



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

I Z T A C A L A



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA**

**Importancia del Entrenamiento a Padres en la Prevención
de Conductas Sexuales Inadecuadas, en Adolescentes
que Presentan Retardo en el Desarrollo.**

001
31921
C6
1984-1

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MA. VERONICA CORTES GONZALEZ**

1984



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.

A MI PAPA:

CON CARINO, RESPETO Y GRATITUD POR
BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE PODER-
ESTUDIAR UNA CARRERA UNIVERSITARIA
Y LOGRAR ASI UNA DE MIS METAS, AL
IGUAL QUE POR SU CONFIANZA QUE DE-
POSITO EN MI.

A MI MAMA:

CON CARINO Y ADMIRACION POR ESTAR
CONMIGO EN LOS MOMENTOS JUSTOS DE
MI CAMINO, POR SU APOYO Y CONFIAN
ZA QUE SIEMPRE DEMOSTRO TENERME.

A MI HERMANA ANGELICA:

CON GRATITUD POR DARME PARTE DE -
SU TIEMPO, AL AYUDARME A TERMINAR
MI TRABAJO.

A MIS HERMANOS:

RAUL

OFELIA

FERNANDO

AL H. JURADO:

POR AYUDARME Y OFRECERME SU TIEMPO
Y EXPERIENCIA A LO LARGO DE MI ES-
TUDIO.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

POR SU AMISTAD Y CONFIANZA EN UNO
DE LOS MOMENTOS MAS IMPORTANTES -
DE MI VIDA Y QUE DE UNA U OTRA -
FORMA ESTUVIERON CONMIGO.

A LAS MAMAS Y SUS HIJOS QUE PARTICIP
PARON EN ESTE ESTUDIO:

POR PERMITIRME COOPERAR CON ELLAS
Y DANDOME LA OPORTUNIDAD DE AYUDAR-
LES CON MI TRABAJO, YA QUE SIN ELLOS
NO HUBIERA SIDO POSIBLE LA REALIZA-
CION DE ESTE.

I N D I C E

IZT. 1000586

INTRODUCCION	1
IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO A PARAPROFESIONALES	4
IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO EN MODIFICACION DE CONDUCTA	5
ENTRENAMIENTO EN EDUCACION ESPECIAL.	6
SEXUALIDAD EN EL RETARDADO	15
NUESTRO ESTUDIO.	24
METCDO	26
RESULTADOS	63
DISCUSION	96
BIBLIOGRAFIA	107

I N T R O D U C C I O N

Desde el punto de vista conductual, el retardo en el desarrollo se manifiesta por condiciones biológicas del individuo y sus oportunidades restringidas con el medio ambiente para desarrollar una interacción progresiva.

El aspecto biológico de un individuo es la fuente de toda la conducta biológica y psicológica. El medio ambiente se conceptualiza funcionalmente como un estímulo específico y situaciones específicas las cuales interactúan con un individuo.

Un individuo interactúa con el medio ambiente todo el tiempo, desde que nace hasta que muere. La interacción medio ambiente incrementa de manera compleja sus reacciones, por lo que el individuo no puede responder a todos los componentes del medio ambiente físico y social ya que solo responde a los aspectos selectivos del medio ambiente, dependiendo de su equipo biológico, historia conductual y status biomédico. (Bijou y Dunitz, 1961)

El retardo en el desarrollo constituye un gran problema, en el cual intervienen factores biológicos, conductuales y sociales. La forma en que estos factores actúan no es muy clara y por tanto es difícil especificar con precisión el peso relativo de cada uno de ellos en la presentación del retardo (Ribes, 1975).

El retardo es un desarrollo lento o limitado, atribuido-

a restricciones impuestas por patologías biomédicas y/o condiciones socioculturales deficientes (Bijou, 1966), y se manifiesta por la presentación de factores orgánicos y ambientales. Por lo común, en el caso de individuos con retardo marcado es evidente la existencia de una lesión o disfunción biológica.

De igual forma en muchas de las ocasiones es relativamente sencillo identificar factores sociales y ambientales que contribuyen al retardo en el desarrollo. Estos factores determinan la presentación de un repertorio deficiente, tanto en el aspecto cuantitativo como cualitativo de las conductas requeridas.

Tradicionalmente, se ha clasificado a los retardados en tres categorías genéricas: educables, entrenables y custodia-
bles, clasificación basada en la identificación directa o inferida de daño o disfunción biológica que presuntamente afectan la posibilidad de desarrollo. En otras ocasiones se habla de retardo profundo o superficial de manera más descriptiva y enfatizando la gravedad del pronóstico y la amplitud del retardo en cuanto a variedad de repertorios se refiere.

Partiendo de un criterio funcional, el retardo se clasifica en base a los repertorios conductuales afectados, ya sea en forma de excesos o un inadecuado control de estímulos o su carencia o déficit. La educabilidad, entrenabilidad o custodia-
bilidad del retardo, así como la profundidad o superficiali-

dad de su estado, será consecuencia de la amplitud y el tipo de repertorios afectados por la condición de retardo, así como de la posibilidad de arreglar las condiciones ambientales favorables para su rehabilitación (Ribes, 1975).

A diferencia de los esquemas tradicionales, en el análisis conductual aplicado, el diagnóstico se efectúa en términos funcionales, estableciendo dos formas de retardo: el retardo generalizado, el cual se caracteriza porque abarca repertorios amplios, y el retardo específico que solo se concentra en uno o dos tipos de conductas.

Es así que desde este punto de vista, el tratamiento del retardo, abarca dos formas de intervención:

- a) El trabajo en ambientes institucionales, educativos y de trabajo.
- b) El entrenamiento extendido a un gran número de paraprofesionales de la ciencia del comportamiento, es decir, médicos, enfermeras, profesores, educadores y sobre todo los miembros de la familia.

I. IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO A PARAPROFESIONALES

A través de varios estudios con un enfoque conductual, - se ha enfatizado la importancia de los paraprofesionales.

Un paraprofesional es alguien que trabaja con una persona la cual tiene un grado, un certificado o una licencia profesional, puede ser una enfermera, un maestro o los padres de familia (O'leary, 1976).

En nuestro caso, el paraprofesional debe ser una persona entrenada en las técnicas de modificación de conducta. Si el paraprofesional es entrenado adecuadamente, éste puede cumplir sus funciones correctamente, ya sea igual o tan bien como los profesionales.

El paraprofesional puede ser cualquier persona, tal como:

- a) Maestros, los cuales desempeñan el papel de paraprofesional dentro del salón de clases.
- b) Semejantes o compañeros.
- c) Padres, los cuales desempeñan las funciones de paraprofesionales en el ambiente familiar.)

Gran número de investigaciones han mostrado que los padres (Hawkins, Petterson, Sweed y Bijou, 1966), maestros (Madenson y col. 1968) y semejantes o compañeros (Whaler, 1967) obediendo a reglas sencillas obtienen cambios estables en la conducta indeseable del niño. Por tanto, los padres, maestros, -

semejantes y/o compañeros pueden modificar en el niño la conducta indeseable para quien lo rodea.

El paraprofesional constituye un medio nuevo para prestar cuidados y asistencia tanto correccional, escolar o familiar y tomándosele así como un agente de cambio.)

II. IMPORTANCIA DEL ENTRENAMIENTO EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

✓ Los mejores paraprofesionales sin duda son los padres, - esto es, en la modificación de conducta desviada o bien para el establecimiento de conductas apropiadas en sus hijos.

Las razones del entrenamiento a padres y otros paraprofesionales en los trabajos realizados para la modificación de conducta son diversas:

a) Los padres forman parte del medio natural del niño, lo cual puede favorecer no solo al establecimiento, sino también al mantenimiento y generalización de las conductas adquiridas en situaciones experimentales.

b) Los padres por lo general, son los encargados de mediar las contingencias que las conductas del niño reciben, si lo hacen sistemáticamente y con técnicas adecuadas, favorece las interacciones sujeto-ambiente.

c) Si los padres se involucran en la terapia es probable que el sujeto sea mejor aceptado en la familia, sin problemas de-

dependencia o abandono.

d) Al tener los padres un mayor control sobre la conducta, se ahorrarán recursos económicos y de tiempo, al ser ellos quienes medien las contingencias durante la terapia.

III. ENTRENAMIENTO EN EDUCACION ESPECIAL

Anteriormente, en el campo de la rehabilitación el papel que desempeñaba el psicólogo en sus técnicas, no se basaban en los principios experimentales que rigen la conducta.

Gran parte del trabajo del psicólogo tradicional, en el área de rehabilitación consistió básicamente en la evaluación de la inteligencia y personalidad del paciente, con la convicción de que con estos datos podría ayudarse al paciente a su mejor rehabilitación.

Ahora, el psicólogo se basa en el tratamiento conductual el cual implica la manipulación sistemática de las condiciones ambientales presentes, es decir, el examinar y manipular las contingencias de reforzamiento al interactuar el paciente con el personal de la institución o con sus familiares.

La aproximación conductual consiste en ayudar al individuo retrasado a que aprenda o establezca determinadas conductas que no aparecen en su repertorio, o bien a la extinción de conductas perturbadoras, siendo el enfoque conductual de tipo funcional. (Ribes, 1977)

Es aquí, donde el entrenamiento a padres, para la rehabilitación de su hijo con retardo, se considera de suma importancia ya que son estos, los que pasan la mayor parte del tiempo con sus hijos.

La familia como parte integral del equipo de rehabilitación, es una forma de solución activa ante los problemas que plantea la persona con retardo en el desarrollo.

Podemos observar, trabajos con paraprofesionales en el área de educación especial, veremos ahora, algunos de dichos estudios:

Williams D. Carl (1959) implementó un procedimiento para la eliminación del berrinche, generado a consecuencia de un período de enfermedad. El estudio reporta un entrenamiento eficaz para la extinción de la conducta de berrinche, mediante un entrenamiento a padres ya que estos mantenían la conducta de berrinche del niño.

Los resultados mostraron que el nivel de la conducta de berrinche llegó a cero, siendo los padres buenos modificadores de la conducta del niño.

Wolf M, Risley R. y Mees L. (1963) entrenaron a ayudantes enfermeras y maestras en la aplicación de procedimientos de condicionamiento operante a problemas conductuales de un niño autista, posteriormente entrenaron a los padres del niño para que estos siguieran con el procedimiento en el hogar. Los resultados expuestos por los asistentes mostraron que los padres

llevando a cabo instrucciones que se les había proporcionado, dieron como consecuencia la extinción de conductas perturbadoras.

(Risley R. Wolf M. (1964) reportaron un procedimiento de condicionamiento operante, para el establecimiento y generalización de conductas verbales y extinción de conductas perturbadoras en un niño autista, inicialmente este procedimiento lo llevo a cabo el experimentador, mientras la mamá observaba periódicamente las sesiones. Posteriormente cuando se comprobó que el niño había establecido la conducta verbal, se entrenó a la madre, para que continuara con el trabajo de rehabilitación de su hijo. La efectividad del procedimiento de condicionamiento operante, permitió a los padres hacer una significativa contribución a la rehabilitación de su hijo, tanto en el hospital como en el hogar.

(Wahler G. Winkel H, Petterson F. y Morrison C. (1965) intentaron modificar conductas indeseables en tres niños, mediante cambios específicos en la conducta de la madre, ya que se observó que la conducta social de la madre, funcionaba como reforzador para la conducta indeseable de su hijo. Los resultados, demostraron que modificar en forma sistemática la conducta de la madre hacia su hijo, produce cambios notables en la conducta indeseable de su hijo. Concluyendo --

que, por medio de un entrenamiento sistemático en técnicas de modificación de conducta la madre puede ser terapeuta de su hijo.

Patterson, Mc Neal, Hawkins y Phelps (1967) entrenaron al padre para que alternara contingencias reforzantes hacia diferentes conductas indeseables del niño. Este estudio mostró que los padres proporcionan adecuadamente contingencias reforzantes obteniendo un incremento de respuestas deseables y un decremento de respuestas indeseables del niño.

Cossairt, Hall y Hopkins (1973) realizaron un procedimiento similar al anterior, a excepción que el entrenamiento fue para una maestra, donde aplicó contingencias reforzantes ante determinadas conductas de sus alumnos y retroalimentando a la maestra después de cada clase. Se observó que la maestra aplicó correctamente las contingencias reforzantes, logrando que sus alumnos adquirieran respuestas deseables en el salón de clases. Así mismo, se mencionó que la retroalimentación proporcionada a la maestra después de cada sesión, produjo una motivación de ésta y una buena aplicación de contingencias.

Estos estudios han demostrado que padres, maestros y enfermeras pueden modificar la conducta indeseable de los niños y la adquisición de alguna de ellas, tanto en el ambiente escolar como familiar. No obstante, esto puede ser llevado a cabo mediante un buen entrenamiento en técnicas de modificación

de conducta, para que estas personas puedan trabajar como paraprofesionales.

En el entrenamiento individual los padres generalmente tienen experiencia directa con sólo aquellas conductas con las cuales están trabajando. En el entrenamiento de grupo, los padres no solo tienen sus propias experiencias sino que también llegan a estar íntimamente involucrados en la evaluación planeación y ejecución de los procedimientos de cambio de todos los otros padres del grupo.

La ventaja del entrenamiento en grupo radica en facilitar la exposición de los padres a un amplio rango de conductas además de las emitidas por sus propios hijos. El grupo es una fuente de información y de intercambio de ideas, donde finalmente los padres en grupo proporcionaran fuentes adicionales de reforzamiento social para cada uno de los padres.

Rose (1974) entrenó a padres de niños retardados, en grupo para que llegaran a ser modificadores de conducta de sus propios hijos. El entrenamiento incluyó:

- a) Lectura sobre literatura conductual y hacer ejercicios.
- b) Registrar diariamente la conducta.
- c) Aplicar procedimientos de cambio.
- d) Desarrollar planes de tratamiento.

El modelamiento fue útil para entrenar a los padres en aplicación de técnicas de modificación de conducta.

Waltz y Patterson (1974) evaluaron la efectividad de entrenar a un grupo de padres en técnicas de modificación de conducta para alterar la conducta agresiva de doce niños. El programa de entrenamiento a padres incluyó lo siguiente:

1) Identificar una conducta apropiada para que los padres la pudieran cambiar por medio de técnicas de modificación de conducta, se les dieron instrucciones específicas para observar y registrar la conducta en el hogar.

2) Cuando los padres mostraron su habilidad para recopilar datos de línea base y reportarlos al terapeuta, se invitaba a los padres a participar en los programas de otros padres.

Se observó en los resultados que la aplicación del entrenamiento por parte de los padres, decrementó la tasa de conducta desviada de los niños.

Es necesario hacer notar que cuando se pretende que los padres manejen información sobre terminología en modificación de conducta, como reforzamiento, castigo, tiempo fuera, modelamiento, juego de roles etc. resulta más adecuado emplear conferencias o manuales escritos. Así como un entrenamiento práctico de dichas técnicas, ya que solo a nivel teórico no garantiza que los padres en un momento dado puedan ser capaces de llevar a cabo un cambio en la conducta de sus hijos.

el entrenamiento a grupo, tanto a padres como maestros resulta de suma importancia si tomamos en cuenta la falta de

centros de educación especial y de personal entrenado en técnicas de modificación de conducta.

(Por lo que es necesario definir que es la desprofesionalización de la psicología y su importancia en el área de educación especial.

Una de las definiciones de la desprofesionalización es - la que proporciona Ribes (1980): " La transferencia a amplias capas de no profesionales, de los conocimientos tecnológicos-fundamentales de la disciplina, que permiten su aplicación - extendida y permanente por aquellos que tradicionalmente han sido receptores de servicios".

✓ Varela y Seligson (1979) definieron la desprofesionalización como: " La práctica social del psicólogo en la que se involucra a una tercera persona, como mediador, que determinan los problemas que deben estudiarse y que en última instancia - debe ser el beneficiario del uso de técnicas y métodos propios de la psicología".

✓ Orozco y Salas (1980) definieron a la desprofesionalización, como: " La relación entre un profesionista y un no profesional, entendiendo a este último como cualquier persona - que no ha alcanzado un grado profesional, y que esta en edad de tenerlo y reciba un entrenamiento científico para intervenir como mediador entre el profesional y los miembros de la - comunidad".

