría de los casos.

La ligadura de trompas o esterilización tubárica

La esterilización consiste en alcanzar la imposibilidad absoluta o total del embarazo. La ligadura de las trompas es una intervención quirúrgica sencilla mediante la cual se seccionan ambas trompas de Falopio, de forma que los espermatozoides se encuentran con un muro que les impide llegar al óvulo y fecundarlo. Las células germinales, por lo tanto, mueren, y no hay fecundación porque lo que se impide que ambas se pongan en contacto al interrumpirles el camino por el que avanzan.

Ventajas:

- Muy efectivo
- Permanente
- No se tiene que recordar nada
- La ligadura de trompas no afecta a la vida sexual de la mujer, sin embargo, si esta intervención se realiza por vía vaginal deberá evitar el tener relaciones sexuales durante 6 semanas
- La mujer seguirá teniendo ciclos menstruales y las reglas pero ya no podrá quedar embarazada
- El gozo sexual se ve aumentando porque no hay preocupaciones sobre el riesgo del embarazo
- No afecta a la lactancia materna
- No hay ningún efecto o riesgo para la salud a largo plazo

Desventajas:

- Comúnmente doloroso al principio, pero el dolor disminuirá gradualmente después del segundo día

- Requiere un examen físico y cirugía realizada por un profesional de la salud capacitado
- Irreversible
- Ninguna protección contra ETS

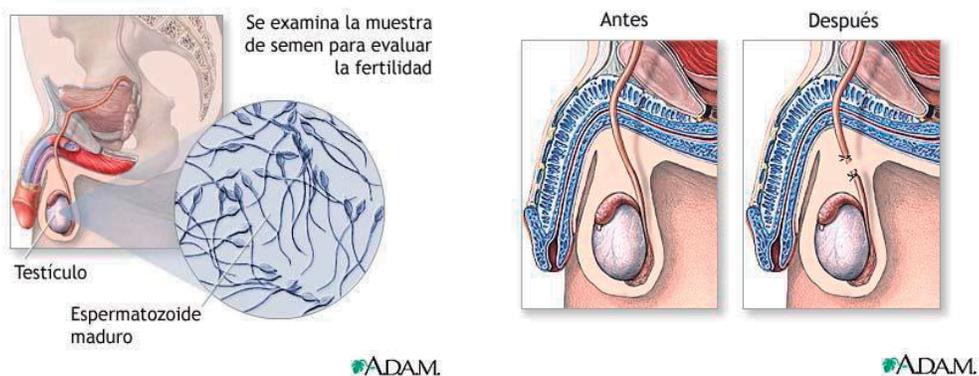


La vasectomía

- También se conoce con el nombre de esterilización masculina o contracepción quirúrgica para hombres
- No es una castración, no afecta a los testículos ni tampoco afecta a la capacidad sexual
- Se lleva a cabo realizando una pequeña incisión en el escroto del hombre (la bolsa de piel que envuelve los testículos) y se ligan o se cortan los dos conductos o canales deferentes que llevan los espermatozoides
- Normalmente la intervención se realiza con anestesia local y dura alrededor de 20 minutos, es poco dolorosa y el hombre puede seguir normalmente sus actividades uno o dos días después
- Aunque la esterilización es definitiva no es inmediata, a diferencia de la mujer que sólo produce un óvulo al mes, el hombre conserva una reserva importante

de espermatozoides que se irá eliminando progresivamente tras varias eyaculaciones

- Lo cierto es que el hombre puede permanecer fértil todavía un mes después de haber realizado la intervención
- La vasectomía no supone ningún cambio en la actividad sexual del varón, las erecciones y eyaculaciones no cambian ni la cantidad de líquido seminal emitido, lo único es que carecen de espermatozoides



Ventajas:

- Muy efectiva
- Permanente
- No hay necesidad de recordar nada. Solo se debe utilizar otro método por lo menos durante los 3 primeros meses después de haberse realizado la intervención
- No interfiere con el sexo, ya que no afecta a la capacidad del hombre para tener relaciones sexuales
- El placer sexual se ve aumentando porque no hay preocupaciones sobre el riesgo de embarazo
- No hay necesidad de ingerir nada, ni de ir a la clínica a revisiones
- No existe ningún riesgo para la salud a largo plazo

Desventajas:

- Generalmente hay un malestar leve durante 2 ó 3 días
- Dolor en el escroto, hinchazón y magulladuras
- Sensación pasajera de desmayo después de la intervención
- Puede haber complicaciones en la intervención de sangrado o infección en el lugar de la incisión o en el escroto, también pueden aparecer coágulos
- No es efectivo de forma inmediata
- Es un método irreversible
- No protege de las ETS

Como vemos, existe una gran diversidad de métodos anticonceptivos los cuales pueden ser elegidos según las expectativas y necesidades de cada persona. En este sentido, la importancia de que los padres de familia conozcan éstos métodos es porque considero que son parte indispensable de la preparación que deben tener, para emprender una conversación continua y veraz con sus hijos, ya que si su hijo tiene dudas o inquietudes sobre las relaciones sexuales, usted podrá tener los elementos necesarios para responder con toda seguridad y certeza; sin mencionar que ésta información también puede ser útil para su vida conyugal.

3.5.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) agrupan todas las enfermedades infecciosas que se transmiten a través del contacto sexual con la persona contaminada.

“Esta vía de contagio puede ser genital (intervención del pene y la vagina), orogenital (la boca se encuentra en contacto con los órganos genitales) y ano-genital (intervención del pene y el ano). Pueden ser causadas por microbios, bacterias, virus u hongos que se pueden asociar entre sí y algunas de ellas pueden afectar a los genitales, la vejiga y la uretra.

Estas enfermedades se desarrollan siempre siguiendo el mismo proceso en tres fases sucesivas: contaminación, incubación y primeros signos de enfermedad⁴⁰.

La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves y más comunes en las mujeres.

Generalmente estas enfermedades crecen en entornos cálidos y húmedos dentro del cuerpo. Se contagian a través de la transferencia de fluidos durante la actividad sexual. Sin embargo, hay algunas que se pueden transmitir por contacto con sangre infectada. Por ejemplo, al compartir una aguja de una persona infectada a otra. Y hay otras enfermedades que pueden pasar de la madre al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

⁴⁰ SANCHEZ RAJA, Esther, HONRUBIA PÉREZ, María, G. CHACÓN SÁNCHEZ, Ma. Dolores. Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005. P. 185.

Es muy importante saber que las Enfermedades de Trasmisión Sexual, no son inmunizantes, es decir, que pueden contraerse varias veces, incluso cuando existan anticuerpos en la sangre y pueden afectar a cualquier tipo de población.

Las ETS son bastante frecuentes en el adolescente y adulto joven por las siguientes razones:

- Los adolescentes están teniendo relaciones sexuales cada vez con mayor precocidad
- Tiene una tendencia a cambiar de pareja con mucha frecuencia
- Generalmente no usan preservativos o espermicidas que los protegen
- Muchas veces están contagiados y no tiene síntomas, lo que los hace portadores de la enfermedad
- Para las mujeres, la tendencia a tener sexo con parejas mayores.
- Usan agujas sucias para inyectarse drogas intravenosas también corren riesgo

Aunque los adolescentes tienden a considerar que el sexo oral es menos riesgoso que las relaciones sexuales, varias ETS, en especial, la gonorrea faríngea, puede transmitirse de ese modo.

A continuación, mencionaré algunos síntomas que nos pueden hacer sospechar si contraemos alguna ETS según las autoras Esther Sánchez, María Honrubia y Dolores Chacón (2005) y que nos pueden ayudar a tener una detección y tratamiento oportuno.

SÍNTOMAS QUE PUEDEN HACER SOSPECHAR UNA ETS EN LA MUJER

- Flujo vaginal anormal
- Dolores pélvicos, (bajo vientre) o lumbares (riñones) fuera del periodo de la menstruación
- Irritaciones o molestias vaginales
- Sensación de ardor al orinar
- Relaciones sexuales dolorosas
- Picores en la zona genital
- Hemorragias intermenstruales
- Fiebre acompañado de alguno de estos síntomas
- Inflamación de uno o varios ganglios en la zona de la ingle
- Aparición de una lesión sobre los órganos genitales: grano, verruga, ulceración
- Vulva dolorosa
- Picores en todo el cuerpo

SÍNTOMAS QUE PUEDEN HACER SOSPECHAR UNA ETS EN EL HOMBRE

- Derrame anormal por el orificio del pene
- Sensación de ardor al orinar
- Descubrimiento de una lesión sobre los órganos genitales: erupción, mancha, enrojecimiento.
- Sensación dolorosa durante los contactos sexuales
- Picor en el pene
- Inflamación de uno o varios ganglios en la ingle

“La ETS más común, de acuerdo a ciertas estimaciones, es el virus del papiloma humano (VPH), que en ocasiones produce verrugas en los genitales. Le sigue la tricomoniasis, que es causada por un parásito microscópico. Tanto el VPH como el herpes genital, una infección viral crónica, recurrente, a menudo dolorosa y altamente contagiosa, han sido asociados, en las mujeres, con una mayor incidencia de cáncer cervical. Las ETS *curables* más comunes en los adolescentes, en especial entre las muchachas, son la gonorrea y la clamidia: Sin embargo, si no se detectan y se tratan, estas enfermedades pueden dar lugar a graves problemas de salud, incluyendo, en las mujeres, la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que es una seria infección abdominal. Además 40 por ciento de los casos de clamidia son reportados entre jóvenes de 15 a 19 años; es decir, más de una de cada 10 muchachas y uno de cada cinco jóvenes son afectados”⁴¹.

En caso de sospechar una ETS, se debe de consultar al médico. Si se confirma el diagnóstico, es importante compartir esta información con el compañero o compañera sexual. En todos los casos de ETS, se recomienda abstenerse de la relación sexual hasta la eliminación completa de la infección.

Como sabemos, las enfermedades (infecciones) transmisibles sexualmente, existen desde el inicio de la humanidad. No existen vacunas para prevenirlas y no respetan género, raza, religión ni posición social.

Lamentablemente estas enfermedades generalmente están vinculadas a prejuicios, información equivocada, miedo, vergüenza, culpa e ignorancia de quien las padece, arrastrando con ello el agravar el problema de su prevención diagnóstico y/o tratamiento por no acudir al médico de manera oportuna.

⁴¹ PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2004. P. 481.

“Los conocimientos del adolescente sobre estas enfermedades son confusos, más relacionados con miedo que con la prevención, lo cual se manifiesta en una alta incidencia de éstas en los y las adolescentes jóvenes”⁴².

Una de las enfermedades de transmisión sexual más temidas tanto en México como en el resto del mundo, por ser la más letal y con más síntomas dolorosos e incómodos, es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que causa el SIDA. Esta puede ser adquirida a través de los fluidos corporales (principalmente sangre y el semen), “por lo general al compartir jeringas para la administración de drogas intravenosas o mediante contacto sexual con un compañero afectado. El virus ataca el sistema inmunológico del cuerpo, dejando a la persona vulnerable a una variedad de enfermedades fatales. Los síntomas del SIDA, que incluyen fatiga extrema, fiebre, inflamación de los nódulos linfáticos, pérdida de peso, diarrea y sudores nocturnos, pueden no aparecer sino hasta un periodo de seis meses a diez años o más después del contagio. En todo el mundo cerca de la tercera parte de la gente que vive con VIH tiene entre 15 y 24 años, y la abrumadora mayoría reside en países en desarrollo”⁴³

A continuación veremos la tabla que resume algunas de las ETS más comunes, así como sus causas, síntomas, tratamiento y consecuencias según la autora Diane E. Papalia (2004).

⁴² MONROY, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Pax México. México: 2002. P. 169.

⁴³ PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2004. P. 482.

ENFERMEDADES COMUNES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ENFERMEDAD	CAUSA	SÍNTOMAS: VARONES	SINTOMAS: MUJERES	TRATAMIENTO	CONSECUENCIAS SI NO SE TRATA
CLAMIDIA	Infección bacteriana	Dolor al orinar, flujo del pene	Flujo vaginal, malestar abdominal+	Tetraciclina o eritromicina	Puede causar enfermedad inflamatoria pélvica o con el tiempo esterilidad
TRICOMONIASIS	Infección parasitaria , algunas veces contraída a través de objetos húmedos como las toallas y trajes de baño	A menudo no se presentan	Pueden no presentarse o incluir flujo vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, mal olor, dolor al orinar	Antibióticos orales	Puede conducir al crecimiento anormal de las células cervicales
	Infección bacteriana	Flujo del pene, dolor al orinar*	Incomodidad al orinar, flujo vaginal, menstruación	Penicilina u otros antibióticos	Puede ocasionar enfermedad inflamatoria pélvica o con el tiempo

GONORREA			anormal+		esterilidad: también puede causar artritis, dermatitis y meningitis
VPH (verruca genitales)	Virus del papiloma humano	Tumores indoloros que usualmente aparecen en el pene, pero también pueden aparecer en la uretra o en el área del recto*	Pequeños tumores indoloros en los genitales y el ano; también pueden presentarse dentro de la vagina sin síntomas externos*	Eliminación de las verrugas, aunque la infección a menudo reaparece	Se asocia con el cáncer cervical. En el embarazo las verrugas se agrandan y pueden obstruir el canal del parto
HERPES	Virus del herpes simple	Ampollas dolorosas en los genitales, usualmente en el pene*	Ampollas dolorosas en los genitales, en ocasiones con fiebre y dolores musculares; las mujeres con úlceras en el cuello del útero pueden no darse cuenta de los brotes	No hay cura conocida, pero se controla con el medicamento antiviral aciclovir	Posible incremento del riesgo de cáncer cervical
HEPATITIS B	Virus de la hepatitis B	La piel y los ojos se tornan amarillentos	Igual que en el hombre	No hay tratamiento específico; no se debe ingerir alcohol	Puede causar daño al hígado y hepatitis crónica

SÍFILIS	Infección bacteriana	En la primera etapa, úlceras color café-rojizo en la boca, los genitales o ambos, los cuales pueden desaparecer, aunque la bacteria permanece; en la segunda etapa, más infecciosa, brotes en toda la piel*	Igual que en el hombre	Penicilina u otros antibióticos	Parálisis, convulsiones, daño cerebral y en ocasiones, la muerte
SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Fatiga extrema, fiebre, inflamación de los nódulos linfáticos, pérdida de peso, diarrea, sudores nocturnos, susceptibilidad a otras enfermedades*	Igual que en el hombre	No hay cura conocida; los inhibidores de la proteasa y otros medicamentos parecen prolongar la vida	Muerte, usualmente debido a otras enfermedades como el cáncer

+Puede ser asintomático

*Con frecuencia asintomático

Como podemos ver, los embarazos no deseados en adolescentes, no es el único asunto que debe preocupar a los padres, sino también las ITS, las cuales pueden afectar a persona de todas las edades, de todas clases sociales, a personas con o sin discapacidad, etc. aunque como grupo, los adolescentes constituyen el segmento más grande en cuanto a nuevas infecciones cada año.

Sabemos que la abstinencia es la mejor manera de evitar embarazos e ITS sin embargo, sabemos que no todos los adolescentes optan por esta decisión, por ello el papel fundamental de los padres es brindar información sobre todos los métodos anticonceptivos que existen, así como de las consecuencias que pueden surgir sin esta protección.

En el caso de que se descubra que su hijo es sexualmente activo, se le puede hacer saber que no es la mejor opción por el momento; es importante dejar en claro el mensaje de que todo adolescente que lleva una vida sexual debe hacerse responsable por reducir al mínimo el riesgo de dichas infecciones y/o embarazos, limitando el número de parejas sexuales, evitando actividades de alto riesgo y practicando un sexo seguro⁴⁴.

⁴⁴ El sexo seguro o sexo con protección consiste en utilizar métodos anticonceptivos y tener un solo compañero sexual monógamo que, de cierto esté libre de ITS. El control de natalidad, cuando se usa conscientemente y con propiedad, es altamente efectivo para evitar un embarazo no deseado.

Capítulo 4.- FORMACIÓN DE LOS PADRES Y PAUTAS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL DE ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

4.1.-COMUNICACIÓN ASERTIVA Y ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN ENTRE PADRES E HIJOS

Para los padres, ver a su hijo convertirse en una persona independiente puede resultar inquietante, pues se vuelve muy común que el adolescente ya no los necesite como antes; que se vuelva huraño y se resista a las manifestaciones de afecto que hasta hace poco buscaba; que se aíse gran parte del tiempo y deje de platicar sus aventuras y desventuras; que los mantenga al margen de sus decisiones y de sus afectos.

El adolescente suele vivir las emociones con una intensidad agotadora y pasar de un extremo a otro en cuestión de segundos. Un simple comentario puede herirlo en lo más hondo, y una llamada telefónica darle la felicidad total. Si le va bien, todo es perfecto; si le va mal, el mundo se hunde. Sus emociones suben, bajan, cambian y se desvanecen.

Si se logra crear un ambiente de comprensión y afecto en el hogar, le será más fácil exteriorizar lo que siente, entenderlo y manejarlo. Todo esto supone saber comunicarnos con él. Para esto, debemos entender que la comunicación no es un simple intercambio de palabras, sino un acto de confianza, sinceridad y entendimiento. Una buena comunicación se logra si escuchamos con atención e interés, y si hablamos con claridad y franqueza. Para comunicarnos tenemos que estar dispuestos a exponer honestamente nuestras opiniones, también aceptar puntos de vista diferentes.

También tenemos que estar conscientes de que además de las palabras, existen otras formas de manifestar lo que sentimos: el tono de voz, gestos, ademanes, silencios y miradas. Es indispensable cuidar esta manera de comunicación, y tratar de que, junto con las palabras, expresen el mismo mensaje de manera coherente.

“Existen varios estilos de comunicación, y quizá los han usado todos, pero hay alguno que se emplea con mayor frecuencia.

La comunicación autoritaria se da cuando tenemos miedo de perder poder y nos olvidamos muchas veces de tomar en cuenta las razones y necesidades de nuestro hijo. Ésta comunicación se vuelve agresiva si nos lleva a ofender, a utilizar gritos, palabras hirientes y hasta golpes para controlar a nuestro hijo. Estas conductas pueden causarle daños graves, y además van creando hostilidad y resentimiento en contra nuestra.

La comunicación pasiva se da cuando evitamos intervenir en cuestiones conflictivas o difíciles con el fin de evitar roces o problemas. Al renunciar a la autoridad perdemos el respeto de nuestro hijo y lo hacemos sentir inseguro, pues no le damos la enseñanza y el apoyo que aún requiere. Desentendernos de nuestro hijo en uno de los momentos críticos de su desarrollo es un riesgo para su seguridad⁴⁵.

Una manera muy destructiva de ser pasivos con los hijos adolescentes es ignorarlos, ser distantes, comportarnos como si no tuvieran que ver con nosotros. La indiferencia de los padres resulta muy dolorosa.

En la comunicación abierta exponemos nuestras ideas y sentimientos, y también consideramos las ideas y sentimientos de nuestro hijo. Elegimos el momento

⁴⁵ RIVERA MENDOZA, Margarita. La sexualidad y su significación en el cuerpo del adolescente. Edit. Miguel Ángel Porrua, México 2007. P. 47-48.

oportuno para expresar lo que queremos; respetamos y nos damos a respetar. Una comunicación abierta hace posible el diálogo con nuestro hijo.

De esta forma es primordial que existan estrategias de vinculación entre padre e hijo, para ello debe existir comunicación afectiva y honesta y con ello un diálogo, aunque hay que reconocer que el dialogar con nuestro hijo no significa sólo hacerle preguntas. Una conversación no es un interrogatorio.

A los adolescentes les molestan las preguntas, suelen considerarlas como una intromisión a su privacidad o como una falta de confianza; sienten que se les está pidiendo cuentas y rara vez contestan con algo más que una palabra, por ejemplo: ¿te divertiste en tu convivio? “Sí” ¿con quién estuviste? “Con mis amigos”. Esta reserva es normal, no significa que nos esté ocultando algo, simplemente no desea hablar con nosotros en ese momento, y aunque nos cueste trabajo aceptar su silencio, lo mejor que podemos hacer es no insistir. Por lo general cuando llega de la escuela o de una reunión con los amigos, el adolescente necesita un tiempo para estar solo y asimilar los acontecimientos del día. Si le permitimos ese momento de aislamiento, es posible que después de un rato quiera reunirse con la familia. Entonces podemos propiciar la conversación empezando por confiarle algo nuestro, hablarle sobre las experiencias del día, sobre alguna idea, acontecimiento, libro o programa de televisión que nos interese.

La adolescencia de su hijo es una buena época para revelarle quiénes fuimos, quiénes somos cuáles han sido nuestros éxitos, fracasos, miedos y alegrías. Los jóvenes aprecian la honestidad de los adultos, aprenden más de nosotros si somos sinceros y vulnerables que si aparentamos ser perfectos.

Platicar anécdotas de nuestra niñez o adolescencia, narrar nuestra historia, hablar de las lecciones que hemos aprendido y de nuestros sueños y planes para el futuro, es una invitación a conversar.

Por otra parte, el respeto es esencial para una buena comunicación, sin embargo el respeto no significa que estemos siempre de acuerdo, pero sí que nos escuchemos, que tanto padres como hijos expresemos ideas y sentimientos sin temor a ser rechazados o juzgados; pero también sin agredir o lastimar a los demás. A menudo, la falta de control del adolescente sobre sus emociones lo hace irrespetuoso. Si queremos enseñarle a comunicarse, no debemos admitir conductas que ofendan a otros, pero tampoco ceder al impulso de responder con el mismo tipo de actitudes.

Cuando su hijo se comporte de manera irrespetuosa es necesario estar preparados para no reaccionar impulsivamente. Es mejor alejarnos y darnos un tiempo para calmarnos y tener claridad respecto a lo sucedido. Después hablar con él claramente y sin emitir juicios: “Me hablaste en forma grosera y ofensiva. No puedo permitir que esto suceda. ¿Quieres decirme que te pasa? No entiendo por qué reaccionaste así”.

En lugar de contratacar, podemos serenarnos, tratar de comprenderlo y darle un modelo de la conducta adecuada, al mismo tiempo que asumimos nuestra autoridad y marcamos límites.

No es fácil lograr este dominio sobre nuestras propias emociones, requiere un gran esfuerzo y un gran amor por nuestro hijo. El desafío es, por un lado, confrontar y corregir los comportamientos irrespetuosos, y por otro, entender y escuchar al adolescente.

Una buena comunicación en la familia prepara al adolescente para establecer relaciones armónicas con sus hijos, sus maestros y, algún día con su pareja y sus propios hijos. Hablar sincera y afectuosamente con su hijo crea lazos que los unirán toda la vida; fomentar una relación cariñosa con él puede hacerle vivir su adolescencia como una de las mejores etapas de su existencia.

La comunicación también ha de basarse en una discusión abierta, carente de juicios, en que ambas partes se muestren respeto. Y esto ha de tener lugar en varias conversaciones, no en una sola. Trate de encontrar momentos adecuados en que pueda hacer llegar el mensaje de que “el sexo es un acto adulto con consecuencias serias, de adultos, tanto físicas como emocionales y que, por lo tanto, exige actuar de forma responsable.

Quizá esto no hará que los adolescentes dejen de tener sexo, pero esforzarse por tener una comunicación abierta y continua logrará trascender en muchos aspectos:

- El vínculo entre padres y adolescentes se fortalece
- Usted se asegura de que su hijo(a) obtenga información confiable y ayuda médica
- Permite que los padres alienten la responsabilidad sexual
- Ayuda a que los adolescentes vean a sus padres como una fuente de apoyo
- Favorece que los padres den a los adolescentes una visión sana de la sexualidad”⁴⁶.

Como hemos visto, las estrategias de vinculación entre padres e hijos se basan principalmente en el amor y el respeto, por ello a continuación señalaré algunos tips que pueden ayudar a conseguirlas o fortalecerlas según los autores Maureen E. Ph. D. y Christina Breda (2010).

- Respete la curiosidad. Por muy tonta que pudiera parecerle alguna de sus preguntas, no se ría. En lugar de hacerlo, reconozca el valor que demuestra preguntar. Podría comenzar con “Esa es una buena pregunta”. Ya que si comienza con expresiones como: “no seas tonto”, o ¿cómo puedes pensar eso?, usted estará garantizando que su adolescente no vuelva a hacerle preguntas. También (y aunque sea difícil en ese momento) es buena idea

⁴⁶ E. LYON, Maureen, PH. D. y BREDA ANTONIADES, Chistina. Mi hijo adolescente ya tiene sexo ¿ahora qué hago? Editorial Santillana, México D.F. 2010. P. p. 36 y 37.

sonreír al adolescente cuando se le habla de sexo. Se sentirá más relajado y estará enviando el mensaje de que, aunque se trata de un tema serio, no hay necesidad de ser solemne.

