

216  
201



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ARAGON**

**PROPUESTA: "ALTERNATIVA EDUCATIVA DE LA  
SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES CON  
PARALISIS CEREBRAL SEVERA A NIVEL MOTOR"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**LICENCIADO EN PEDAGOGIA**  
P R E S E N T A N  
**HERNANDEZ TISCAREÑO SILVIA**  
**OLIVAR MINJARES CLAUDIA**



ASESOR: LIC. JOSE LUIS CARRASCO NUÑEZ

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

SAN JUAN DE ARAGON, EDO. DE MEX.

JUNIO 1994



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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 está 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 NUESTROS PADRES  
GRACIAS**

Porque nos dieron lo más hermoso que es LA VIDA, por enseñarnos a tener confianza y darnos la libertad de ser quienes somos, por motivarnos a poner siempre nuestro mejor esfuerzo en todo lo que hacemos y resolver nuestros propios problemas.

Gracias por estar cuando los hemos necesitado en tiempos difíciles y gratos.  
A ustedes por ser quienes son en nuestras vidas.

**NUESTRO AMOR Y RESPETO**

**A NUESTROS HERMANOS**

Por su apoyo moral y cariño que siempre nos han brindado

**A NUESTRO ASESOR Y MAESTROS**

Por las enseñanzas, conocimientos y el apoyo que nos ofrecieron en nuestra formación educativa.

**NUESTRO AGRADECIMIENTO Y ADMIRACION**

**ADOLFO GAONA CASTRO.**

*A ti porque contribuiste en gran medida con tu apoyo y tu cariño para llevar a cabo este trabajo.*

**GRACIAS**

## I N D I C E

Introducción.....	1
<b>CAPITULO I</b>	
El adolescente con parálisis cerebral.....	5
1.1 Qué es parálisis cerebral.....	14
1.2 Causas.....	16
1.3 Niveles, Clasificación y Subdivisiones.....	20
1.4 Características Físicas, Psicológicas y Sociales...	24
<b>CAPITULO II</b>	
La sexualidad del adolescente con parálisis cerebral.....	32
2.1 Qué es la sexualidad.....	34
2.2 Pubertad.....	39
2.3 Adolescencia.....	48
2.4 Comportamientos sexuales.....	52
<b>CAPITULO III</b>	
Educación de la sexualidad del adolescente con parálisis cerebral.....	57
3.1 Familia.....	57
3.2 Escuela.....	66
3.3 Religión.....	74
3.4 Sociedad.....	80

## **CAPITULO IV**

<b>Propuesta alternativa educativa de la sexualidad para adolescentes con p.c. severa a nivel motor .....</b>	<b>86</b>
<b>4.1 Programa de educación de la sexualidad para adolescentes con parálisis severa a nivel motor .....</b>	<b>91</b>
<b>4.2 Programa de educación de la sexualidad para docentes y padres de familia de adolescentes con p. c. severa a nivel motor .....</b>	<b>105</b>
<b>Conclusiones .....</b>	<b>119</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>123</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>128</b>

## INTRODUCCION

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

El hombre como parte de una familia y ésta de una sociedad, que establece "lo bueno y lo malo", "lo normal y lo anormal" y da un tipo y estilo de vida de acuerdo a su contexto histórico social, determinando valores, costumbres, ideas, cultura, etc., aparta y limita a aquella persona que salga del prototipo de hombre que ha establecido, aislando a todos los que presentan alguna discapacidad.

En particular, cuando alguna familia llega a tener un hijo con parálisis cerebral, en primera instancia los padres presentan una frustración y no aceptación del problema. Por otro lado familiares y amigos muestran un rechazo y se apartan de la familia, no dando el apoyo y aceptación a este nuevo ser, que puede mostrar a la vida lo que verdaderamente es.

Siendo la vida de esta persona limitada en aspectos físicos, psicológicos y sociales, su sexualidad es reprimida desde el momento que nace, y al llegar a la adolescencia se encuentran con problemas de su desarrollo biológico, por esta razón algunos son considerados asexuales, no teniendo el suficiente apoyo de personas que lo rodean, por esto mismo no se les da una orientación e información de la sexualidad.

Careciendo los padres de una educación de la sexualidad, junto con sus valores, actitudes e ideas, no propician una comunicación con sus hijos respecto al tema.