La desprofesionalización fue definida por Brea y Correa- (1980) como: " La capacitación de los miembros comunitarios - para el análisis de la forma en que su comportamiento incide - sobre los demás y a su vez, entender cómo los demás afectan - la manera en que se percibe la realidad, de responder con ma- yor o menor motivación a las exigencias de ese medio social, - de apreciar sus formas y mecanismos de aprendizaje.

Al analizar las definiciones arriba citadas, observamos - en términos generales, que todas están de acuerdo en cuanto - al concepto de desprofesionalización, concibiéndolo como el - entrenamiento a personas que integran una comunidad para que - desarrollen y apliquen los conocimientos tecnológicos de la - Psicología en sus diversas áreas.

Desde un punto de vista personal, la desprofesionalización es conceptualizada como el entrenamiento en conocimientos bá- sicos de la psicología y que va dirigido a personas, las cua- les aplicarán estos conocimientos a una comunidad, grupo de - personas o algún individuo en particular, que requieren de - ayuda en esta disciplina, de esta manera las personas entrena- das funcionarán como mediadores entre el profesionalista y los - miembros de la comunidad.

Cabe mencionar la importancia que tiene la desprofesiona- lización en el área de Educación Especial, al tomar en cuenta la gran demanda de casos que requieren de este tipo de educa-

ción y la falta de centros, siendo posible su atención, por lo tanto se hace necesario, por un lado, la creación de centros de Educación Especial y por el otro, entrenar a personas las cuales se encargarán de la atención de individuos con retardo en el desarrollo. De esta manera la función del psicólogo abarcará tanto el entrenamiento como la asesoría necesaria a las personas que fungirán como para profesionales.

Entre la amplia gama de problemas que se presentan en el área de Educación Especial como Síndrome de Down, ceguera, -- P.C.I., sordera etc, hay que considerar la necesidad e importancia de la sexualidad en personas con retardo, por lo que a continuación abordaremos el aspecto de la sexualidad en -- los retardados.

IV. LA SEXUALIDAD EN EL RETARDADO.

1) Aceptación social y sexual del retardado.

Normalmente, la sexualidad ha constituido un aspecto -- fundamental de la conducta humana y tiene como función primordial la reproducción. Los seres humanos buscan constantemente formas de lograr una vida sexual satisfactoria y ello es visto bien socialmente. Sin embargo, la visión de la sexualidad -- cambia cuando nos referimos a los retardados.

Hay muchos padres que tienen a la educación sexual de sus hijos retardados como algo por encima de su comprensión. Tienen miedo del uso que sus hijos puedan dar a este conocimiento o, como ciertos padres de niños normales, se sienten inseguros a la hora de guiarlos por este terreno (Begab, J.M. 1963).

└ No ha sido, sino hasta recientemente cuando se ha planteado que los retardados son seres humanos como cualquier otro.

Todos estamos dispuestos a aceptar este hecho excepto en el momento de admitir que los retardados tienen necesidades sexuales y derecho a la expresión de la misma (Gordon, 1971). ┘

El medio social no solamente no ha sabido aportar la ayuda necesaria, sino que ha creado una atmósfera en la que los padres se sienten rechazados y en cierto modo responsables -- por haber cargado a la comunidad de nuevos problemas sociales.

Algunos padres se encuentran atados por actitudes mora--

les y religiosos muy estrictas en cuanto a conducta sexual.

En algunas familias puede oírse cosas como ésta, "mi hijo tiene el mismo derecho que todo el mundo a una vida sexual natural". Los padres que llegan a esta situación de claridad juzgan de manera realista al retardado como un ser complejo, respetan su individualidad y su condición de ser humano, así como su derecho a la vida. Dicha actitud refleja la adaptación de los padres a las cuestiones sexuales. Otras familias reaccionan a partir de la base de una comprensión limitada de sus propios problemas sexuales, a partir de una incapacidad para ver a la persona retardada como un individuo total (Goodman, 1971).

Otros tipos de respuestas son el de ver desexualización en el retardado o bien considerarlo como incontrolable, desde el punto de vista sexual. La sexualidad es una función natural, la identidad sexual está determinada genéticamente. Sin embargo, su expresión es un aprendizaje social. No se vive en un mundo neutro, sino que nuestra vida se estructura alrededor de una división del trabajo o de los roles que desempeñamos en la sociedad de acuerdo a nuestro sexo.

Los papeles sociales o las expectativas de un comportamiento y de interpretaciones valorativas son resultado de la interacción social y cultural, a través del complejo proceso de la socialización.

Debemos examinar el significado que tiene la sexualidad-

en la vida humana, y que, abarca más que el enfoque biológico que ha predominado en la educación sexual. Hay que redefinir este significado para incluir los roles y relaciones sociales como las realidades psicológicas. Es allí donde las respuestas a temas sexuales deben tomar en cuenta tanto los aspectos afectivos como cognitivos.

- b) El problema que representa la no aceptación del retardado como sexualmente normal.

Tradicionalmente, la sociedad ha visto a los retardados como personas asexuales y son considerados como impredecibles descontrolados o incontrolados desde el punto de vista sexual.

La sociedad no sabe como educarlos y no se ha preocupado por su sexualidad, pero sí son reprimidos y enviados a instituciones en donde se presentan estos problemas a un nivel mayor.

Se ha tratado a la sexualidad de un modo represivo y como, medio de control. En la mayoría de los casos, la sociedad es represora del sexo y ello se traduce en una gran cantidad de conflictos. Se ha prohibido tanto la discusión como la evaluación realista de ciertos aspectos de la sexualidad, que contribuyen al incremento de los tabús, de inadecuada información y prejuicios.

Tradicionalmente, se ha etiquetado, inadecuadamente, condenando a los retardados en el aspecto sexual:

Import.

1 cu por

se les ve como, seres asexuales y por tanto carecen de deseos e impulsos sexuales que tienen las personas normales, o bien se les considera seres hipersexuados con impulsos y deseos sexuales incontrolables. Se hace caso omiso de sus expresiones de sexualidad. Se les dan castigos, tales como, separación de los demás y/u otros medios de represión, se decide su internación en instituciones cuando hay manifestaciones sexuales y se propone o lleva a cabo su esterilización para evitar problemas de prole.

- c) Problemas sexuales de los retardados, generados por una falta de información sexual.

Diversa es la variedad de problemas sexuales en los retardados, la mayoría de ellos son dados por la ignorancia de educación sexual, tanto por parte del sujeto como de las personas que lo rodean.

Los problemas principales son:

- Homosexualidad o Lesbianismo: En el caso de los retardados la homosexualidad o el lesbianismo se presenta, no necesariamente, debido a que algunas veces los padres u otras personas (dentro de las instituciones) reprimen una relación heterosexual y refuerzan una relación homosexual, esto es, los padres por temor a que se despierten sus inquietudes sexuales en sus hijos los separan de personas de sexo contrario, reforzando indirectamente, la conducta con el mismo sexo.

Por otro lado, los retardados se enfrentan con personas normales y que son homosexuales o lesbianas y abusan de los retardados, siendo estos, en algunas ocasiones hasta amenazados y golpeados para mantener esta relación.

- Exhibicionismo: consiste en la exhibición completa o parcial - no aceptada por la sociedad- de algunas partes del cuerpo y esta puede presentarse ya sea en situaciones familiares o públicas, generando posibles problemas de tipo legal.

Esto se debe a que el retardado al no ser educado e informado sobre aspectos sexuales no discrimina ante quienes o ante qué situaciones se debe de comportar de tal o cual forma.

- Masturbación: La mayoría de los retardados presentan curiosidad hacia sus órganos sexuales y las sensaciones placenteras que sienten al tocarlos, de ahí que surge la práctica de masturbación, no discriminando ni el lugar adecuado para realizarla. La masturbación no es una conducta mala ni peligrosa, y es erróneo decir que ésta, ocasiona males como dolor de cabeza, caída de pelo etc.

- Embarazos no deseados: El desconocimiento de productos anticonceptivos su manejo y necesidad, han llegado a producir que mujeres retardadas sean madres o bien que tengan que abortar.

- Falta de Higiene: Se desconocen las prácticas de higiene --

de los órganos sexuales y del uso de objetos sucios que suelen ser usados para la masturbación, ambos problemas pueden llegar a manifestarse en la infección o enfermedad de los órganos sexuales del retardado, lo cual puede detectarse hasta estados muy avanzados siendo difícil su curación. La falta de higiene genera problemas como son las enfermedades venéreas.

- Abuso sexual de personas normales hacia los retardados: Dado que los retardados carecen de elementos básicos de educación sexual, son víctimas de otros retardados o bien de personas "normales" donde son usados como objeto de satisfacción sexual. Las mujeres retardadas son violadas e incluso pueden ser embarazadas, y los hombres retardados son obligados a mantener relaciones homosexuales.

- Agresión sexual por parte de los retardados: Ante la represión de otras formas de agresión física y verbal puede darse la agresión sexual, aunque esta es muy rara. Los retardados que suelen agredir sexualmente, llegan a tener problemas legales.

d) Antecedentes de estudios sobre sexualidad en retardados.

Hablar de sexualidad en retardados, involucra aspectos de diversa índole como son, religiosos, morales, éticos y que de alguna forma afectan a la visión de la sexualidad en aquellas personas que presentan retardo en el desarrollo, siendo-

así, muy pocos los estudios relacionadas con este tema.

Las investigaciones de Alcon, 1974; Dupras y Tremblay, - 1975; Fischer y Krajicek, 1975; Goodman, Budner y Lesh, 1971, indican que hay un gran número de padres que muestran reservas con respecto a la implementación de programas de educación sexual en sus hijos con retardo en el desarrollo.

Dupras y Tremblay (1976) identificaron y analizaron los principales factores que se presentan como obstáculos para -- llevar a cabo los proyectos de educación sexual en retardados encontrando que los factores como prejuicios, influyen de manera negativa en la aplicación de los programas.

Edmonson y Wish (1975) realizaron una entrevista semi-estructurada, para determinar el entendimiento de dibujos como -- abrazos homosexuales, embarazo, nacimiento y conocimiento de -- la terminología anatómica, masturbación, matrimonio, relación sexual, en 18 adolescentes retardados (18 a 30 años), las -- preguntas formuladas eran; " ¿ podrías decir a que se refiere este dibujo ?; ¿ que puedes decir acerca de esto ? ¿ ahora -- esta mujer está embarazada ? etc. el total de preguntas fue -- de veinte, la entrevista fue individual y en privado. Los resultados demostraron seis tipos de respuestas emitidas por -- los sujetos, estas fueron: respuestas espontáneas, indagación descriptivas, erróneas, confusas y respuestas que no se referían a la pregunta. Los resultados mostraron el 28% de respues

tas correctas, siendo esto un nivel bajo de conocimiento de los dibujos y terminología de educación sexual.

Fisher y Krajicek (1974) reportaron el resultado de una entrevista con sujetos retardados de 10 a 17 años. Usando preguntas y pinturas que determinaban la información acerca de la identificación sexual, partes del cuerpo, eliminación, embarazos, masturbación, conducta interpersonal íntima y nacimiento. Los resultados reportaron principalmente en términos de porcentaje respuestas apropiadas, que el 50% o más habían tenido una terminología aceptable, pero su comprensión fue baja en cuanto a situaciones como conducta interpersonal íntima y nacimiento.

Una guía de educación sexual elaborada por Fisher, Krajicek y Borthich (1975) la utilizaron con niños y adolescentes moderadamente retardados (educables) cuyas edades cronológicas oscilaron entre los 8 y 18 años. Tal guía tuvo como finalidad reunir información de tipo sexual y consistió en dos fases: - la primera es una entrevista estructurada dirigida al retardado, en donde se tratan temas como; identificación sexual, partes del cuerpo, órganos sexuales, funciones emotivas, funciones corporales, embarazo y parto, todos estos temas iban acompañados por dibujos que correspondían al tema visto. La segunda fase consistió en la participación de los padres, donde se abordaron puntos tales como el conocimiento de los niños en educación sexual, y las preocupaciones de los padres, así co-

mo su función en la educación sexual de sus hijos, el intercambio de experiencias con otros padres que también tienen hijos con retardo en el desarrollo y finalmente un cuestionario a los padres, el cual incluyó preguntas abiertas y cerradas.

e) Análisis de los estudios anteriormente citados.

Como se ha podido observar, son muy pocos los estudios realizados en esta área, y sólo se limitan a detectar la cantidad de conocimientos que poseen los retardados sobre educación sexual, esto es, conocimientos sobre partes del cuerpo, funciones y cambios físicos y fisiológicos del cuerpo humano, aplicando cuestionarios como instrumentos de medición. Otro dato importante fue el hecho de que esta serie de estudios no plantean alternativas para implementar programas de educación sexual así como la responsabilidad de los padres y terapeutas en estos temas.

En términos generales, observamos la importancia de los padres como agentes de cambio en la conducta indeseable de su hijo en diferentes áreas, al desempeñar la función de paraprofesionales, en nuestro caso específico, dentro del área de educación especial. Así como la necesidad de la elaboración e implementación de programas de educación sexual en escuelas e instituciones.

V. NUESTRO ESTUDIO

En base a los estudios revisados y analizados anteriormente, observamos la problemática que existe en lo que se refiere a la sexualidad en el retardado, debido a la falta de aportaciones a estos problemas.

Por lo que los objetivos del estudio fue un intento por:

- Diseñar un programa y manual de educación sexual, mediante el entrenamiento a madres sobre aspectos fundamentales de la sexualidad en retardados, observando:
 - a) Si el entrenamiento a madres, produce cambios en cuanto a la conducta de éstas hacia sus hijos, en lo que se refiere a su concepción de la sexualidad.
 - b) Si el entrenamiento del manual de educación sexual, aplicado por las mamás, produce cambios en cuanto a la conducta sexual y social de los retardados en diferentes situaciones.
 - c) Observar, si los problemas sexuales en los retardados (si los hubiera) se siguieron presentando de todos modos, a pesar del entrenamiento de educación sexual.

- Elaborar medios de evaluación (registros directos e indirectos), tanto a madres como a retardados, para probar la efectividad del programa. O bien, la elaboración de nuevos medios de evaluación para observar resultados más satisfactorios e importantes.

M E T O D O

SUJETOS:

Se trabajó con siete madres de familia y sus hijos (cuatro hombres y tres mujeres), los cuales presentaron retardo en el desarrollo y que acudieron a la C.U.S I. (Clínica Universitaria de Salud Integral).

Los menores tuvieron las siguientes características:

- ser retardados superficiales.
- tener una edad de 10 a 20 años.

Las madres de familia participantes fueron de clase social baja.

SITUACION EXPERIMENTAL:

Salón de terapia de la C.U.S.I. con sillas, mesas y un pizarrón.

MATERIAL:

El material usado para el programa consistió de láminas con ilustraciones correspondientes a los programas a aplicar, hojas de registro, programas del contenido del curso, manual de educación sexual y lápiz.

La duración de cada sesión fue de una hora treinta minutos aproximadamente, ya que esta varió de acuerdo al tema y -

duas que fueron planteadas a lo largo del seminario. Las sesiones se llevaron diariamente.

PROCEDIMIENTO C No contempló

Se llevó a cabo un diseño A-B-A, donde A fue Línea Base y B fase experimental.

Línea Base: El período de línea base duró 10 días y durante esta condición se registro la conducta de cada muchacho en una situación restringida, donde se encontraban adolescentes de ambos sexos y más o menos de la misma edad. En esta -- situación los sujetos observados, realizaron actividades académicas (lectura, escritura, aritmética etc.) y artísticas -- (dibujos, grabados etc.) . El registro empleado en esta fase -- fue de frecuencia. Las categorías a registrar fueron las siguientes:

- Relación social mismo sexo: definida como la participación correcta del muchacho (a) con otro (a).
- Coquetear o llamar la atención a la persona de sexo opuesto esto es, que el muchacho (a) sonría constantemente a otra(o) o bien halagarla.
- Relación social con sexo opuesto: definida como que el muchacho (a) interactuó con otro (a), juegue, platique, ayude. De manera correcta.

- Aislamiento: no participación del sujeto con sus compañeros en cuanto a pláticas, juegos u otras actividades, instigándolo física y verbalmente a que participe.

Presentación de respuestas sexuales inadecuadas:

- Exhibicionismo: exhibición completa o parcial, no aceptada socialmente, de alguna parte del cuerpo.
- Masturbación: tocar y/o frotar sus órganos sexuales, ya sea con la mano o con algún objeto que se encuentre a su alcance.