- Respete su intimidad. Opte por ser precavido al tratarse de las cuestiones que usted cuenta con los demás. Incluso si algo le parece muy gracioso o tierno como para no controlarlo –imagine que su hija de 11 años le pregunta si puede embarazarse con un beso-, tome las cosas con calma y considere los pros y los contras de hacerlo. Y a menos que la seguridad del menor exija la revelación del asunto, respete en todo momento los deseos de su adolescente en cuanto a compartir o no lo conversado con terceros.
- Respete su inteligencia. Si no conoce la respuesta a alguna de sus preguntas, acéptelo. No se trata de una competencia. Usted no tiene porqué ser el más inteligente o él más informado del mundo, pero sí debe ser la persona más interesada en ayudarlo a obtener respuestas. Ofrezca investigar sobre las dudas o ponerlo en contacto con algún experto.
- Recuérdele su amor. Aun cuando los adolescentes hagan algo contrario a los valores de sus padres especialmente en esos momentos, es importante recordarles su amor, respeto y preocupación. Si su adolescente hizo algo que sospecha está mal, sea claro al afirmar que es la conducta y no la persona la que resulta objetable. Y, por supuesto, una de las mejores maneras de demostrar amor es permanecer involucrado en su vida.
- Escuche activamente. Esta es una valiosa herramienta de comunicación. Si escucha activamente, tendrá mejores oportunidades de comprender el significado de lo expuesto, para ello es aconsejable reducir los ruidos en la medida de lo posible para transmitir a su hijo, que es el centro de su atención.
- Este al pendiente de las minucias. Ponga atención al tono con que habla su adolescente, a las palabras elegidas, al lenguaje corporal y demás particularidades.

- Reconozca las emociones de su hijo. Hágale ver a su hijo que es importante para usted y que le interesa lo que tiene o siente. Diga frases como: “Parece que estás enojado”, o “Te ves algo triste”, por ejemplo.
- Procure que siga hablando. Asienta regularmente y válgase de frases como “ya veo”, o “¿y qué dijo luego?”.
- Use un tono de voz neutro. Evite sonar alterado o enojado. Y evite los juicios de valor.
- Sea honesto. Dígale lo que le molesta o no le gusta de tal o cual cosa siempre y cuando sus disgustos estén bien fundamentados. Explíquelo la forma en que usted fue educado, sus costumbres y su forma de pensar en cuanto a la sexualidad y lo que espera de su hijo de tal forma que haya un entendimiento mutuo; dejándole claro que usted sólo quiere lo mejor para él.
- No llegue a conclusiones prematuras. Si deja de escuchar a mitad de mensaje, sólo obtendrá una parte de la información. Escuche al que tiene la palabra sin adelantar conclusiones.
- Guarde sus contrargumentos para después. Dé a su adolescente tiempo para hablar; no ceda a la tentación de corregir falsedades ni responda a las acusaciones hasta que termine.
- Ofrezca su ayuda. Hágale saber que cuenta con usted y que siempre estará ahí para escucharlo y apoyarlo en todo momento.
- También es importante asegurarse de que su adolescente lo escuche, que entienda que está interesado en él y le preocupa lo que le pueda suceder si no cuenta con información veraz y oportuna en el tema de la sexualidad. Si su hijo siempre lo evade y cree que va por un mal camino, busque ayuda profesional.

4.2.- TRADICIÓN/CULTURA VS EJERCICIO RESPONSABLE DE LA SEXUALIDAD

Como sabemos, todos los países tienen culturas y formas de pensar diferentes, por lo tanto, no existe un modo universalmente adecuado de concebir y vivir la sexualidad, pero si hay formas que permiten que su vivencia sea positiva, natural, responsable, libre de culpas, miedos y tabús y dentro de relaciones equitativas, constructivas y de respeto mutuo.

La manera en que cada madre y padre aborde o tome el tema con naturalidad o lo contrario, con restricción o como algo malo e indebido; dependerá en gran parte de su sistema de valores, creencias y en algunos casos hasta de sus experiencias como adolescentes.

Y es que desde que nacemos los padres son quienes nos dan las bases para desarrollarnos psicológica, intelectual, social y emocionalmente; en función de ellas, establecemos relaciones con quienes nos rodean, conocemos e interactuamos de manera positiva o negativa. En relación a la sexualidad, nos familiarizamos con nuestro cuerpo, lo conocemos e interpretamos sus reacciones y vemos nuestros genitales como una parte natural de nosotros mismos. Sin embargo, como ya se ha dicho, el rol de los padres es bastante paradójico porque el tema de la sexualidad es muy complicado; algunos buscan información y maneras de poder entender e instruir a sus adolescentes en dicho tema y otros simplemente evitan a toda costa hablar sobre el tema. Pero la realidad es que aunque los padres pretendan de alguna manera u otra deslindarse, es inevitable que los hijos vayan creciendo y empecen a plantear una serie de cuestiones alrededor del sexo.

A continuación mencionaré algunas posturas que toman algunas personas en relación de la sexualidad de las personas con discapacidad visual, que las pueden o llegan a perjudicar de manera psicológica y social, de acuerdo a algunas creencias.

- Algunos padres de hijos adolescentes con discapacidad visual, son extremadamente sobreprotectores; acto que es de cierta manera entendible, por el hecho de que desde pequeños han tenido una atención más especializada y de cierto modo más apegada a ellos, sin embargo los padres deben entender que sus hijos crecen y que la sexualidad es innegable a cualquier ser humano; que los adolescentes buscan ser más independientes, experimentar y compartir sensaciones y experiencias con respecto a este tema.

Debemos reconocer, que no se puede hacer una prohibición total a sus hijos de poder ejercer libremente su rol sexual, pues para algunos padres, la sexualidad de sus hijos con discapacidad visual, se convierte en un aspecto en donde ellos determinan la forma de manejarlo de principio a fin y en la mayoría de los casos, ni siquiera se contempla como una parte integrante de la persona. Los padres asumen, muchas veces, que su hijo sigue siendo un niño, aunque tenga más de treinta años o que ellos deben asumir la vida de él por completo sin que medie su opinión y su criterio.

- Algunas personas creen que las personas con discapacidad visual son seres asexuales, y es que probablemente que se tenga esa creencia por su afectación no sólo en el aspecto físico u orgánico, sino también y en muchos casos por su afectación psicológica (que de ahí tiene mucho que ver la fuerte discriminación de la sociedad) pueden llegar a tener más dificultad de integrarse a la sociedad, sean más cohibido para expresar o manifestar sus intereses e inquietudes sexuales y probablemente despierte una atracción a la sexualidad más tardía que los adolescentes normovisuales, pero esto no implica que no tengan intereses, dudas y necesidades sexuales; todo lo contrario es doblemente la tarea que hay que realizar en una persona con discapacidad, pues de cualquier forma tenemos que

procurarlos, orientarlos y sobre todo guiarlos en el ámbito de la sexualidad, ya que de no ser, así las consecuencias podrían ser incluso más graves y trágicas para una persona con discapacidad que para cualquier otra persona.

-Algunas personas se refugian en el pensamiento de que no es necesario una educación sexual a adolescentes porque lo relativo a la sexualidad lo puede aprender solos, sobre todo si se sabe que sus compañeros hablan de determinados temas e intercambian información, además de que ciertos temas son tratados también en la escuela ahorrándoles trabajo y preocupación a los padres.

- Algunos padres por ser protectores creen que los hijos no están en edad para hablar sobre temas relacionados a la sexualidad (aunque ya lo estén) porque quieren que todavía sean sus “chiquitos”, porque a veces los subestiman, porque no aceptan que ya están en la etapa de la adolescencia y en otros casos hasta todo los limitan de su capacidad de comprensión y razonamiento.

- Existen otros casos en los que los padres de adolescentes creen que en la escuela les dan la información que necesitan sobre temas de sexualidad sin realmente cerciorarse de que es verdad, también creen que la tienen toda la información que quieren, sobre todo si hoy en día los adolescentes disponen de un mayor nivel de información sexual.

Como podemos ver, muchas veces los padres y la misma sociedad por las costumbres y educación que reciben, ejercen de cierta manera esta violencia hacia las personas con discapacidad al ver estos comportamientos como “normales”, generando muchas veces en los jóvenes, una sensación de bloqueo ante la vida y los convierte en incapaces de enfrentarse a las diversas situaciones sociales.

Pero ante este panorama, es importante recordar que la sexualidad no se puede separar de la persona misma, ya que “es una de las dimensiones fundamentales de los seres humanos, y que implica la integración de los aspectos biológicos,

socioculturales, psicológicos y éticos, que definen y constituyen a la persona como sujeto sexuado, como hombre o mujer” (Salas y Campos, 2002: 19), además es un derecho de todo ser humano y el cual contribuye a la calidad de vida de las personas, de la familia y de la sociedad.

Como ya hemos visto, nuestra sexualidad tiene que ver con la capacidad que tenemos para relacionarnos, sentir, experimentar, expresar, y compartir sentimientos, vivencias, pensamientos, placer sexual y afecto; sin embargo es esta, precisamente, la dimensión que más ha estado atravesada por inhibiciones, represiones, mitos y tabúes a lo largo de la historia.

En seguida veremos algunos mitos que han aparecido a lo largo de la historia en relación de la sexualidad de las personas con discapacidad, citados en el libro “La sexualidad humana de W. Masters y V. Johnson”

- Que son como niños, dependen de los demás y necesitan protección
- Que su discapacidad física genera discapacidad en el entorno
- Que deben hacer su vida y casarse con personas como ellos
- Que si una persona sin discapacidad mantiene relaciones sexuales con una con una persona con discapacidad es porque no puede atraer a individuos "normales"
- Las personas con discapacidad suelen utilizar sus problemas físicos para excitar a sus parejas.
- Que la educación sexual incita a las relaciones sexuales precoces
- Las personas con discapacidad son seres asexuales
- Los padres de niños con discapacidad física no deben darles una educación sexual
- Las personas con discapacidad suelen adoptar posiciones sexuales diferentes al resto de las personas que no tienen ningún tipo de discapacidad
- La discapacidad no integra la lista de perversiones de ninguna corriente o escuela de psicoanálisis
- Discapacidad es sinónimo de perversidad

De acuerdo con lo anterior la sociedad juega un papel muy importante, puesto que la existencia de patrones socioculturales, hace que muchos interioricen los mitos y los estereotipos que coloca a las personas con discapacidad en desventaja y que las limitan para que se asuman como sujetos de derechos. Desde mucho tiempo atrás, esta población se enfrenta con una sociedad que tradicionalmente les ha estigmatizado y que, muchas veces, no está en disposición de asumirlos o reconocerlos en igualdad de condiciones.

Existe otra diversidad de mitos alrededor del tema de la sexualidad en general, los cuales también me gustaría señalar debido a que algunos aún siguen muy vigentes y por tanto, si llegan a oídos de los adolescentes, los padres podrían orientarlos y aclarar estos prejuicios que muchas veces podrían resultar mal intencionados. Algunos de ellos son:

- Durante la menstruación una mujer no debe practicar deportes, ni lavarse el pelo.

Falso, no provoca daño alguno. Las mujeres durante la menstruación pueden participar en sus actividades diarias sin ningún problema.

- La presencia de himen es la prueba rotunda de la virginidad.

Falso, con gran frecuencia esta membrana se ha roto por accidentes en la zona púbica. Por otro lado, existen casos en los que el himen es tan flexible que puede realizarse el acto sexual en forma repetida sin ocasionar la ruptura.

- Una mujer no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.

Falso, si la mujer ha llegado a la pubertad y se encuentra ovulando puede quedar embarazada aun si es la primera vez que tiene relaciones sexuales y aun si no ha tenido su primer periodo menstrual.

- La vagina de la mujer huele a pescado.

Falso, una vagina limpia y saludable no tiene olores a pescado. Sin embargo, infecciones causadas por algunas bacterias pueden causar que la vagina tenga olores fuertes y desagradables. En estos casos, es recomendable acudir donde su médico para una revisión médica.

- Si un hombre se masturba demasiado, tarde o temprano se le acabarán los espermatozoides.

Falso, un hombre adulto produce alrededor de 300 millones de espermatozoides al día y este proceso continúa año tras año hasta la muerte. Los hombres se diferencian de las mujeres, las cuales si nacen con un número determinado de óvulos.

- EL VIH puede pasar por los condones.

Falso, todas las investigaciones han demostrado que los condones de látex son una barrera efectiva con la transmisión del VIH, siempre y cuando éstos sean utilizados de forma correcta. Sin embargo, existen condones que están hechos de algunos órganos animales, los cuales sí contienen poros lo suficientemente grandes para permitir el paso del VIH.

- Tener relaciones sexuales parados u orinar después de tener relaciones sexuales evita que la mujer salga embarazada.

Falso, ninguna de estas actividades evitan el embarazo.

- Retirar el pene de la vagina antes de eyacular es una forma efectiva de prevenir el embarazo.

Falso, el coito interrumpido no es efectivo para prevenir el embarazo. Antes de la eyaculación, se segregan fluidos pre-eyaculatorios que contienen miles de espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y producir un embarazo.

- La masturbación es practicada casi exclusivamente por los hombres.

Falso, según muchos estudios realizados en las últimas décadas un gran porcentaje de mujeres disfrutan de la masturbación.

- Sólo los hombres tienen sueños mojados.

Falso, las mujeres también tienen sueños mojados acompañados muchas veces de orgasmos nocturnos.

- Para disfrutar del sexo plenamente las parejas deben conseguir orgasmos simultáneos.

Falso, los orgasmos simultáneos no son necesarios para tener una vida sexual plena. Por lo contrario, muchas parejas que se esmeran por conseguirlos crean una

presión innecesaria lo cual contribuye a que la pareja no disfrute del momento sexual.

- Una gota de esperma es equivalente a 40 gotas de sangre.

Falso, el semen es producido por los testículos, las vesículas seminales y la próstata y no por la sangre.

- La vasectomía causa impotencia o disfunción eréctil en el hombre.

Falso, la esterilización en el hombre o en la mujer no reduce el deseo ni el desempeño sexual. Es más, al eliminar la posibilidad de embarazo, en muchos casos el deseo y el desempeño sexual se ve incrementado.

- Los hombres tienen deseos sexuales más fuertes que las mujeres.

Falso, el deseo sexual varía de persona en persona y no está sujeto al sexo de la persona. En general el deseo sexual es igual en ambos sexos.

- El sexo anal o el estímulo en la zona anal, es sólo practicado por los homosexuales.

Falso, el sexo anal o el estímulo en la zona anal es practicado también por muchas parejas heterosexuales.

- La educación sexual en los colegios sólo conduce a la promiscuidad.

Falso, estudios realizados en los últimos años demuestran que la educación sexual no conduce a la promiscuidad. Antes de que se impartieran clases de educación sexual en los colegios, ya existían un gran número de personas promiscuas. Según varios estudios, la educación sexual ha ayudado a reducir estos números. Por último, la educación sexual ayuda a los jóvenes a desarrollar actitudes positivas y saludables hacia la sexualidad, además de promover las relaciones interpersonales las cuales ayudarán a desarrollar armoniosas vidas familiares.

- Si se tienen relaciones sexuales sin protección en un jacuzzi, la mujer no puede quedar embarazada debido a que el agua caliente mata a los espermatozoides.

Falso, los espermatozoides pueden pasar del hombre a la mujer sin tener contacto con el agua. Además, hay que recordar que la temperatura del cuerpo humano es de 37° C.

Como podemos ver, la misma cultura se ha encargado de hacer construcciones erróneas respecto de la sexualidad, de transmitir y reproducir muchos prejuicios e ideas distorsionadas en torno a este tema y a su educación y sobre todo ante las personas con discapacidad; por ello estamos ante un problema complejo y definido por la estructura social, porque la cultura es determinante en la conformación de la sexualidad. De ahí que, los padres de familia que se criaron en una sociedad diferente y a veces distante, de la de sus hijos, traten de educarlos de la misma forma como los criaron a ellos y de transmitirles sus mismos valores y enseñanzas. Debido a ello y de manera consciente o no, ellos interactúan con sus hijos de acuerdo con su propia concepción y visión de mundo; lo que no les permite, muchas veces, educar adecuadamente a su hijo, en asuntos tan delicados como la sexualidad.

Pero sería importante hacer un paréntesis y preguntarnos ¿existe diferencia entre educar en la sexualidad a los adolescentes con discapacidad y a los demás adolescentes?. Obviamente que no, por lo tanto no se debe hacer distinción entre unos y otros. Pero ¿En qué implicaría educar en la sexualidad al adolescente? Necesariamente en enseñarle con claridad las reglas sociales de amistad, de convivencia coherentes con valores como el respeto, la dignidad y comportamientos sexuales que no le lleven a la marginación. Por otra parte, la educación sexual debe brindarles fortaleza y servirles de herramienta que les ayude a evitar caer en situaciones o relaciones poco sanas y violentas tales como: embarazos no deseados o a temprana edad, abortos, enfermedades de transmisión sexual o compromisos forzados como el matrimonio o cualquier tipo de unión.

Ante este panorama y como ya la mencioné, se ha podido comprobar que la comunicación juega un papel muy importante, debido a que si la familia del joven es comprensiva y propicia espacios para la discusión y resolución de los asuntos propios de cada uno de sus miembros y se constituye en un apoyo, más que un obstáculo, al joven, necesariamente, le será más fácil afrontar esos cambios de personalidad y poder llegar a configurar una identidad positiva, desde donde se sienta seguro para poder tomar decisiones acertadas, enfrentar sus propios conflictos y darles una solución satisfactoria y acorde con su deseos la familia debe procurar los medios para establecer una comunicación alternativa y eficaz, que le permita expresar sus dudas, preguntas, necesidades e inquietudes y de manera conjunta trabajar orientados hacia un objetivo claro: obtener siempre una respuesta correcta, satisfactoria y adecuada para cada pregunta, logrando con ello la expresión de su sexualidad de una manera más gratificante, responsable y sin prejuicios, con lo que se lograría, además, que ejerzan su derecho y que se conviertan en personas incluidas en la sociedad.

4.3.- IMPORTANCIA Y ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN DE PADRES DE HIJOS CON DISCAPACIDAD VISUAL EN EL TEMA DE LA SEXUALIDAD

Como sabemos, los padres empiezan a hablar y mandar mensajes sobre sexualidad a sus hijos desde que nacen y muchas veces no se dan cuenta de ello. Los visten distinto en función de si son hombres o mujeres, llenan su cuarto de juguetes “masculinos” y “femeninos” y hasta les hablan diferente según su sexo. Sin embargo, cuando son pequeños es cuando más dependen de la información y orientación sexual que los padres le brinden.

Cuando los niños empiezan a descubrir su cuerpo, con frecuencia reaccionan diciéndole “no te toques”, “déjate ahí”. Asocian los genitales con suciedad y empiezan a ponerles nombres distintos de los reales. Les enseñan los nombres de las partes de su cuerpo: cabeza, ojos, nariz, boca, ombligo, y de pronto... se brincan a las rodillas y los pies. Pareciera que los genitales no existen o se refieren a ellos como “eso”, “ahí abajo”, “pajarito”, “donde te platique”, “el ya sabes”, etc. Es decir, desde niños vamos borrando los órganos sexuales de nuestro esquema corporal y se nos presentan como una parte molesta o incómoda que nos impide vivir la sexualidad con naturalidad y responsabilidad en la adolescencia y en la edad adulta.

Por lo regular, preferimos no mencionar los nombres de los órganos sexuales porque nos parecen palabras “fuertes” o inadecuadas para un niño. La cuestión aquí es... que la carga de las palabras (por ejemplo pene o vulva) la ponemos nosotros los adultos, pues para un niño esas palabras no suenan distintas o más complicadas que oreja u ombligo. Son generalmente los adultos, quienes ponemos esas barreras según nuestra cultura, lo que hemos aprendido o la manera en que a nosotros nos educaron; sin embargo, tenemos que reconocer que año con año la cultura cambia y que tenemos que crecer junto con nuestros hijos, actualizarnos, informarnos y darles una orientación sexual oportuna.

“Ayudar a los hijos a estar preparados para tomar decisiones sobre su sexualidad y sus relaciones interpersonales no se logra sentándonos con ellos un día a hablar de las abejas y las flores, o sólo diciéndoles que cuando vayan a tener relaciones usen condón o que frente a una posibilidad así deben negarse. El aprendizaje de la sexualidad es parte de un proceso que inicia en la infancia. Los niños y jóvenes van aprendiendo sobre su cuerpo, a tomar decisiones adecuadas según su edad, a respetar, a ser responsables a tener seguridad en sí mismos y otras muchas cosas más”⁴⁷

En especial, cuando un niño o una niña pasan a la escuela secundaria, el enfoque de su educación sexual ha de modificarse de manera importante. A partir de la pubertad, el énfasis pasa de dar información sobre la sexualidad a enseñar qué hacer con la sexualidad.

Los adolescentes necesitan información y orientación, sin embargo en la actualidad, los jóvenes están expuestos a una estimulación intensa y a una excesiva información sobre sexualidad proveniente principalmente de iguales y de los diversos medios de comunicación. Por ello es necesario contrastar estos datos, muchas veces deformados o inexactos, con otras explicaciones más sensatas y confiables.

Es muy entendible que la sola idea de hablar de sexualidad con los adolescentes puede resultar muy difícil e inquietante; del mismo modo que sus conductas y preguntas nos sorprenden, algunas veces nos incomoden y otras tantas nos confronten con nuestra propia sexualidad, por ello, la importancia recae en estar preparados e informados para tal situación, que los padres no se sientan frustrados o inseguros de no contar con la información necesaria para responderles y aclarar sus dudas porque a ellos no les hablaron mucho del tema.

⁴⁷ HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005. P. 15

Otra de las intenciones e importancia como ya lo vimos, es eliminar el tabú de que si se les habla de sexualidad a los hijos, van a despertar más su curiosidad y esto los llevará a buscar ese tipo de actividades sexuales. Sin embargo, esto no es así, al contrario, lo que se pretende a través de esta información es hacerles ver que “cuando los jóvenes reciben una educación completa de la sexualidad esperan más tiempo para iniciar sus relaciones sexuales y son más propensos a utilizar anticonceptivos una vez que los tienen, es decir, se preparan para vivir su sexualidad de manera más responsable”⁴⁸.

En algunos casos, los padres evitan hablar de dicho tema porque tienen la impresión de que todavía les falta mucho a sus hijos para que inicien su vida sexual y ante el temor de provocar que este momento se adelante, evitan hablar del tema. No obstante, muchas veces ignoramos que ellos ya empezaron a tener experiencias eróticas y se enfrentan a ellas con las pocas herramientas con las que cuentan. En otros casos, “confrontar la adolescencia de sus hijos detona una lucha emocional que tiene que ver muchas veces, con las experiencias del padre que con la del joven”⁴⁹.

Ahora bien, hablar de sexualidad con sus hijos adolescentes con discapacidad visual resulta una tarea doblemente difícil para algunos, ya que han tenido que guiar su desarrollo y darles el apoyo emocional, psicológico y/o médico desde pequeños y ahora el acompañarlos en esta transición de niños a jóvenes, no les resultar nada fácil.

En este sentido, el vínculo entre padre-hijo es esencial sobre todo porque los adolescentes ven a sus padres como un ejemplo a seguir (consciente o inconscientemente) y perciben y aprenden acerca de su propia sexualidad a través de ellos.

⁴⁸ Ibid. P. 14.

⁴⁹ E. LYON, Maureen, PH. D. y BREDA ANTONIADES, Cristina. Mi hijo ya tiene sexo. ¿Ahora qué hago?. Editorial Aguilar. 1- edición, agosto 2010, México. P. 36.

Para muchos jóvenes con discapacidad visual, los años de la adolescencia pueden estar particularmente cargados de emociones, ya que luchan con todos los aspectos físicos y psicológicos de ese período (como cualquier otro adolescente) así como con temas relacionados con la discapacidad visual. Oír que los compañeros hablan de manejar vehículos o de otras actividades sociales en las que no participan, puede hacer que se sientan perturbados o afligidos. En este sentido, los desafíos de conquistar y tener citas pueden parecer muy difíciles y hacer que se sientan inseguros de ellos mismos y de su atractivo, impidiendo acercarse a personas del sexo opuesto y mucho más de conseguir una pareja. Para ello, los padres pueden proporcionarle apoyo emocional a su hijo haciéndole saber cuánto les importa y que pueden hablar con ellos de cualquier cosa, en cualquier momento. Háganle saber que no están ahí para juzgarlo, sino para escucharlo y apoyarlo.

A continuación señalaré algunas estrategias dirigidas a los padres, para que puedan tener un mejor acercamiento con sus hijos y lograr un vínculo más estrecho de amor y confianza; con el fin de facilitar la comunicación en el tema de la sexualidad, algunas de ellas consultadas de las autoras Maureen E. Lyon, Ph. D. y Cristina Breda Antoniades (2010).

* Integrar la sexualidad desde las primeras etapas de la vida⁵⁰.