Refiriéndonos al adolescente con parálisis cerebral



severa a nivel motor, al llegar a cualquier institución con estas deficiencias, su proceso de socialización puede ser inadecuado, mostrando insatisfacción y temor, dando lugar a conductas sexuales desajustadas, además por sus características no tienen un contacto físico con personas del otro género, impidiendo una relación de pareja.

En nuestra sociedad no hay mucha difusión de información sobre las personas discapacitadas, ni de su sexualidad, es por esto que se llega a distorsionar esta última llegando a pensar que no tienen necesidades sexuales.

Es cierto que en nuestra sociedad han habido cambios muy importantes en cuanto a la educación de la sexualidad, es decir, existe más interés y "libre expresión" del tema, pero siguen los tabúes sobre la misma.

Es por eso que algunos padres de familia, de acuerdo a su educación y valores morales consideran el tema como un tabú y rechazan la información sexual, dando como consecuencia ignorancia del tema y falta de información hacia sus hijos.

En el caso de los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, debido al constante rechazo social al que se someten en nuestra cultura por los mitos generados con respecto a la sexualidad, los padres se sienten incapaces de educar y manejar adecuadamente la sexualidad de sus hijos.

Por otro lado algunos docentes que trabajan con adolescentes con parálisis cerebral tienen una mínima información de la sexualidad en general, por lo que transmiten una información

vaga a los adolescentes. Aunándole a esto la institución APAC dentro de sus programas no contemplan temas amplios sobre sexualidad, se basan en lo anatómico únicamente, limitando al docente que quiera ampliar y profundizar en temas sobre sexualidad.

Consideramos que la propuesta educativa es de gran importancia ya que constituye un curso que pretende responder a las inquietudes y necesidades de los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, propiciando su integración a la sociedad y la aceptación de sí mismo como seres sexuales.

Para lograr el objetivo, nuestro trabajo está conformado de cuatro capítulos:

En el capítulo uno se expone el concepto de parálisis cerebral, así como las causas de esta lesión, involucrando también sus niveles, clasificaciones y subdivisiones, finalmente se habla de sus características físicas, psicológicas y sociales.

En el capítulo dos se dan conceptos sobre sexualidad y sexo haciendo la diferencia entre uno y otro, se proporciona también lo referente a la pubertad ya que es un proceso biológico, psicológico y social que nos interesa mencionar, llegando a la adolescencia y se finaliza con un marco general sobre los comportamientos sexuales relacionados con las personas con p. c. y su problemática.

El capítulo tres presenta los diferentes enfoques tanto de la familia, escuela, religión respecto a la educación de la sexualidad, revisando de que manera repercute en el adolescente, ya que en esta etapa todo llega a influir sobre él.

Finalmente en el capítulo cuatro se desarrolla la

propuesta de trabajo, un curso dirigido a los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, para que conozca más su sexualidad y coadyuvando a su formación integral como seres humanos pertenecientes a una sociedad.

**CAPITULO I**  
**EL ADOLESCENTE CON**  
**PARALISIS CEREBRAL**

## CAPITULO 1

## EL ADOLESCENTE CON PARALISIS CEREBRAL

El objetivo del presente capítulo consiste en establecer pautas fundamentales para reconocer lo referente a parálisis cerebral, así como niveles y clasificaciones. La indicación de proporcionar las características físicas, psicológicas y sociales servirán de herramienta para complementar el cuadro específico de la parálisis cerebral severa.

También se señalará lo referente a la motricidad, dado que se enfatizará en la parálisis cerebral severa a nivel motor, ya que este elemento es relevante en el ser humano. La diversidad de problemas que pueden intervenir o manifestarse en algún daño cerebral se puede detectar en el desarrollo estatomotriz del recién nacido hasta la edad adulta.

El transcurso de esta evolución está determinada por modelos genéticos de desarrollo y por la estimulación del medio ambiente. "El cerebro como órgano de integración y de coordinación responde con reacciones automáticas y complejas a los estímulos percibidos por los órganos sensoriales".<sup>1</sup>

La motricidad permite al ser humano confrontarse con el medio ambiente. "Las evoluciones motrices se interrelacionan directamente con los procesos psíquicos y cognitivos. Estos casi

---

<sup>1</sup> Cahuzac "El niño con trastornos motores de origen cerebral". Pág. 6.

siempre se exteriorizan en comportamientos motrices, como por ejemplo en la mímica o en la postura del cuerpo, y por lo tanto actúan como señales para el medio ambiente". (Ingle Flehmig)<sup>1</sup>

En la postura, en el movimiento y en el mantenimiento de la postura intervienen circuitos funcionales sensomotrices, en el sentido de circuitos reguladores biológicos.