Así mismo, en esta fase se midió la cantidad de información sexual, mediante cuestionarios, aplicados tanto a madres como a sus hijos individualmente.

Las preguntas de los cuestionarios fueron de tipo cerrado. A continuación se presentan los cuestionarios empleados.

CUESTIONARIO A PADRES

- 1.- ¿ Sabe usted la importancia de la educación sexual, en niños que presentan retardo en el desarrollo?.
- 2.- ¿ Sabe usted que es la educación sexual?.
- 3.- ¿ Cree usted, que es importante la educación sexual de su hijo?.
- 4.- ¿ Sabe usted los problemas sociales que acarrea la falta de educación sexual en niños con retardo en el desarrollo?.

- 5.- ¿ Sabe usted los problemas legales que acarrea la falta - de educación sexual en niños con retardo?
- 6.- ¿ Conoce usted los problemas sexuales a los cuáles está - expuesto su hijo (a) por la falta de educación sexual?.
- 7.- ¿ Ha intentado alguna vez hablar con su hijo (a) lo rela- cionado con educación sexual?.
- 8.- ¿ Considera que le es necesaria una ayuda para tratar con su hijo temas sobre sexualidad?.
- 9.- ¿ Ha informado a su hijo cómo se va desarrollando un niño?
- 10.- ¿ Ha informado a su hijo cuánto tardan los niños en desa- rrollarse en el vientre de la madre?.
- 11.- ¿ Ha informado a su hijo cómo nacen los niños?.
- 12.- ¿ Conoce usted las funciones fisiológicas y cambios fisi- cos que presentan los niños y las niñas?.
- 13.- ¿ Ha explicado esto a su hijo?.
- 14.- ¿ Se ha mostrado interesado su hijo en la explicación de tipo sexual que le haya proporcionado?.
- 15.- ¿ Considera usted que tiene suficiente información sobre sexualidad, para proporcionarsela a su hijo?.
- 16.- ¿ Cree que algún día su hijo desee o quiera casarse?.
- 17.- ¿ Cree que su hijo pueda ser buen padre? ^{MC}
- 18.- ¿ Ha pensado alguna vez en esterilizar a su hijo para im- pedir que deje embarazada un día a una muchacha? ¿ o esterili- zar a su hija para impedir que un día quede embarazada?.

CUESTIONARIO A RETARDADOS.

- 1.- ¿ Sabes que es la educación sexual?.
- 2.- ¿ Sabes que es importante la educación sexual?.
- 3.- ¿ Alguna vez has preguntado algo que te interesa saber sobre sexualidad?.
- 4.- ¿ Sabes como van cambiando los niños y las niñas en su aspecto físico?.
- 5.- ¿ Sabes como nace un bebé?.
- 6.- ¿ Sabes cuando una mujer está embarazada?.
- 7.- ¿ Sabes como crecen y se desarrollan los niños y niñas?.
- 8.- ¿ Has tenido curiosidad de saber sobre cosas relacionadas sobre sexualidad?.
- 9.- ¿ Te gustaría saber lo que es la educación sexual?.
- 10.- ¿ Sabes cuanto tiempo tarda en nacer un bebé?
- 11.- ¿ Te gustaría tener amigos (a).
- 12.- ¿ Algun día te gustaría casarte y tener hijos?.

(5) ✓ El último registro aplicado en el período de línea base, fue el de observar y registrar las respuestas de las madres - ante la conducta sexual inadecuada en los niños con retardo, - en una situación libre. (juegos)

Las categorías a registrar fueron:

- Masturbación.
- Exhibicionismo

- Aislamiento. Estas conductas fueron definidas anteriormente durante el registro directo en una situación restringida (salón de clases).
- Agresión a sus compañeros; definida como que el sujeto golpee a sus compañeros durante la actividad deportiva.
- Manejo inadecuado de la amistad; definida como que el sujeto abrace, acaricie o juegue inadecuadamente con sus compañeros.

El registro empleado en esta parte fue de frecuencia.

En la presentación de alguna de éstas respuestas sexuales inadecuadas, las categorías a registrar, por parte de las madres, fueron:

- Regaños de la madre hacia su hijo; definida como que la madre diga a su hijo, " eso no se hace", le grite con voz áspera y fuerte.
- Indiferencia de la madre; la madre al observar una conducta sexual inadecuada haga caso omiso de ésta.
- Contacto físico por parte de la madre; que la madre jalonee a su hijo o bien que lo golpee.
- Explicación de la mamá a su hijo; que la madre al observar la conducta sexual inadecuada de su hijo, explique la forma en que debe de comportarse.

El criterio de cambio de línea base a la condición de entrenamiento fue, la estabilidad de las conductas registradas

o la aplicación de la Línea Base durante diez días, lo que -
ocurriría primero.]

Fase B

Entrenamiento: Una vez terminada la condición de Línea -
Base inicial, se reunió a las mamás en el salón de terapia de
la C.U.S.I. donde se implementó el programa de educación sexu-
al, tanto a las madres como a los adolescentes retardados, y-
en el cuál se incluyeron las siguientes fases:

I. Seminarios a Madres.

Esta fase consistió de una serie de seminarios dirigidos
a las mamás, donde se trataron temas como:

- Importancia de la educación sexual en los retardados, para-
la prevención de conductas sexuales inadecuadas.
- Problemas sociales, sexuales y legales que se generan por--
la falta de información a padres y retardados así como de la-
misma sociedad. En esta fase se aplicó un registro directo, y
en el cual se registraron las siguientes respuestas:
- Formulación de preguntas: definida como el planteamiento de
preguntas por parte de la madre relacionadas con el tema ex -
puesto, solicitar la amplitud del tema.
- No formulación de preguntas: que las mamás no plantearán -
preguntas o aclaren dudas, prestando atención al tema.
- Falta de interés de la mamá hacia el tema: no prestar aten-
ción al tema expuesto, que volteará o realizará comentarios -

- Interés de la mamá hacia el tema: que la madre mostrará atención al tema expuesto. (¿Cómo se ven?)

El contenido de los seminarios fueron anexados al final del entrenamiento (anexo # 1). Una vez terminada la serie de seminarios expuestos por la terapeuta, si no hubo dudas y -- preguntas, se procedió a la siguiente fase.

II. Proposición de temas por parte de las mamás.

Se les pidió a las madres, la proposición de temas de interés para ellas y que se relacionaron con la educación sexual de sus hijos. Estos temas solicitados fueron preparados y posteriormente explicados a las mamás, una vez aclaradas sus dudas y preguntas se procedió a la siguiente fase.

III. Entrega del manual de educación sexual.

Se entregó a cada mamá un manual de educación sexual, el cuál fue elaborado por la terapeuta en base a diferentes libros sobre éstos temas. Se explicó a las mamás la forma en - que deberían informar a sus hijos acerca del manual, utilizando la técnica de modelamiento para la explicación.

Después de dos sesiones, de la explicación del manual, - se pasó a la siguiente fase. (anexo # 2)

IV. Juego de roles entre las mamás.

Esta fase consistió en la participación de las mamás, -- en la explicación del manual de educación sexual. El objetivo del juego de roles fue que las mamás estuvieran entrenadas

para informar a sus hijos utilizando un lenguaje claro y sencillo. El sistema de registro empleado fue de frecuencia y se registraron las siguientes categorías:

- Lenguaje claro y sencillo utilizado: la forma de hablar con el retardado, utilizando palabras poco asimiladas por el sujeto.

- Errores de la madre al explicar un tema del manual: mala explicación de la mamá o confusión de términos, que no responda correctamente a las preguntas realizadas por su hijo.

- Paciencia de la mamá con su hijo: la dedicación de la madre con su hijo en la explicación del manual, utilizando el tiempo necesario y diferentes formas de explicación de un tema particular que el adolescente no pueda entender.

✓ En ésta fase se utilizó la técnica de retroalimentación-correctiva, es decir, cada vez que la mamá se equivocará, la terapeuta corregía su respuesta.

El criterio de cambio empleado para pasar de esta fase a la siguiente, fue la estabilidad de conductas correctas durante tres días consecutivos, o sea, que se mantuviera en un nivel cero de respuestas incorrectas.

V. Entrenamiento directo de mamá a hijo en la explicación del manual de educación sexual.

Esta última fase del entrenamiento consistió en la explicación de la mamá a su hijo, basándose en el manual de educa-

ción sexual. Se registraron las mismas categorías de respuesta que en la fase anterior, así como las preguntas que el adolescente realizara, atención del sujeto al tema y las distracciones de éste.

Línea Base Final: Una vez terminada la fase del entrenamiento, se volvió a aplicar la condición de Línea Base durante diez días, bajo las mismas situaciones que en Línea Base inicial, es decir, situaciones restringidas y abiertas. Así - como la aplicación de cuestionarios a madres e hijos.

La finalidad de ésta condición fue medir la efectividad del entrenamiento en la acti ud de los retardados y de las ma más.

Anexo # 1. Contenido de los seminarios

1. IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD EN LOS RETARDADOS,
PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES INADE-
CUADAS.

La sexualidad nace con todo ser humano, es un elemento biológico que produce impulsos y que por lo tanto deben satisfacer dichos.

Hablar de sexualidad es un factor positivo y lejos de temerle y de considerarlo como un peligro hay que conocerlo y saberlo incorporar a nuestra vida. Es necesario verlo como un elemento inherente al humano por lo que reprimirla puede ser perjudicial.

Desde el momento en que los niños y las niñas han llegado al período de pubertad, estos tienen una gran curiosidad por los hechos relativos al sexo, ya que hay entre ellos una atracción mutua, una corriente que los lleva a unirse a acercarse. El período de pubertad inicia en el hombre de los doce a los catorce años y en la niña de once a trece años. Este período significa un crecimiento y desarrollo físico y fisiológico del niño y niña.

¿Porque es importante hablarles de sexo? A nuestro modo de ver las cosas y basadas en experiencias con niños y sobre todo con aquellos que presentan retardo en el desarrollo,

estos deben de recibir información sexual antes de la puber--
 tad, ya que estos niños retardados son sexualmente normales.

Si no se le proporciona información buena y sana expresa da franca y sencillamente, la encontrarán en otra parte y tal vez no sea buena, sana ni clara y serán víctimas de muchos - abusos por parte de las personas " normales " .

La sociedad preocupada por el sexo no da a los jóvenes - ni tampoco a los adultos una visión equilibrada del desarro - llo de la sexualidad humana.

La sexualidad constituye un aspecto fundamental en la -- conducta humana y tiene como función primordial, la reprodución. Los seres vivos actúan de acuerdo a dos principios; la propia conservación y la conservación de la especie.

El sexo es imprescindible para un desarrollo morfológico normal. Determinará una manera de vestir, de comportarse, un tipo de educación específica que harán de cada individuo, según su anatomía, un hombre o una mujer.

Una mala identificación sexual provoca perversiones ta - les como la homosexualidad, lesbianismo etc.

La sexualidad ha dejado de ser un tabú y constituye un - aspecto de nuestra personalidad, sometido naturalmente a la - influencia de la educación. La educación se dirige al compor - tamiento del hombre: " es un saber comportarse y sentir " . -

Una persona educada sexualmente no solo tiene noticias e de lo relativo al sexo, sino que actúa adecuadamente atendien

do a su persona y a la de los demás.

11. PROBLEMAS SEXUALES QUE ACARREA ESTA FALTA DE EDUCACION EN LOS RETARDADOS.

Dada la falta de conocimientos sobre la importancia de la educación sexual y de la información de la misma, suelen presentarse una serie de conductas sexuales inadecuadas en el retardado. Llamando conducta sexual inadecuada, a todo tipo de conducta sexual inadecuada y las cuáles no son aceptadas por la sociedad.

HOMOSEXUALIDAD O LESBIANISMO: Un homosexual no requiere de manera alguna ser lo que es por su naturaleza. En el caso de los retardados la homosexualidad y el lesbianismo puede presentarse debido a que, algunas veces los padres reprimen una relación heterosexual y refuerzan una relación homosexual, es to es, los padres por temor a que se despierten sus inquietudes sexuales los separan y reprimen.

Por otro lado, los retardados se enfrentan con personas normales y que son homosexuales o lesbianas y abusan de los retardados y mantienen relaciones de este tipo. Algunas veces son amenazados y golpeados por negarse a mantener ésta relación.

EXHIBICIONISMO: Consiste en la exhibición completa o parcial de algunas partes del cuerpo, y ésta puede presentarse -



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

39

en lugares públicos o bien situaciones familiares.

Esto se debe a que el niño retardado al no ser educado sexualmente, no distingue ante quienes o ante qué situaciones se debe de comportar de tal o cual forma. Esta conducta puede traer consecuencias de tipo legal.

MASTURBACION: Como la mayoría de los retardados presentan curiosidad hacia sus órganos sexuales y las sensaciones placenteras que sienten al tocarlos de ahí que surge la práctica de la masturbación, sin embargo ellos no discriminan ni el lugar ni el tiempo adecuado para presentarla, algunas veces exhiben sus órganos sexuales y sus prácticas de masturbación ante otras personas.

IZT. 1000586

Algunos retardados han sido detenidos por cometer este tipo de actos en la vía pública, la masturbación no es una conducta mala ni peligrosa, y es incorrecto decir que la masturbación ocasiona algunos males como dolor de cabeza, caída de pelo, etc.

EMBARAZOS NO DESEADOS: El desconocimiento de productos anti-conceptivos su manejo y necesidad, han llegado a producir que mujeres retardadas sean madres, o bien que tengan que abortar con los problemas legales, sociales y de toda índole que de ahí se desprende. Otro desconocimiento es por parte de las retardadas en no saber controlar sus impulsos y sus consecuencias futuras, o en el caso de los hombres el no usar medios de prevención de embarazos como algunos productos anticoncep-



tivos.

FALTA DE HIGIENE: Se desconoce las prácticas de higiene de los órganos sexuales y del uso de objetos sucios para la masturbación, ambos problemas pueden llegar a manifestarse en la infección o enfermedad de los órganos sexuales del retardado - lo cual puede detectarse hasta estados más avanzados, siendo difícil su curación. La falta de higiene puede generar problemas como son enfermedades venéreas, entre las cuales tenemos:

Sífilis: Es un padecimiento específico especialmente de curso crónico y de evolución progresiva. Se trasmite en 3 formas:

- a) De la madre al feto, que da lugar a la sífilis natal.
- b) Por contagio directo; que produce la forma mas frecuente y que tiene lugar sobre todo durante las relaciones sexuales.
- c) Por contagio indirecto; en cuyo caso, la infección se realiza por objetos recientemente contaminados, tales como navajas de rasurar, toallas, pañuelos, vasos, cubiertos o instrumentos quirúrgicos y dentales. Esta forma no se observa con frecuencia y casi siempre son casos accidentales.

La enfermedad tiene dos períodos que se distinguen fácilmente uno de otro:

- a) El primer período se inicia a los 21 días (en ocasiones algo más) después del contagio y aparece una lesión llamada Chancro que es una exulceración (llaga) de caracteres generalmente bien definidos y en cuya secreción se encuentran abun -

dantes treponemas (género de protozoarios) sin embargo esta-
lesión inicial puede pasar inauvertida.

Entre la cuatro u ocho semanas después de chancro, se ca -
racteriza por diversos síntomas.

- Rosela.- erupción rojiza de la piel y de las mucosas.
- Caída de pelo (sobre todo en las orillas de las cejas).
- Dolor de garganta.
- Dolores nocturnos en articulaciones y huesos.

Estos síntomas pueden presentarse en forma muy atenuada o -
bien no presentarse.

b) El segundo período empieza al segundo año, su duración es
variable a menudo indefinido, lo caracteriza:

- Lesiones de la piel.
- Lesiones de los huesos.
- Lesiones del aparato circulatorio.
- Lesiones del sistema nervioso.
- Organos internos en general.

La sífilis puede ser mortal.

- Blenorragia o Gonorrea: Es una enfermedad específica que ha
sido tan extendida o más que la sífilis, su curso es agudo y
sin tratamiento pasa a ser crónico.

Se transmite por contagio directo o indirecto, siendo más
frecuente el primero.

Su localización primaria más común es la mucosa de las -

vías genitales y sus anexos.

Los síntomas son:

a) Escarrimiento purulento durante los ocho primeros días del contagio.

b) Infecciones de la uretra posterior, epididimos, testículos y próstata en el hombre y del útero y sus anexos en la mujer.