Para que en la vida adulta los niños y los jóvenes puedan tener una sexualidad sana es importante que la vayan integrando desde las primeras etapas de la vida, es decir, “que desde pequeños puedan estructurar un esquema corporal completo en el que estén incluidos los genitales. Al percibir su cuerpo y su sexualidad como adecuados, se apropiarán de éstos y les será más fácil decidir sobre ellos y asumirlos de manera constructiva. Esto redundará en el desarrollo positivo de su autoestima y de la propia imagen como hombres o mujeres, lo que sentará bases

⁵⁰ Aunque este taller está dirigido principalmente a padres de hijos adolescentes, es importante mencionar este punto, ya que puede ser de ayuda, el que cualquier lector sin o con hijos más pequeños puedan informarse y estar preparados ante tal situación.

más sólidas para que establezcan buenas relaciones interpersonales. Al asumir su sexualidad como algo positivo, se sentirán con derecho a disfrutar de su cuerpo y de sus sensaciones y podrán hablar del tema, preguntar cuando tengan dudas y protegerse cuando sea necesario”⁵¹.

Por otra parte, los padres deben de responder a las necesidades y al nivel de curiosidad de cada niño en particular, ofreciendo ni más información ni menos de la que el niño pregunta y tiene la capacidad para entender. Puede ser de mucha ayuda asistir a cursos, pláticas o pedir consejo a pediatras, médicos de familia o cualquier otro profesional de la salud. Los libros que usan ilustraciones o diagramas pueden ayudar en la comunicación y el entendimiento.

Los niños tienen distintos niveles de curiosidad y de entendimiento dependiendo de su edad y nivel de madurez. A medida que crecen, los niños frecuentemente preguntan más detalles acerca del sexo.

* Respetar los valores del adolescente

Los padres y maestros pueden alentar a los adolescentes a desarrollar valores al conversar hondamente con ellos sobre el sexo y las relaciones. Esto no significa que los debemos obligar a adoptar nuestros valores, aunque es muy probable que estos valores sean, precisamente, los que nosotros deseamos transmitir al adolescente; sino que ellos deben determinar por sí mismos qué les parece “incorrecto” para evitar o dejar esas conductas, o qué les parece “correcto” para guiar su conducta de manera responsable.

⁵¹ HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005. P. 17

* Tomar en cuenta el contexto

Para ejercer una influencia real sobre las decisiones sexuales de los hijos, se debe saber qué sucede en su vida. Un factor determinante para obtener una buena comunicación con ellos, tiene que ver con el tipo de relación que existe entre ambos. Si no se ha sostenido una conversación abierta, franca y respetuosa sobre la actividad sexual pasada del adolescente, es poco razonable creer que se sentará así como así a conversar tranquilamente acerca de este tema en particular. Nada impide que el adolescente acepte la plática sin objeciones, pero incluso esta apertura puede resultar sospechosa o incómoda, dado el cambio tan drástico. Se debe ser paciente, explicar las razones para no hablar del tema en el pasado y poner en práctica todos los tips aquí recomendados.

* Trabajar en el tema de la aceptación

Conforme se va observando al adolescente crecer, es más probable que se deba aceptar su independencia; de lo contrario, se puede correr el riesgo de afectarlo por entero. Sabemos todavía tienen influencia en él o ella, pero en realidad se estaría entrando en una etapa de la vida en que la negociación se vuelve norma; no debemos esperar dar órdenes para verlas cumplidas sin más ni más.

Es importante influenciar en los adolescentes para procurar que tomen decisiones informadas, para ayudar a que desarrollen valores y para que se sientan apoyados por el sólo hecho de que estemos ahí, listos para afrontar cualquier situación. Ser padres de adolescentes sexualmente activos implica darles tiempo y libertad para tomar decisiones correctas sin dejar de proveer límites y demás elementos necesarios para su seguridad. Al igual que sucede en todo aspecto relacionado con ser padre de un adolescente, se recomienda que se adhiera a tres principios básicos: respetar la independencia del adolescente, ser justo y honesto.

* Compartir pero con cuidado

Es importante reevaluar las emociones y sistema de creencias, pero es normal que, llegado el momento, se sienta la necesidad de hablar con alguien. Ya se trate del otro padre del adolescente, de un amigo de la familia o de cualquier otro adulto, el tener un hombro en que llorar o tener un confidente es fundamental para obtener apoyo emocional.

Para algunos padres, la solución reside en buscar a alguien confiable que no sea muy cercano al adolescente. Sin embargo, es muy posible que se presenten asuntos penosos e íntimos, por lo cual, se debe estar obligado a proteger la intimidad del adolescente y a comprometerse a no traicionar su confianza.

Por lo general, las parejas comparten valores esenciales, pero eso no significa que los dos reaccionarán de la misma manera al enfrentarse a la sexualidad del hijo o hija. Es normal que, en una situación determinada, uno de los padres sea más protector o presente objeciones morales más contundentes que el otro.

Si como pareja, no se logra llegar a un acuerdo respecto a cómo educar al adolescente sexualmente activo, es razonable procurar hacer las cosas solo o buscar ayuda externa. En cualquier caso, la clave consiste en resolver primero su propio conflicto, de manera que no afecte la interacción con el adolescente para que logre ayudarlo eficazmente. Los cursos o terapia de pareja ayudan a que los padres superen sus conflictos personales.

* Se debe controlar la situación

Comprender o controlar las emociones es increíblemente importante si se desea tener una conversación respetuosa, razonada y efectiva. Esto podrá dar buenas posibilidades de influir positivamente en el adolescente y ayudarlo a convertirse en un adulto saludable, responsable y feliz.

* Hablar con los hijos acerca del amor, la intimidad y el sexo

Los padres pueden ayudar mucho si crean una atmósfera positiva en la cual se pueda hablar con sus hijos acerca de estos temas. Sin embargo, muchos padres evitan o posponen esta discusión.

Los niños y adolescentes necesitan información y dirección de sus padres para ayudarlos a tomar decisiones saludables y apropiadas con respecto a su comportamiento sexual, ya que pueden estar confundidos y estimulados en exceso por lo que escuchan de los amigos y medios de comunicación. Hay que recordar que la información sobre el sexo obtenida por los amigos, puede a menudo ser inexacta y/o inapropiada.

* Aceptar la sexualidad de los hijos

No se debe sentir culpa o inseguridad de hablar con los adolescentes de sexualidad, tome en cuenta que es necesario e importante transmitir valores acerca de este tema, si cree que no sabe lo suficiente de sexualidad para ofrecer a los hijos una orientación adecuada, busque asesoría o información, recuerde que la mejor manera de ayudarlos es hablando con ellos y haciéndoles ver las consecuencias de sus actos.

* Es importante hablar acerca de las responsabilidades y consecuencias de tener una vida sexual activa

El embarazo, las enfermedades transmitidas sexualmente y los sentimientos o emociones acerca del sexo son temas importantes que deben de ser discutidos. El hablar con los hijos puede ayudarlos a tomar las mejores decisiones sin sentirse presionados para hacer algo antes de que estén listos. Si se ayuda a que los jóvenes entiendan que éstas son decisiones que requieren madurez y responsabilidad, se aumenta la probabilidad de que escojan las decisiones buenas o correctas.

Los adolescentes tienen la capacidad para hablar acerca de amoríos, del sexo y las relaciones amorosas. Ellos pueden necesitar ayuda para lidiar con la intensidad de sus emociones sexuales, su confusión con respecto a su identidad sexual y su comportamiento sexual en una relación. Las preocupaciones acerca de la masturbación, la menstruación, las medidas contraceptivas, el embarazo y las enfermedades transmitidas sexualmente son comunes. Algunos adolescentes también batallan con los conflictos acerca de los valores familiares, religiosos o culturales. La comunicación abierta y la información precisa que brinden los padres aumenta las probabilidades de que los adolescentes pospongan el sexo y de que usen los métodos apropiados de control de la natalidad una vez que comiencen su vida sexual.

* Analizar su contexto y actuar

En muchas ocasiones, los hijos no preguntan a sus padres acerca de la sexualidad o sobre algún tema con relación a ella, sin embargo no quiere decir que no les interese o inquiete y mucho menos que no necesiten aprender. En este sentido, podemos contarles lo que pensamos que necesitan saber sin esperar a que

pregunten. También es cierto que algunas cosas ya las sabrán, y por ello, conviene reconocérselas.

Es importante saber que es frecuente que los adolescentes finjan desinterés por lo que les contamos, o comenten que “ellos ya lo saben todo”. No obstante, a pesar de estas muestras de desinterés, la mayoría de las veces escuchan y atienden a lo que les contamos (y con el tiempo lo agradecen). En muchos casos, este aparente desinterés es una “pose”.

Si cuesta sacar el tema, se puede comprar algún libro de educación sexual apropiado para su edad y regalárselo. Por cierto, si les facilitamos algún material (folletos, libros, etc.), es posible que no lo lean delante de nosotros, o muestren desinterés, pero es bastante probable que cuando no estemos presentes, lo lean, y agradezcan (a veces en secreto, y a veces con un poco de retraso) nuestro interés. El objetivo es “abrir puertas”, para que, cuando quieran contar con nosotros/as, sepan que estamos ahí...

* Aprovechar los momentos cotidianos

Cuando aparezca la oportunidad de hablar de sexualidad con los hijos, hágalo y procure demostrarle su cariño con sonrisas, contacto visual, abrazos y besos (en privado si lo prefiere), pero además su amor incondicional

* Imponer reglas y límites

Aplique castigos o llamadas de atención razonables cuando violen las reglas, corrigiéndolo sensitivamente y en privado. Pero también, permítale aceptar el

fracaso como parte natural de la exploración y el aprendizaje, déjelo que cometan errores y aprendan de la experiencia

* Dar responsabilidades, según su madurez y capacidades

Procure evitar presionarlo con expectativas no razonables basadas en nuestras propias aspiraciones. Permita que expresen sus pensamientos y sentimientos confirmándolos como válidos.

* Servir de buen ejemplo

Si un hijo se desarrolla en un hogar de paz, tranquilidad, amor y donde los padres sirven de buen ejemplo de cómo lidiar con las tensiones con conciencia, paciencia, calma y se relaciona de manera respetuosa y responsable con los demás, es muy probable que el adolescente aprenda mucho de ello y vaya hacia el mismo camino.

* Ayudar a comprender sus emociones y controlar su comportamiento

Hay que ayudarlo a entender el proceso de crecimiento y sobre todo el proceso y consecuencias físicas, psicológicas y hormonales por las que pasan cuando llegan a la pubertad, de modo que él pueda entender más este proceso. Platicar de nuestras experiencias puede ayudar a desarrollar destrezas de comunicación y a enseñarles a ser afirmativos por ejemplo: “Me siento x cuando haces y. Quisiera z.”

Lo que nunca debe olvidar es ofrecer dirección y guías, apoyarlo en sus decisiones, contarle honestamente de nuestra juventud, involucrarse en su educación, alentarlos a esforzarse y a no abandonar sus estudios y sobre todo, felicitarlos por sus

esfuerzos, pues también debe apreciar y reconocerle cuando actúa con empeño y dedicación.

* Buscar apoyo o ayuda profesional cuando los hijos o el padre la necesiten

Asegúrese de que el adolescente no tenga que enfrentar las situaciones difíciles solo. Y si como padre no puede ayudarlo con el problema, busque ayuda, recuerde que los adultos tampoco tenemos que enfrentar siempre las situaciones difíciles solos, sobre todo en temas como las drogas, embarazos no deseados, pandillas, etc.

* Enfatizar sus talentos más que sus debilidades, y no compararlo con otros adolescentes

Debemos enfatizar en animarlo a competir como diversión, a seguir reglas de compañerismo en lugar de ganar a toda costa. Escucharlo atentamente con los oídos, ojos, y corazón

* Evitar la censura

Pensar que si su hijo(a) llega a hacerle una pregunta que considera “pasada de tono” es porque en algún lugar la escuchó y no resulta conveniente que le demos una tónica de “malo”, “cochino” o “pecado” a sus dudas. Nuevamente insisto en la importancia de la escucha.

Trate de contestar todo lo que le preguntan de forma serena, pausada y siempre con la verdad. La relación entre padres-hijos se fractura significativamente cuando alguna de las partes se siente engañado o traicionado.

* Orientarlos a tener vida social y tener citas

Algunas de las emociones de los adolescentes relacionadas con el hecho de su discapacidad visual, pueden derivar de los desafíos que enfrentan en sus relaciones sociales, tanto en las de amistad como en las de tipo sentimental. Pueden sentir que se quedan afuera o tal vez duden de su capacidad de atraer amigos, así como relaciones más cercanas. Ayudarlos a desarrollar estrategias para hacer y mantener amistades es significativo para su bienestar emocional general. Trabajar con ellos en el tema de cómo lucir atractivos es importante también. Invertir tiempo en analizar el tema de cómo cortejar y actuar con miembros del sexo opuesto y hacer un juego de roles sobre eso, puede hacerle aumentar mucho la confianza en sí mismos.

Como todos los adolescentes, sus hijos pueden tener sentimientos confusos con respecto a su futuro. Por una parte, puede querer apresurarse a terminar la escuela secundaria para poder irse de casa y vivir por su cuenta. Por otra, puede sentirse inseguros acerca de lo que va a hacer después de la secundaria. Necesitan que les aseguren que a la mayoría de los adolescentes les pasa lo mismo.

* Enseñarles a enfrentarse a la “presión” del entorno

Mostrarnos comprensivos e intercambiar impresiones con los hijos sobre las presiones a las que se ven sometidos, es la mejor manera de completar la información que reciben de otras fuentes, y de permitirles tomar sus propias decisiones de forma razonada, superando la presión del entorno. Esta presión crea

muchos sentimientos contradictorios en los adolescentes. Piensan que su pareja y la mayoría de los amigos de su círculo ya han tenido relaciones sexuales, cuando en muchas ocasiones no es así, o que dar ese paso ya les convierte en adultos, cuando en realidad esperar a estar emocionalmente preparados es la verdadera prueba de madurez.

* Orientarlos a disfrutar de una sexualidad responsable

La responsabilidad de emplear los medios preventivos adecuados es algo compartido entre las dos personas que componen la pareja. Los adolescentes deben asimilar que el acuerdo mutuo de la pareja por emplear anticonceptivos y preservativos es una parte tan importante de la relación sexual como sus aspectos físicos, así como un signo claro de madurez. En este sentido, es importante que los padres traten de acercarse con sus hijos, los orienten a que conozcan todos los métodos anticonceptivos que hay o si les cuesta hablar de ello, pueden obsequiarles folletos o libros acerca de éstos temas dejándoselos en su habitación, por ejemplo.

Es importante reconocer que no sólo es necesaria una educación sexual a los adolescentes, sino a todas las personas en general pues muchos olvidamos que la educación sexual también tiene que ver con una visión integral de la vida y los valores, es decir, implica fomentar en los hijos y en las demás personas, el respeto a todos los seres humanos sin hacer diferencias por el género o la preferencia sexual. Hombres y mujeres, heterosexuales y homosexuales, son igualmente dignos de aprecio y consideración, al igual que las personas con alguna discapacidad.

La expresión de la sexualidad corresponde a la persona completa, a su visión del mundo, a su manera de comunicarse y relacionarse, al concepto que tiene de sí misma, a su proyecto de vida y al compromiso con ese proyecto.

La educación sexual está vinculada con la responsabilidad; por lo que el padre debe ayudar a su hijo(a) a desarrollar la capacidad de responder con acciones de una manera adecuada y oportuna, y a cuidar su integridad y la de las personas con las que se relaciona.

Por lo tanto, hablar de sexualidad con los hijos se ha convertido en una necesidad fundamental para su seguridad y felicidad, pues el mundo actual de los adolescentes es riesgoso; tienen mucho de qué protegerse y mucho de qué perder; no educarlos consciente y abiertamente en este aspecto los hace vulnerables a las presiones de su medio.

Es una gran responsabilidad ayudar a sus hijos a formar su criterio y proporcionarles herramientas para saber reconocer lo que es correcto y valioso para ellos, decidir con consciencia y evitar una actividad sexual irreflexiva que los lleve a situaciones que no desean.

Resulta muy útil que conversen con su pareja y se reúnan con otros padres para intercambiar ideas y reflexionar a fondo sobre su postura ante la sexualidad, asistir a pláticas de expertos en estos temas y leer libros. Por ello la importancia de dicho taller, pues se tiene que estar informados y preparados para presentar una posición coherente y bien fundamentada ante sus hijos y responder a sus inquietudes con argumentos convincentes y orientaciones útiles.

4.4.- CONSECUENCIAS EN LOS ADOLESCENTES A RAÍZ DE LA FALTA DE EDUCACIÓN SEXUAL OPORTUNA Y VERAZ

.Este tema implica varias cuestiones, una de ellas son las enfermedades de transmisión sexual y en segundo lugar y para muchos el más grave, son los embarazos no deseados en adolescentes.

Lamentablemente hoy en día, en nuestra sociedad esta problemática ha ido en incremento y el asunto aquí no es sólo enfrentarse a la maternidad y a la paternidad a muy temprana edad, sino todas las consecuencias negativas que pueden dañar su salud, sentimientos, economía y/o en su entorno en general. Todo esto, quizás por una falta de orientación y escucha o por tener relaciones sexuales vanas y compulsivas.

El verdadero problema de esta situación es que las niñas-mujeres y los niños-hombres adquieren primero la capacidad de procrear y luego alcanzan su madurez. Lo que implica que no se encuentren preparados para conocer sus opciones anticonceptivas. Esto, sumado a la falta de una correcta y oportuna línea de educación sexual en las escuelas como en el hogar, lo cual es un detonante de esta realidad. Claro que no quiero generalizar, pues también es cierto que hoy en día, este problema ha mejorado gracias a que en la mayoría de las escuelas se proporciona este tipo de información, sin embargo la educación y orientación que complementa a la escuela es la educación de los padres, pues es de vital importancia que se acerquen a sus hijos, ya que el hablar de estos temas les permite no sólo informarse, sino también establecer una relación de confianza y de cercanía, lo cual es un factor de protección para muchas otras situaciones.

En este sentido, recordemos que muchos años atrás, resultaba normal que una adolescente de entre 13 y 16 años aproximadamente se casara y generalmente con

un hombre mayor que ella, y apenas se casaban y enseguida se dedicaban a generar descendientes. Hoy con la liberación femenina resulta que la mujer aspira a ser independiente por sus propios meritos, por consecuencia necesita estar soltera más tiempo para “sentirse realizada”, otra cosa que mantiene alejado un embarazo precoz en adolescentes (más en las jovencitas que en los chicos) son los valores morales y religiosos, por los cuales se sienten muy inseguros y dejan pasar mucho tiempo para tener relaciones sexuales, o bien, esperan a tener una actividad sexual hasta después del matrimonio.

Hay muchas y muy variadas causas del embarazo adolescente. La primera y la más importante es la falta de educación sexual. Pienso que en algunos casos los padres evaden esta responsabilidad de alertar a sus hijos de los riesgos que conlleva la sexualidad simple y sencillamente porque repiten la forma con la que ellos fueron educados, y tal vez en aquella época la educación sexual no resultaba ser tan primordial como la es en estos días.

No asumen pues, que cada generación es capaz de superar a la anterior, aprender de sus errores para así criar mejor y más felices a sus propios hijos. Es por eso que las personas llegamos a la adolescencia con la mínima información y en el peor de los casos sin absolutamente nada de información sobre la sexualidad, la relación entre hombres y mujeres y sobre todo como se hace para prevenir un embarazo. Nuestra cultura no adopta una actitud abierta y comprensiva respecto al sexo, dominándonos los mitos y temores. Aunado a esto, la deficiente educación escolar sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos y muchas veces la información errónea que tenemos de algo.

Hoy en día, los niños y adolescentes se encuentran rodeados, invadidos, bombardeados y saturados de material pornográfico, en la Televisión, el cine, la música, la publicidad de cualquier producto, en Internet y en los lugares de diversión

y distracción a los que los jóvenes asisten con frecuencia; cuyos mensajes mayoritariamente son relaciones sexuales sin amor y sin condón, los cuales sólo nos despiertan el interés por explorar lo desconocido. En este sentido, son muy importantes los valores como el amor responsable, la fidelidad y el respeto por la vida, pero eso no es suficiente, también debe de existir una cultura de prevención de infecciones de transmisión sexual como es el SIDA.

La verdadera educación no son sólo datos, sino un conjunto de valores que nos den un sentido y un proyecto de vida. Dentro de ese proyecto de vida obviamente deben ir incluidos el sexo, la pareja, el matrimonio y esto dará como resultado una procreación con libertad y responsabilidad.

PRINCIPALES FACTORES QUE INTERVIENEN EN LOS EMBARAZOS NO DESEADOS EN ADOLESCENTES:

Dejando de lado la causa obvia de que un embarazo proviene de una relación sexual, podemos decir, que las causas del embarazo adolescente son muchas y muy complejas.

- La primera y más importante es la falta de educación sexual. Muchos adolescentes llegan a esa edad sin información ni orientación sobre las funciones sexuales, la relación entre los sexos y cómo se previene un embarazo. Sin embargo, la sola información no es suficiente. La verdadera educación no sólo consiste en datos, sino en un conjunto de valores que les dan sentido y permiten construir un proyecto de vida. Dentro de ese proyecto el sexo, la pareja, el matrimonio y la procreación podrán ser elegidos con libertad y responsabilidad.

- La falta de ese tipo de educación se debe principalmente a una carencia familiar. En los hogares no se adopta una actitud abierta y comprensiva con respecto al sexo. Muchos padres, dominados por mitos y temores, rehúsan la responsabilidad de formar a sus hijos en el tema del sexo, a pesar de que ellos mismos sufrieron esa carencia en sus familias.

- En algunas escuelas suelen no brindar tampoco una formación adecuada en este y otros temas que hacen al desarrollo de la persona.

- La sobrevaloración del sexo que existe en la cultura actual. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde la televisión, el cine, la música, los videoclips, la publicidad y los lugares de encuentro y diversión se pueblan de mensajes en los cuales las relaciones sexuales sin amor son comunes, aceptadas y esperables.

- La información sobre los métodos anticonceptivos a los que pueden recurrir aquellos que deciden ser sexualmente activos es escasa y muchas veces errónea. En sectores sociales con fuertes carencias económicas se suma la imposibilidad de adquirir preservativos u otros métodos para evitar el embarazo.

- Otro de los factores determinantes para dicho suceso, es que los adolescentes por baja autoestima, problemas familiares, inseguridad y/o por sentirse solos, crean una dependencia hacia su novio(a), lo cual hace que se sienten fuertemente enamorados y tengan sexo sin protección o sólo por complacer a su pareja.

- El creciente uso de alcohol y drogas desde edades cada vez más tempranas también hace su aporte negativo. Los adolescentes, bajo los efectos de esas sustancias, están en peores condiciones para prevenir el embarazo.

- Causas familiares. Como por ejemplo en el caso de las familias desintegradas, donde muchas veces los adolescentes actúan de forma impulsiva, por rebeldía, por llamar la atención sin pensar en las consecuencias, o bien, puede darse el caso de que sean hijas de madres adolescentes, no hayan recibido una educación sexual verás y oportuna y sigan el mismo patrón.

- También suelen comenzar sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

- Otro error muy común es el tener temor de acudir a consultas o pláticas relacionadas con el tema por pena o por si sus papas se enteran, lo cual también puede evitar a que estén bien informados y protegidos.

CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES

El embarazo precoz no sólo es sinónimo de rechazo social, es además sinónimo de riesgo vital en mayor proporción para una mujer joven que para una mujer adulta y es de igual riesgo para el bebé; tenemos pues que en el embarazo precoz existe un mayor número de mortalidad.

Pero existen otras razones por las que el embarazo en adolescentes es rechazada socialmente. Son las que tienen que ver con las cuestiones morales y religiosas, por las cuales muchas personas consideran inadecuadas las relaciones sexuales fuera del marco del matrimonio.

Las consecuencias psicológicas que afectan en mayor grado a las madres son: los sentimientos de culpa generados a veces por no desear tener un hijo o por el rechazo de sus padres u otras personas cercanas. Cuando la adolescente es obligada a abortar, las complicaciones psiquiátricas pueden derivar en una neurosis de angustia o depresiva. Otra posibilidad es que sea recluida durante todo su embarazo y sólo después de entregar al recién nacido para adopción, recupere su libertad. También puede ocurrir que ambos adolescentes sean obligados a contraer matrimonio y ha seguir viviendo cada uno con sus padres o, dependiendo de la edad y de la situación económica de sus familiares de origen, se puedan instalar a vivir en forma independiente. En ambos casos lo habitual es que esto les acarree la necesidad de asumir un rol que los supera con creces y por ende se constituya en una severa fuente de estrés.