Una vez producido el nacimiento, todos los sistemas biológicos intentan adaptarse a los hechos del medio ambiente.

Con lo mencionado, si se afectara la motricidad por un daño cerebral, por ejemplo; una parálisis cerebral, no evoluciona, pero entorpece la coordinación de la acción muscular normal, ocasionando la incapacidad de mantener posiciones normales y ejecutar actividades motoras normales.

Esta incapacidad motora a menudo se asocia con diversos trastornos, sensoriales o perceptivos, con epilepsia y con retraso mental.

La importancia de los trastornos perceptivos y sensoriales es grande, se produce un trastorno de la coordinación visomanual y un retardo de la integración con el medio ambiente.

La respuesta de los diferentes órganos específicos debe ser armónica y extremadamente bien integrada para provocar una respuesta coordinada: es la función del sistema nervioso central.

Entre las investigaciones que se realizaron sobre trastornos motores de origen cerebral destacan los de Little.

---

<sup>1</sup> Flehmig Ingle "Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones". Pág. 10.

El 20 de febrero de 1838 Little (1862), realizó la primera tenotomía descrita en la literatura. El mismo padecía las consecuencias de una poliomielitis que había paralizado su pierna izquierda. Su propia discapacidad lo motivó para estudiar medicina. Dedicó sus estudios al pie equinovaro. Pronto pudo establecer que sufría un trastorno de coordinación neuromuscular y, por lo tanto quiso aprender el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Se dedicó en forma intensiva a la diplejía espástica que desde entonces se llamó enfermedad de Little.

Sus primeras publicaciones sobre la rigidez espástica de las extremidades del recién nacido fueron aceptadas en 1844, y en 1861 en Lancet.

Little también descubrió por primera vez la distrofia muscular progresiva. El punto culminante fue su trabajo publicado en 1862 titulado: "Acerca de la influencia del parto anormal, de las dificultades en el trabajo del parto, del parto prematuro y de la asfixia neonatal sobre el estado físico y mental del niño y en particular en relación con las deformidades". (Valdez Puentes, 1988)"

"Little sostenía la posibilidad de diagnosticar los síntomas de los trastornos cerebrales de la motricidad en niños de 6 meses de edad hasta 2 años. Dado que no encontró ningún trabajo sobre este tema, recurrió a Shakespeare, que en Ricardo III dice:

VERSION CASTELLANA: RICARDO III 1er. ACTO, 1a. ESCENA:

"Yo privado de esta bella proporción  
desprovisto de todo encanto por la pérdida naturaleza;  
deforme, sin acabar, enviado antes de tiempo  
a este latente mundo; terminado a medias  
que los perros me ladran cuando ante ellos me paro".

1er. ACTO, 2a. ESCENA:

"Que si tuviste un hijo sea abortivo,  
monstruoso y dado a luz antes de tiempo,  
cuyo aspecto contractual de su madres  
y sea esa la herencia de su poder malhechor".

El médico inglés tenía la plena convicción de que esta descripción de Shakespeare caracterizaba a una persona que había sufrido asfixia en su nacimiento, evidentemente por procedencia de pie y parto prematuro".<sup>3</sup>

Entre 1927 y 1972 Peiper (1964) Gesel (1941) McGraw (1943) Illingworth (1966) Andre Thomas (1952) en colaboración con

---

<sup>3</sup> Cahuzac "El niño con trastornos motores de origen cerebral". Pág. 18.



Sainte Anne Dargassies (1972) y muchos otros realizaron investigaciones referidas al reconocimiento y al tratamiento de la paresia cerebral. Collis (1964) y especialmente Köng (1965), quienes a principios de la década de los 50' se ocuparon de la poliomielitis, comenzaron sistemáticamente a profundizar los conocimientos sobre "paresia cerebral" para posibilitar el reconocimiento temprano.

"Desde 1853, Little había aislado con una notable penetración el cuadro clínico que lleva su nombre e instaló en el papel etiológico del traumatismo obstétrico; pero recién a fines del siglo pasado se reconoció verdaderamente la importancia del trabajo de Little y pareció posible agrupar alrededor de él diferentes hechos clínicos relacionados y entre los cuales, sin perjuicio de cierto grado de debilidad mental asociada, las perturbaciones motoras representaban el hecho esencial del cuadro clínico". (Cahuzac)

Es alrededor de estas patologías motoras de las enfermedades cerebrales que giraban indefinidas investigaciones.