-Chancro Blando o Chancroide: Padecimiento específico que consiste en la aparición de una o varias ulceraciones en la región genital, debidas a la infección durante el contacto sexual. Esta enfermedad es de menor gravedad que las anteriores y por lo general no produce complicaciones.

- Linfopatía Venérea: Llamada también enfermedad de Nicolás o Favre es habitualmente de origen venéreo, veinte ó treinta días después del contagio infectante aparece exulceración genital y una a dos semanas después presenta supuraciones y secreción durante numerosas semanas si no se emprende el tratamiento adecuado.

- Granuloma Inguinal: Es una ulceración de la piel y de la ingle que aparecen probablemente de quince a treinta días después del contagio teniendo la forma al principio de una pequeña mancha que se ulcera al poco tiempo, se presenta por lo regular en los órganos genitales externos o en las regiones vecinas (ano, pubis), extendiéndose la ulceración a los tejidos cercanos y despidiendo un olor característico muy desagradable, puede durar mucho tiempo (años) sin tener tendencia a la

curación, si no se aplica el tratamiento moderno.

ABUSO SEXUAL HACIA LOS RETARDADOS POR PARTE DE PERSONAS

NORMALES: Dado que los retardados carecen de elementos básicos de educación sexual, son víctimas de otros retardados o bien de personas "normales", donde son usados como objeto de satisfacción sexual. Las mujeres retardadas son violadas e incluso pueden quedar embarazadas, por otro lado los hombres retardados pueden ser obligados a sostener relaciones homosexuales e incluso ser golpeados.

AGRESION SEXUAL POR PARTE DE LOS RETARDADOS: Ante la represión de otras formas de agresión física y verbal puede darse la agresión sexual, aunque ésta es muy rara. Los retardados que agreden sexualmente llegan a tener incluso problemas judiciales. (aspectos legales)

III. PROBLEMAS SOCIALES

La sociedad cree que los retardados son personas asexuales y los consideran como impredecibles, descontrolados o incontrolados desde el punto de vista sexual.

La sociedad no sabe como educarlos y no se ha preocupado por su sexualidad, pero sí los reprimen enviándolos a instituciones en donde se presentan éstos problemas a un nivel mayor.

Sean cuáles fueran las formas de manifestación de su sexualidad, el retardado suele ser no solo despreciado, sino --

también reprimido por ellas, por parte de su familia y de la comunidad. En sujetos que de alguna manera llegan a sentirse despreciados y reprimidos, suelen darse graves problemas de depresión, agresión o hasta suicidio. En general, la sociedad reprime todas las formas de sexualidad de los retardados.

El individuo con retardo es un miembro (Sui generis) de la sociedad, en la que tiene su origen. Se ha formado en la relación social y es portador de los derechos humanos fundamentales, se le da un nombre, signo de su participación como miembro de la sociedad.

Esta pertinencia inicial a la sociedad, puede ser subvalorada o negada por ella en cuanto se descubre que el individuo es portador de características a las que se le da el nombre de insuficiencia o retardo mental. A partir de éste momento, se inicia un proceso de distanciamiento social y segregación en el que hasta los padres pueden participar. Las relaciones sociales se atrofian o se convierten en su contrario.

Esta tendencia opuesta a la integración tiene una evidente base vital. El investigador de la conducta Eibl-Eibesfeldt (1973) dice que existe en hombre la tendencia a excluir de relación social y ver con una actitud negativa a los hombres -- que se apartan de la norma.

El individuo con retardo ha de convertirse en "integrado", es decir, es un miembro de la sociedad pero esto solamente es posible en la medida que se supera el distanciamiento -

que resulta del modo de ser diferente y se puedan establecer relaciones sociales.

La integración social se basa en una relación recíproca, el retardado se integra verdaderamente cuando entra en un proceso de interacción en el que ambas partes (retardados y no retardados) se modifican y tienen relaciones sociales recíprocas. Es decir, se trata de algo más que de una mera adaptación social unilateral, de los retardados a los no retardados.

Lo anterior adquiere relevancia porque en el proceso de adaptación solamente se modifica la conducta del retardado y en el proceso de integración, la modificación se efectúa en ambas partes.

Así mismo, la acentuación del carácter de interacción social es especialmente importante para los retardados, porque viven en un estado de extrema dependencia de la sociedad. Que el insuficiente se integre, es decir, que sea recibido y aceptado y pueda continuar integrado, solamente en una pequeña -- porción depende de él mismo, puesto que les es muy fácil a los no retardados separarse socialmente y distanciarse de él.

Debemos, además, tener en cuenta que existen límites para la aproximación del retardado a las normas de conducta de los no retardados. Se deduce de esto, que deben ser los "normales" los que se aproximen al retardado, los que salven el abismo que hay entre ambos.

Ahora bien, se puede concluir que: 1) no solamente ha -

de educarse al niño, sino también a las personas que forman su ambiente, 2) no podrá juzgarse hasta que punto los retardados son capaces de integrarse en los diversos grupos sociales hasta que la sociedad renuncie a sus prejuicios y a reacciones de apartamiento, adopte actitudes positivas y cree instituciones apropiadas que faciliten la integración social.

IV. PROBLEMAS LEGALES.

Los retardados al igual que las personas normales son -- protegidas jurídicamente, a esto se le llama Derecho, el cuál tiene como finalidad la realización del orden, seguridad y -- justicia de un grupo social.

A este respecto, los padres de familia con hijos que presentan retardo en el desarrollo, carecen de información de tipo legal, esto quiere decir, que los padres no saben como la ley protege a este tipo de personas.

Si encontramos por ejemplo que una persona que presenta retardo en el desarrollo comete algún delito o acto inmoral, -- no sabemos como la ley responde ante ésta situación, pues bien tratándose de personas que presentan retardo en el desarrollo la ley los considera de manera diferente a las personas normales, ya que a los primeros, la ley no los estima como criminalmente responsables. Y conforme al código de 1931, la responsabilidad de las personas que quebranten una ley y cuyo caso mental es anormal, en forma permanente, se aprecia desde --

el punto de vista social por su peligrosidad, pero no debe de aplicarseles una pena, sino una medida de seguridad, al término del proceso, recluyéndolos en instituciones o escuelas especiales todo el tiempo necesario para su curación y sometidos con autorización del facultativo a un régimen de trabajo, (artículo 68 del Código Penal).

Así las personas o enfermos a quienes se le aplique reclusión, podrán ser entregadas a quienes corresponda hacerse cargo de ellos siempre que se otorge fianza, depósito o hipoteca hasta por la cantidad de diez mil pesos, a juicio del juez, para garantizar el daño que pudieran causar por no haberse tomado las precauciones necesarias para su vigilancia.

Cuando el juez estime que ni aún con la garantía queda asegurado el interés de la sociedad, seguirán en la escuela especial en que estuvieron reclusos (artículo 69).

En este caso particular al hablar de una falta de educación sexual dirigida al retardo el cuál presenta no solo conductas sexuales inadecuadas sino también una serie de problemas legales que ocasiona la falta de educación sexual.

Así la declaración de los derechos generales y específicos de los retardados adoptada por la Liga Internacional de la sociedad para el retardado el 24 de octubre de 1968 traduce "la declaración universal de los derechos humanos" de las naciones unidas en siete artículos específicamente hacia los derechos de las personas retardadas.

Artículo I: La persona retrasada tiene básicamente los mismos derechos que los demás ciudadanos pertenecientes a su mismo país y a su misma edad.

Artículo II: El individuo retardado tiene derecho al adecuado tratamiento médico y rehabilitación física, así como a la educación, preparación, habilitación y orientación que le permiten desarrollar sus facultades y potencial al máximo, - prescindiendo de la severidad de sus mermas.

No se podrá privar a ninguna persona retardada, de esta clase de servicios en razón de los costos que suponen.

Artículo III: La persona retardada tiene derecho a disfrutar de una seguridad económica y de un nivel decente de vida. Tiene derecho a desempeñar un trabajo productivo u otra ocupación satisfactoria.

Artículo IV: La persona retardada tiene derecho a vivir con su familia o con sus padres adoptivos; a participar en todos los aspectos de la vida, de la comunidad y a disfrutar de actividades adecuadas en los ratos de ocio.

Cuando fuera necesario someterla a los ciudadanos de una institución será siempre en las inmediatas de su hogar y dentro de unas circunstancias lo más próximas posible a la vida normal.

Artículo V: La persona retardada tiene derecho a tener un tutor calificado cuando se haga preciso para proteger su bienestar e interés personal. No podrá elegirse como tutor --

suyo aquella persona que además preste servicios directos a la persona retardada.

Artículo VI. La persona retardada tiene derecho a ser protegida de la explotación, abuso y tratamiento degradante. En caso de ser objeto de acusación, tiene derecho a un juicio legal con pleno reconocimiento de su grado de responsabilidad.

Artículo VII. Ciertas personas aquejadas de retardo, pueden ser incapaces, debido a la gravedad de la merma que padezcan de ejercer plenamente sus derechos como corresponde. Puede ser adecuado para otras, modificar algunos de tales derechos o todos ellos. El procedimiento utilizado para la modificación o denegación de estos derechos debe abarcar las correspondientes salvaguardas legales contra cualquier forma de abuso, debe basarse en una evaluación de la capacidad del retardado por parte de expertos calificados y ha de someterse a revisiones periódicas y al derecho de la apelación a autoridades más altas.

La persona mentalmente retardada, tiene por encima de todos los derechos, además el derecho a ser respetada.

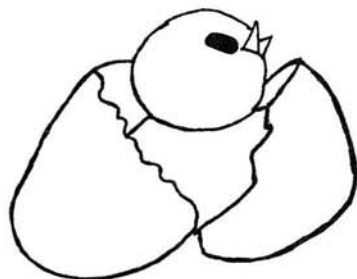
Anexo # 2. Manual de Educación Sexual.

1. COMO COMIENZA LA VIDA

Durante miles de años, las personas se han preguntado -- acerca de la vida, es decir, como comienza la vida, como nace un animal o bién como nace una persona.

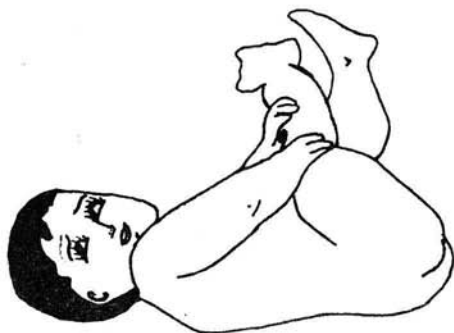
Tiempo después se observó que la vida viene de la vida, - esto quiere decir, que tanto los animales como las personas - no nacen de la materia o de las cosas como el agua, la tierra o el lodo.

Para que algo pueda nacer, debe existir siempre una planta un animal, una semilla o un huevo para que se desarrolle - una nueva vida.

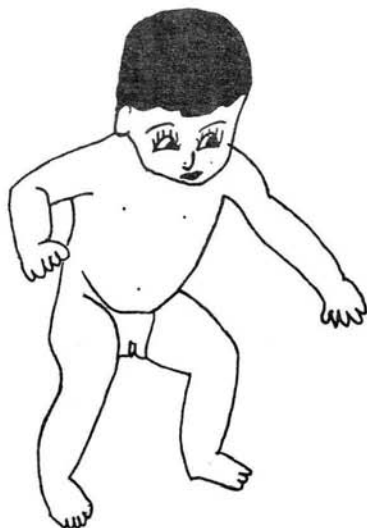


2. COMO NACEMOS

Cuando un bebé crece, éste es un ser indefenso, se mueve respira, llora etc. Sin Embargo, el bebé depende de su mamá para que ésta lo alimente, le de calor, lo limpie, lo quiera.



A medida que el bebé crece, aprende muchas cosas nuevas, aprende que él es una persona y su mamá es otra, tiempo después el bebé comienza a caminar y después a hablar, puede entender a la gente y pedir lo que quiere.



El niño abraza a su papá y mamá y le gusta que jueguen - con él. El niño sigue creciendo y aprendiendo, empieza a conocer gente que no es de su familia y de ésta manera el niño -- empieza a tener amigos y asiste a la escuela.

Aquí los niños se dan cuenta que son diferentes a las niñas, en cuanto a su persona, forma de vestir y de jugar.



El niño sigue creciendo y aprende a leer y escribir.

Cuando los niños y las niñas llegan a los 10 y 16 años - ellos descubren cambios en sus cuerpos y observan que los niños se están convirtiendo en hombres y las niñas en mujeres.

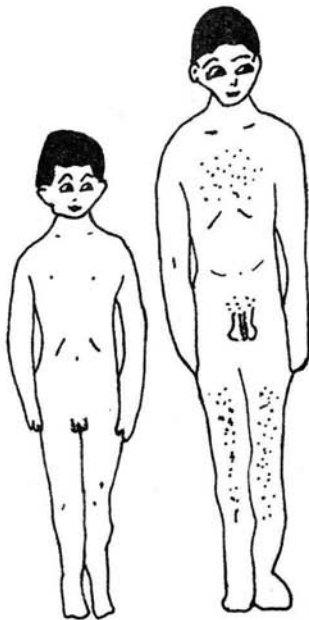
3. COMO CAMBIAMOS

Cuando los niños y las niñas tienen de diez a dieciseis años, sus cuerpos van cambiando de dos formas:

- Cambios Físicos: son aquellos que se presentan en nuestro cuerpo de forma exterior.
- Cambios fisiológicos: son aquellos que se presentan en nuestro cuerpo en forma interior y las cuales se consideran como funciones orgánicas.

Los cambios físicos que un niño presenta son:

- a) Cambio de voz pareciéndose a la del hombre.
- b) Su crecimiento es más rápido.
- c) Aparición de vello en su cuerpo (axilas, brazos, pecho, cara y pubis).



Por otro lado, los cambios fisiológicos que un niño experimenta son: en el niño sus genitales empiezan a crecer, sus testículos empiezan a fabricar espermatozoides, así también - tienen una especie de tubo llamado pene.

Tanto los testículos como el pene constituyen una parte de los órganos sexuales.

Cuando el niño se va desarrollando, se observa que por su pene, sale a veces otro líquido que viene de los testículos y que nunca se mezcla con la orina. Este líquido está formado por minúsculas células que se llaman espermatozoides y que solo se pueden ver en un aparato llamado microscopio. Los espermatozoides tienen la forma de un renacuajo, ya que estos tienen una gran cabeza y una larga cola.

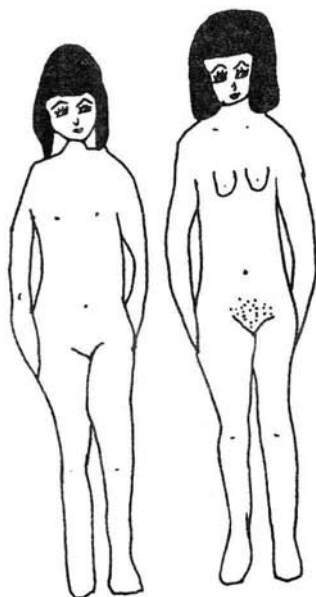
Los espermatozoides son necesarios para dar vida a los bebés por lo que la función que el niño cumple, durante este cambio fisiológico es de reproducción.



← ESPERMATOZOIDE

Los cambios físicos que una niña experimenta son:

- Desarrollo de sus senos.
- Cambio de voz parecida a la de la mujer.
- Aparición de vello en las axilas, brazos, piernas y pubis.



Ahora bien, los cambios fisiológicos que presentan las -
niñas también se dan en los órganos sexuales, la niña comien-
za a menstruar. Durante éste periodo de menstruación, la niña
debe de prepararse adecuadamente, esto es comprando toallas -

sanitarias y llevar una higiene adecuada durante este período.

En el caso de las niñas, estas empiezan a producir huevos maduros que se llaman óvulos los cuales pueden ser fecundados por el hombre y así crear una nueva vida, esto se debe a que toda muchacha nace con estos órganos que son reproductores y solo funcionan cuando la niña tiene de once a catorce años.

4. COMO SE REPRODUCEN LOS HUMANOS

Tanto los humanos como los seres vivos sienten el deseo de formar parejas. En el caso de los hombres y de las mujeres que desean formar una pareja, se debe a que ellos se quieren y les gustaría tener hijos y un hogar.