En el ámbito escolar “es probable que las madres adolescentes abandonen la escuela y vuelvan a embarazarse. Ellas y sus compañeros pueden carecer de madurez, habilidades y apoyo social para ser buenos padres. A su vez, es probable que sus hijos deserten de la escuela, se depriman, se metan en problemas legales y se conviertan en padres adolescentes. Sin embargo, estos resultados están lejos de ser universales”⁵². Lo que sí es cierto es que puede limitar fuertemente sus posibilidades laborales futuras, persistiendo de esta forma el círculo de la pobreza. Las madres adolescentes más pobres y con menor escolaridad no sólo trabajan menos o tienen trabajos peor remunerados, sino que tienen menores posibilidades de mejorar su situación económica a través del matrimonio.

⁵² PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2005. P. 485.

Otro problema central que nos atañe, del cual debemos preocuparnos y que muchas veces pasa desapercibido cuando hablamos sobre este tema, son las consecuencias que sufren los bebés de las adolescentes, pues es probable que “sean prematuros o muy pequeños, por lo tanto corren un mayor riesgo de muerte neonatal, problemas de salud y trastornos del desarrollo que pueden continuar en la adolescencia. Incluso las chicas casadas de clase media que reciben atención prenatal adecuada están en riesgo de tener bebés de bajo peso. Al parecer la atención prenatal no siempre logra superar la desventaja biológica inherente a nacer de una muchacha que aún está creciendo y cuyo cuerpo compite por nutrientes vitales con el feto en desarrollo”⁵³. Aunado a esto, también pueden sufrir de problemas psicológicos que pueden situarse en un contexto que va desde el abandono total, hasta diversos grados de rechazo, abierto o encubierto.

Ahora bien, si planteamos todas las consecuencias que implica el no tener una educación sexual en adolescentes con discapacidad visual, las secuelas serían numerosas, de ahí cabe el reconocimiento y la importancia de ésta, siempre y cuando sea acorde a su edad y a las necesidades de su proceso de desarrollo. No olvidemos que las personas con discapacidad visual pueden manifestarse y expresarse de la misma manera que los demás, que tienen sentimientos, emociones e impulsos sexuales y la misma capacidad intelectual como física para poder tomar decisiones firmes y responsables con respecto a su sexualidad.

Pero no en todos los casos se da esta problemática, ni se sufre esta situación, por ejemplo, hay casos, en los que a pesar de que no se había planeado un embarazo, este es el resultado de una relación genuina basada en el amor. Mejor aún, es aceptado por la pareja con responsabilidad y alegría porque, a pesar de su inexperiencia, y si cuentan con el apoyo de sus familias principalmente y de la sociedad en general alcanzarán rápidamente la madurez que en su momento les faltó.

⁵³ Ibid.

El embarazo ideal, sea adolescente o adulto, es sin temor a equivocarme el que se origina a partir de una decisión en pareja, una decisión libre y responsable de ambos progenitores, pero todo esto de nada serviría sino se tuviera como base un marco de respeto y mucho amor.

Para concluir este apartado, es importante mencionar que la educación sexual, en este y en diversos temas como ya lo vimos, se convierte en una necesidad absolutamente imprescindible para todo ser humano, para evitar embarazos y/o enfermedades de transmisión sexual. Por esto, sigue siendo el hogar el lugar en donde debemos redoblar esfuerzos en función de criar hombres y mujeres de valores y convicciones firmes. No permita que el mundo, la escuela, el televisor, el internet, los amigos eduquen a sus hijos sobre este tema.

4.5.- ACOSO, ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL

El acoso u hostigamiento sexual es una expresión más de la violencia e inequidad, y por tanto, un problema que para solucionarse reclama la intervención conjunta del gobierno y los sectores social y privado. Hay que tomar muy en cuenta que para tratar de eliminar este delito y hacer justicia, debemos tener valor para no quedarnos callados, denunciar y acercarnos a alguien que nos pueda apoyar en todo momento.

Hablando estrictamente de las personas con discapacidad visual, el acoso sexual es muy poco común que se llegue a dar, ya que éste se da en distintos ámbitos de la convivencia social, pero principalmente en la laboral y del género femenino; en este sentido, desafortunadamente la población de personas con discapacidad visual ha sido mínimamente considerada e incluida en el ámbito laboral, lo cual los hace poco vulnerables a este hostigamiento.

El acoso sexual es una trasgresión a los derechos humanos que niega el principio de igualdad de trato y de oportunidades en el trabajo. Aunque muchas veces la mujer se calla para no perder su trabajo, teme rechazar supuestos “detalles”, molestas e incómodas peticiones por las consecuencias negativas que se puedan dar de parte de un jefe o de alguien con jerarquía más alta.

Como ya lo dijimos, siendo el acoso sexual una conducta que atenta contra nuestra dignidad, se convierte en un delito ya que quebranta diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de la Ley Federal del Trabajo, y que además, es tipificado por códigos penales en el ámbito federal y en 20 entidades federativas, y una prohibición expresa para la Administración Pública Federal según el Código de Conducta a favor de la Equidad entre Mujeres y

Hombres, establecido en el año 2003, por el gobierno del presidente Vicente Fox Quesada.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el acoso sexual, como: insinuaciones sexuales indeseables, o un comportamiento verbal o físico de índole sexual que persigue la finalidad o surte el efecto de interferir sin razón alguna en el rendimiento laboral de una persona, o bien de crear un ambiente de trabajo intimidante, hostil u ofensivo. Los casos de acoso sexual pueden incluir:

- Insultos, observaciones, bromas o insinuaciones de carácter sexual o comentarios inapropiados sobre la forma de vestir, el físico, la edad o la situación familiar de una persona
- Contacto físico innecesario y no deseado, como tocamientos, caricias, pellizcos o violencias
- Observaciones molestas y otras formas de hostigamiento verbal
- Miradas lascivas y gestos relacionados con la sexualidad
- Invitaciones comprometedoras
- Solicitudes de favores sexuales

De acuerdo con la OIT, el hostigamiento sexual causa que una de cada cuatro mujeres sea despedida y que 4 de cada 10 renuncien a su empleo. Aunque hay que

mencionar que no es un problema exclusivo de las mujeres, sino que afecta también en menor grado a los hombres.

Ahora bien, el **abuso sexual** se define como todos los actos que comete un adulto con un menor, con el fin de obtener satisfacción sexual, valiéndose de engaños, amenazas o manipulación. En gran parte de los casos se da éste abuso de una persona mayor con un menor de edad, pero no necesariamente, ya que también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro menor.

A diferencia del acoso sexual que se da principalmente a las mujeres en el ámbito laboral, dicho abuso sí es considerado vulnerable a las personas con discapacidad y en especial en los niños. Aunque las definiciones pueden tener pequeñas variantes, Glaser y Frosh señalan en *Abuso sexual de niños* que existe un elemento central: es algo que lleva a cabo un adulto (o persona considerablemente mayor que el niño) para su propia finalidad sexual, tomando al menor como objeto. Este tipo de vínculo siempre implica un abuso de poder. Las experiencias sexuales entre niños y niñas de la misma edad no se consideran abusos, sino que, pueden considerarse como juegos, por lo que el trato que se da en una situación así es distinto.

El abuso puede consistir en besos, caricias o abrazos; caricias en los genitales; sexo oral; cualquier tipo de penetración (con el pene, los dedos o algún objeto) en la vagina o el ano; ser obligado a presenciar actos sexuales o a ver algún tipo de pornografía; participar en pornografía o prostitución o ser obligado a escuchar relatos sexuales o pornográficos.

“Hay abusos más severos que otros, y si bien el abuso sexual infantil es usualmente experimentado de modo aversivo, los niños también pueden ser víctimas de abuso sin ser conscientes de ello”⁵⁴.

TRAICIÓN A LA CONFIANZA

Generalmente cuando los hijos son pequeños, solemos decirles que se mantengan alejados de los extraños y no acepten nada de gente que no conozcan, como una manera de evitar esta y otras situaciones que podrían ponerlos en riesgo. No obstante, “en el caso del abuso sexual las estadísticas señalan que la gran mayoría de las veces, especialmente cuando se trata de niñas, quien abusa es una persona conocida y cercana, incluso un integrante de la familia”⁵⁵.

Es esa relación de confianza de la que sirve el abusador y la que hace que, muchas veces, el o los adultos que se enteran de lo que está sucediendo no logren creer que sea verdad y afirman que el relato de la niña o el niño es producto de su fantasía. Es muy importante tener presente que difícilmente ellos inventan una historia así y además, que si son víctimas de un abuso sexual nunca tienen la culpa ni son responsables de él. Si nos situamos unos 15 años atrás aproximadamente, podemos recordar cómo fue muy común observar y escuchar cómo en la televisión eran muy sonados los comerciales de “Mucho ojo”, que de manera muy sencilla alertaban a los niños a que no confiaran en los desconocidos, y menos cuando les pidan que los acompañen a otro lugar y sin permiso de sus padres. Aunque hoy en día desafortunadamente ya no escuchamos ese tipo de mensajes es de suma importancia reiterarles estos tipos de acciones y hacerles ver que siempre es mejor tener confianza y contarle todo a los padres. Bien dice el dicho “los niños y los borrachos siempre dicen la verdad”, en este sentido debemos reconocer la importancia de creer siempre en lo que los niños como adolescentes cuentan al

⁵⁴ HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005. P. 53.

⁵⁵ Ibid. P. 54.

respecto, pues generalmente no mienten y con esto nos pueden alertar ante situaciones de riesgo.

David Finkelhor, investigador de estos temas, dice en su libro *Abuso sexual al menor*, que de pronto pareciera que algunos niños colaboran con el ofensor o están de acuerdo con las actividades que llevan a cabo con él, pues permiten que la situación continúe y aceptan seguir viendo a solas a estos individuos. Pero la realidad es muy distinta. La persona que abusa va creando un ambiente especial que fortalece su poder y deja al niño incapaz de defenderse, sin que para ello tenga que utilizar la fuerza física. Es la fuerza de hacerle guardar el abuso en secreto, de decirle que si habla la familia se desintegrará o algo terrible sucederá, o hacerle creer que todos los adultos hacen eso con las niñas o los niños y que si lo eligió a él es porque tienen un vínculo muy especial que no debe traicionar. Además este ambiente implica una serie de circunstancias previas al abuso que a fuerza de repetirse, generan mucho miedo en el menor; puede ser una simple mirada o ciertas palabras que le hacen saber que la escena se repetirá, quedando él paralizado y sin poder salirse de esa relación. No es que no haya querido defenderse o que deseara que la situación continuara, sino que muchas veces las amenazas, el miedo y la negación de sus propias percepciones no le permiten hablar.

La proporción de niñas que sufren abuso sexual en la infancia es mayor que la de los varones; no obstante, también un número importante de ellos son víctimas de esas ofensas; muchas veces por parte de otros hombres, pero también pueden ser mujeres.

“Una serie de mitos impiden que los hombres reconozcan y hablan sobre la experiencia sufrida, y ese silencio contribuye a que tales actos sigan cometiéndose. Los valores culturales que existen en torno a ser hombre hacen que los niños, desde muy pequeños, aprendan que deben ser fuertes y no sentir dolor y, si esto es así, mucho menos pueden reconocerse como víctimas y mostrarse vulnerables. Con esa perspectiva, para un hombre del que se abuso sexualmente aceptar dicho

abuso va en contra de su propia imagen masculina, por lo que lo oculta mientras se refuerza en él la falsa idea de que fue su culpa y tiene una falla de la cual debería avergonzarse”⁵⁶.

Como ya lo hemos visto, las personas con discapacidad visual sufren una gran vulnerabilidad a este abuso ya que suelen presentar una fuerte necesidad de ser valorados y aceptados por personas que no presentan discapacidad, por lo que algunos harían cualquier cosa que les pidieran, a fin de obtener aprobación social y encajar en el grupo, situación que suele ser aprovechada por el abusador.

ALGUNAS SEÑALES

Cuando un menor de edad está siendo o ha sido víctima de un abuso sexual es posible que presente conductas autodestructivas, fobias, que tenga frecuentes pesadillas y esté inquieto. De pronto puede presentar conductas regresivas como orinarse en la cama o actuar como niño más pequeño. Con frecuencia su rendimiento escolar baja y manifiesta una excesiva atención hacia los juegos y conversaciones sexuales.

De acuerdo con la autora Ma. de los Ángeles Ituarte de Ardavín (2005, P. 215), nos señala otros indicadores conductuales, a nivel general que nos podrían ayudar a reconocer si nuestro hijo(a) ha sufrido o sufre de un abuso sexual.

- Ansiedad
- Sensación de infelicidad
- Dificultades de concentración
- Enojo
- Dificultad de memoria
- Pérdida de la confianza

⁵⁶ Ibid. P. 55

- Rendimiento escolar bajo
- Miedo a la separación
- Irritabilidad
- Depresión
- Disgusto intenso por estar en algún lugar o dejar a alguna persona
- Temor a la gente en general
- Recuerdos repentinos de la experiencia traumática
- Tendencias protectoras hacia los hermanos menores
- Llanto sin causa
- Cambio de funciones en la familia
- Cambios en el apetito y otros problemas de alimentación
- Temor a ser dejado con alguien
- Miedo a la obscuridad
- Nueva conducta manifiesta de apego
- Regresión a conductas más inmaduras
- Temor a los padres
- Nuevos cambios manifiestos en la conducta
- Temor de ir a casa
- Rechazo a cualquier contacto físico con los adultos en general
- Rechazo a cualquier contacto físico con los padres

Hay que considerar que las personas con una discapacidad a veces reaccionan de manera diferente. Algunos tal vez dejan de hablar, se retraen porque se avergüenzan o cambian su postura corporal, quieren vestir de otra manera, tienen problemas para conciliar el sueño, mojan la cama, etc. Sin embargo, hay muchos indicios en lo cuales, los padres no deben alertarse o tomar cartas en el asunto si sólo presentan un indicador de conducta de los antes mencionados, sobre todo, si sus hijos están en la etapa de la adolescencia, pues recordemos que este es un periodo de múltiples cambios físicos y psicológicos, de tal modo que debemos analizar muy bien el contexto y saber identificar cuáles son características de la adolescencia y cuáles no, antes de hacer una acusación o causar en el niño o el adolescente sólo temor e incertidumbre hacia este tema. Para ello a continuación

mencionaré otros indicadores que pueden ser muy evidentes a nivel físico y nos pueden ayudar a identificar dicha situación de abuso, según Sattler (1998):

- Pelo o sangre del perpetrador en el cuerpo o ropa del niño
- Semen en áreas orales o anales
- Infecciones vaginales (niñas)
- Semen en el área vaginal (niñas)
- Pene irritado
- Flujo peneal
- Sangrado vaginal (niñas)
- Infección, irritación o trauma rectal
- Rasgamiento o pérdida del himen (niñas)
- Cuerpos extraños en el área genital o rectal
- Sangrado rectal
- Infecciones del trato urinario
- Dolor al orinar o evacuar
- Daño genital inexplicable
- Comezón
- Embarazo (en niñas)
- Genitales irritados
- Enfermedades o infecciones de transmisión sexual
- Daño en los labios
- Raspones y rasguños en la cara, cuello o área genital
- Flujo vaginal (niñas)

QUÉ PODEMOS HACER

Primeramente tiene que creer en lo que le dice y recordar que el niño nunca tiene la culpa y que sería muy difícil que su hijo inventara una situación tan grave como esa y que seguramente le ha costado mucho trabajo poder decírselo. Lo más probable es que tenga mucho miedo y se sienta avergonzado y culpable por lo sucedido, así

que apóyelo totalmente, escúchelo y respáldelo. Corte todo contacto del niño con la persona que está abusando de él y busque asesoría profesional para su caso.

Recordemos que padres y profesores, como responsables de la educación de los niños, debemos promover en ellos la confianza de hablar acerca de la sexualidad y mantener una comunicación permanente, abierta, reflexible que genere a su vez mayor confianza. Por medio de este diálogo abierto debemos transmitir a los niños que creemos en ellos, para que nos cuenten lo que les suceda aunque esto les cause vergüenza.

Así mismo, desde que son pequeños debemos explicarles que su cuerpo es suyo y que *nadie* debe tocarlo, ni deben ser molestados por ello. Debemos utilizar palabras sencillas para hacerles sentir el derecho que tienen a su intimidad, a su pudor y al respeto de los demás, sean otros niños o adultos.

Existe también la **violencia sexual** la cual en su mayoría se da en las mujeres; la pueden sufrir mujeres en cualquier momento de su vida, la violación es una forma común de violencia masculina que no tiene fronteras de edad, nivel social o económico, aspecto físico o circunstancias de la víctima.

Hay que tomar muy en cuenta que cuanto más indefensa y desamparada sea la situación de las mujeres y niñas, mayor vulnerabilidad tienen para sufrir abusos sexuales; es hecho constatado en nuestra sociedad el triste suceso de que las mujeres con discapacidad se convierten en víctimas propiciatorias para este tipo de delito. Nadie puede concebir que se atente contra su integridad sexual, pero se debe entender que precisamente es su vulnerabilidad la que las hace posibles víctimas. Se han analizado diversas explicaciones al aumento de esta vulnerabilidad en mujeres y niñas con discapacidad:

– En primer lugar, su dependencia de los cuidadores (quien los tiene) puede fomentar la sumisión a los mismos, facilitando el abuso sexual y pueden llegar a

tener miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y de los cuidados.

– Son percibidas por los agresores/abusadores como personas menos poderosas, vulnerables e incapaces de revelar el abuso y acusarlos, lo que aumenta su sensación de impunidad. Así por ejemplo, “creer” que por el hecho de tener una discapacidad visual va a significar la imposibilidad de identificar al agresor.

– Por las dificultades de comunicación que puedan o no tener según su grado o tipo de discapacidad y la falta de un lenguaje apropiado para comunicarlo en algunos casos, puede ser tomada por el abusador para acusarlos de que el contacto sexual es querido, buscado y provocado por la víctima, como una característica más de su propia discapacidad.

– La tradicional educación de “obedecer al adulto y someterse a sus indicaciones” se hace más evidente en mujeres y niñas con discapacidad, en especial la psíquica. Aun fomentando su autonomía, muchas de ellas dependen de los cuidados de las personas adultas, frecuentemente son adultos los abusadores, y difícilmente van a enfrentarse a ellos para denunciar lo que está ocurriendo.

– Gran parte de las mujeres con discapacidad víctimas de la violencia o abusos, lo son sin ser conscientes de ello. Esto, debido a que no cuentan con el apoyo emocional, psicológico y mucho menos con una educación sexual oportuna y veraz; por lo tanto, no detectan que se trata de comportamientos violentos o abusivos, denunciables y que violan sus derechos.

– Finalmente, la falta de información sobre la sexualidad y las relaciones personales unido a la falta de oportunidades sociales, el aislamiento y su mayor hostilidad a dar y recibir afecto, generan situaciones ambivalentes para ellas que pueden derivar en formas de abuso sexual.

“De las distintas formas de violencia de género, la violencia sexual es el máximo exponente de la dominación de un sexo sobre otro, no sólo por el grado de fuerza física que conlleva (que a veces llega hasta el homicidio), sino por el daño psicológico que supone ese atentado contra la integridad y la libertad. Incide además, en un componente tan íntimo como es la sexualidad, y origina una serie de secuelas que afectan seriamente la salud mental de la víctima.

Otro elemento determinante es la relación entre la víctima y el agresor; pueden ser agresiones o abusos sexuales realizadas por personas desconocidas, recientemente conocidas, o conocidas. La violencia sexual perpetrada por conocidos es la más frecuente, pero la que menos se denuncia, el agresor puede ser amigo, compañero de trabajo, cónyuge, pareja, excónyuge o familiar, y en el caso de las mujeres con discapacidad de gran dependencia, frecuentemente su propio cuidador. Dentro de la relación familiar podemos hablar de la figura del **incesto**, considerado como el contacto físico sexual entre personas que tengan relación de consanguinidad. La relación de consanguinidad de la víctima con el agresor puede ser lineal (padre, abuelo...) o colateral (tío, sobrino...). También se incluye el caso en el que el adulto está cubriendo de manera estable el rol parental (padres adoptivos, padrastros...)»⁵⁷.

⁵⁷ HERRANZ, A. Experiencias y conocimientos de la mujeres en la Educación Permanente. Una propuesta didáctica para Prevenir la violencia. Instituto de la Mujer. Madrid. 2000. P. 135.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

Las consecuencias de la violencia sexual para mujeres con discapacidad, tanto si la sufren en la infancia como en la vida adulta, a corto plazo son, en general, devastadoras para el funcionamiento psicológico de la persona que la padece, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia.

Las consecuencias a largo plazo son más inciertas. A medio y largo plazo, los síntomas pueden agravarse dando lugar a secuelas psicológicas de mayor entidad: ansiedad fóbica, disfunciones sexuales, trastornos obsesivos, paranoides y depresión. Las consecuencias de las agresiones y abusos sexuales afectan a la calidad de vida de las víctimas, porque no inciden sólo en ellas mismas, sino también en su medio social, laboral (fracaso escolar en el caso de las menores) y familiar, y no desaparecen solos y pueden perdurar mucho tiempo después de la agresión.

4.6.- COMO PREVENIR EL ABUSO SEXUAL

Mucho se ha mencionado de difundir en los hijos el temor y la desconfianza hacia gente extraña, sin embargo no se puede dejar de recibir y manifestar afecto, tocar y abrazar a la gente por completo, sobre todo en personas con discapacidad visual que generalmente se relacionan e interactúan más a través del contacto físico y auditivo, además de que estas acciones contribuyen de cierta manera al desarrollo de sus capacidades, de su autoestima y hasta de su inteligencia; obviamente teniendo las debidas precauciones pero sin caer en la paranoia del abuso sexual.

Bien lo menciona la autora Vivianne Hiriart (2005) “no se trata de ver todo contacto como riesgoso, sino de conocerse, identificar las propias sensaciones, emociones y percepciones y validarlas, así como de aprender a tomar decisiones y que éstas sean respetadas”

Por ello la importancia la educación sexual, pues el que conozcan su propio cuerpo y el sentirse cómodo con él, puede facilitar a que comuniquen lo que experimentan o lo que no les gusta que les hagan si fuese un caso de abuso sexual. En cambio si aprenden que sus genitales están mal y que lo referente a ellos es sucio y vergonzoso, tendrán más miedo y dificultades para hablar de lo que sucede.

Hay que tomar en cuenta que hay indicadores fáciles de detectar cuando existe un abuso en el niño o el adolescente y estos consisten como ya se ha mencionado, en confiar en ellos, en sus percepciones y les demos espacio para decir lo que quieren y sienten en la medida en que les es posible expresarlo según su edad. Por ejemplo, si notamos que lloran, se sienten incómodos y/o no quieren ir a casa de su tío o no quieren ir de paseo con el abuelo, si se sienten angustiados por tener que ir a clases de alguna actividad que realicen o los llaman después de una hora de estar en casa de algún amigo para que vayan por ellos, no intenten convencerlos de

quedarse o de volver a regresar si él no quiere; lo mejor es averiguar a qué se debe el rechazo y que los hijos sepan que realmente cuentan con nosotros.

Los padres, pero al mismo tiempo la sociedad entera, no podemos cerrar los ojos ante la realidad social que nos rodea y ante el auge de problemas que pueden convertirse en graves si no asumimos que existen, como es el caso del abuso sexual.

“Las principales formas de abuso sexual son:

- * Incesto. Son aquellos contactos sexuales realizados por familiares directos u otro adulto que ejerce la función de padre o tutor.
- * Violación. Es el acto sexual realizado por un adulto no familiar.
- * Contacto físico. Manoseo, toqueteo al niño o del niño al adulto.
- * Exposición del niño a películas o revistas pornográficas o al exhibicionismo.

Desafortunadamente, en México tres de cada ocho casos denunciados en las agencias del Ministerio Público por delitos a menores, corresponden a abuso sexual. Por ello, no debemos ignorar esta realidad, por el contrario, en nuestro papel de educadores debemos hacer algo para prevenirla.

El abuso sexual no tiene una sola causa que lo origine, si no que su presencia responde a diversas causas. Principalmente debemos tomar en cuenta las siguientes:

- Estructura familiar inadecuada

- Sistema de apoyos inadecuados
- Aislamiento social
- Factores de tensión social
- Ambiente de abandono
- Confusión de papeles (padre-hijo, esposo-esposa)⁵⁸

No necesariamente estas causas desembocan en el abuso, ni se tiene una exactitud de porque se da en algunos casos y en otros no, sin embargo, sí debe considerarlos elementos de riesgo que contribuyen a darse el abuso sexual.

Finkelhorn (1980) plantea que gran parte del abuso sexual que es reportado tiene lugar entre los miembros de la extensión familiar: abuelos, tías, primos y otros parientes de la periferia. Fácilmente puede verse que tanto el aislamiento social como su subcultura, que son más tolerantes del sexo intrafamiliar, podrían explicar estos casos de abuso sexual fuera de la familia nuclear. El miedo al abandono también puede acercar a miembros de la familia extensiva a una relación sexual prohibida.