Las etiologías más frecuentes son de origen neonatal ya sea prematuridad o diversas peripecias de este drama que es la llegada al mundo. No puede dudarse de los progresos de la higiene y de las conductas obstétricas deben tener afortunados efectos preventivos, el nacimiento continuará siendo una prueba. Además otras circunstancias patológicas pueden lesionar el cerebro tanto in útero, como durante la vida: infecciones, parásitos, trastornos metabólicos, traumatismos, etc.

"Los trastornos cerebrales de la motricidad son la

consecuencia de una lesión o de un mal desarrollo del sistema nervioso central. Salvo que se trate de defectos genéticos familiares, estas lesiones se producen durante la etapa prenatal, perinatal y/o posnatal. Del 20 al 30% de todos los embarazos existen factores de riesgo para el feto". (Dudenhausen y Saling, 1967).

El nacimiento del 10 al 15% de todos los neonatos no se producen en "condiciones óptimas" (Shaöter, 1967). El peligro más grande tanto para el feto como para el recién nacido es el suministro insuficiente de oxígeno.

Una hipoxia, aún de corta duración, puede causar lesiones orgánicas permanentes. El encéfalo es el órgano particularmente afectado. Hasta 1967 se confeccionaron tablas de riesgo de acuerdo con una escala de puntajes no óptimos, suponiendo que de este modo se podría mejorar la información sobre las causas de la disfunción y seleccionar a los niños que requiriesen controles urgentes. Dado que así sería necesario examinar una cantidad de niños tan grande se sobrepasaría la capacidad de un solo examinador, Prechtl desarrolló una escala de puntajes óptimos, la cual fue modificada por Michaelis.

"Esta contiene 42 criterios (ítem) acerca de las condiciones óptimas que deben cumplirse tanto por parte de la madre durante el embarazo como por el niño antes y después del nacimiento".<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Fleming Inge. "Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones". Pág. 15 y 19.

Un grupo menor de niños nace ya con defectos evidentes. Se trata de niños que padecen una aberración cromosómica (por ejemplo, el síndrome de Down o de aquéllos con malformaciones que pueden afectar parte del sistema nervioso central. Los defectos enzimáticos son la causa de múltiples trastornos de la función cerebral.

"Estimando que la lesión cerebral tiene las mismas repercusiones sobre el músculo y en el débil profundo, el comité médico nacional de estudios y tratamientos para adaptarse a la definición internacional, ha adoptado la terminología de incapacidad motora de origen cerebral (IMOC)".<sup>5</sup>

Este nuevo término permite englobar todas las lesiones cerebrales que ocurren, antes de los seis años de edad, casi únicamente en el período perinatal, pero en las cuales el elemento esencial es el motor, sean cuales fueren las invalideces asociadas a dichas lesiones intelectuales, sensoriales, etc.

"Las causas más frecuentes del IMOC lesionan, al mismo tiempo, todo el conjunto del sistema encefálico. Asimismo siempre hay incapacidades asociadas, y en consecuencia, un examen clínico preciso permite poner en evidencia los signos de lesión de diversos sistemas, pero es la lesión la que imprime su carácter a la incapacidad y por ende, su denominación".<sup>6</sup>

Hay casos en los cuales no predomina ningún elemento, y

---

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Cahuzac "El niño con trastornos motores de origen cerebral". Pág. 22.

la expresión clínica, es el síndrome que se denomina mixto, a la vez espástico y atetósico, predominando la sintomatología espástica en los miembros inferiores y la atetósica en los miembros superiores.

La lesión de origen cerebral trae consigo trastornos asociados, afectando la sensomotricidad, es decir, este es un sistema de regulación de la exterocepción y de la propiocepción a través de la piel (táctil), del sistema tendinosomuscular, de las articulaciones y del aparato vestibular con sus comunicaciones por ejemplo, con los órganos de la visión y de la audición.

Sin embargo, la lesión cerebral evidentemente no se localiza sólo en las formaciones nerviosas de la motricidad. Sufrir todo el encéfalo, y la importancia de este sufrimiento es variable según las diversas formaciones motoras, así como también sensoriales e intelectuales.