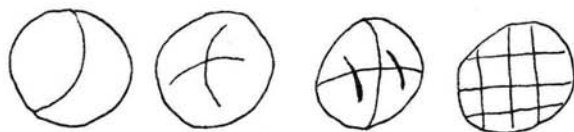
Como ya sabemos, para que pueda nacer una niño, los espermatozoides del hombre deben fecundar los óvulos de la mujer, si no se fecunda el óvulo no nacerá el bebé.



Este acto de unión es conocido por diferentes nombres como acto sexual, relación sexual, cohabitación etc.

Cuando un esposo y una esposa desean tener relaciones sexuales, se acuestan juntos uno frente del otro y se coloca el hombre generalmente encima de la mujer. Esto es normal, natural y correcto que los hombres y las mujeres se amen, se casen tengan un hogar y niños. Si después del acto sexual un espermatozoide se une a una célula-huevo, el huevo fertilizado entra en el útero y se pega al revestimiento. Esta diminuta célula es el comienzo de un futuro bebé.

Primero se divide en dos células, luego cada una de éstas células vuelve a dividirse y todas las nuevas células siguen dividiendose



Durante los primeros meses no se parece en nada a un niño humano. Después de tres meses llamamos al bebé embrión y durante los meses restante se le llama feto. En este transcurso se forman los ojos, orejas, estómago, uñas, pelo etc, del-

bebé.

5. EMBARAZO

Mientras la madre lleva al feto en el útero, se dice que está embarazada. A medida que crece el feto, también crece el útero que se estira para proporcionarle espacio suficiente.

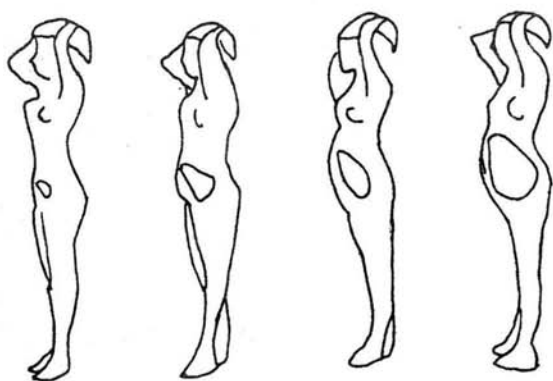
Hay diferentes formas en que la madre puede saber cuando esta embarazada. En la mayoría de las mujeres se detiene la menstruación cuando el huevo es fertilizado. Los senos se hacen sensibles y crecen porque están preparándose para producir leche tan pronto como nazca el bebé. La mujer puede sentirse mal del estómago o mareada.

Mientras el feto esta en el útero de la madre, este se encuentra sumamente protegido, esta dentro de una bolsa de fluido que impide que se sacuda y se golpee. Alrededor de la bolsa crece una cubierta que brinda protección contra daños exteriores. Adentro la temperatura es cálida.

En la pared interior del útero a la cuál se unió la célula-huevo, se forma un órgano redondo y plano que consta de vasos sanguíneos de la madre y del bebé, este órgano se llama placenta, la placenta esta unida al ombligo del niño por un cordón conocido como cordón umbilical. Este cordón contiene solo vasos sanguíneos del bebé. Estas dos partes, la placenta y el cordón umbilical son importantes porque es a través de ellas que le llega el oxígeno y el alimento. Una mamá-

embarazada mantiene con vida a dos seres; a ella misma y al -
bebé.

Conforme va creciendo el feto, también la forma de la ma-
má va cambiando.



Durante todo este tiempo, el bebé no se está quieto. Poco después de oírse los latidos del corazón, el bebé da otros signos de vida, estirando los pies y moviéndose un poco. La madre puede sentir estos movimientos en su interior, pero los puntapiés de un niño que solo mide 23 centímetros no pueden hacerle mucho daño.

6. PARTO

Cuando han pasado los nueve meses y el bebé está listo para salir del útero, los músculos del útero comienzan a con-

traerse, es decir a apretarse. Al principio se contraen cada-30 minutos, provocando en la madre ligeros dolores semejantes a calambres en la parte inferior del abdomen y la espalda.

Gradualmente las contracciones se van haciendo más segui-
das y el dolor se vuelve más y más fuerte. Los músculos del -
útero están trabajando para obligar al bebé a salir del cuer-
po de la madre.

Este proceso se llama parto y los dolores que siente la-
mamá se denominan dolores de parto. Los dolores que se presen-
tan junto al parto son necesarios si se desea tener un hijo.

Cuando el bebé está a punto de nacer, este gira de mane-
ra tal que su cabeza está hacia abajo del útero. Cuando los -
músculos del útero se contraen el niño rompe la bolsa del lí-
quido donde estaba y el cuello del útero se dilata abriéndose
más y más.

De esta manera, la cabeza del bebé pronto pasa a la vagi-
na la que también se dilata para dar paso al niño hasta que -
sale entre las piernas de la madre.





Después de que ha nacido el bebé, el útero sigue contrayéndose para expulsar la placenta y la bolsa en que estaba el bebé. Al nacer el niño empieza a respirar y alimentarse. El cordón umbilical ya no es necesario, y por esto, tan pronto nace el niño, el médico corta y liga el cordón.

Finalmente, el abdomen de la madre recupera su tamaño normal después del nacimiento del bebé y más o menos se ve casi igual que antes de haberse embarazado.

7. ALIMENTACION DEL BEBE

El bebé recién nacido es indefenso y por lo tanto es incapaz de buscar alimento por sí solo. Así la madre le proporciona alimento por medio de sus senos, los cuales son capaces de producir leche para el bebé.

Los bebés comen muchas más veces que nosotros, durante los primeros meses son alimentados cada tres o cuatro horas.

R E S U L T A D O S

Las mamás y sus hijos los cuales presentaron retardo en el desarrollo y participaron en el entrenamiento eran siete, describiéndose a continuación las características de cada uno de ellos.

El sujeto # 1 era un adolescente de 18 años con retardo superficial, el cual asistió a la C.U.S.I. en donde se implementaron programas académicos como lectura y aritmética, así como programas de actividades artísticas como dibujar, realizar grabados, impresiones etc. Este adolescente perteneció a la clase social media y vivía con sus hermanos solamente.

Su papá falleció al inicio del programa y su mamá se encontraba viviendo en otro Estado. El repertorio conductual -- del sujeto comprendió atención, autocuidado, su lenguaje era entendible y su memoria no era muy buena, se valía a sí mismo para llegar a la clínica.

La conducta social del sujeto era satisfactoria, ya que interactuaba fácilmente con otras personas, como sus compañeros, maestros, vecinos etc. Por otro lado la conducta sexual del sujeto, se manifestó por la interacción inadecuada en algunas ocasiones con el sexo opuesto, esto es, antes de iniciar el programa, uno de sus maestros encargado del programa de -- lectura y aritmética, reportó que el sujeto golpeo en los glúteos a su maestra, llamandolé la atención e informando de su-

comportamiento con sus hermanos. Al iniciar el programa no se manifestó esta conducta.

En lo que se refiere al ambiente familiar, encontramos que su hermana era la encargada de la educación del adolescente, sin embargo no se sentía lo suficientemente capaz y no disponía de mucho tiempo para informar a su hermano sobre aspectos de educación sexual y de educación en general. Debido a que ésta se encontraba enferma y frecuentemente asistía al médico o pasaba temporadas con su mamá fuera de México. La hermana reportó tener problemas con su hermano, ya que no la obedecía, para que este realizará la tarea, pasando gran parte del tiempo viendo televisión. Por otro lado los hermanos del sujeto trabajaban todo el día y no disponían de mucho tiempo para convivir con él.

La hermana al igual que los hermanos manifestaron el interés por la educación sexual de su hermano, ya que estos, anteriormente habían tenido quejas de éste.

El sujeto # 2 era otro adolescente de 17 años, con retardo superficial el cuál sabía leer y escribir, así como multiplicar y sumar. Se trasladaba independientemente a la C.U.S. I. El adolescente perteneció a la clase social baja, su mamá participó en el entrenamiento. El adolescente mostraba conductas de aislamiento, intigiéndolo físicamente y verbalmente a -

que participara con sus compañeros, asimismo sus movimientos eran muy rígidos.

La mamá del sujeto estuvo de acuerdo en participar en el programa de educación sexual; su escolaridad era mínima llegando solo a segundo de primaria, su esposo no sabía leer ni escribir por lo que la mamá fue la encargada de la educación de su hijo. La madre reportó que su hijo no tenía amigos en la colonia donde vivían y solamente convivía con ella y su madrina. En lo que se refiere a la conducta sexual del sujeto, no presentaba problemas de esta índole. El sujeto no era capaz de establecer una plática con sus compañeros y compañeras por si mismo.

El sujeto # 3 era una adolescente de 11 años con retardo superficial, su lenguaje era muy poco entendible así como su atención. Los programas bajo los cuales se encontraba trabajando la adolescente eran de lectura y aritmética y algunas actividades manuales. La mamá de la adolescente la acompañaba a la C.U.S.I. ya que ésta no sabía aún trasladarse independientemente y debido a las convulsiones que presentaba se le controlaba con fármacos. La clase social a la cuál perteneció fue baja. La mamá se mostró interesada en el programa de educación sexual a su hija, ya que consideraba a este de suma importancia tratándose de los problemas a que está expuesta su hija, ya que era muy sociable con sus compañeros, maestros, -

vecinos y amigas que tenía en su colonia. La mamá reportó que en algunas ocasiones observó que su hija se levantaba el vestido delante de sus amigos y amigas, preocupándole a la mamá su conducta y explicándole como debía comportarse con sus amigos. Posteriormente la mamá expresó que su hija ya no manifestaba esta conducta.

La mamá solo cursó el primer año de primaria, inicialmente su esposo no estuvo de acuerdo con que se le hablara de -- educación sexual ya que su hija era muy pequeña para hablarle de esos temas, finalmente se habló con el señor explicándole la importancia de este programa convenciéndolo y aceptando la implementación del entrenamiento.

El sujeto # 4, una adolescente de 16 años, con retardo superficial, su lenguaje era poco entendible, se implementaron programas de lectura y aritmética así como actividades -- manuales, al igual que el sujeto # 3, presentaba convulsiones y era controlada con fármacos. La adolescente era acompañada por la mamá, la cual sentía temor de dejarla sola.

La clase social a la cual pertenecían es media, la mamá de la adolescente era la encargada de llevar a cabo el entrenamiento, su escolaridad era de secundaria y la responsable de la educación de sus hijos, debido a que su esposo se encontraba frecuentemente fuera de México.

La mamá no dejaba que su hija saliera a la calle y en --

consecuencia no tenía amigos, pasando la mayor parte del tiempo en su casa, la mamá reportó en algunas ocasiones que su hija se mostraba agresiva, arrojándole objetos así como realizando conductas de berrinche negándose a realizar su tarea y alguna obligación dentro del hogar. La conducta social de la adolescente era satisfactoria hacia sus compañeros y maestros a lo largo del estudio y su conducta sexual no presentaba problemas de esta naturaleza, a excepción que alguna vez coqueteaba con los muchachos.

El adolescente # 5 era un adolescente de 20 años con retardo superficial, su repertorio verbal era reducido y poco entendible, se trasladaba independientemente a la C.U.S.I. - este sujeto también era controlado con fármacos ya que también presentaba convulsiones, se implementaron programas en lectura y aritmética, sin embargo, su avance era muy lento. La clase social a la cual pertenecía era media, siendo la mamá la responsable del programa de educación sexual. La conducta social del adolescente era aceptable para sus compañeros, maestros y vecinos. Asimismo la mamá reportó que a pesar de la edad de su hijo no había presentado conductas sexuales inadecuadas hacia él y las demás personas. La mamá era la única persona que se hizo cargo de la educación de su hijo ya que no tenía papá y sus hermanos eran casados y no vivían con ellos. La escolaridad de la mamá era de secundaria, no obstan

te la señora se preocupaba por la educación de su hijo y se preparaba para brindarle una mejor ayuda en su educación académica y social.

El sujeto # 6 tenía una edad de 10 años con retardo superficial, su lenguaje era limitado, estuvo bajo programas de -- lectura y aritmética, su adelanto en estos programas era lento y frecuentemente faltaba a la C.U.S.I. Inicialmente la mamá comento que su hijo estaba aún chico para hablarle de educación sexual, aceptando finalmente participar en el programa no obstante solo participó en la fase de Línea Base inicial -- ya que posteriormente no se presentó. La conducta social del adolescente era aceptable para amigos, compañeros y maestros.

Con lo que se refiere a la conducta sexual, la mamá no tenía problemas con su hijo en este sentido, y por lo que se refirió a la conducta social y sexual.

La escolaridad de la mamá era de secundaria y la clase social a la cuál pertenecían era media, la señora se encargó de la educación de su hijo y la acompañaba a la C.U.S.I.

El sujeto # 7 tenía una edad de 10 años, presentó retardo superficial, su lenguaje era reducido y se trabajó bajo -- programas de lectura y aritmética, obteniéndose resultados -- poco satisfactorios. La mamá de la adolescente estuvo de acuerdo en la implementación del programa de educación sexual.

Este sujeto mostró tener una conducta sexual y social -- adecuada ante sus compañeros y maestros.

La clase social a la cual pertenecieron era media y la mamá se encargó de la educación de sus hijos ya que el papá se separó de ellos.

Estos dos últimos sujetos solo intervinieron en la condición de pre-evaluación, por lo que solo se analizaron sus resultados durante esta condición.

Los datos obtenidos en el estudio se analizaron individualmente para cada mamá e hijo a lo largo del estudio.

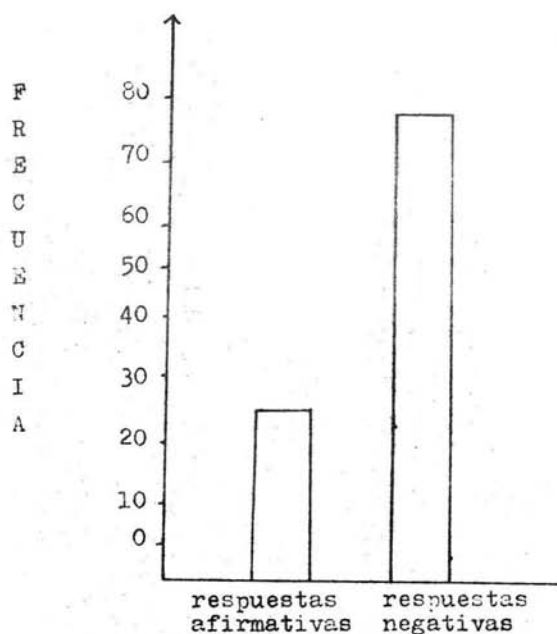
Resultados obtenidos en pre-evaluación:

a) Las respuestas correspondientes de la aplicación del cuestionario y cuya finalidad era detectar la cantidad de información sexual, social y legal de siete mamás, se presenta en la tabla # 1, dando un 24% para las respuestas afirmativas y 76% de respuestas negativas (gráfica # 1), es decir, se observa que las mamás reportan que carecen de todo tipo de información sexual, legal y social, así como de la educación sexual y su importancia en retardados. Otro dato obtenido, era que éstas nunca habían intentado hablar con sus hijos sobre aspectos sexuales, considerando que les era necesaria una información de este tipo y su importancia en la educación de sus hijos.

Dos mamás solamente reportaron su interés en esterilizar a sus hijas.

No. de Pregun.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.
1	no	no	no	no	no	no	no
2	no	no	no	no	no	no	no
3	si	si	si	si	si	si	si
4	no	no	no	no	no	no	no
5	no	no	no	no	no	no	no
6	no	no	no	no	no	no	no
7	no	no	no	no	no	no	no
8	si	si	si	si	si	si	si
9	no	no	no	no	no	no	no
10	no	no	no	no	no	no	no
11	no	no	no	no	no	no	no
12	si	si	si	si	si	si	si
13	no	no	no	no	no	no	no
14	no	no	no	no	no	no	no
15	no	no	no	no	no	no	no
16	si	si	si	si	si	si	si
17	no	no	no	no	no	no	no
18	si	si	no	no	no	no	no

Tabla # 1 muestra las respuestas de siete mamás, a las cuales se les aplicó el cuestionario de educación sexual, en la condición de Pre-evaluación.