Lo anterior también implica que es importante tomar en cuenta algunas situaciones de riesgo en el ambiente familiar. Entre ellas podemos señalar:

- a) Conflictos maritales. Éstos pueden provocar en el niño vulnerabilidad hacia el abuso sexual porque está en busca de protección, o por los mensajes contradictorios que los padres le envían respecto al sexo
- b) Sobresexualización. Los niños en algunas familias tienen modelos sexuales inadecuados y una socialización sexual diferente.

⁵⁸ ITUARTE DE ARDAVÍN, María de los Ángeles. Hablemos de sexualidad con los niños. Guía práctica para padres, educadoras y maestros. Editorial Trillas, México, 2005. P. 209 y 210.

c) Supervisión deficiente por parte de los padres

Cuando es definitiva nuestra sospecha de abuso sexual, pasamos a estar en una situación muy delicada, la cual no podemos y debemos afrontarla por sí solos, sino que es vital recurrir a gente especializada en atender este problema. “Básicamente, el abuso sexual debe tratarse, para su atención, desde tres perspectivas principales:

1.- *Legal*. A través de los Ministerios Públicos especialistas en abuso sexual a menores.

2.- *Psicológica*. A través de las diversas instituciones que pueden brindarle al afectado un apoyo adecuado ante la situación traumática.

3.- *Médica*. A través de las instituciones médicas públicas y privadas que brindan atención especializada al afectado y que pueden diagnosticar con certeza si existe abuso sexual o no.

A través de estas tres instancias puede darse una asistencia integral en estos casos a la persona afectada y una asesoría continua en la familia, para que juntos puedan superar la situación⁵⁹”.

Afortunadamente hoy en día la tecnología nos ha ayudado a encontrar información sobre infinidad de temas de manera rápida y sencilla, en este sentido podemos buscar en la página <http://www.catedradh.unesco.unam.mx> donde encontraremos el “Directorio para buscar apoyo y orientación en situaciones de maltrato, adicciones, abuso y violaciones” a diversas instancias para denunciar, consultar y/o acudir en caso de cualquiera de dichos abusos⁶⁰.

⁵⁹ Ibid P. 216.

⁶⁰ Véase anexo A. Pág. 231.

Capítulo 5.- PROPUESTA PEDAGÓGICA: TALLER DE SEXUALIDAD PARA PADRES DE HIJOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD VISUAL

La presente propuesta, surge por mi experiencia al haber realizado mi Servicio Social, en el cual observe una necesidad imperante de concientizar a los padres de adolescentes con discapacidad visual de la importancia que tiene una educación sexual oportuna, basada en el respeto, amor y confianza. En este sentido, está dirigida principalmente a dichos padres que desean informarse, aprender y desarrollar estrategias para orientar a sus hijos en el ámbito de la sexualidad.

* Una madre comentaba:

- ¡A nosotros no nos hablaban de esas cosas y ahora... tal parece que estamos obligados a hablar de ello con nuestros hijos!

Ante este comentario, me parece que los padres de hoy afortunadamente, pertenecen a una generación no tan sufrida como tal vez la de sus padres, sin embargo, en la actualidad los adolescentes se están desarrollando física y psicológicamente a pasos agigantados, en este sentido, es indispensable que los jóvenes reciban una orientación adecuada y oportuna no sólo en la escuela, sino también en casa.

* Una madre preocupada, me comentaba:

- Es que mi hija de 17 años se sale de la casa cuando no estoy y por más que le he dicho que no lo haga, lo sigue haciendo... Nuestra casa está cerca de una gasolinera y en repetidas ocasiones la he encontrado platicando con los muchachos

y señores que trabajan ahí, incluso la he observado que se acerca mucho a ellos o los abraza....

Por ello, es de vital importancia que los padres estén bien informados y tengan las pautas para poder acercarse más a sus hijos, orientarlos, ayudarlos y poder hablar sobre temas de sexualidad basados en la responsabilidad y conciencia, sobre todo porque los jóvenes con discapacidad visual, son más susceptibles a sufrir algún tipo de agresión si no cuentan con una educación sexual oportuna y veraz.

Sabemos que hablar de este tema con los hijos no es fácil y les ha tocado vivir los cambios sin estar preparados para ello, pero por una parte debemos sentirnos afortunados de que hoy en día podemos romper el silencio familiar sobre estos temas y no dejar a los hijos en manos de los medios de comunicación y la información de los amigos que muchas veces es mal intencionada o errónea, pero sobre todo, porque los adolescentes con discapacidad visual pueden ser más vulnerables a sufrir algún tipo de riesgo en el campo sexual: abusos sexuales, embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, frustraciones amorosas, etc. Por ello no solo en la infancia sino también durante la adolescencia necesitan de los conocimientos de los padres, de sus consejos, protección y crear un ambiente acogedor y seguro.

Podemos y debemos hablar con los hijos de manera serena, sincera, bien informados, brindándoles amor y apoyo incondicional, y aceptándolos tal y como son (chico o chica, alto, bajo, con discapacidad, sin discapacidad, moreno, rubio, etc.). La función de los padres no es hacerles un proyecto de vida, sino guiarlos y orientarlos en su seguridad emocional, estima, sexualidad y educación, cuidando su salud física y psicológica, su visión positiva del mundo, su autonomía para abrirse al mundo y tener amigos.

Los hijos se vinculan bien cuando se sienten y saben queridos. La manera de tratarlos, la disponibilidad y accesibilidad, tiene que acabar con convencerlos de que los quieren, valoran y estarán siempre dispuestos a ayudarles. Este aprendizaje y convencimiento de que los quieren, los llena de sentimientos de seguridad, estima, alegría, estabilidad emocional, ternura, etc., de forma que acaban vinculándose, apegándose a los padres, de forma segura y estable de por vida.

Se sabe que el tener un hijo adolescente con discapacidad visual, para algunos no es fácil, sobre todo, si dentro de la familia jamás se ha tenido esta discapacidad, lo que puede provocar ciertos problemas en su organización, anímicos, económicos, con más demanda de tiempo y atención. Aunado a esto, sabemos que el simple hecho de hablar de sexualidad para muchos es difícil y hablarlo con los hijos resulta mucho más. Sin embargo no tenemos por qué hacer ningún tipo de distinción con respecto a la sexualidad de las personas con discapacidad, como ya lo he mencionado en repetidas ocasiones, ni por qué ser tratados de manera diferente que los demás, pues la sexualidad en ellos se desenvuelve del mismo modo que en el resto de los adolescentes. En todo caso, el empeño ha de centrarse en la escuela, sociedad y familia para que puedan tener las mismas condiciones: que no se les excluya, sino que, teniendo en cuenta las particulares limitaciones de cada uno, se busque la forma de integrarlos. El asunto no es desplegar una actitud de sobreprotección, sino de respeto, pues cada joven, ha de ser tratado como persona y ha de tener derecho a que su vida transcurra en un ambiente que no destruya su autoestima.

De esta forma se pretende por un lado, invitar a las madres y a los padres a reflexionar inicialmente sobre las actitudes y creencias que tienen en torno a la sexualidad en general y sobre cómo estas se reflejan en los mensajes que les transmiten a sus hijos, muchas veces sin darse cuenta. Sumado a esto, se intenta erradicar el prejuicio de que las personas con discapacidad visual son seres asexuales.

Por otro lado, hay que tener muy claro que no se pretende lograr una comunicación entre padre-hijo para evitar que tengan o piensen en tener una relación sexual; sino más bien, la recomendación es transmitir el mensaje al adolescente de que ha de esperar lo suficiente como para pensar las cosas muy bien antes de actuar. Esto resulta especialmente importante en el caso de los jóvenes que ya se han entregado a la actividad sexual de manera impulsiva, sin pensar bien las cosas ni las consecuencias, en este caso, si logramos una comunicación sincera, respetuosa y asertiva con ellos, concluirán pronto que no están listos para ser sexualmente activos y esperarán el tiempo prudente, antes de experimentar otra vez.

Por otro lado, se contempla que las dinámicas del taller estén enfocadas sobre todo a anécdotas y/o experiencias que han vivido los padres a lo largo de su vida o con sus hijos, de modo que las sesiones se vuelvan más enriquecedoras o puedan ayudarse un poco más escuchando las vivencias de los demás, quizá se darán consejos que muchos padres ni si quiera hubieran pensando o que simplemente los encuentran fuera de sus posibilidades realizarlos, sin embargo lo que se intenta transmitir es que, para una adecuada educación sexual, lo mejor es tener una actitud positiva, abierta y sincera sobre la sexualidad. No olvidemos que los hijos tienen derecho a recibir información sobre la sexualidad y a tomar decisiones con independencia, pero gran parte de ellas depende de la orientación y comunicación que mantengan con la familia.

En base a esto se pretende que al término del taller, los padres hayan adquirido conceptos básicos de la sexualidad y lograr en ellos esa confianza para ser capaces de tratar estos temas con sus hijos adolescentes con discapacidad visual, de una manera accesible y abierta, que les permita formarse esquemas más claros y congruentes para aceptar, entender e integrar su sexualidad. Del mismo modo, pueden acompañarlos en esa parte del proceso ayudándoles a desarrollar herramientas útiles para vivir una sexualidad sana, satisfactoria, gozosa y responsable, ahora y en las etapas posteriores de su vida.

“Por sexualidad sana y responsable se entiende que las personas sean capaces de aceptar su cuerpo y sentirse cómodas con él, así como con sus sentimientos. Que reconozcan y asuman sus deseos y tomen decisiones sobre ellos de manera consciente, respetuosa de sí mismas y de los demás”⁶¹.

Para lograr esto se contemplan las siguientes sesiones: en la primera sesión se dará brevemente la introducción y objetivos del taller, posteriormente se proporcionará el concepto de adolescencia, en el que se verá su diferencia con la pubertad, las etapas del desarrollo en adolescentes y sus caracteres sexuales primarios y secundarios con el objetivo de que los padres sepan a ciencia cierta los nombres, características y funciones de los aparatos reproductores, para que puedan transmitir esta información a sus hijos y/o saberlos orientar en su desarrollo sexual.

En la segunda sesión se hablará de las características de los adolescentes con discapacidad visual, así como del reconocimiento e importancia de recibir una educación sexual clara, oportuna y veraz, por último se analizarán los diferentes actores que intervienen en la formación de adolescentes con discapacidad visual, para dar una orientación a los padres en ese ámbito y lograr que estén preparados y conscientes de todas aquellas influencias positivas y/o negativas que pueden repercutir en sus hijos. Esto con el propósito de dar una mejor educación sexual basada en valores, comunicación, asertividad y amor.

En la tercera sesión se proporcionará la definición de sexualidad así como, lo que implica el inicio y ejercicio de ésta en adolescentes con discapacidad visual, basándonos en esto, nos adentraremos en el marco legal, recordándoles a los padres sobre los derechos que tienen las personas con discapacidad en el ámbito de la sexualidad.

⁶¹ HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005. P.

En la cuarta sesión se contemplarán los métodos anticonceptivos que toda madre y padre deben conocer, con la finalidad de que conozcan su gran diversidad, características, ventajas y desventajas, haciéndoles llegar esta información a sus hijos, así como del tema de las Enfermedades de Transmisión Sexual que pueden adquirirse si no se protegen adecuadamente. Una vez expuestos los temas, se proporcionarán estrategias de vinculación entre padres e hijos para lograr una comunicación asertiva.

En la quinta sesión se abordará dos perspectivas que suelen ser muy polémicas en el tema de la sexualidad: la tradición/cultura vs su ejercicio responsable, con la intención de tener una visión más amplia, certera, libre de prejuicios y tabúes. En este sentido, se destacará más adelante, la importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en el tema de la sexualidad, con la finalidad de proporcionar las herramientas necesarias para lograr una comunicación abierta, confiable, respetuosa, franca, sincera, libre de mitos y prejuicios y como último tema, se hablará acerca de las consecuencias que pueden existir en los adolescentes a raíz de una falta de educación sexual.

Por último, en la sesión 6 se hablará del acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad, de que tan vulnerables son hacia este delito, qué hacer, cómo reconocer algunos indicadores de conducta de un posible abuso sexual, pero también, de cómo prevenirlo y algunas dependencias y organismos donde se puede denunciar, pedir información, orientación y/o apoyo en casos como maltrato, abuso y violaciones. Todo esto con el propósito de que los padres sepan a qué Instituciones acudir en cualquiera de estos abusos y puedan dar todo el apoyo posible a sus hijos. Para terminar, se llegará a las conclusiones finales y la reflexión de cuál es el o los mensajes, experiencias y/o anécdotas que les dejó el taller a cada uno de los participantes y cuáles son los valores que se lograron transmitir a través de éste.

5.1.- ESTRUCTURA DEL TALLER

5.1.1. DATOS GENERALES

- **Dirigido:** a padres de adolescentes con discapacidad visual
- **Duración total del taller:** 9 horas
- **No. de sesiones totales:** 6
- **Duración por sesión:** 1 hora 30 minutos

5.1.2.- OBJETIVO GENERAL

Que los padres de hijos adolescentes con discapacidad visual que asistan al taller, obtengan las bases conceptuales y las herramientas necesarias para orientar a sus hijos y brindarles información clara, adecuada y confiable acerca de temas relacionados a la sexualidad, que conozcan sus derechos y la importancia de una educación sexual oportuna, libre de mitos y prejuicios; con el fin de que puedan ayudarlos a tomar decisiones saludables, conscientes y apropiadas con respecto a éste tema, así como hacerles ver cuáles son las consecuencias que pueden surgir si sus hijos no cuentan con dicha información.

5.1.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que los padres conozcan el concepto y la implicación de una educación sexual oportuna, con finalidad de evitar consecuencias de tipo social, físico y psicológico como la baja autoestima, inseguridad, depresión, entre otros,
- Que los lectores de la presente propuesta y los padres de adolescentes con discapacidad visual en especial, conozcan el marco legal nacional que estipula el derecho a la sexualidad y a una educación sexual por parte de las personas con discapacidad.
- Propiciar en los padres el análisis, la reflexión individual y grupal, la empatía, la expresión emocional y corporal y comentarios libres acerca de todas aquellas inquietudes y/o dudas relativas a la sexualidad a través de las dinámicas de refuerzo.
- Que los padres de hijos adolescentes con discapacidad visual, adquieran estrategias de vinculación y comunicación asertiva con sus hijos para poder hablar con ellos de manera natural, abierta, sincera y puedan establecer en ellos una postura segura de sí mismos a base de información confiable, concreta y libre de mitos y tabúes ante temas de sexualidad.
- Evitar que por falta de información los adolescentes con discapacidad visual sufran consecuencias como: un embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y/o abuso físico y sexual.
- Que los padres compartan los conocimientos adquiridos dentro del taller no solo a sus hijos adolescentes, sino también a compañeros o familiares que consideren necesaria la información y pueda ser productiva para ellos.

5.1.4.- JUSTIFICACIÓN

La primera necesidad de realizar esta propuesta del taller de sexualidad, se debe a que podemos observar que los adolescentes con discapacidad visual son más propensos a tener una autoestima baja que la de un joven normovisual, ya que la misma sociedad los discrimina, los juzga y excluyen de lugares y/o actividades de las cuáles son capaces de estar y realizar, por lo tanto, son personas cohibidas, temerosas, retraídas y en el ámbito sexual son más tímidas, no exponen sus inquietudes sobre su sexualidad, no saben cuáles son muchas de las consecuencias al no tener una información adecuada y oportuna, no saben cómo manejarse ante situaciones del índole sexual o simplemente no saben cómo acercarse ante una chica o un chico que llegase a gustarles.

La segunda necesidad emerge de mi observación y reflexión de que la sociedad e incluso algunos padres piensan que los adolescentes con discapacidad visual son seres asexuados por lo tanto, los conducen a que su estilo de vida y sexualidad sea diferente, en el sentido de que no saben cómo actuar ante ésta índole, tienen dudas, inquietudes y por si fuera poco, sufren la discriminación de la sociedad al no tener (en su mayoría) la cultura suficiente para convivir con personas con discapacidad.

La tercera y última necesidad, emana de que ciertos padres que no tuvieron una educación sexual adecuada, oportuna y necesaria para su formación, fueron educados con criterios tradicionalistas y/o son más sobreprotectores al tener un hijo con discapacidad visual, ponen una barrera al tocar temas de sexualidad porque creen que la información que reciben sus hijos en la escuela es suficiente, o que si hablan de sexualidad con ellos los van a incitar a querer tener relaciones sexuales, en otros casos, sienten temor ante el desconcierto de no saber los alcances de la información que sus hijos quieren o requieren, les da pena hablar sobre ello, o no se sienten tan capacitados como quisieran.

Todas estas barreras, creencias y prejuicios son totalmente erróneos debido a que la mayoría de libros actuales que abarcan este tema, demuestran que la educación sexual ayuda a fomentar la responsabilidad de los adolescentes, además permite que las decisiones que ellos tomen estén basados en el conocimiento de la realidad, que conozcan la existencia de la gran variedad de métodos anticonceptivos así como todas aquellas enfermedades de transmisión sexual, que pueden ser adquiridas por la falta de una protección adecuada, entre otras. A raíz de esto en dicho taller se concientizará, sensibilizará y capacitará a los padres para que tengan una visión más amplia de la sexualidad de sus hijos, entendiendo que éstos tienen derecho a la información y educación sexual, a expresar sus sentimientos, emociones, y a ejercer y disfrutar de una parte importante de su personalidad, de sus sensaciones y deseos de manera digna y responsable.

Si los hijos no adquieren la información necesaria en cuanto a su sexualidad, pueden sufrir consecuencias de tipo psicológico, social y físico como son: los embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, obtención de información distorsionada o malintencionada por parte de sus amigos o que sufran de acoso o abuso sexual y no sepan cómo actuar ante esa situación ni a dónde acudir, y que éstos factores pudieran agrandar aún más su situación de vulnerabilidad.

5.1.5.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE

Debido a que el taller será impartido dentro del Organismo Mexicano Promotor del Desarrollo Integral de los Discapacitados Visuales I.A.P., situaremos principalmente a los padres de los hijos adolescentes beneficiarios de dicha Institución, la cual se encarga de atender a personas de todas edades con Discapacidad Visual que en algún momento han tenido dificultades para integrarse educativa, social, productiva y laboralmente en la sociedad. La mayor parte de estos padres son de escasos

recursos que generalmente trasladan a sus hijos menores de edad en transporte público y lejos de sus hogares.

El taller está abierto además, al público en general que tenga hijos adolescentes con discapacidad visual y que estén interesados. Puede asistir uno o ambos padres de cualquier estatus económico, zona del Distrito Federal y área Metropolitana.

5.1.6.- TEMARIO

SESIÓN 1

1.1- Introducción

1.2.- Objetivos

1.3.- Concepto de adolescencia

1.4.- Etapas del desarrollo en adolescentes

1.4.1.- Caracteres sexuales primarios y secundarios

SESIÓN 2

2.1.- Características de los adolescentes con discapacidad visual

2.2.- Reconocimiento e importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual

2.3.- Orientación y rol de los diferentes actores que intervienen en la formación de adolescentes con discapacidad visual

SESIÓN 3

- 3.1.- Definición de sexualidad
- 3.2.- Inicio y ejercicio de la sexualidad en adolescentes con discapacidad visual
- 3.3.- Derechos sexuales y salud reproductiva de la población con discapacidad en México

SESIÓN 4

- 4.1.- Métodos anticonceptivos
- 4.2.- Enfermedades de transmisión sexual
- 4.3.- Comunicación asertiva y estrategias de vinculación entre padres e hijos

SESIÓN 5

- 5.1.- Tradición/cultura vs Ejercicio responsable de la sexualidad
- 5.2.- Importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en el tema de la sexualidad
- 5.3.- Consecuencias en los adolescentes a raíz de la falta de educación sexual oportuna y veraz

SESIÓN 6

- 6.1.- Acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad visual
- 6.2.- Como prevenir el abuso sexual
- 6.3.- Conclusiones finales

5.1.7.- ROL DEL INSTRUCTOR

El instructor podrá ser un pedagogo, psicólogo, trabajador social o con carrera afín que cuente con los conocimientos y habilidades para dirigir, organizar, orientar y capacitar a los padres de hijos adolescentes con discapacidad visual en el tema de la sexualidad y de acuerdo, a los lineamientos de la presente propuesta.

De acuerdo a la información emitida a través de este trabajo, el instructor deberá estudiarlo y analizarlo para llevar a cabo un papel activo que le permita promover y crear las condiciones técnicas, didácticas, grupales, emocionales y comunicacionales para que se logre un aprendizaje significativo.

Para poder cumplir esta función, el instructor tendrá que conocer el contexto en el cual se va actuar y en el que convergen elementos personales, institucionales, culturales y socio-económicos, los cuales determinarán su desempeño. Para esto, fundamentara su quehacer profesional a través del uso de herramientas con base a las condiciones antes mencionadas y sobre esto completará la información que surja de discusiones en grupo, aclarará dudas (y comentarios erróneos si fuera el caso), deberá saber escuchar lo que el otro necesita ofreciendo una respuesta confiable y certera, comentará las soluciones elaboradas en el grupo, estimulará la reflexión, asesorará y animará a los padres de familia con el fin de garantizar que tengan un mayor acercamiento a sus hijos y puedan orientarlos en el ámbito de la sexualidad.

5.1.8.- PAPEL DEL PARTICIPANTE

El papel de cada uno de los participantes se verá reflejado, en su participación activa, dinámica, flexible, analítica y confiable. Reflexionará a partir de su propia experiencia y de la experiencia de los demás. En las dinámicas y ejercicios de cada sesión participará y estará en constante interacción con los demás padres, al término de cada sesión emitirá su juicio de evaluación con respecto al taller.

5.1.9.- METODOLOGÍA

Como ya se dijo, esta propuesta está considerada para realizarse dentro de la Institución Discapitados Visuales I.A.P. por ser la instancia que atiende a los hijos adolescentes con discapacidad visual y los cuales serán beneficiados de manera indirecta a través de los padres (en los cuáles está situada mi propuesta), además porque cuenta con el mobiliario y espacio suficiente, y sobre todo, porque parte de las funciones que realiza la Institución es promover el desarrollo integral de las personas con discapacidad visual a través de talleres de formación y de promoción de sus derechos para un mejor acceso e inclusión a la comunidad y a la información, ya sea de manera directa o indirecta.

Dentro de esta instancia se informará de manera oportuna y de acuerdo al docente-aplicador, se hará la invitación para asistir a dicho taller. El curso constará de 9 horas distribuidas en 6 sesiones de 1 hora 30 minutos, en las que se utilizarán diversas dinámicas para cada una de las sesiones complementadas y reforzadas con recursos didácticos (láminas, rotafolio, métodos anticonceptivos, tarjetones, hojas de recursos para el instructor como para los padres, etc.) que enriquecerán la información, facilitarán la caracterización y obtendrán un aprendizaje significativo.

Así mismo, se proporcionará un amplio contenido de los puntos más relevantes acerca de este tema para posteriormente llevar a cabo actividades que faciliten y

promuevan la construcción colectiva de conocimientos, actitudes, destrezas y valores sexuales, que permitan una convivencia sana, libre y gratificante de la sexualidad, para poder transmitirlos a sus hijos adolescentes y para poder entender las necesidades y derechos del ser humano. Esto con el propósito de no juzgarlos o tratarlos como seres asexuales, o bien, para que se den cuenta que las personas con discapacidad visual son más propensos a sufrir algún tipo de acoso sexual o que pueden llegar a ser inducidos erróneamente a llevar a cabo relaciones sexuales sin protección o en contra de su voluntad. Por ello se promoverá de forma colectiva e individual criterios, pautas, conocimientos y estrategias que permitan a los integrantes del taller desempeñar un papel protagónico en su formación sexual, además de adquirir conocimientos acerca de conductas preventivas en relación con su salud y su reproducción.

5.1.10.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Será de tipo formativa, es decir, se tomará en cuenta las sugerencias y comentarios de los padres a través de un formato de evaluación del taller (el instructor se los proporcionará), esto con la finalidad de mejorar la calidad, eficacia e intención del taller, pero sobre todo, cubrir las necesidades que los padres demandan. Por otro lado, se pretende que en las dinámicas se abra un canal de comunicación abierta, sincera, de análisis y reflexión de acuerdo a sus propias experiencias y anécdotas vividas. Por consiguiente, no habrá una calificación como tal.

5.1.11.- CARTAS DESCRIPTIVAS

A continuación veremos las actividades, tiempos y criterios de evaluación, designados para cada una de las sesiones en las que participaran los padres de familia:

TALLER:

"COMO HABLAR DE SEXUALIDAD CON NUESTROS HIJOS"

SESIÓN 1

Temas: - Introducción

- Objetivos
- Concepto de adolescencia
- Etapas del desarrollo en adolescentes
- Caracteres sexuales primarios y secundarios

Objetivos: - Dar a conocer la forma de trabajo, objetivos, motivos y fines de crear este taller.