De acuerdo a lo citado se puede concluir que la parálisis cerebral o trastorno neuromotor se describe como una lesión en el cerebro en desarrollo que puede afectar al feto en el útero o después del nacimiento.

Esta lesión da lugar a escasa coordinación muscular, debilidad, espasmos musculares que intervienen en el movimiento y trastornos del lenguaje. La persona en estas condiciones suele llamarse espástico, aunque el grado de incapacidad es muy variable.

La lesión que origina la parálisis cerebral, es una lesión que afecta al sistema nervioso central. Generalmente al nivel del cerebro provoca desde luego alteraciones del movimiento

y/o la postura.

Por lo tanto el adolescente con trastornos neuromotores no va a tener un desarrollo adecuado en todas sus esferas o ejes como un adolescente "normal".

## 1.1 QUE ES PARALISIS CEREBRAL

"Parálisis (latín: paralysis y éste del griego: paraly en disolver, desligar, relajar, aflojar).

Se puede definir como la disminución, deficiencia o pérdida parcial o total de la capacidad del movimiento acompañada generalmente de pérdida de la sensibilidad debido a trastornos motores nerviosos o musculares".<sup>1</sup>

La mayoría de las parálisis son lesiones en el sistema nervioso en cualquiera de los niveles: periférico (un nervio), central (el encéfalo y la médula espinal).

"La lesión de un nervio periférico provoca una pérdida total de la capacidad para mover un músculo o músculos y su consiguiente atrofia. La afectación del sistema nervioso central (SNC) produce debilidad o pérdida del uso de un grupo de músculos, como los de una pierna o un brazo, pero sin atrofia". (Doctor Bevan, 1980).

La parálisis puede afectar un miembro (un brazo, una pierna) o una zona corporal (por ejemplo la cara) o generales si afecta todo el cuerpo; su duración puede ser temporal o permanente; puede afectar a fetos, niños o adultos, se puede presentar a cualquier edad; afectando la musculatura visceral, afectando funciones motrices y vegetativas. Pueden ser progresivas empeorando.

---

<sup>1</sup>

Valdez Fuentes "Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento". Pág. 15.

"La parálisis cerebral es una lesión irreversible, no progresiva del sistema nervioso central en un cerebro inmaduro, originada durante las etapas prenatal, natal o posnatal (edad temprana) que trae como consecuencia trastornos motrices (movimientos, posturas), problemas de lenguaje y del habla (disartría, afasia, etc.) convulsiones, deterioro de las funciones intelectuales y problemas de aprendizaje, defectos sensoriales (auditivos y visuales), problemas emocionales, conductuales y de personalidad". (Valdez Fuentes, 1988)

Con todo lo mencionado concluimos que la parálisis se debe a un daño cerebral, lesionando al sistema nervioso central. La parálisis puede ser ocasionada in útero, a la hora del nacimiento o en cualquier momento de la vida del ser humano. La lesión involucra ciertos trastornos, que van a depender del grado de la lesión. Trastornos motores, sensoriales y del habla generalmente.

## 1.2 CAUSAS

### CAUSAS PRENATALES

"El período prenatal se divide en dos partes: Un período embrionario que se extiende desde la concepción hasta el 4to. mes de embarazo y durante el cual las estructuras nerviosas se ubican a partir del tubo neural, un orden bien preciso. Las lesiones que se producen en este período dan lugar a las embriopatías. La embriopatía rubeólica es la más conocida: en esta embriopatía pueden existir lesiones cerebrales de tipo malformación. En el período fetal los factores que intervienen son más importantes y configuran las fenopatías". (Cahuzac).

La etapa fetal, es el período durante el cual el sistema nervioso central se organiza desde el punto de vista de la maduración. Por ende, es evidente que las lesiones del sistema nervioso central, puede dar origen de muerte fetal o de secuelas.

El factor hereditario puede ser determinante en la patología genética, desarrollando defectos en los núcleos basales y sus vías transmitida genéticamente con síntomas presentes en el momento del nacimiento o poco después; atetosis familiar o atetosis hereditaria, temblores congénitos, paraplejía espástica familiar, displejías atónicas, rigidez familiar.

Se puede adquirir durante la gestión en el útero; radiaciones durante el primer trimestre. Padecimientos infecciosos de la madre entre el segundo y cuarto mes. "Infección prenatal"



rubeola, toxoplasmosis, parotiditis, sarampión, varicela, herpes zoster, sífilis, etc.