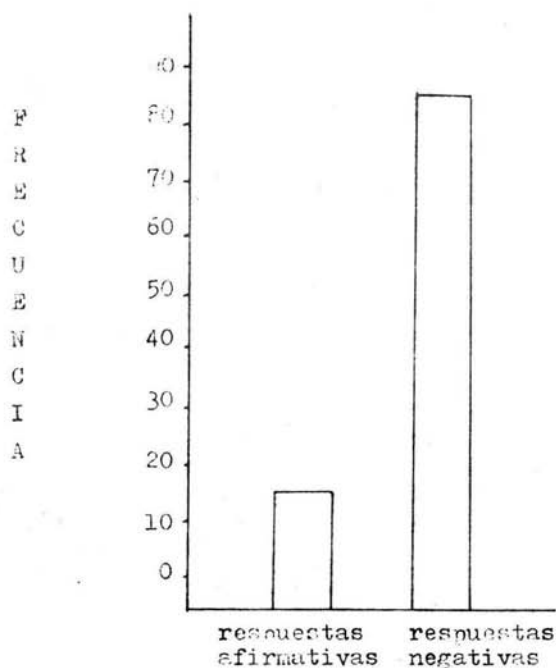
Gráfica # 1 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas - del cuestionario de educación sexual aplicado a las mamás, durante la con di ci ón de Pre-evaluación.

b) En cuanto a los resultados obtenidos del cuestionario de - educación sexual aplicado a los adolescentes, se presentan en la tabla # 2, con el 15% de respuestas afirmativas y 85% de - respuestas negativas (gráfica # 2). Estos resultados muestra-- ron que los adolescentes carecían de conocimientos básicos so bre educación sexual, esto es, en cuanto a sus cambios fisi -

cos y fisiológicos, nacimiento, embarazo, y demostrando interés en participar en el programa de educación sexual. Algunos retardados respondieron el querer casarse y formar una familia.

No. de Pregunta.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.
1	no	no	no	no	no	no	no
2	no	no	no	no	no	no	no
3	no	no	no	no	no	no	no
4	no	no	no	no	no	no	no
5	no	no	no	no	no	no	no
6	no	no	no	no	no	no	no
7	no	no	no	no	no	no	no
8	no	no	no	no	no	no	no
9	no	si	si	si	si	si	si
10	no	no	no	no	no	no	no
11	si	si	si	si	si	si	si
12	si	si	si	si	si	si	si

Tabla # 2 muestra las respuestas de siete retardados, a los cuales se les aplicó el cuestionario de educación sexual, en la condición de pre evaluación.



Gráfica # 2 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas - del cuestionario de educación sexual aplicado a los adolescentes retardados, durante la aplicación de pre-evaluación.

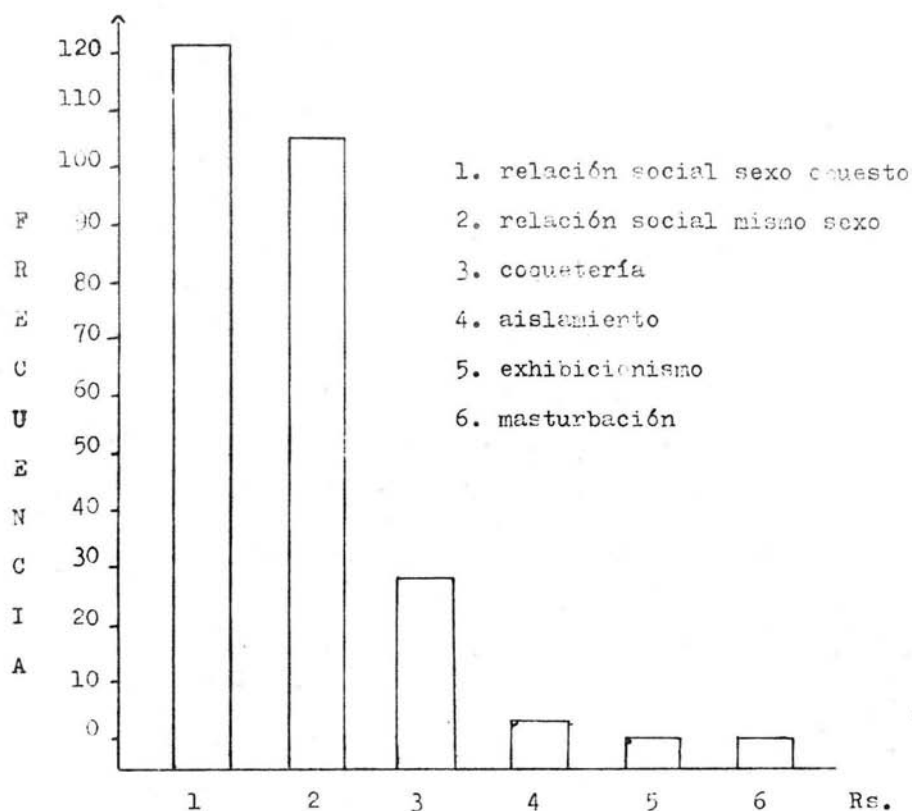
c) Los resultados correspondientes al registro Directo, aplicado en una situación restringida (salón de clases) son presentados en la gráfica # 3. Dicha gráfica muestra el promedio de ocurrencia de las conductas registradas de los sujetos, a lo largo de diez sesiones de pre-evaluación. Las conductas registradas y previamente definidas fueron:

- relación social sexo opuesto.
- relación social mismo sexo.
- Coquetaría.
- Aislamiento
- Masturbación.

Como se puede observar en esta gráfica, las conductas que se presentaron con más frecuencia eran la relación social sexo opuesto y relación social mismo sexo alcanzando una ocurrencia de 121 y 105 respuestas respectivamente para los cinco sujetos. En lo que se refirió a coquetear, la frecuencia alcanzada era de 28 respuestas y las cuales solo presentadas por tres sujetos. La conducta de aislamiento obtuvo un promedio de tres respuestas emitidas solamente por un sujeto, y las -- respuestas de exhibicionismo y masturbación se mantuvieron en un nivel de cero respuestas.

En términos generales, se observa que los sujetos mantienen una tasa de respuestas alta en cuanto a la interacción social con sus compañeros y compañeras de clase.

Cabe señalar, que al registrar las conductas de los sujetos, estos se encontraban bajo programas académicos como eran la adquisición de la lectura y aritmética, así como programas artísticos como dibujar, grabar etc. establecidos previamente al presente estudio, puesto que nuestro trabajo se adicionó a un grupo ya formado con actividades programadas. (Gráfica #3)



Gráfica # 3 muestra el promedio de ocurrencia de las conductas registradas en los sujetos a lo largo de las sesiones de registro en una situación restringida, durante la condición de pre-evaluación.

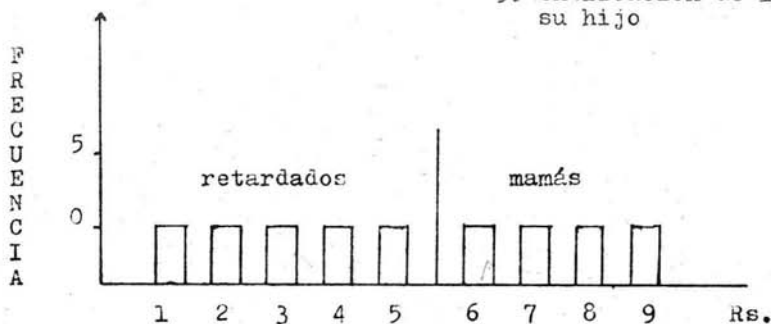
d) Con lo que respecta a los resultados obtenidos durante el registro directo en una situación libre, se presentan en la -

gráfica # 4 donde se registro la conducta de los retardados y también la de las mamás, dichas conductas eran; para los retardados, masturbación, exhibicionismo, agresión a sus compañeros, aislamiento y manejo inadecuado de la amistad; y para las mamás, regalos de la madre a su hijo, indiferencia de la mamá y explicación de la mamá a su hijo, estas conductas fueron definidas anteriormente.

En esta gráfica podemos observar que tanto la conducta - del retardado como la de las mamás no fueron emitidas durante los diez días de registro. Esto pudo deberse a que los sujetos al desarrollar una actividad deportiva, como el jugar basket-ball o realizar ejercicios de condición física, pudo deberse a dos supuestos:

- Al desarrollar este tipo de actividades sería incompatible - a la emisión de respuestas sexuales inadecuadas, o bien,
- El que los sujetos no presentan estas conductas y en consecuencia la falta de respuestas por parte de las mamás.

1. masturbación
2. exhibicionismo
3. agresión a sus compañeros
4. aislamiento
5. manejo inadecuado de la amistad
6. regalos de la mamá
7. Indiferencia de la mamá
8. contacto físico por parte de la mamá
9. explicación de la mamá a su hijo



Gráfica # 4 muestra el promedio de ocurrencia de las conductas registradas, tanto de los retardados como de las mamás, a lo largo de las sesiones de registro en una situación libre durante la condición de pre-evaluación.

Resultados obtenidos durante el entrenamiento:

Las fases que comprendió el entrenamiento eran:

- a) Seminarios a madres
- b) Proposición de temas de interés
- c) Explicación del manual de educación sexual por parte del terapeuta
- d) Juego de roles entre las madres para la explicación del ma

nal de educación sexual.

e) entrenamiento directo de madre a hijo en la explicación del manual de educación sexual.

a) Seminarios a madres.

En esta fase se expusieron una serie de pláticas (seminarios) los cuales comprendieron temas como la importancia de la educación sexual en retardados, problemas sexuales, sociales y legales generados por la falta de información durante cinco días. En esta fase se registraron las siguientes conductas:

- elaboración de preguntas
- no elaboración de preguntas
- atención al tema
- no atención al tema
- elaborar preguntas diferentes al tema.

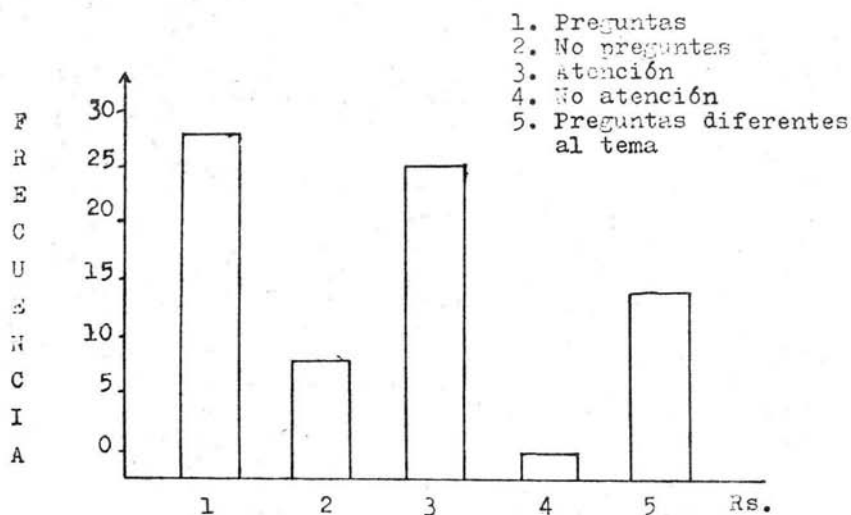
Dichas conductas fueron definidas anteriormente, mostrándose los resultados globales de las cinco mamás participantes en la gráfica # 5. La cual nos indica que la elaboración de preguntas ascendió a veintiocho respuestas de solo cuatro mamás, ya que solamente una de ellas no elaboro preguntas durante la serie de seminarios. La conducta de atención durante esta fase era de veinticinco respuestas para las cinco mamás y la conducta de elaborar preguntas diferentes al tema se pre



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

79

sento en catorce ocasiones solo en tres mamás, las cuales se desligaron del tema.



Gráfica # 5 muestra el total de respuestas emitidas de cinco mamás durante la serie de seminarios de educación sexual en la condición de entrenamiento.

IZT. 1000586

b) La segunda fase del entrenamiento era la proposición por parte de las mamás en temas de su interés en cuanto a la educación sexual y donde solamente se solicitó la exposición de temas sobre el control natal, por parte de dos mamás que tenían hijas, y a las cuales les preocupaba aún más, por el hecho de ser mujeres y tener más riesgos que los hombres.

Posteriormente se preparó el tema y planteo a las mamás las diferentes alternativas sobre control natal así como sus ventajas y desventajas en retardados.

c) En lo que corresponde a la tercera fase del entrenamiento, y en la cuál la terapeuta explico durante dos sesiones el manual de educación sexual a las mamás, utilizando las técnicas de modelamiento, una vez terminada esta fase se pidió a las mamás que leyeran y estudiaran el manual, ya que en la siguiente fase expondrían este. En esta fase no se aplicó registros.

¿Preguntar si le entendieron?

d) Durante la fase de juego de roles, las mamás explicaron entre ellas el manual de educación sexual, registrandose categorías como: lenguaje no claro, errores en la información y paciencia de la mamá, definidas anteriormente.

Los resultados de esta fase se presentan individualmente por sesión para cada mamá en las gráficas # seis, siete, nueve y diez, donde observamos que las mamás utilizaron un lenguaje no claro (si consideramos que se trata de sujetos con retardo), así como la presentación de errores de la mamá en la información del manual, siendo el rango de cinco y cuatro errores en la primera sesión de esta fase, solo una mamá, presentó una frecuencia de dos respuestas incorrectas al inicio de la fase (gráfica # 8). Sucesivamente se observo un decremento en las respuestas inadecuadas, conforme fueron transc-

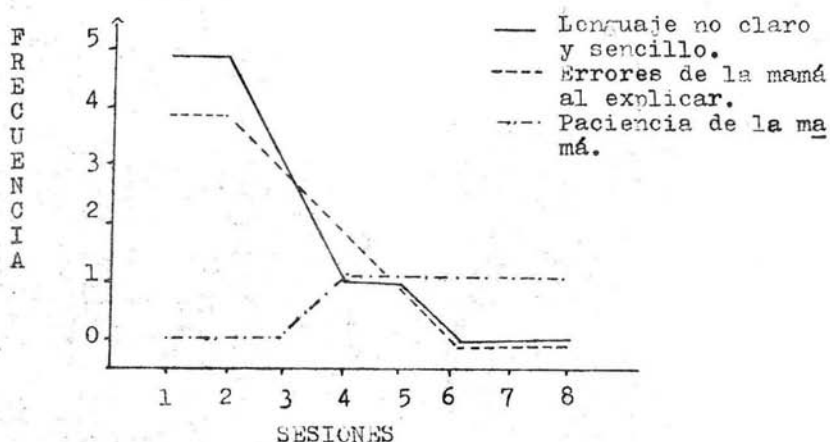
riendo las sesiones de la fase de juego de roles.

Otro dato obtenido era que al inicio de la fase, solo una mamá mostró tener paciencia al explicar el manual de educación sexual durante todos los días (gráfica # 8). Las otras mamás, los primeros días no mostraron paciencia, presentándose posteriormente al tercer o cuarto día del entrenamiento de juego de roles.

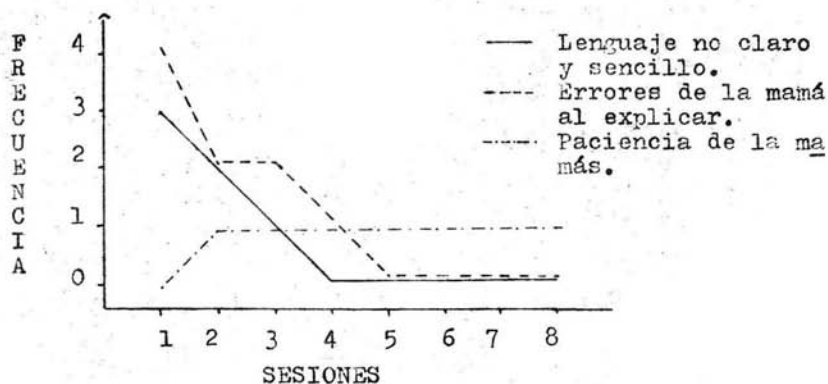
Un hecho importante durante esta fase era que las mamás, no se presentaron diariamente, ya que reportaron tener otros compromisos, es decir, su asistencia era irregular, a excepción de dos mamás, sin embargo todas fueron entrenadas durante ocho días, hasta que decrecentó la frecuencia de respuestas incorrectas durante tres días consecutivos donde se mantuvieron las conductas en cero.

Finalmente, la gráfica # 11 muestra la ocurrencia global de las respuestas de las cinco mamás en la fase de juego de roles, donde la frecuencia alcanzada durante ocho días fue de un total de cuarenta y nueve respuestas de uso de lenguaje no claro, sesenta y cuatro respuestas para errores en la información de veintiocho respuestas en cuanto a la paciencia de la mamá.