- Participar y romper la tensión inicial de los padres, conociendo a todos los integrantes del grupo, así como al instructor, con la intención de abrir un mejor canal de confianza y comunicación
- Comprender el concepto de adolescencia, característica, así como su diferencia con la pubertad
- Brindar las bases de cómo se presenta el desarrollo de los adolescentes psicológica y físicamente
- Propiciar a los padres un ambiente adecuado para hablar del cuerpo humano y sus órganos sexuales
- Argumentar la importancia de conocer los órganos sexuales: su funcionamiento, estructura y localización

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
25 minutos	Dinámica "La telaraña"	Participativa	✓ 1 Bola de estambre	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al grupo que realizarán una actividad para presentarse y conocerse un poco con el fin de integrarse de una mejor manera, ya que convivirán durante varias sesiones - Advertir a los participantes que estén atentos a los datos de sus compañeros pues el ejercicio es de memorización - Pedir a los participantes que se coloquen de pie formando un círculo - El instructor inicia el ejercicio tomando la punta visible del estambre y se presentará ante el grupo diciendo su nombre, el lugar donde estudia o trabaja y su interés por orientar y guiar el taller - Al terminar su presentación, debe lanzar la bola de estambre a una madre o padre de familia quien a su vez deberá decir su nombre y posteriormente alguna inquietud que ha tenido con su hijo(a) adolescente, alguna duda o interés por asistir al taller y sostendrá el estambre por un punto antes de lanzar la bola nuevamente - Esta secuencia se repite hasta que todos los participantes queden enlazados en una especie de telaraña - Una vez que todos se han presentado, el (la) último(a) padre o madre que habló, debe regresar la bola de estambre en 	-----

				sentido inverso al que se inicio y repitiendo su nombre, de manera que la bola de estambre se vaya rehaciendo nuevamente y termine en las manos de quien empezó el juego, esto es, el instructor.	
5 minutos	* Introducción * Objetivos	Explicativa	-----	- El instructor dará una breve introducción y objetivos de llevar a cabo el taller así como su función a lo largo de éste.	-----
20 minutos	* Concepto de adolescencia	Participativa Explicativa	✓ Rotafolio	- El instructor pedirá que pasen a escribir en una de las hojas de rotafolio lo que entienden por pubertad y/o alguna de sus características. - En otra hoja de rotafolio deberán escribir lo que creen que significa adolescencia y/o alguna característica de esta etapa. - Después de haber anotado sus ideas, el instructor explicará la diferencia y características principales de una etapa y la otra. Posteriormente comentarán entre todos las preguntas a discutir y al finalizar los comentarios de sus respuestas, el instructor hará un reforzamiento de lo discutido en la actividad y enriquecerá dichos temas	- Preguntas de reflexión: ¿Cuáles son las diferencias que pueden observar de una etapa con la otra? ¿Creen que existe alguna diferencia con las características de los adolescentes normovisuales a las de los adolescentes con discapacidad visual? ¿Tienen un trato especial o diferente con sus hijos por tener discapacidad visual? ¿En qué sentido?
40 minutos	* Etapas del desarrollo en adolescentes - Caracteres sexuales	Participativa Expositiva	✓ Pizarrón ✓ Gises	- Se pedirá que voluntariamente escriban en el pizarrón los factores que crean que intervienen en la aparición de la maduración sexual.	- Se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. Véase anexo B

	primarios y secundarios		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja con la imagen de los órganos sexuales masculinos (Véase anexo "C" Pág. 237) ✓ Hoja con la imagen de los órganos sexuales femeninos externos (Véase anexo "D" Pág. 238) ✓ Hoja con la imagen de los órganos sexuales femeninos internos (Véase anexo "E" Pág. 239) ✓ NOTA: el boceto de la lámina con los aparatos reproductores femeninos y masculino, así como la hoja que se obsequiará a cada uno de los participantes, podrá ser consultado de la hoja de recursos para el grupo (Véase anexo "F" Pág. 240)" 	<p>- Una vez proporcionadas dichas ideas, el instructor reforzará la información y después les entregará unas hojas con las imágenes de los "órganos sexuales masculinos", "órganos sexuales externos e internos femeninos" y les indicará que anoten el nombre de cada una de las partes que indica la imagen, con el fin de saber que tan familiarizados están con cada una de las partes y funciones de los aparatos reproductores. Tendrán un tiempo de 10 minutos.</p> <p>-Pasados los 10 minutos, el instructor recogerá sus hojas y evaluará a través de ellas, con cuanta información cuentan cada uno de los padres, con base a ello, hará mayor o menor énfasis en explicar la localización y función de las partes de los órganos sexuales apoyado con una lámina que muestre los aparatos reproductores masculinos y femeninos con nombres. También explicará el concepto y la diferencia entre los caracteres sexuales primarios y los secundarios</p> <p>- Terminada la explicación del instructor, los padres nuevamente escribirán en el pizarrón los cambios fisiológicos que aparecen en la adolescencia, de ser necesario, el instructor completará la información.</p> <p>- Al finalizar la actividad, el instructor les obsequiará una hoja de dichos órganos con el nombre de cada una de sus partes para que puedan llevársela a casa.</p>	(Pág. 236)
--	-------------------------	--	--	---	------------

SESIÓN 2

- Temas:** - Orientación y rol de los diferentes actores que intervienen en la formación de adolescentes con discapacidad visual
- Características de los adolescentes con discapacidad visual
 - Reconocimiento e importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual

Objetivos:

- Que reconozcan la importancia de una educación sexual oportuna en adolescentes con discapacidad visual
- Reconocer las características principales de los adolescentes con discapacidad visual
- Identificar y analizar críticamente el rol de los diferentes actores que intervienen en la formación de la sexualidad de los adolescentes con discapacidad visual

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
35 minutos	<p>*Orientación y rol de los diferentes actores que intervienen en la formación de jóvenes con discapacidad visual</p> <p>*Actividad "La balanza"</p>	<p>Participativa Explicativa</p>	<p>✓ Lámina "Hacia qué lado se inclina la balanza"</p> <p>✓ Lámina de recursos para el grupo</p>	<p>- El instructor presentará esta actividad señalando que de acuerdo a las creencias y educación que recibimos es como, en ocasiones educamos a nuestros hijos, en función de ello analizaremos cómo muchas veces esto y la influencia que reciben por parte de los amigos, novio(a) y/o medios de comunicación repercute en las decisiones de los adolescentes con respecto a su sexualidad</p> <p>- Pegará la lámina del anexo "G" (Página 241) en el pizarrón y mencionará al grupo que supongan que éste es el dibujo de una balanza. La balanza representa las dos elecciones que un adolescente puede hacer (tener relaciones sexuales ahora o esperar hasta más tarde)</p> <p>- Pedirá al grupo una lluvia de ideas acerca de las razones por las que algunos adolescentes con discapacidad deciden tener relaciones sexuales, haciendo una lista de todas las razones en el lado izquierdo de la balanza (anotándolas con plumón en la lámina)</p> <p>- Posteriormente, pedirá al grupo que piense en todas las razones por las que un adolescente puede decir "no" a las relaciones sexuales, anotando de igual forma, todas las respuestas del grupo</p>	----

				<p>en el lado derecho de la balanza.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre todos observarán el lado al que se fue la balanza y analizarán las ventajas y desventajas en que los adolescentes tengan relaciones sexuales, así como el rol de los diferentes actores que intervienen en su formación. - Finalmente se pegará en el pizarrón la lámina de recursos para el grupo (Anexo H Página 242), de modo que puedan evaluar dichas razones y complementar la información con ayuda del instructor 	
15 minutos	* Características de los adolescentes con discapacidad visual	Participativa	----	<ul style="list-style-type: none"> - Este tema se dará a partir de la siguiente pregunta: ¿Qué características pueden distinguir de sus hijos con discapacidad visual? ¿Su desarrollo es igual que el de un adolescente normovisual? - Al terminar de discutir las respuestas de los participantes, el instructor reforzará el tema 	-----
20 minutos	Dinámica "En los zapatos de mi adolescente"	Participativa	✓ Paliacates para cada uno de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá que los padres se venden los ojos con un paliacate y se pongan en parejas con su sexo opuesto - Tratarán de imaginarse que son de la edad de sus hijos y se pondrán de acuerdo para saber quién de los dos tratará de "conquistar" al otro. Para ello, buscarán alternativas que pueden ayudar a conocer al otro, acercarse a él o ella, cómo llevar a cabo una 	<p>Preguntas de reflexión:</p> <p>¿Cuáles son los principales prejuicios con los que se enfrentan las personas con discapacidad visual?</p> <p>¿De qué manera</p>

				<p>conversación, cómo le pedirían que fuera su “novia”, etc.</p>	<p>orientan a su hijo para evitar que les afecte estos prejuicios en su vida diaria?</p> <p>Preguntas a discutir:</p> <p>¿Cómo se sintieron con la actividad teniendo los ojos vendados?</p> <p>¿Trataron de ponerse en el lugar de su hijo? ¿Qué pasó por su mente?</p> <p>¿Creen que es fácil asimilar la discapacidad visual sobre todo en la etapa de la adolescencia?</p> <p>¿Les han dicho sus hijos cómo se sienten?</p>
25 minutos	<p>- Reconocimiento e importancia de la educación sexual en adolescentes con discapacidad visual</p> <p>Actividad</p> <p>“Lluvia de ideas”</p>	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pizarrón ✓ Gises ✓ Rotafolio 	<p>- El instructor explicará qué es la educación sexual, mencionará su importancia, sus objetivos y anotará en el pizarrón las acciones para dar inicio a dicha educación</p>	<p>- Preguntas de reflexión:</p> <p>¿Por qué creen que es importante dar una educación sexual a sus hijos?</p> <p>¿Cómo padres, de qué manera han atravesado los</p>

					<p>cambios físicos y psicológicos de su adolescente?</p> <p>¿Ha sido difícil?</p> <p>¿Creen que ha sido aún más difícil enfrentar la etapa de la pubertad y adolescencia para sus hijos teniendo discapacidad visual? ¿Por qué?</p> <p>- Después de haber comentado las preguntas de reflexión, se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. (Véase anexo "B" Pág. 236)</p>
--	--	--	--	--	--

SESIÓN 3

Temas: - Definición de sexualidad

- Inicio y ejercicio de la sexualidad en adolescentes con discapacidad visual
- Derechos sexuales y salud reproductiva de la población con discapacidad en México

Objetivos: - Adquirir un concepto amplio y correcto de la sexualidad y las conductas sexuales

- Transmitir información básica sobre los diferentes aspectos de la sexualidad
- Tener en claro las ventajas y desventajas de que los adolescentes tengan relaciones sexuales
- Adquirir, mantener y fomentar una actitud positiva hacia la reproducción, orientación y educación sexual
- Reconocer que los adolescentes con discapacidad pueden ejercer su sexualidad como cualquier otra persona
- Saber bajo qué leyes se respaldan todos aquellos derechos que atañen a la sexualidad de las personas con discapacidad y cuál es su importancia
- Ser asertivos y éticos en la conducta sexual

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
15 minutos	* Definición de sexualidad	Explicativa	----	- El instructor explicará brevemente la definición de sexualidad y sexo, con la intención de aclarar la distinción entre una y otra	---
55 minutos	* Inicio y ejercicio de la sexualidad en jóvenes con discapacidad visual * Actividad " El simposio" ⁶²	Explicativa Participativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas de rotafolio ✓ Mesa grande ✓ Vasos ✓ Jarra ✓ Un mantel ✓ Cartulina ✓ Plumones ✓ Hojas blancas 	<p>- El instructor dará una breve introducción al tema, reconociendo la forma en que se manifiesta la sexualidad y las conductas sexuales.</p> <p>- Posteriormente se iniciará la actividad explicando que se analizarán las alternativas del ejercicio de la sexualidad en los adolescentes. Se organizarán 4 voluntarios a los cuales se les dará un tema a desarrollar en forma de ponencia (temas: la abstinencia, relación sexuales en adolescentes, la masturbación y la homosexualidad)</p> <p>- Cada uno discutirá y analizará su tema, hará sus anotaciones de las conclusiones alcanzadas, las cuales presentará durante el simposio. Dar 15 minutos para esta actividad</p> <p>- Una vez realizadas las ponencias, el instructor iniciará el simposio presentando la temática, así como el título de las diferentes ponencias. A</p>	----

⁶² El **simposio** es un tipo de reunión social en la cual diversos individuos se juntan de debatir, charlar e intercambiar ideas sobre un tema previamente establecido. Hoy en día, este concepto se relaciona casi exclusivamente con charlas de tipo académico, en las cuales uno o varias especialistas exponen y desarrollan teorías sobre diferentes temas para un público previamente organizado e inscrito.

				<p>continuación presentará a los integrantes de la mesa y cederá la palabra al primer expositor, dándole 5 minutos. Los participantes que no pasan a la mesa de trabajo actúan como público</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una vez terminada la lectura de las ponencias, el educador solicitará al público las preguntas y comentarios. Posteriormente a este intercambio de opiniones y respuestas a dudas, el instructor realizará una síntesis del simposio y del ejercicio - Se sugiere que el instructor prepare un ambiente físico del simposio: la mesa, los rótulos conteniendo el nombre de cada ponente, los asientos para el público, jarra y vasos. Para una buena realización de la técnica es importante el ingenio y el sentido del humor del instructor. - El instructor dará las conclusiones de los temas abordados en la sesión. 	
20 minutos	* Derechos sexuales y salud reproductiva de la población con discapacidad en México	Visual-reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lap top ✓ Proyector 	<ul style="list-style-type: none"> - Los padres de familia verán un video en YouTube que les pondrá el instructor, acerca de los derechos sexuales de las personas con discapacidad - Al finalizar la presentación comentarán el tema y el instructor complementará la información 	Se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. (Véase anexo "B" Pág. 236)

SESIÓN 4

Temas: - Métodos anticonceptivos. Procesos que toda madre y padre de familia deben conocer

- Enfermedades de transmisión sexual
- Comunicación asertiva y estrategias de vinculación entre padres e hijos

Objetivos: - Que los padres de familia sepan distinguir los diferentes tipos de métodos anticonceptivos

- Exponer la importancia y el uso correcto de los diferentes métodos anticonceptivos
- Mencionar algunas de las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos
- Adquirir un concepto amplio y correcto de las Enfermedades de Transmisión sexual, así como sus diferentes tipos
- Describir los signos y síntomas de las ETS
- Que los padres cuenten con las herramientas necesarias para poder tener un mejor acercamiento con sus hijos

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
10 minutos	Actividad "La papa caliente"	Participativa	✓ Una pelota de esponja	- El instructor mencionará que a través de esta actividad es como podremos darnos cuenta de cuántos métodos anticonceptivos conocen - Para ello, los padres deberán hacer un círculo y el instructor comenzará	----

				<p>diciendo: hay un padre o madre (según sea el caso) cargado, cargado, de métodos anticonceptivos cómo...y mencionará el nombre de un método, al mismo tiempo que lanzará la pelota a otra persona</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esa persona tendrá que decir el nombre de otro método al mismo tiempo que lanzará la pelota a otra persona diferente, repitiéndose este punto hasta que llegue a manos de otro participante que no sepa que contestar y tendrá que salir del círculo - La última persona que contestó tendrá que repetir la frase: había un padre o madre cargados, cargados de métodos anticonceptivos cómo... y volverá a lanzar la pelota - Se repite el mismo proceso hasta que ya no conozcan el nombre de ningún otro método o sólo quede un participante, el cuál será la ganadora por tener más conocimientos en el tema - El máximo de tiempo para contestar, cuando tengan la pelota en las manos será de 1 minuto aproximadamente o se quemará 	
30 minutos	* Métodos anticonceptivos. Procesos que toda madre y padre de familia deben conocer	Explicativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Espermicidas ✓ Diafragma ✓ Óvulos ✓ Preservativo masculino ✓ Preservativo femenino 	<ul style="list-style-type: none"> - El instructor pondrá en la mesa todos los métodos anticonceptivos que trajo y les pedirá a los padres que los clasifique según el tipo de método al que pertenece - Una vez separados los irá pasando 	<p>Preguntas de reflexión:</p> <p>¿Cuál es la importancia de que los adolescentes conozcan los</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Píldoras anticonceptivas ✓ Parches anticonceptivos 	<p>uno por uno a los padres para que los toquen, los huelan, los conozcan (si es el caso), conozcan algunas de sus marcas; al mismo tiempo, el instructor les irá explicando su función, características, forma de utilización, ventajas, desventajas, etc.</p>	<p>métodos anticonceptivos?</p> <p>¿De qué manera se acercarían a sus hijos para hacerles llegar esta información?</p>
20 minutos	* Enfermedades de transmisión sexual	Visual-reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyector ✓ Lap top ✓ Hojas de recursos para el grupo "Tabla de las ETS" 	<p>- Lo participantes del taller verán un video de YouTube acerca de las ETS y el instructor les obsequiará una copia de la hoja de recursos para el grupo (Anexo "I" páginas: 243, 244 y 245) para que conjuntamente con el video, vayan observado las ETS más comunes, sus causas, síntomas, tratamiento y consecuencias.</p>	---
10 minutos	Actividad "Compartiendo"	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 tarjetas para cada participante ✓ Cinta adhesiva ✓ Plumones ✓ Hojas blancas ✓ Hoja de recursos para el instructor 	<p>- El instructor deberá enumerar a los padres de familia para formar 5 grupos. Asignar a cada grupo un color de acuerdo a la Hoja de recursos para el instructor (Véase anexo "J" Pág. 246 "parte 1") sin decirles el código, y pedir que cada uno lleve 4 tarjetas del color asignado.</p> <p>- Pedir a los padres que escriban en una hoja, con letra grande, su nombre y 5 características que los identifiquen positivas y/o negativas) y se la peguen en el pecho (por ejemplo: trabajador, simpático, impuntual, etc.)</p> <p>- Indicarles que caminen por todo el salón leyendo las hojas de sus compañeros, eligiendo a 4 personas con</p>	----

				<p>cuyas características se identifiquen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al momento de escoger a cada persona, deberá preguntarle en ese momento si quiere intercambiar tarjeta con él o ella, en caso afirmativo, hacerlo pegando la tarjeta en una parte del cuerpo del compañero en el orden en que éste las va recibiendo. No deben intercambiarse necesariamente todas las tarjetas - Una vez concluido el intercambio, el instructor informará a los padres el código de cada color y el objetivo de este ejercicio apoyado de la hoja de recursos para el instructor (Anexo “J” Parte 2). Dará conclusiones finales de los temas vistos en la sesión. 	
20 minutos	<p>* Comunicación asertiva y estrategias de vinculación entre padres e hijos</p> <p>Actividad “Es verdad que...”</p>	Participativa Explicativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja de trabajo para cada uno de los equipos ✓ Hojas de recursos para el instructor ✓ Lap top ✓ Proyector 	<ul style="list-style-type: none"> - Harán equipos de 3 a 4 personas - El instructor les proporcionará a cada equipo la hoja de trabajo y les pedirá que lean las preguntas (Véase anexo “K” Página 247), les dará 10 minutos para que las comenten y contesten - Les indicará que pasados los 10 minutos leerá cada pregunta en voz alta y al azar escogerá un equipo para que comenten con todo el grupo sus respuestas y discutan sobre ellas - Al finalizar, el instructor enriquecerá las respuestas apoyado de las hojas de recursos para el instructor (Anexo “L” página 248 y 249) y expondrá de manera más detallada el tema 	Se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. (Véase anexo “B” Pág. 236).

SESIÓN 5

Temas: - Tradición/cultura vs Ejercicio responsable de la sexualidad

- Importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en el tema de sexualidad
- Consecuencias en los adolescentes a raíz de la falta de educación sexual oportuna y veraz

Objetivos: - Reconocer los prejuicios acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad y de qué manera repercute en ellos

- Que los padres eliminen los mitos que giran en torno al tema de la sexualidad en personas con discapacidad
- Analizar y adquirir estrategias para tener una mejor comunicación con sus hijos y con ello, poder abordar de manera positiva el tema de la sexualidad
- Reconocer la importancia de una educación sexual oportuna en adolescentes
- Señalar los principales factores que intervienen en los embarazos no deseados y sus consecuencias
- Identificar las conductas y actitudes asociadas con la sexualidad responsable en los adolescentes

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
20 minutos	* Tradición/cultura vs Ejercicio responsable de la sexualidad	Explicativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyecto r ✓ Lap top 	- El instructor desarrollará dicho tema apoyándose de una proyección en power point	---
15 minutos	Actividad "La botella del mito o dato"	Participativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 Botella ✓ Hoja de recursos para el grupo ✓ Hoja de recursos para el instructor 	<p>- El instructor pedirá que se sienten haciendo un círculo y poniendo la botella al centro</p> <p>- Se indicará que el instructor comenzará girando la botella y leerá el primer enunciado de la hoja de recursos para el grupo (Véase anexo "M" páginas 250 y 251). A la persona que apunte el cuello de la botella deberá responder si es un mito o un dato y porqué</p> <p>- Posteriormente se hará el mismo procedimiento sólo que el que girará la botella, será el último que respondió al enunciado</p> <p>- Al terminar de analizar todos los enunciados el instructor complementará sus respuestas apoyándose de la hoja de recursos para el instructor (Anexo "N" páginas 252-255) y dará conclusiones de los temas vistos en la sesión.</p>	----
30 minutos	* Importancia y estrategias para la formación de padres de hijos con discapacidad visual en	Participativa Explicativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotafolio ✓ Lap top 	- Se pedirá que los padres anoten en el rotafolio cuales son las estrategias que les han ayudado a tener una mejor comunicación y confianza con sus hijos.	----

	<p>el tema de la sexualidad</p> <p>Dinámica "Lluvia de ideas"</p>		<p>✓ Cañón</p>	<p>- Posteriormente anotarán en otra hoja del rotafolio una estrategia que les pueda ayudar a hablar de sexualidad con sus hijos.</p> <p>- Al terminar de anotar las estrategias, analizarán y comentaran sus respuestas de modo que obtengan más tips que podrán llevar a cabo para favorecer la comunicación y acercamiento con sus hijos con relación a la sexualidad.</p> <p>- Finalmente el instructor completará la información, con una proyección en power point</p>	
25 minutos	<p>* Consecuencias en los adolescentes a raíz de la falta de educación sexual oportuna y veraz</p>	<p>Participativa Explicativa</p>	<p>✓ Pizarrón ✓ Gises</p>	<p>- Los participantes del taller deberán anotar en el pizarrón las consecuencias que puede haber en los adolescentes con discapacidad visual, a falta de una educación sexual oportuna y veraz</p> <p>- Después escribirán las consecuencias que puede sufrir un adolescente con discapacidad visual, si se embaraza</p> <p>- Una vez escritas y discutidas dichas consecuencias, se hará un debate acerca del aborto, donde el moderador o coordinador será el instructor, quien les planteará la situación a debatir</p> <p>- Quien lo desee será el secretario, quien será el encargado de anotar las ideas principales que exponen los participantes y realizará una especie de resumen al final del debate. Se caracteriza por ser imparcial y generalmente se elige por consenso de</p>	<p>Se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. (Véase anexo "B" Pág. 236).</p>

				<p>los participantes.</p> <ul style="list-style-type: none">- Los participantes podrán ser cuatro, dos de ellos debatirán a favor del aborto y los otros dos en contra.- Las personas que sobren, tomaran el papel del público.	
--	--	--	--	--	--

SESIÓN 6

Temas: - Acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad visual

- Cómo prevenir el abuso sexual
- Conclusiones finales

Objetivos: - Diferenciar los conceptos de abuso, acoso y violencia sexual

- Saber las características que desembocan en un abuso sexual
- Aprender a distinguir algunas señales de este abuso
- Que lo padres sepan qué pueden hacer ante cualquiera de estos delitos
- Reconocer las consecuencias de la violencia sexual
- Saber cómo se puede prevenir y a dónde acudir o pedir información en caso de que se atente contra su sexualidad e integridad

TIEMPO	CONTENIDO	TÉCNICA	MATERIAL DIDÁCTICO	ACTIVIDAD	EVALUACIÓN
1 hora	* Acoso, abuso y violencia sexual en personas con discapacidad visual * Cómo prevenir el	Explicativa Participativa Visual-	✓ Proyector ✓ Lap top ✓ Rotafolio	- El instructor dará a conocer el tema utilizando el cañón como recurso de apoyo. - Cuando vaya en el subtema de "cuáles son algunas señales de abuso"	Preguntas de reflexión: ¿Creen que los adolescentes con discapacidad son

	<p>abuso sexual</p> <p>Actividad</p> <p>“Lluvia de ideas”</p>	<p>reflexiva</p>		<p>sexual”, el instructor se detendrá y pedirá al grupo que hagan una lluvia de ideas sobre este tema y las anoten en el rotafolio</p> <p>- Cuando terminen la actividad, el instructor les pondrá un video de Youtube acerca de cómo prevenir el abuso sexual. Al finalizar, complementará la información y continuará con el tema</p> <p>- Más adelante, de la misma manera, hará una pausa cuando se adentre al subtema de “qué podemos hacer ante los abusos”, y de la misma forma, pedirá a los padres que vuelvan hacer otra lluvia de ideas de cuáles son las medidas y acciones que deben hacer ante tal abuso</p> <p>- Finalmente el instructor integrará todas las ideas y comentarios y concluirá el tema.</p>	<p>más propensos a sufrir algún tipo de abuso o violencia sexual? ¿Por qué?</p> <p>¿Les ha tocado enfrentarse a alguna de estas situaciones de acoso o abuso sexual con sus hijos?</p>
30 minutos	*Conclusiones finales	<p>Expositiva</p> <p>Participativa</p>	---	<p>- El instructor del taller dará sus conclusiones finales del taller, al mismo tiempo que pedirá al grupo que voluntariamente cuenten las anécdotas, experiencias y/o mensajes que les dejó el taller y cuáles son los valores que se lograron transmitir.</p> <p>- Se felicitará a todos por su gran labor y logro dentro y fuera del taller y se les dará un reconocimiento</p>	<p>Se les proporcionará una hoja de evaluación del taller. Véase anexo “B” Pág. 236)</p>

CONCLUSIONES

Todos los seres vivos, desde las plantas hasta los animales más complejos; son capaces de reproducirse; sin embargo, hasta donde sabemos, sólo los seres humanos tenemos la capacidad de comprender nuestra sexualidad, lo que nos diferencia del resto de los seres vivos y nos hace responsables de esta función básica de nuestra vida como hombres y mujeres sanos y libres.

Partiendo de esta visión de la sexualidad, nos damos cuenta que este término tan usado, es algo mucho más amplio y rico de lo que la mayoría cree, pues abarca conceptos como el sexo, erotismo, placer, intimidad, reproducción, los papeles de género, orientación y educación sexual. Asimismo, es una de las necesidades humanas que se expresan mediante el cuerpo y forma parte de nuestra identidad, la cual marca nuestra manera de interactuar con los otros, por ello debe ser un tema en el que todos deberíamos educarnos y cultivarnos sin importar edad o condición.

Por lo tanto, la sexualidad es parte ineludible de la vida de todo ser humano, la cual apropiamos y expresamos a través de pensamientos, deseos, fantasías, actitudes, creencias, conductas, valores y relaciones interpersonales que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Pues la manera en que cada persona viva y manifieste su sexualidad, dependerá de la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, éticos, legales, históricos y religiosos. Sin embargo, la problemática aquí planteada es que, lamentablemente un número muy grande de la sociedad hace una fuerte discriminación hacia las personas con discapacidad visual; conjuntamente con ello, creen que son seres asexuales, lo cual es totalmente erróneo e injustificable, debido a que sienten, desean, fantasean y pueden llevar una vida sexual activa como cualquier otra persona.

Y es que a pesar de la importancia que representa para el desarrollo de las personas la sexualidad, sigue siendo en gran medida, un tabú en nuestra sociedad. Los prejuicios que rodean a las personas con alguna discapacidad en el ámbito de la sexualidad, dificultan el acceso a procesos verdaderamente educativos sobre el tema, originándose así, problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Y precisamente esa falta de atención para la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, se traduce en un elevado nivel de riesgo de sufrir y enfrentar prejuicios en su desarrollo, marginación y desconocimiento de sus derechos, violencia en sus relaciones y entorno, no se les da el respeto a su autonomía moral ni la oportunidad de desarrollar su sexualidad, ignorándola por completo, se les ridiculiza si expresan deseos amorosos, se enfrentan a enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, así como abusos físicos y sexuales, siendo el riesgo igual o incluso superior al que presenta la población en general.

En este sentido, como pudimos apreciar, los problemas sexuales de las personas con discapacidad visual se derivan de la discriminación y no de la deficiencia individual propiamente. Es por esta razón, que se debe fomentar la enseñanza del tema de la sexualidad en los adolescentes con discapacidad visual, como un aspecto fundamental para lograr la calidad de vida de dichas personas, la cual debe ir orientada, tanto a padres de familia, como a la persona misma.

Conjuntamente con ello, la sociedad debe considerar al ser humano en general y reconocer que cada ciudadano tiene el mismo valor y los mismos derechos que los demás y que las necesidades de las personas con discapacidad son importantes, razón por la cual deben formar parte natural de la planificación de la vida misma y de la sociedad. Ante ello no se debe pasar inadvertido que la sexualidad de dichas personas, tiene toda la riqueza de manifestaciones, preguntas e inquietudes que aquellos jóvenes que no tienen discapacidad, por lo tanto se les debe escuchar y atender su demanda

de información y brindar orientación en valores que les permita asumir responsablemente su conducta.

Aunado a esto, lo que aquí se planteo fue como reforzar una educación sexual de padres a hijos adolescentes con discapacidad visual, debido a que a pesar de existir proyectos de educación sexual dirigidos a los jóvenes, (como es el caso de Discapacitados Visuales I.A.P.) se ha mostrado poca efectividad mientras no se incluyan a los padres e inclusive a la comunidad. Y es que, como observamos, uno de los mayores problemas es que, algunos de los padres de familia conciben la sexualidad de sus hijos con discapacidad, con temor, incertidumbre, culpa y angustiosa responsabilidad que se traduce en sobreprotección o ellos mismos los discriminan al pensar que son personas asexuales, lo cual también implica un gran reto para este taller, pues en cierto modo, estas barreras y prejuicios crean dependencia y limita el nivel de toma de decisiones de los adolescentes sobre su cuerpo, su sexualidad y cuidado.

Lo anterior resume de manera precisa, la urgencia que se tienen de atender las necesidades educativas y afectivas de las personas con discapacidad y, para ello, se tiene que trabajar en aspectos más allá de la técnica o de la parte conceptual y anatómica de la sexualidad; es decir, se tiene que trabajar también con la autoestima, afectividad, respeto, comunicación, amor, confianza, conciencia, asertividad, paciencia y comprensión hacia esta etapa de crecimiento y hacia las cuestiones de sexualidad que en ella deparan.

Esta tesina, es un gran esfuerzo por favorecer el desarrollo de una sexualidad sana, tanto en los aspectos cognitivos, como en los emocionales y sociales a través de una orientación y educación sexual por parte de los padres a los hijos. En la que a través de las exposiciones, como de las dinámicas, se logre guiar a los padres para que puedan transmitir información confiable, positiva y objetiva a sus hijos en el tema de la

sexualidad, así como proporcionar las herramientas necesarias para que los orienten en su autodeterminación e independencia y logren una mejor calidad de vida de acuerdo a sus derechos sexuales y reproductivos.

Como ya lo hemos visto, desafortunadamente en nuestra cultura el hecho de ser una persona con discapacidad visual constituye un obstáculo para intimar con otra persona, mantener relaciones sexuales e incluso llegar a consolidar una pareja. Es en ese momento cuando la educación puede ayudarlos a superar las barreras y lograr que su proceso de integración y normalización sea completo; lo que quiere decir, que pueden ejercer su sexualidad si son orientadas adecuadamente, y eso no implica estimularlos o motivarlos a tener relaciones sexuales, simplemente es impulsar su realización personal en todos los niveles. Consideremos que, al llegar a la pubertad las personas con discapacidad visual experimentan los mismos cambios biológicos que viven todos los seres humanos a consecuencia de las alteraciones endocrinas a nivel anatómico-fisiológico y, por tanto, registran un incremento de su impulso sexual como cualquier otro adolescente. Es decir, un joven con discapacidad tiene los mismos sentimientos sexuales y las mismas características de desarrollo que los jóvenes que no presentan ninguna discapacidad, esto supondría que la educación debe ser la misma para ambos sectores sociales.

Pero además, el mensaje de la educación sexual hacia los jóvenes, es hacerles ver que comprende muchas cosas: hablar sobre las relaciones de pareja, de cómo debe ser el trato entre dos personas que se quieren, nuestra idea del amor, la expresión de afectos, enfados y desacuerdos. Es hablar sobre las relaciones humanas, el respeto, las emociones, las características, cambios y belleza de los cuerpos de mujeres y de hombres y el valor de su diversidad. Pero también es contribuir a que sus hijos se sientan queridos y por tanto aprendan a quererse, encuentren su particular belleza, aprendan a cuidarse, tengan claro que como personas *merecen la pena*, busquen amistades y parejas que los cuiden, y sepan decir que no a lo que no desean.

Me quedo con un buen sabor de boca no sólo porque aprendí con mi propia investigación, sino también porque estoy completamente segura de que el trabajo con los padres será verdaderamente exitoso y que los mensajes directos e indirectos que se transmitan a través de la exposición del instructor, como de las dinámicas de cada sesión, les serán de utilidad para mejorar la comunicación con sus hijos y romper con el tabú de que siempre serán unos “niños” y/o que por su discapacidad no pueden llegar a desear, tener un(a) novio(a) y experimentar todo lo que su cuerpo les va comunicando.

Como lo he dicho, y lo vimos repetidas veces, la etapa de la adolescencia no es fácil, sin embargo desde que los hijos son pequeños podemos sentar las bases para guiar su desarrollo y dar una sana educación de la sexualidad; si son adolescentes y nunca las dimos, aún estamos a tiempo de enmendar el buen desarrollo de la misma, a través de la práctica de las virtudes, el aprecio y apego de los valores en todo momento, con el fin de que el joven sepa tomar decisiones correctas en el momento adecuado.

Por otro lado, tuve la fortuna de conocer a personas con discapacidad visual de diferentes edades y con distintos estilos e historias de vida, lo cual me llevo a comprenderlos mejor, entender sus principales necesidades y las dificultades a las que se enfrentan en su vida cotidiana. En este sentido, es clara la ardua labor que nos queda como miembros de la sociedad y como pedagogos, pues aún estamos muy lejos de eliminar con la discriminación hacia las personas con discapacidad y la base para erradicarla es la educación, la cual además de que constituye un derecho humano fundamental de toda persona, forma parte de un proceso de socialización y crea las habilidades y valores para asegurar el desarrollo físico, afectivo e intelectual del ser humano.

Sumado a esto, este tema me ha llevado a comprender que, si pretendemos construir una sociedad en la que podamos convivir en igualdad de oportunidades y sin discriminaciones, es imprescindible proporcionar una educación afectiva y sexual, de calidad. Para ello, debemos estar conscientes de que el conocimiento sexual nos ayuda a crecer como personas. Aprender a ser felices es un reto permanente del ser humano y la educación sexual contribuye, de una manera importante, a lograr esa felicidad, dando respuesta a las necesidades del aprendizaje.

Por lo tanto, mi labor como pedagoga es imprescindible si deseo contribuir a que las personas con discapacidad en especial, tengan una mejor calidad de vida en todas sus dimensiones, pero además como persona me ha llevado a comprender que también necesitamos practicar las virtudes que queremos inculcar a nuestros hijos, para ayudar con nuestro ejemplo a que tengan una mayor comprensión de lo que esperamos de ellos. Asimismo descubrí, que educar a los hijos es una labor de gran responsabilidad y que además exige un gran esfuerzo, compromiso, amor, dedicación y paciencia; para ello siempre debemos tener la convicción de que si sembramos buenas semillas, nuestros hijos y nosotros mismos recogeremos buenos frutos

Siempre hay que tener claro que aunque a veces se transite por etapas difíciles como suele ser la adolescencia, o nos sentimos desalentados cuando descubrimos la influencia nociva del ambiente en nuestros hijos y a pesar de nuestras propias deficiencias y defectos, el amor con el que emprendamos la tarea día a día va ser la clave que nos llenará de satisfacciones cuando veamos cumplidas nuestras expectativas, no por haber tenido éxito como padres y maestros, sino porque amamos a nuestros hijos y deseamos que sean mejores personas, que sea felices hasta donde es posible serlo en esta vida y que aprendan a amar porque se saben amados.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILAR, José y RODRÍGUEZ G. Sexualidad. Lo que todo adolescente debe saber. México, 1996.

ARIZA Carles, DOLORS Cesari Ma., GABRIEL Marian Y GALAN. Programa Integrado de Pedagogía Sexual en la escuela. Narcea, S.A. de Ediciones Madrid, 1998.

BARRIGA ARCEO, Frida Díaz, HERNANDEZ ROJAS, Gerardo. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación Constructivista. Edit. Mc Graw-Hill, 2- Edición, México 2002.

CASAS MARTÍNEZ María de la Luz, VARELA GUERRERO Gabriela Adriana, Formación de la sexualidad en el adolescente. Manual de dinámicas para maestros y padres. Editorial Trillas, México, 1998.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de Febrero de 1917, Texto vigente, última reforma publicada 14 de Julio de 2011.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, PROTOCOLO FACULTATIVO, Editado por la CONAPRED, México, D.F. 2007.

CUBERO, Rosario. Perspectivas Constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso. Colección Crítica y fundamentos. Edit. Graó, Barcelona. 1- Edición 2005.

DEUTSCH SMITH, Deborah. Bases psicopedagógicas de la Educación Especial. Enseñando en un mundo de oportunidades. Cuarta Edición, Editorial Prentice Hall, 2003.

D.G.O.V. Aspectos significativos de la adolescencia, en: "Manual de orientación educativa para cuarto año de bachillerato". México, 1996.

E. LYON, Maureen, PH. D. y BREDÁ ANTONIADES, Chistina. Mi hijo adolescente ya tiene sexo ¿ahora qué hago? Editorial Santillana, México D.F. 2010.

ENCICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD. Editorial océano S.A. Barcelona España. tomo.1.

ENCICLOPEDIA TEMÁTICA TERCERA GENERACIÓN SECUNDARIA Y PREPARATORIA. España, Edit. Thema, 2002. tomo 3.

FONT, Pere. Pedagogía de la sexualidad. 2ª edición. España, 1999, editorial ICE-GRAÓ. (Colección. Materiales para la Innovación Educativa, MIE)

GARCÍA, Everardo. Orientación Educativa. Edit. Trillas, México, 1995
GARCÍA LLAMAS, J.L. El aprendizaje adulto en un sistema abierto y a distancia. Narcea, S.A. de Ediciones Madrid, 1986.

HERRANZ, A. Experiencias y conocimientos de la mujeres en la Educación Permanente. Una propuesta didáctica para Prevenir la violencia. Instituto de la Mujer. Madrid. 2000.

HERNÁNDEZ, Carmela de Pablo. Educación en sexología y sexualidad humana. Editorial Formación Alcalá, Jaén, 2005.

HIRIART, Vivianne. Cómo hablar de sexualidad con sus hijos. Editorial Paidós. México, 1- Edición 2005

HURLOCK, Elizabeth B. Psicología de la adolescencia. Edición revisada y ampliada, Editorial Paidos; México, 1997.

ITUARTE DE ARDAVÍN, María de los Ángeles. Hablemos de sexualidad con los niños. Guía práctica para padres, educadoras y maestros. Editorial Trillas, México, 2005. P

JONES, DANIEL, Sexualidades adolescentes, ediciones Ciccus, Argentina, 2010

MARINIS Diana Y COLMAN Ondina. Educación Sexual. Orientaciones didácticas para la Educación Secundaria Obligatoria. Edit. Visor, Madrid, 1995.

MASTERS H. William, JHONSON E. Virginia, KOLODNY C. Robert. La sexualidad humana. Volumen II. Editorial Grijalbo. Barcelona, 1995.

MONROY, Anameli. Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. Guía práctica para padres y educadores. Edit. Pax México. México: 2002.

ORLANDO R. Martín, ENCARNACIÓN M. Madrid. Didáctica de la educación sexual. Un enfoque de la sexualidad y el amor. Editorial Sb. Buenos Aires, 1-Edición 2005.

ORMROD, J. E. Psicología Educativa: Desarrollo del Aprendizaje. Cuarta Edición. 2003.

PADILLA SCH. Enna, SILVA R. Mónica. Sexualidad y adolescencia. Tópicos en Biología. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, 1998

PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS Sally, Desarrollo humano. Con aportaciones para Iberoamérica, Sexta edición, Edit. Mc Graw-Hill, México, 2005.

POZO. J. L. Teorías cognitivas del aprendizaje, 3ª. Edición., Editorial Morata, Colección Psicología manuales, México, 1994.

RAMÍREZ Caballero, AVIÑA Luna, MAYORGA Reyes, RUIZ Esparza. Hacia una orientación educativa integral. Fernández Editores, México, 1996

RAMOS, Jesús. Un encuentro con el placer. La masturbación. Madrid 2002. Edit. Espasa.

RIVERA MENDOZA, Margarita. La sexualidad y su significación en el cuerpo del adolescente, Edit. Miguel Ángel Porrúa, México 2007.

RODRÍGUEZ RAMÍREZ, Gabriela y MAYEN HERNÁNDEZ, Beatriz. Los caminos de la vida. Manual de capacitación de sexualidad e infecciones de transmisión sexual para jóvenes campesinos y campesinas. Edit. Afluentes, S. C. México: 2005.

RUIZ GAMIO, XIOMARA. La sexualidad humana. Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas, Estado de México, 1998.

SANCHEZ RAJA, Esther, HONRUBIA PÉREZ, María, G. CHACÓN SÁNCHEZ, Ma. Dolores. Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005.

SANTROCK, John W. Psicología del desarrollo en la adolescencia, Novena edición, Edit. Mc Graw Hill, México, 2003.

SILVA R., Mónica, Sexualidad y adolescencia. Texto padres, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile 1994.

SILVA R., Mónica, Relaciones sexuales en la Adolescencia, Ediciones Universidad Católica de Chile Santiago de Chile 1994.

TORICES RODARTE Irene. La sexualidad y discapacidad física. Edit. Trillas. México D.F. 2006.

TORICES RODARTE, Irene, ÁVILA García, Guadalupe. Orientación y consejería en Sexualidad para personas con discapacidad. Edit. Trillas, México 2006.

VANEGAS OSORIO, Jorge Humberto. Estrategias metodológicas para talleres de sexualidad. 2ª. edic. Colombia, Manual Moderno, Colombia, 2000.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal.
http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex_Distrito_Federal?page=10

Ley Federal de Personas con Discapacidad.
http://www.discapacinet.gob.mx/wb2/eMex_Distrito_Federal?page=1

Página web de la ONCE: <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/discapacidad-visual-aspectos-generales/glosario-de-terminos-de-uso>. Consultada: febrero 2012.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Asexualidad>

<http://www.catedradh.unesco.unam.mx>

<http://www.discapitadosvisuales.org.mx>

[http://www. Enciclopedia ADAM. com](http://www.EnciclopediaADAM.com)

<http://www.inegi.gob.mx>. Archivo PDF “*La discapacidad en México una visión censal, 2000*”

<http://www.contralaviolencia.df.gob.mx/directorio.html>

ANEXOS

CAPACITACIÓN O INFORMACIÓN EN DERECHOS HUMANOS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL D. F.

Av. Chapultepec No. 24, Col. Centro, Del. Cuauhtemoc, México, D. F.
Teléfono: 52 29 56 00

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA-UNICEF

Paseo de la Reforma No. 645, Col. Lomas de Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo
México, D. F. Teléfono: 52 02 32 33

<http://www.contralaviolencia.df.gob.mx/directorio.html>

VIOLACIONES Y ABUSOS SEXUALES

PGR, FISCALÍA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE DELITOS CONTRA LA SALUD.

Dirección del Programa de Atención a la Denuncia Ciudadana. ? Se puede denunciar de forma anónima. Teléfono: 53 46 00 00

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ESTUDIOS DE LA FAMILIA (ILEF)

Av. México, No. 191, Col. Del Carmen Coyoacán, C. P. 04100, México, D. F. Teléfono: 56 59 05 04. Atienden a familias, población infantil, adolescentes, hombres y mujeres.

ASOCIACIÓN DE SOBREVIVIENTES DE ABUSO SEXUAL, A. C. (MUSAS)

Dr. Durán No. 4, Despacho 214, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C. P. 06720, México, D. F. Teléfono: 55 78 91 97

Atienden a niños y niñas que hayan sido víctimas de abuso sexual o con problemas de violencia familiar. Brindan terapia individual y de grupo, esta última sólo para mujeres sobrevivientes de abuso sexual.

INSTITUTO PERSONAS

Capuchinas No. 10 Int. 104, Col San José Insurgentes, C. P. 03900, México, D. F.
Teléfono: 56 11 55 20.

Atiende adultos y población infantil.

CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA (CAPREVI)

Cerro del Agua No.241, Col Copilco Universidad, Del. Coyoacán, C. P. 04360, México,
D. F. Teléfono: 56 59 04 66

Atienden cuestiones de violencia familiar en todas sus modalidades. Brindan terapia individual, de pareja, familiar y grupal.

COMUNICACIÓN Y REDES PARA EL DESARROLLO EMOCIONAL (CORE).

Matías Romero No. 1463, Col. Letrán Valle, México, D. F. Teléfono: 55 75 66 88 y
55 59 29 92.

ASOCIACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE PERSONAS VIOLADAS (ADIVAC).

Pitágoras No. 842, Col. Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 11850, México, D. F.
Teléfono: 56 82 79 69. Atienden población infantil, hombres y mujeres.

CENTRO DE TERAPIA DE APOYO A VÍCTIMAS DE DELITOS SEXUALES (CTA).

Pestalozzi No.1115 Esq. Eje 6, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, C. P. 03100, México,
D. F. Teléfono: 52 00 96 33 y 52 00 92 11

A parte de los casos que les canalice el M. P. u otras instancias, también atienden a población abierta aun cuando no haya una demanda de por medio. Asimismo, dan atención a personas del Estado de México. En caso de ser necesario reportan el caso a la Fiscalía del Menor. El servicio es gratuito.

HOSPITAL PEDIÁTRICO TACUBAYA

Arq. Carlos Lazo y Gaviota s/n, Col. Tacubaya, México, D. F. Teléfono: 55 15 79 87

Es un Hospital que se especializa en atender quemaduras. Atienden a la población infantil y adolescente, maltrato físico y maltrato emocional. Atienden al grupo familiar.

FISCALÍAS Y AGENCIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO ESPECIALIZADAS EN ASUNTOS DEL MENORPGJDF. FISCALÍA CENTRAL DE INVESTIGACIÓN PARA MENORES

Gral. Gabriel Hernández No. 56, Piso 2, Col Doctores, C. P. 06720, México, D. F. Teléfono: 53 46 86 94.

Atienden casos de menores maltratados, abusados e incapaces, dependiendo del caso canalizan. En tanto se define la situación del niño o niña brindan servicio de: Trabajo Social, psicológica y servicio médico.

AGENCIA No. 58 ESPECIALIZADA EN ASUNTOS DEL MENOR.

Av. México y Av. Toluca, Col. Progreso San Ángel, Del. Álvaro Obregón, C. P. 01080, México, D. F. Teléfono: 52 00 95 52

AGENCIA No. 59 ESPECIALIZADA EN ASUNTOS DEL MENOR. DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC.

Dr. Liceaga No. 93, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, México, D. F. Teléfono: 52 42 63 61

AGENCIA No. 69 ESPECIALIZADA EN ASUNTOS DEL MENOR.

Calz. Ermita Iztapalapa s/n, Col Lomas De Zaragoza, Del. Iztapalapa, México, D. F.
Teléfono: 53 45 56 22 y 53 45 56 10.

AGENCIA No. 46 ESPECIALIZADA EN DELITOS SEXUALES. DELEGACIÓN MIGUEL HIDALGO.

Privada Gral. Sóstenes Rocha s/n y Vicente Eguía, Col. Tacubaya, Del. Miguel Hidalgo,
C. P. 06080 México, D. F. Teléfono: 51 30 82 40

AGENCIA No. 47 ESPECIALIZADA EN DELITOS SEXUALES DELEGACIÓN COYOACAN

Tecualiapan s/n y Zompantitla, Col. Romero de Terreros, Del. Coyoacán, C. P. 04310,
México, D. F. Teléfono: 52 00 93 84 y 52 00 93 72

AGENCIA No. 48 ESPECIALIZADA EN DELITOS SEXUALES DELEGACIÓN VENUSTIANO CARRANZA.

Fray Servando Teresa De Mier s/n Esq. Fco. Del Paso y Troncoso, Col. Jardín
Balbuena, Del. Venustiano Carranza, C. P. 15900, México, D. F. Teléfono: 51 33 77 81;
51 33 77 86 y 52 00 91 80.

AGENCIA No. 49 ESPECIALIZADA EN DELITOS SEXUALES DELEGACIÓN GUSTAVO A. MADERO.