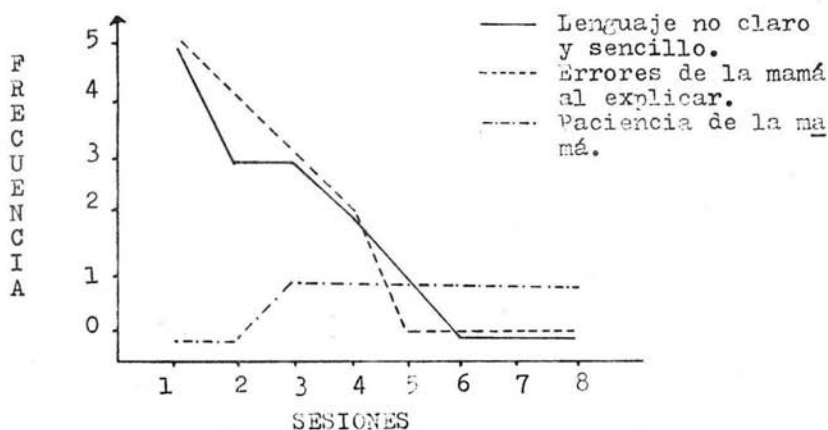
o Cómo se dio en la sesión. A mamá era
 o Q'pa un lenguaje claro e no ab...



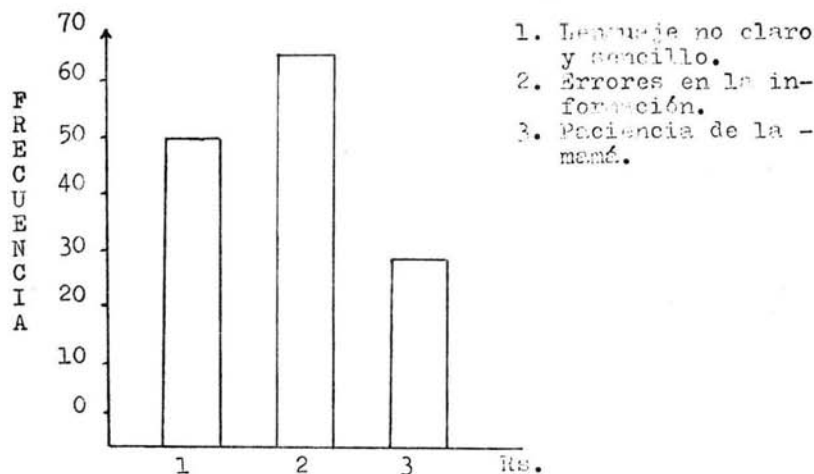
Gráfica # 6 muestra la frecuencia de respuestas diariamente, durante la fase de juego de roles de una mamá.



Gráfica # 7 muestra la frecuencia de respuestas individualmente, durante la fase de juego de roles.



Gráfica # 10 muestra la frecuencia por sesión de una mamá, durante la fase de juego de roles.

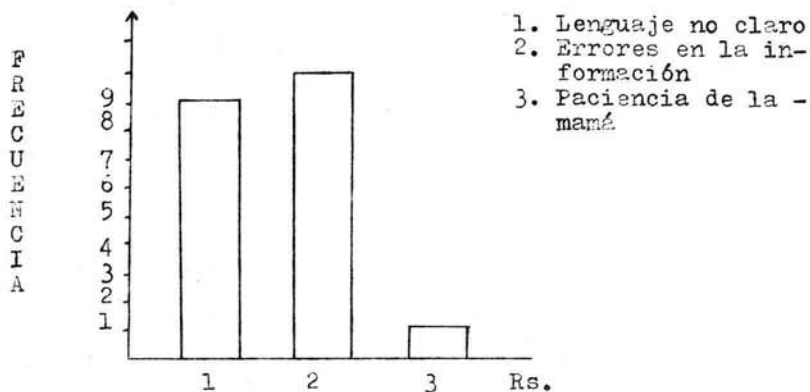


Gráfica # 11 muestra la ocurrencia global de las respuestas de las cinco mamá, durante la fase de juego de roles.

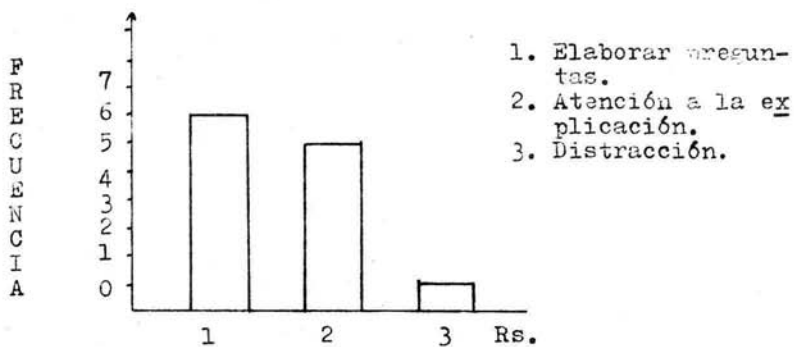
e) Finalmente, los resultados obtenidos del entrenamiento directo madre-hijo (una sesión) son mostrados en la gráfica # 12, la cual indica la ocurrencia global de las respuestas de cinco mamás. Las respuestas registradas eran las mismas que para la condición de juego de roles.

No obstante, a pesar de haber decrementado completamente las respuestas incorrectas de las mamás en la fase anterior, estas respuestas se presentan en el entrenamiento directo madre-hijo, observando una ocurrencia de ocho y nueve respuestas para las conductas de uso de lenguaje no claro y errores en la información, respectivamente. Este nivel de respuestas era menor en comparación a la fase de juego de roles.

Por otro lado, las respuestas registradas para los retardados, durante esta fase eran: realizar preguntas, atención durante la explicación del manual de educación sexual y la -- distracción del sujeto durante el entrenamiento, son presenta dos en la gráfica # 13. Donde se observa que la frecuencia al canzada en la elaboración de preguntas era de seis respuestas los cinco sujetos prestaron atención a lo largo de la explica ción y no se presentó conductas de distracción durante el entrenamiento.



Gráfica # 12 muestra el total de respuestas emitidas de cinco mamás, durante el entrenamiento directo mamá-hijo. (una sesión)



Gráfica # 13 muestra el total de respuestas emitidas por los cinco retardados, durante el entrenamiento madre-hijo. (una sesión)

Resultados obtenidos en post-evaluación.

En esta condición se aplicaron los mismos cuestionarios y registros que en la condición de pre-evaluación.

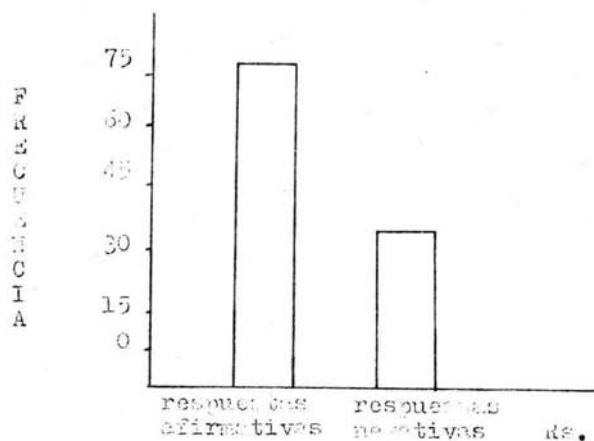
a) Las respuestas correspondientes de la aplicación del cuestionario a mamás, se presenta en la Tabla # 3, dando un 76% de respuestas afirmativas y un 24% de respuestas negativas - (gráfica # 14), es decir hubo un incremento de las respuestas afirmativas y un decremento en las negativas, en comparación a los resultados obtenidos en la condición de pre-evaluación.

Las mamás reportaron tener conocimientos generales sobre la importancia de la educación sexual de sus hijos y la serie de problemas que se generan a consecuencia de la falta de información sexual a sus hijos.

No. de Pregun.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.
1	si	si	si	si	si
2	si	si	si	si	si
3	si	si	si	si	si
4	si	si	si	si	si
5	si	si	si	si	si
6	si	si	si	si	si
7	si	si	si	si	si
8	si	si	si	si	si
9	si	si	si	si	si
10	si	si	si	si	si

No. de Pregunta.	Ms.	Ra.	Rs.	Ra.	Rs.
11	si	si	si	si	si
12	si	si	si	si	si
13	si	si	si	si	si
14	si	si	si	si	si
15	si	si	si	si	si
16	si	si	si	si	si
17	no	si	no	no	no
18	no	no	si	no	si

Tabla # 3 muestra las respuestas de cinco mamás, a las cuales se les aplicó el cuestionario de educación sexual, en la condición de post-evaluación.

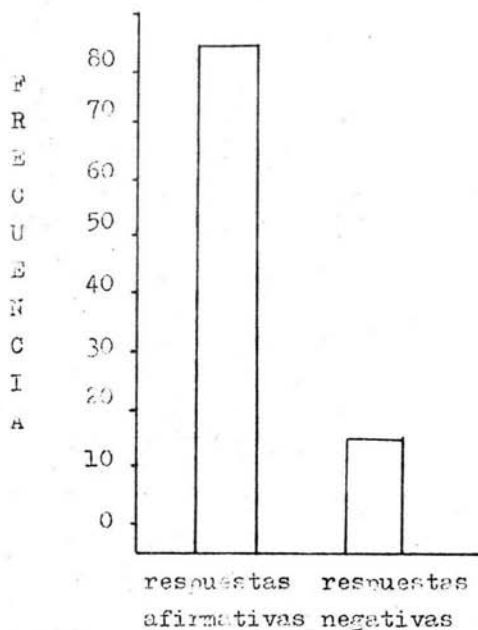


Gráfica # 14 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas de las mamás.

b) En cuanto a los resultados obtenidos del cuestionario de educación sexual aplicado a los retardados, se presentan en la tabla # 4, con el 85% de respuestas afirmativas y el 15% de respuestas negativas (gráfica # 15). Estos resultados mostraron un incremento en las respuestas afirmativas y un decremento en las negativas, en comparación con la condición de pre-evaluación. Sin embargo, este incremento en las respuestas afirmativas no significa que los retardados hayan asimilado los conceptos básicos de sexualidad, ya que el manual se aplicó en una sola sesión.

No. de Pregunta.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.	Rs.
1	si	no	si	si	no
2	si	no	si	si	si
3	no	no	si	no	no
4	si	si	si	si	si
5	si	si	si	si	si
6	si	si	si	si	si
7	si	si	si	si	si
8	no	no	si	no	no
9	si	si	si	si	si
10	si	no	si	si	si
11	si	si	si	si	si
12	si	no	si	si	no

Tabla # 4 muestra las respuestas de los retardados, que emitieron en el cuestionario de educación sexual, en la condición de post-evaluación.

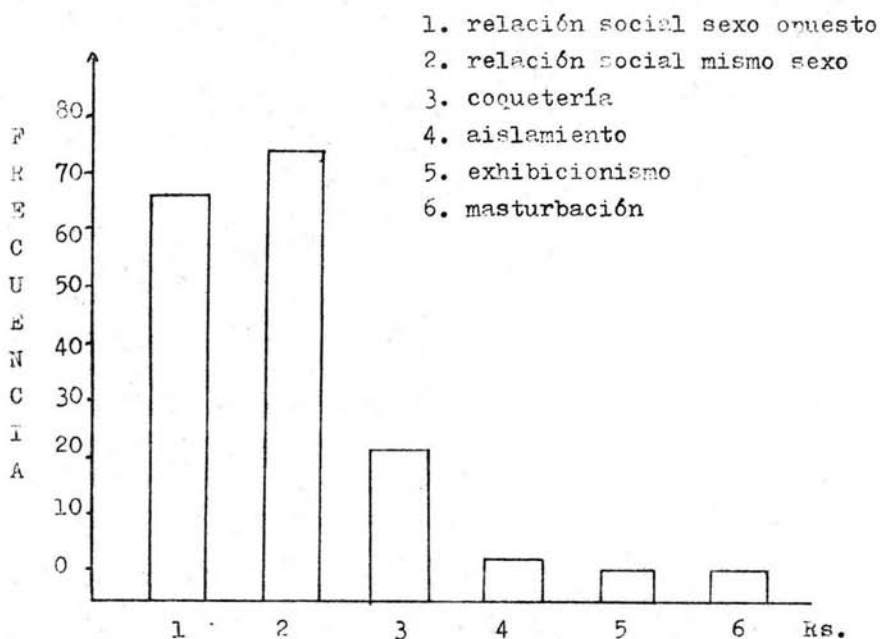


Gráfica # 15 muestra el porcentaje de respuestas afirmativas y negativas del cuestionario de educación sexual, aplicado a los retardados, durante la condición de post-evaluación.

c) Los resultados del registro directo de los retardados en una situación restringida (salón de clases) se presentan en la gráfica # 16, observándose el promedio de ocurrencia de los cinco sujetos, el cual obtuvo un decremento para todas las respuestas registradas en comparación con la condición de pre-evaluación. Este decremento es poco significativo, cu-

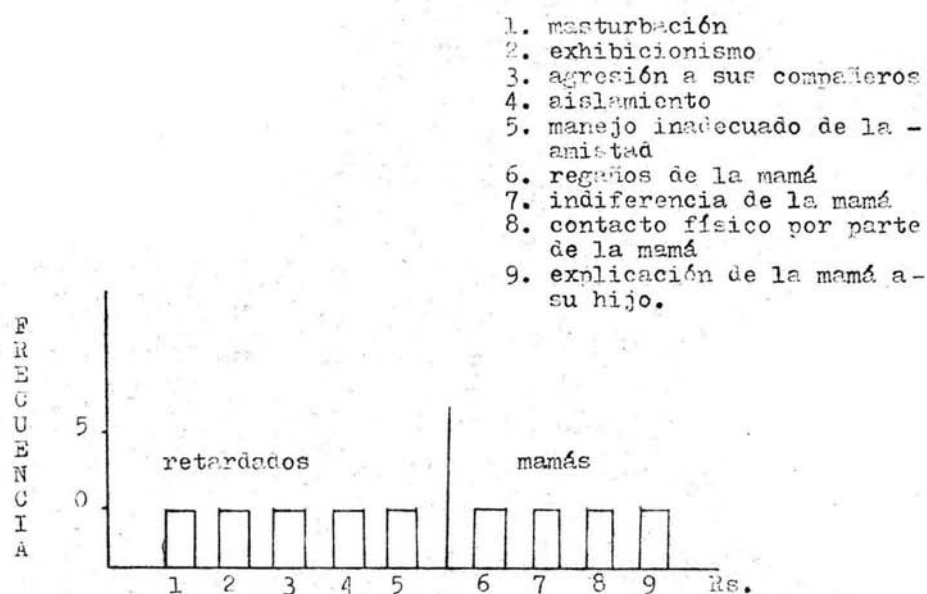
durante los diez días de duración del registro.

Asimismo, en esta situación no se presentaron conductas sexuales inadecuadas, y la conducta de aislamiento la cual era presentada solo por un sujeto, tuvo un decremento de respuestas en la última condición.



Gráfica # 16 muestra el promedio de ocurrencia de las respuestas registradas en los sujetos a lo largo de las sesiones de registro en una situación restringida durante la condición de post-evaluación.

d) Con lo que se refiere a los resultados del registro directo en una situación libre, se muestran en la gráfica # 17, - donde la conducta de los retardados y la de las mamás obtuvieron un nivel de cero, al igual que en la condición de pre-evaluación.



Gráfica # 17 muestra el promedio de ocurrencia de las conductas registradas, tanto de los sujetos como de las mamás, a lo largo de las sesiones de registro en una situación libre, durante la condición de post-evaluación.

El método estadístico empleado en este estudio, se refirió a la comparación de la misma muestra medida dos veces, -- dando como resultado lo siguiente:

- para las mamás la razón t obtenida era de 4.374 y una razón t de tablas de 2.228 con un nivel de confianza de .05, lo que demostró una diferencia significativa entre las dos condiciones de pre y post evaluación, aceptando la hipótesis (de investigación) la cual indica que la aplicación de seminarios, manual de educación sexual y juego de roles, provee a las madres de bases principales para actuar en estos terrenos con sus -- hijos.

- con lo que respecta a los adolescentes, el análisis estadístico reveló que la razón t obtenida fue de 2.190 y la razón t de tablas de 2.228 con un nivel de confianza de .05, indicando que no hubo diferencia significativa en las condiciones de pre y post evaluación, aceptándose la hipótesis nula, la cual indicó que el entrenamiento de las mamás a sus hijos no fue -- significativo para ellos, esto probablemente debido a que solo se aplicó el entrenamiento en una sola sesión y si hubiera sido aplicado por más tiempo y por temas, los sujetos podrían haber asimilado más el tema de educación sexual.

Finalmente se aplicó una condición de seguimiento, donde se volvieron a aplicar los cuestionarios a las mamás y a sus hijos, así como se preguntó a las mamás si sus hijos habían --

mostrado cambios en cuanto a su conducta sexual y social. Obteniendo los siguientes resultados:

- En cuanto a la aplicación del cuestionario a las mamás, estas respondieron de manera similar a la fase de post-evaluación, es decir, sus respuestas afirmativas y negativas fueron las mismas, o sea, de 76% y 14% respectivamente. Manteniéndose estas respuestas después de dos meses que se consideró para aplicar la fase de seguimiento

- Los resultados de la aplicación del cuestionario a los retardados, varió en comparación con la fase de post-evaluación es decir, las respuestas afirmativas decrecieron y volvieron a incrementar las negativas, 57% y 43% respectivamente.

Por lo que la explicación del manual de educación sexual no era suficiente en una sola sesión, para que los sujetos - asimilaran funciones principales sobre desarrollo físico y fisiológico de los humanos, recomendando se amplien más las sesiones y se realicen pruebas para detectar si hubo una "asimilación de conocimientos".

- El preguntar a las mamás sobre si hubo cambios, en la conducta social y sexual de sus hijos estas reportaron que sus hijos no presentaron cambios en su conducta, siendo esta similar a la que mostraban antes del estudio. Asimismo, las mamás comentaron que una vez terminado el estudio, ya no siguieron entrenando e informando a sus hijos sobre educación sexual, -

siendo que el terapeuta recomendo que se considerara toda --
oportunidad para hablar de estos temas con sus hijos, por el
hecho de que se trata de adolescentes que presentan retardo -
en el desarrollo, y que estos no asimilan los conceptos tan -
facilmente como los adolescentes "normales", ni viven las mis
mas condiciones de interacción social.

D I S C U S I O N

Aplicar un programa de educación sexual a madres y retardados ofreció una serie de hallazgos interesantes, así como problemas a lo largo de éste, los cuales son analizados a continuación.

En primer lugar tenemos que debido a la facilidad en cuanto a la cuantificación de los datos del cuestionario aplicado a madres y retardados, se optó por la elaboración de preguntas de tipo cerrado ya que éstas facilitaron el análisis estadístico, sin embargo una desventaja de este tipo de preguntas, consistió en la pérdida de información desde un punto de vista cualitativo, ya que los cuestionarios no arrojaron datos precisos en lo referente a si las mamás y los retardados obtuvieron un manejo adecuado y correcto de la información sobre los aspectos básicos de sexualidad expuestos a través del estudio, así como sus implicaciones sociales y legales.

A pesar de lo anterior, los datos del análisis estadístico, sí muestran uno de los principales objetivos que se planteó al inicio del estudio, el cual fue observar si se presentaban cambios en la actitud de las mamás hacia los retardados, tal actitud se reflejó:

a) Al considerar a sus hijos retardados como personas sexualmente normales y la necesidad de ayudarlos a entender y expre

sar sus impulsos sexuales.

b) Al expresar la importancia de la educación sexual de sus hijos, como un aspecto más del programa total en la rehabilitación de personas que presentan retardo en el desarrollo.

c) Al considerar la necesidad del entrenamiento de educación sexual para la prevención de problemas sexuales, sociales y legales que pueden darse por falta de este tipo de información.

Tal cambio de actitud de las mamás hacia sus hijos pudo deberse a la serie de seminarios dados por el terapeuta, ya que participaron de manera activa en la formulación de preguntas relacionadas con los temas contemplados en los seminarios.

Cabe mencionar algunas observaciones interesantes en cuanto a la participación de las mamás, ya que algunas, al elaborar preguntas implicaban una serie de valores morales y religiosos así como también tabús, mitos y prejuicios, los cuales se observaron de manera más marcada al considerar la clase social a la cual pertenecían las mamás siendo ésta una clase social media baja, donde se presentan con más frecuencia dichos aspectos. Sin embargo, algunos comentarios de las mamás daban a conocer tanto la falta de conocimientos sexuales, como la mala interpretación de otro tipo de conductas sexuales: tal fue el caso de una mamá la cual reportó que en una ocasión antes de iniciar el estudio, descubrió a su hija la cual se -

encontraba masturbándose en su recámara y la actitud que la madre tuvo para con su hija era el decirle, que si seguía haciendo "eso" se le iba a caer el cabello y le dolería la cabeza.

Se explicó a la mamá que la conducta de masturbación no debe considerarse como "mala" o perjudicial para la salud y que debería tomar otra actitud más positiva. Este tipo de conducta no se presentó durante el estudio preguntándole a la mamá si su hija seguía realizando esta conducta, la cual no se volvió a presentar, según reporte de ella misma.

Un segundo ejemplo, era el de otra mamá la cual no dejaba salir a su hija a la calle, sobreprotegiéndola y manteniéndola en su casa, siempre acompañada por algún familiar, el resultado de esto era que la adolescente no tenía amigas a excepción de una adolescente que asistió a la C.U.S.I., también se le explicó a la mamá de la importancia de que su hija tuviera amistades de ambos sexos, además esto a la información de tipo sexual para prevenir o corregir problemas de otra índole.

Finalmente, otro dato interesante, era el observar el interés de las mamás hacia el tema de educación sexual durante los seminarios ya que éstas, asistieron puntual y diariamente aunque su participación no estuvo siempre relacionada con los temas, ya que algunas mamás elaboraron preguntas diferentes al tema y una sola mamá no elaboró preguntas.

A pesar de tal cambio de actitud de las mamás y al obser

ver los resultados del entrenamiento directo madre-hijo en lo que se refiere a la aplicación del manual de educación sexual después de mantener un nivel de cero errores durante tres sesiones consecutivas en la fase de juego de roles, se observó que las mamás fallaron en el momento de entrenar a sus hijos, emitiendo algunas respuestas inadecuadas. Por ello sugerimos que en lo futuro, sean los terapeutas, los responsables directos de la explicación del manual de educación sexual a los sujetos, para evitar el mal manejo de la información y que tal explicación tenga efectos contrarios a los deseados.

Lo anterior no quiere decir, que los padres no participen y que su función no sea importante, sino que el entrenamiento a padres deberá de hacerse en la modificación de patrones de conducta sexual inadecuada más que en aspectos explicativos. Es decir, se entrenaría a los padres para que estos actúen de manera positiva ante conductas sexuales inadecuadas de sus hijos considerando que los retardados no discriminan el lugar donde deben comportarse de tal o cual forma, brindando una orientación a la actitud que deberían tomar sus hijos.

Así pues la tarea del terapeuta se basaría en la explicación del manual de educación sexual directa a los retardados, durante varias sesiones programadas, así como la evaluación directa del manejo correcto de la información sexual, mediante cuestionarios los cuales midan tanto datos cuantitativos -

como cualitativos del entrenamiento, al realizar preguntas abiertas o bien cuestionarios de opción múltiple, los cuales ayudarán a mejorar la calidad del programa, atacando áreas con fusas o difíciles de asimilar por los retardados.

Siendo posible que se cumpla de ésta manera otro de los objetivos planteados inicialmente, ya que la explicación de la mamá al hijo sobre el manual de educación sexual no produjo los cambios deseados.

Es necesario hacer notar que tanto la explicación del manual de educación sexual por los terapeutas, así como el entrenamiento a padres en las instituciones puede ser poco esperada y aprobada en lo que se refiere a su intervención, y para fundamentar ello, narraré algo de mi experiencia en una institución pública.

Acudí al departamento de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública (S.E.P.) solicitando la aprobación para la implementación de éste estudio, ya que en una escuela visitada previamente se detectó una gran población de sujetos retardados superficiales y los cuales se adaptaban a las características de los sujetos requeridos para el estudio. En una primera entrevista se planteó en términos generales en que consistió el estudio, sus objetivos y su intervención, sin embargo, la persona encargada del departamento de Educación Especial solicitó todo el programa así como la serie de cuestionarios de educación sexual para que fuera leído y se me ci

tó para el día siguiente, dándome un oficio expedido por dicha dependencia, en el cuál se informaba la no aceptación del programa debido a que el manejo teórico no era adecuado. A pesar de esta negativa se solicitó hablar con la persona encargada para que informará más a fondo su rechazo y conocer cual fue exactamente el problema, no obteniendo respuesta alguna, ya que esta persona reporto estar ocupada, asimismo se pidió la devolución del programa de educación sexual el cual no fue devuelto, porque éste había sido archivado y no se podía sacar, según informó la secretaria. Al final del estudio se anexa el oficio antes citado.

(Esta experiencia, comprueba lo expuesto por Gordon (1973) que menciona que algunos directores o maestros toman una posición "conservadora" como argumento para eludir situaciones conflictivas y criticadas. Concientizar a estas personas en lo que se refiere a la necesidad de implementar programas de educación sexual dentro de las instituciones es un objetivo esencial de la educación especial, aunque ciertamente muy difícil.)

Dado todos los problemas antes expuestos, se tuvo que acudir a la C.U.S.I para implementar el programa, presentándose un problema serio: la población de sujetos y sus padres era muy reducida, al tomar en cuenta las características re-

queridas en los sujetos.

Las experiencias vividas por la terapeuta durante la aplicación de este estudio lleva a hacer las siguientes recomendaciones para futuros programas:

a) Al elaborar un programa de entrenamiento a padres, éste deberá incluir pautas sociales y sexuales aceptadas por la comunidad, el objetivo de este programa girará en torno a la actitud que los padres tomarán frente a la presentación de conductas sexuales inadecuadas en sus hijos.

b) El manual de educación sexual tendrá que ser aplicado por los terapeutas durante varias sesiones programadas, para evitar la mala información del manual y mantener el uso del lenguaje adecuado considerando que se trate de adolescentes con retardo en el desarrollo. Otra cuestión importante es que la persona encargada de la explicación del manual, tenga la convicción de la necesidad de dejar que el sujeto formule sus preguntas y se instruya, en lugar de limitarse a imponer sus ideas, creencias y posibles prejuicios al retardado y madres en lo relacionado con materias sexuales.

c) El material que se emplee en el manual de educación sexual tendrá que ajustarse a las características de los sujetos para favorecer y facilitar la asimilación de la información, en otras palabras, tendrá que considerarse las limitaciones de los sujetos, ya que al tratarse de personas con impedimentos

físicos como en el caso de los paralíticos cerebrales, ciegos, sordos, etc, variará el material empleado, ajustándose a cada tipo de problema. Para brindar una visión más amplia de esta recomendación, se ilustrará con un ejemplo el caso de personas inválidas. Debido a este impedimento físico, el utilizar el manual aquí empleado es recomendable solo en su aspecto teórico ya que la serie de dibujos complementarios no serán percibidos por el sujeto inválido, sufriendo estos estímulos visuales, por estímulos táctiles, es decir, emplear figuras para que sean fácilmente manipuladas por el sujeto, y de esta manera el sujeto percibirá táctilmente los cambios físicos de los humanos así como el proceso de embarazo etc.

Es importante considerar en este tipo de programas, no solo la conducta sexual del sujeto, sino también la conductas activa, ya que ésta es inherente a la conducta sexual.

c) Una alternativa posible y que merece ser tomada en cuenta, es el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario, ya que su importancia radica en abordar un panorama más amplio en torno a las diferentes clases de problemas que se deslignan de la falta de información sexual a retardados, tales problemas son de índole legal, social y médico. Reconociendo la intervención de otras disciplinas para el mejoramiento del programa. Tales consideraciones deberán incluir aspectos como:

- Información Médica, la cual proporcionará hechos básicos -

relativos a las funciones del hombre y de la mujer en la reproducción y sexualidad humana. Los métodos de control natal entre ellos los anticonceptivos, la esterilización y el consejo de carácter genético.

- Cuestiones especiales en cuanto a aspectos legales de la conducta sexual, leyes concernientes al control de natalidad, esterilización y aborto.

- No menos importante, será la función de la Psicología en este terreno, considerando técnicas que brinden un adecuado manejo y entrenamiento tanto a padres como a retardados, y a su vez entrenar a aquellas personas que están en contacto directo a lo largo de la rutina y las actividades diarias.

De este estudio se concluye lo siguiente:

2 - Es necesario elaborar y aplicar programas de educación sexual tanto en escuelas e instituciones de Educación Especial así como concientizar y entrenar a personas de la importancia que implica el trabajar en estos temas. Este trabajo es el primer intento por abordar esta problemática, considerándolo como una parte más de la rehabilitación integral de personas con retardo en el desarrollo.

Aunque poco favorables hayan sido los resultados encontrados en este estudio, proporcionan una forma de intervención en el entrenamiento y evaluación, los cuales pueden mejorar-

se y obtenerse resultados más satisfactorios.

- Debemos considerar a las personas con retardo en el desarrollo como individuos sexuados, para posibilitar su integración como personas, así como su interacción social.

- Hay que enfatizar las capacidades específicas de cada individuo para la implementación de conocimientos sobre sexualidad.

- Los retardados tienen derecho a la información y entrenamiento en todas las áreas - inclusive la sexual-. Las personas con retardo no asimilan fácilmente debido a sus limitaciones, teniendo dificultad para discriminar lo correcto de lo incorrecto.

Sus oportunidades para experimentar y aprender las habilidades sociales son limitadas. Por otra parte las oportunidades de explotación sexual pueden ser mayor en comparación con personas no retardadas.

- Los padres son los primeros educadores sexuales de sus hijos, no obstante los padres lleguen a necesitar ayuda de profesionistas para despejar sus temores, falta de información y forma de abordar el problema.



SECRETARIA
DE
EDUCACION PUBLICA

DEPENDENCIA DEPTO. DE EDUCACION ESPECIAL
GUSTAVO GAZ No. 100 3er. PISO
NAUCALPAN DE JUAREZ, EDO. MEX.
SECCION
MESA
NUMERO DEL OFICIO 238.16.1.04.06.0269/83
EXPEDIENTE

ASUNTO:

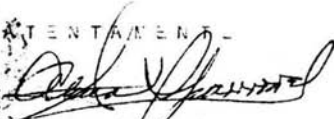
Naucalpan de Juárez, a 14 de abril de 1983

C.C. VERONICA CORTES G.

P R E S E N T E

Por este conducto informamos a ustedes, que después de haber leído y analizado nuestro Equipo de Psicología el contenido de las conferencias a padres, enviadas por ustedes a este Departamento, no nos es posible aceptarlos, debido a que consideramos que no es adecuado el manejo teórico sobre sexualidad, como se expone, ya que se sale de los lineamientos teóricos que tenemos en Educación Especial. Muchos de los puntos aquí tratados se prestan a confusión, sobre todo para las personas que han asistido a nuestras conferencias anteriores.

ATENTAMENTE


PROFRA. ALICIA SPARROWE FLORES
SUBDIRE DEL DEPTO. DE EDUCACION
ESPECIAL EN EL EDO. DE MEXICO

c.c.p. Profra. Yolanda Suavara Benitez.- Assesor de Tesis.

ASF/bmh

B I B L I O G R A F I A

- Andry C. Andrew y Schepp Steven. De donde vienen los niños. 1968. Time-Life international (Nederland) N.V.
- Bender M y Velletutti. Sex education. En teaching the moderately and severaly and handicapped. Vol. 11. 1976.
Bender M y Velletutti P. University Park Press.
- Bijou Sidney W. y Dunitz Johnson Eric. Interbehavior analysis of developmental retardation. En the psychological record, 1981, 31, 305-329.
- Blacklidge, V. What is a successful sexual adjusment for the mentally retarded ?. En mental halh services for the mentally retarded. 1972
- Carbonari Sant'Anna Rodolfo. El papel de los maestros y paraprofesionales en el salón de clases. Cap. 10, 187-195. En modificación de conducta; Problemas y extensiones. Sidney W. Bijou, Emilio Ribes Iniesta. Ed. Trillas, 1978
- Carelli A. C. D. W. Linda. Educación sexual: un componente de la educación especial. En: 1^{er} Congreso Nacional sobre - deficiencia mental. Editado por, S.E.P. Dirección General -