Vicente Villada s/n ESQ. Fco. Moreno, Col Gustavo A. Madero, C. P. 07059, México, D.
F. Teléfono: 53 46 80 93; 53 46 80 37 y 52 00 91 73.

Para realizar denuncias en las Agencias ESPECIALIZADAS EN DELITOS SEXUALES,
en forma personal, se requiere que el o la menor vaya acompañado(a) de un adulto;
dependiendo de la gravedad del caso se puede hacer una denuncia vía telefónica.

DENUNCIAS ANÓNIMAS (atención de casos de maltrato infantil urgentes o que están sucediendo en el momento) Subdirección médica y asistencial:

TEL: 53 46 86 55

Vía correo electrónico: quejas@ms.cd hdf.org.mx

PGDF FISCALÍA PARA DELITOS SEXUALES:

Gral. Gabriel Hernández No. 56, 1er. piso Área Sur, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, C. P. 06720, México, D. F. TEL: 53 46 81 03 y 53 46 81 04.

Las fiscalías hacen el seguimiento de casos y dan asesoría jurídica para la integración de la averiguación. Fungen como el representante social del afectado.

EVALUACIÓN DEL TALLER
"Cómo hablar de sexualidad a nuestros hijos".

Sesión: _____ Tema: _____

Instructor: _____ Fecha: _____

Su opinión es importante para la mejora de este taller, marque con una "X" la opción que considere más pertinente.

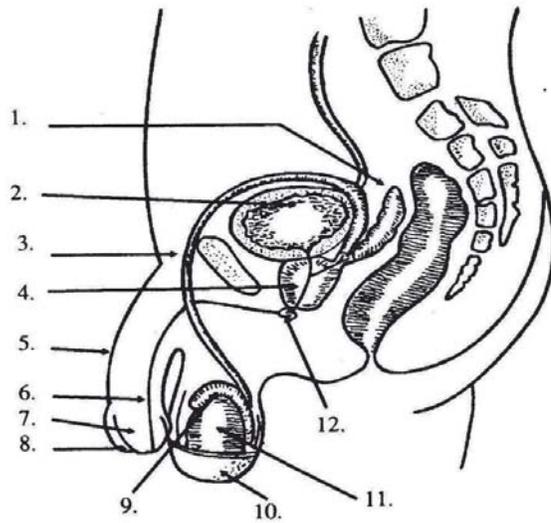
	SI	NO
El tema estuvo interesante.		
El tema estuvo completo.		
La exposición fue dinámica.		
Los materiales de apoyo fueron suficientes.		
La sesión logró que reflexionara acerca de la comunicación que ha tenido con su hijo respecto al tema.		
El tema podría ser mejorado.		

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
El manejo del tema fue claro.			
El trato del instructor fue pertinente.			
Sus dudas quedaron resueltas.			

¿En qué podría ser mejorado este taller?

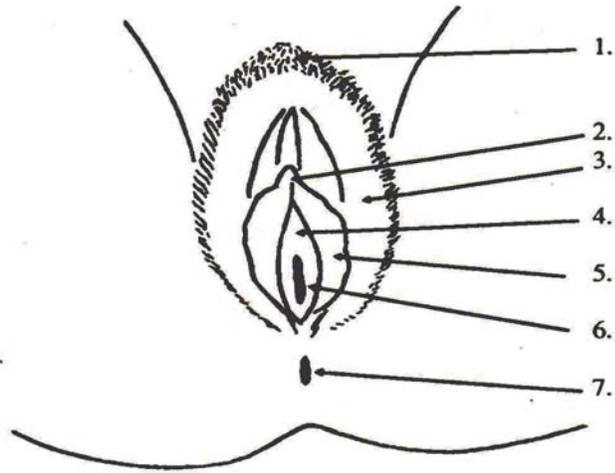
¡Gracias por su colaboración!

"ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS"



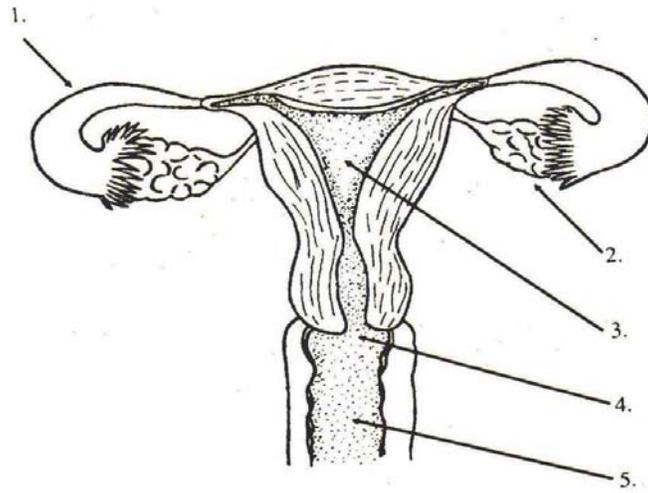
- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____
- 11. _____
- 12. _____

"ÓRGANOS SEXUALES EXTERNOS FEMENINOS"



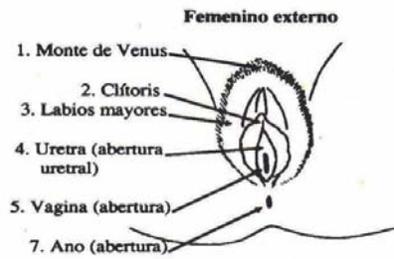
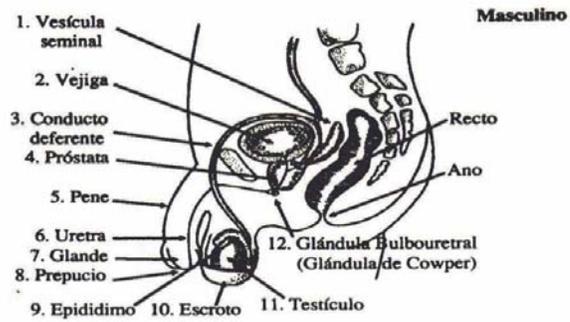
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

"ÓRGANOS SEXUALES INTERNOS FEMENINOS"

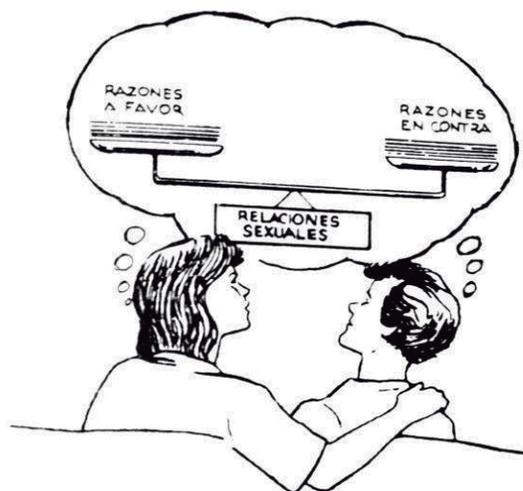


- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

"ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS Y FEMENINOS"



¿HACIA QUE LADO SE INCLINA LA BALANZA?



Razones por las cuales tener relaciones sexuales ahora

Razones por las cuales esperar hasta más tarde para tener relaciones sexuales

"VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA"

RAZONES POR LAS QUE ALGUNOS ADOLESCENTES SE INVOLUCRAN SEXUALMENTE

- ❖ Presión de los compañeros
- ❖ Comunicar afecto, sentimientos amorosos en una relación
- ❖ Evitar la soledad
- ❖ Obtener afecto
- ❖ Por placer o diversión
- ❖ Mostrar independencia rebelándose contra los padres, maestros y otras figuras de autoridad
- ❖ Mantener una relación
- ❖ Ser padre o madre
- ❖ Por un favor, un intercambio o por dinero
- ❖ Satisfacer la curiosidad
- ❖ Tener deseo sexual
- ❖ Para ser popular
- ❖ Porque tomaba drogas o alcohol y perdió el control

RAZONES POR LAS CUALES POSPONER LA ACTIVIDAD SEXUAL

- ❖ Creencias religiosas
- ❖ Valores personales propios
- ❖ No sentirse preparado para una relación sexual
- ❖ No querer cambiar la relación con un novio o la novia
- ❖ Temor a un embarazo no planeado
- ❖ Temor a contraer una enfermedad venérea, incluso el sida
- ❖ Truncar planes futuros
- ❖ Dañar las relaciones con los padres
- ❖ Cuidar la reputación personal
- ❖ Sentimientos de culpa
- ❖ Mantenerse virgen hasta que se case

⁶³ Esta hoja también será de ayuda para el instructor, ya que deberá hacerla en una lámina grande, para que todos alcancen a verla y pueda pegarla en el pizarrón.

ENFERMEDADES COMUNES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ENFERMEDAD	CAUSA	SÍNTOMAS: VARONES	SINTOMAS: MUJERES	TRATAMIENTO	CONSECUENCIAS SI NO SE TRATA
CLAMIDIA	Infección bacteriana	Dolor al orinar, flujo del pene	Flujo vaginal, malestar abdominal+	Tetraciclina o eritromicina	Puede causar enfermedad inflamatoria pélvica o con el tiempo esterilidad
TRICOMONIASIS	Infección parasitaria , algunas veces contraída a través de objetos húmedos como las toallas y trajes de baño	A menudo no se presentan	Pueden no presentarse o incluir flujo vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, mal olor, dolor al orinar	Antibióticos orales	Puede conducir al crecimiento anormal de las células cervicales
	Infección bacteriana	Flujo del pene, dolor al orinar*	Incomodidad al orinar, flujo vaginal, menstruación	Penicilina u otros antibióticos	Puede ocasionar enfermedad inflamatoria pélvica o con el tiempo

GONORREA			anormal+		esterilidad: también puede causar artritis, dermatitis y meningitis
VPH (verruca genitales)	Virus del papiloma humano	Tumores indoloros que usualmente aparecen en el pene, pero también pueden aparecer en la uretra o en el área del recto*	Pequeños tumores indoloros en los genitales y el ano; también pueden presentarse dentro de la vagina sin síntomas externos*	Eliminación de las verrugas, aunque la infección a menudo reaparece	Se asocia con el cáncer cervical. En el embarazo las verrugas se agrandan y pueden obstruir el canal del parto
HERPES	Virus del herpes simple	Ampollas dolorosas en los genitales, usualmente en el pene*	Ampollas dolorosas en los genitales, en ocasiones con fiebre y dolores musculares; las mujeres con úlceras en el cuello del útero pueden no darse cuenta de los brotes	No hay cura conocida, pero se controla con el medicamento antiviral Aciclovir	Posible incremento del riesgo de cáncer cervical
HEPATITIS B	Virus de la hepatitis B	La piel y los ojos se tornan amarillentos	Igual que en el hombre	No hay tratamiento específico; no se debe ingerir alcohol	Puede causar daño al hígado y hepatitis crónica

SÍFILIS	Infección bacteriana	En la primera etapa, úlceras color café-rojizo en la boca, los genitales o ambos, los cuales pueden desaparecer, aunque la bacteria permanece; en la segunda etapa, más infecciosa, brotes en toda la piel*	Igual que en el hombre	Penicilina u otros antibióticos	Parálisis, convulsiones, daño cerebral y en ocasiones, la muerte
SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Fatiga extrema, fiebre, inflamación de los nódulos linfáticos, pérdida de peso, diarrea, sudores nocturnos, susceptibilidad a otras enfermedades*	Igual que en el hombre	No hay cura conocida; los inhibidores de la proteasa y otros medicamentos parecen prolongar la vida	Muerte, usualmente debido a otras enfermedades como el cáncer

+Puede ser asintomático

*Con frecuencia asintomático

PARTE 1

COLORES PARA TARJETAS:

Rojo: SIDA

Verde limón: Sífilis

Amarillo: Gonorrea

Anaranjado: Herpes

Azul cielo: Sanas

PARTE 2

SUGERENCIAS PARA LA DISCUSIÓN

- 1.- No decir a los adolescentes el código del color en las tarjetas sino hasta el final.
- 2.- Insistir en el orden de pegado de las tarjetas ya que esto indicará el momento del contagio y cómo se dio la propagación
- 3.- Enfatizar la relación analógica del ejercicio en la transmisión de una enfermedad sexual. Esto es, el contagio casual (como el que puede darse al intercambiar una tarjeta) no es un medio de transmisión. Pero sí es comparable en la elección de las personas que no cuentan con la información de sexualidad necesaria, o se dejan llevar por los comentarios y pláticas del exterior, formando imágenes incompletas de esos amigos o la pareja, que los pueden conducir a situaciones desagradables como sería una enfermedad sexualmente transmitida.
- 4.- Recordar la importancia que tiene el uso del condón en una relación sexual que implique coito de cualquier tipo, o bien intercambio de fluidos corporales
- 5.- Cerrar el ejercicio remarcando la importancia que tiene nuestra conducta social para la salud sexual.

COMUNICACIÓN CON LOS PADRES. "ES VERDAD QUE....."

1.- ¿Es verdad que no se debe hablar de sexualidad con los padres?

R=

2.- ¿Es verdad que es falta de respeto hablar sobre sexo con personas mayores?

R=

3.- ¿Es verdad que aunque los padres de uno no tengan estudios se puede hablar con ellos sobre sexualidad?

R=

4.- ¿Es verdad que a los padres y madres no les gusta que sus hijos les hablen sobre sexualidad?

R=

5.- ¿Es verdad que en lo que se refiere a sexualidad, las mamás deben hablar sólo con sus hijas y los papás sólo con sus hijos?

R=

6.- ¿Es verdad que se puede hablar tanto con los padres y madres como con los amigos y amigas sobre sexualidad sin que ninguno se sienta incómodo?

R=

7.- ¿Es verdad que no se debe hablar de sexo hasta el matrimonio?

R=

COMUNICACIÓN CON LOS PADRES. "ES VERDAD QUE....."

1.- ¿Es verdad que no se debe hablar de sexualidad con los padres?

Falso. Hace algunos años, cuando los padres de hoy eran adolescentes, era considerado falta de respeto el que los niños y niñas y jóvenes hablaran sobre este tema con los mayores. Aunque hoy los cambios sociales y culturales imponen otras normas, todavía para algunos padres no es aceptable que sus hijos ni hijas toquen el tema de la sexualidad. Los jóvenes evaluarán su posibilidad real para comentar con sus padres algunas dudas. Si no es posible, siempre pueden recurrir a otro familiar cercano al que le tengan confianza (tíos, hermanos mayores, etc.), a sus maestros o a sus amigos, tanto hombres como mujeres.

2.- ¿Es verdad que es falta de respeto hablar sobre sexo con personas mayores?

Falso. La sexualidad ha sido considerada tema tabú y algunos padres creen que expresar dudas o inquietudes sobre ella es sinónimo de falta de respeto. Todo esto es consecuencia de la educación recibida. Pero la sexualidad es inherente al ser humano, la necesidad de expresión de la sexualidad es una parte tan natural de cada persona como comer o dormir y cada vez se permite más hablar y aprender sobre este tema.

3.- ¿Es verdad que aunque los padres de uno no tengan estudios se puede hablar con ellos sobre sexualidad?

Verdadero. Si bien es cierto que se pueden adquirir conocimientos sobre sexualidad por medio de cursos y lecturas, también es cierto que mucho de lo que se va aprendiendo sobre este tema es por experiencia propia. Para comentar sobre la sexualidad no es tan importante el conocimiento en sí, sino una actitud positiva y el deseo de tener una comunicación abierta, directa y sincera. El conocimiento se puede ir adquiriendo poco a poco. Inclusive pueden tomar cursos o leer materiales juntos, padres, madres, hijas e hijos.

4.- ¿Es verdad que a los padres y madres no les gusta que sus hijos les hablen sobre sexualidad?

Falso. Hay padres y madres que gozan de poder platicar con sus hijos sobre cualquier tema, aunque hay otros que sienten temor de hablar. A veces, el hijo o la hija puede ayudar

al padre a hablar sobre sexualidad. Se ha visto también que los progenitores que hablan de manera abierta y sincera con sus hijos sobre sexualidad y anticoncepción, establecen una relación más cercana con ellos. Estos hijos muestran una menor probabilidad tanto de tener relaciones sexuales tempranas como de tener un embarazo en la adolescencia.

5.- ¿Es verdad que en lo que se refiere a sexualidad, las mamás deben hablar sólo con sus hijas y los papás sólo con sus hijos?

Falso. En la expresión de la sexualidad participan hombres y mujeres y tener la oportunidad de aprender acerca de la experiencia que unos y otros han adquirido puede ser de gran utilidad. Las relaciones que hijos e hijas llevan con sus padres idealmente deben ser abiertas, tanto con los papás como con las mamás.

6.- ¿Es verdad que se puede hablar tanto con los padres y madres como con los amigos y amigas sobre sexualidad sin que ninguno se sienta incómodo?

Algunas veces. Aunque la adolescencia es una edad en la que las amistades juegan un papel muy especial, también es una etapa en la que tener una relación de confianza con los padres y madres es importante. Desafortunadamente no todos los adolescentes logran tener este tipo de relación y, por sentirse inseguros, pueden presionar a que sus amistades tampoco las tenga. No hay razón para sentir incomodidad al hablar de sexualidad con los padres y madres o con los amigos. Aunque no se esté acostumbrado a hacerlo no hay realmente algo que lo impida, más que la decisión personal de alguno de ellos.

7.- ¿Es verdad que no se debe hablar de sexo hasta el matrimonio?

Falso. La educación de la sexualidad se inicia desde el momento del nacimiento. Si existe una adecuada comunicación familiar podrá hablarse de sexo con naturalidad desde pequeño para la comprensión clara y la aceptación sana del sexo, a lo largo de toda la vida.

MITO O DATO???

- 1.- Todos los adolescentes tienen relaciones sexuales antes de los 19 años.
- 2.- Es poco saludable para una muchacha que se bañe o nade durante su regla
- 3.- Un adolescente necesita consentimiento de los padres para pedir métodos anticonceptivos en una clínica
- 4.- Los muchachos y muchachas pueden tener enfermedades transmitidas sexualmente sin tener síntomas
- 5.- Una muchacha no puede quedar embarazada si ha tenido relaciones sexuales sólo unas cuantas veces
- 6.- Las píldoras anticonceptivas causan cáncer
- 7.- La ducha vaginal previene el embarazo
- 8.- Una vez que se ha contraído gonorrea y ha sido curada, no puede volver a contraerse
- 9.- Los condones ayudan a prevenir la propagación de las enfermedades transmitidas sexualmente
- 10.- Los adolescentes pueden recibir tratamiento para enfermedades de transmisión sexual sin permiso de sus padres
- 11.- El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales

12.- Una muchacha siempre puede saber exactamente el tiempo entre periodos cuando no puede quedar embarazada

13.- Hay cura para el herpes

14.- Las muchachas por lo general son violadas por extraños

15.- El cáncer de los testículos es más común entre los hombres de mediana edad

16.- Un hombre con pene más grande es más potente sexualmente que uno con un pene más pequeño

17.- Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección, debe continuar hasta el fin porque puede ser dañino si no lo hace

18.- Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales

19.- El masturbarse puede provocar enfermedades mentales

20.- Si un joven o una joven tiene cualquier tipo de relaciones sexuales con una persona del mismo sexo, significa que es y siempre será homosexual

21.- Si una persona que tiene pareja se masturba, significa que hay un problema con la pareja

MITO O DATO???

1.- Todos los adolescentes tienen relaciones sexuales antes de los 19 años.

Mito

Algunas investigaciones indican que muchos adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años, pero al mismo tiempo, un gran porcentaje de ellos ha elegido no tener relaciones sexuales durante su adolescencia o antes de casarse.

2.- Es poco saludable para una muchacha que se bañe o nade durante su regla

Mito

No hay razón para que una mujer deba restringir su actividad durante su regla

3.- Un adolescente necesita consentimiento de los padres para pedir métodos anticonceptivos en una clínica

Mito

Las clínicas de planificación familiar generalmente aseguran la confidencialidad de sus servicios

4.- Los muchachos y muchachas pueden tener enfermedades transmitidas sexualmente sin tener síntomas

Dato

Mientras que algunas enfermedades venéreas pueden mostrar síntomas fácilmente reconocibles, otras no. La gonorrea por ejemplo, normalmente no presenta síntomas en la mujer y es poco detectable en el hombre. Es importante hacerse examinar por un médico, si uno piensa que tiene una de esas infecciones.

5.- Una muchacha no puede quedar embarazada si ha tenido relaciones sexuales sólo unas cuantas veces

Mito

Una mujer puede quedarse embarazada cualquiera de las veces que tiene relaciones sexuales, incluyendo la primera vez.

6.- Las píldoras anticonceptivas causan cáncer

Mito

Las píldoras en realidad protegen a las mujeres contra dos tipos de cáncer de los órganos reproductivos (cáncer endometrial y cáncer de los ovarios), aunque hay alguna evidencia de que la píldora puede contribuir en algunos casos al cáncer de mama. Sin embargo, la píldora anticonceptiva es uno de los métodos anticonceptivos más seguros y eficaces y presenta menos peligro a la salud de la adolescente que el embarazo y el parto a esa edad.

7.- La ducha vaginal previene el embarazo

Mito

La ducha vaginal no es un método efectivo de anticoncepción

8.- Una vez que se ha contraído gonorrea y ha sido curada, no puede volver a contraerse

Mito

Una persona puede contagiarse de gonorrea tantas veces como tenga relaciones sexuales con una persona contagiada. Por ello es importante que cualquier persona que ha sido tratada de gonorrea (o en su caso tratada de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual) se asegure de que su compañero(a) sexual también sea tratado.

9.- Los condones ayudan a prevenir la propagación de las enfermedades transmitidas sexualmente

Dato

Los condones no son sólo un método anticonceptivo efectivo, sino que también son eficaces en prevenir la propagación de muchas enfermedades de transmisión sexual, incluso el sida.

10.- Los adolescentes pueden recibir tratamiento para enfermedades de transmisión sexual sin permiso de sus padres

Dato

Al igual que con los métodos anticonceptivos, las clínicas y los médicos usualmente no exigen permiso paternal para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes

11.- El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales

Mito

Estos tienen exactamente el efecto contrario. El alcohol y la marihuana pueden aumentar el deseo y reducir las inhibiciones (provoca un sentido de liberación) e influir en las

sensibilidades, pero reduce el flujo de la sangre al área genital y puede reducir el desempeño sexual, haciendo más difícil mantener una erección (en los hombres) o experimentar un orgasmo.

12.- Una muchacha siempre puede saber exactamente el tiempo entre periodos cuando no puede quedar embarazada

Mito

Nadie puede estar absolutamente segura de cuándo ovula sin radiografía. Aunque el método del ritmo y el método natural (Billings u otros), pueden funcionar para algunas parejas, el ritmo no es muy seguro y con el método natural hay muchas reglas estrictas sobre cuándo la pareja puede tener relaciones coitales. Los dos métodos pueden ser muy difíciles para jóvenes.

13.- Hay cura para el herpes

Mito

Existen drogas para aliviar los síntomas del herpes, pero no hay cura para esta enfermedad.

14.- Las muchachas por lo general son violadas por extraños

Mito

Un gran porcentaje de las violaciones conocidas son realizadas por hombres cercanos a las mujeres (amigos o parientes). Se cree que muchas de las violaciones de los que no se tiene noticia también están en esta categoría.

15.- El cáncer de los testículos es más común entre los hombres de mediana edad

Mito

Realmente el cáncer de los testículos es más común entre los hombres de 15 a 34 años. La detección oportuna es importante para su cura; un médico puede entrenar a los jóvenes en el autoexamen de los testículos.

16.- Un hombre con pene más grande es más potente sexualmente que uno con un pene más pequeño

Mito

El tamaño de un pene no tiene relación ninguna con la potencia del hombre

17.- Una vez que un hombre se ha excitado y tiene una erección, debe continuar hasta el fin porque puede ser dañino si no lo hace

Mito

No hace daño el no eyacular cada vez que el hombre tiene erección. En ocasiones, un muchacho puede llegar a sentir alguna molestia si se mantiene excitado sexualmente durante un periodo prolongado. Esto desaparecerá si es capaz de relajarse

18.- Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales

Dato

Una muchacha puede quedar embarazada la primera vez o cualquiera de las veces que tenga relaciones, a menos que ella y su compañero utilicen un método anticonceptivo eficaz.

19.- El masturbarse puede provocar enfermedades mentales

Mito

El masturbarse no produce ningún síntoma de enfermedad mental ni física

20.- Si un joven o una joven tiene cualquier tipo de relaciones sexuales con una persona del mismo sexo, significa que es y siempre será homosexual

Mito 20

Muchos adolescentes prueban la homosexualidad durante su desarrollo por tener la experiencia o para su sexualidad, pero no necesariamente significa que son homosexuales

21.- Si una persona que tiene pareja se masturba, significa que hay un problema con la pareja

Mito 21

Muchas personas se masturban de vez en cuando, hasta las personas casadas, y esto no necesariamente significa que exista un problema entre la pareja