Anoxia prenatal; anoxia de la madre, anomalías del cordón, hipotensión severa materna, anemia materna grave, aspiración de monóxido de carbono por la madre, patologías y anomalías de la placenta (previa, deficiente, sangrado) hemorragia durante el embarazo, hemorragia cerebral fetal producidas por:

- \* traumatismo.
- \* diatesis hemorrágica materna.
- \* factor RH causa de Kernicterus. Enfermedad hemolítica del recién nacido.
- \* hiperbilirrubinemia. Incompatibilidad sanguínea.
- \* trastornos del metabolismo durante el embarazo. Exposición excesiva a los rayos X. Predisposición al aborto. Desnutrición materna.

#### CAUSAS NATALES O PERINATALES

El período prenatal engloba los meses que preceden al parto y un período que puede extenderse hasta el fin del primer mes, durante el cual el recién nacido está expuesto a traumatismos particulares o a afecciones que pueden estar más o menos ligadas al nacimiento.

\*Desde el comienzo del parto hasta la viabilidad del feto:

- mecánica (accidentes gineco-obstétrico)
- parto prolongado
- factores mecánicos dependiendo del tipo del parto: comprensión de cabeza, comprensión del tórax, aplicación inadecuada de fórceps, fractura de fórceps, cesárea de urgencia, maniobra de extracción, expulsión demasiado rápida.
- anoxia neonatorum o anoxia perinatal: durante el curso del parto, anestesia de la madre, parto prolongado por canal inadecuado (estrecho), inercia uterina.
- obstrucción mecánica respiratoria: cianosis-coloración azulada de la piel por falta de oxígeno en la sangre.
- mal uso de analgésicos y anestésicos: narcotismo; medicamentos tranquilizantes, sedantes y anestésicos administrados a la madre durante el parto; sobredosis, idiosincrasia.
- placenta previa o desprendimiento de la placenta.
- anoxia o hipotensión pronunciada materna, por ejemplo; raquianestesia.
- parto en presentación de glúteos con retención de la cabeza.

**CAUSAS POSTNATALES**

Las causas postnatales intervienen muy rápidamente luego del nacimiento, en algunas ocasiones es difícil separar las causas postnatales de las neonatales.

Las manifestaciones patológicas del recién nacido pueden responder en ciertos casos a causas que describiremos:

- traumatismos craneanos: contusiones cerebrales; lesiones superficiales que con frecuencia dan lugar a un hematoma
- fractura del cráneo: hematoma subdural; coágulo de sangre dentro de los tejidos que se forman como resultado de un accidente o cirugía.
- factores por accidente automovilístico, deportes, etc.
- infecciones: enfermedades infecciosas durante los primeros meses o años de vida; encefalitis, meningitis (piamadre-membrana interna, aracnoides-membrana intermedia, duramadre-membrana externa) granulomas, abscesos cerebrales.
- intoxicaciones (factores tóxicos): plomo, arsénico, etc.
- accidentes vasculares más frecuentes en el adulto: hemorragias, embolia; obstrucción en una arteria o vena por una partícula arrastrada por una corriente

sanguínea. Esta partícula puede ser de grasa, o de un coágulo de sangre (trombo) tejido infectado, cúmulo de célula cancerosa o una burbuja de aire. Trombosis-formación de un coágulo (trombo) en una arteria o vena. Cuando el trombo se desprende de su lugar de formación original, recibe el nombre de émbolo.

- anoxias: anoxia cerebral; intoxicación por monóxido de carbono, estrangulación, anoxia por gran altitud y por baja presión, hipoglucemia.
- neoplasias cerebrales o tumores cerebrales, congénitos adquiridos
- secuelas debidas a incompatibilidad del factor RH
- anomalías de desarrollo tardío.

### 1.3 NIVELES, CLASIFICACION Y SUBDIVISIONES

Un daño cerebral, puede causar parálisis, lesionándose el sistema nervioso central, a su vez éste controla las funciones del aparato locomotor, dando como consecuencia cuadros clínicos diferentes, según la predominancia de la lesión inicial sobre tal o cual formación nerviosa.

**CLASIFICACIONES DE LA PARALISIS CEREBRAL**

1. Clasificaciones fisiológicas (motoras). Espasticidad (vía piramidal). Atetosis (vía extrapiramidal).
2. Con tensión
3. Sin tensión
4. Distonía
5. La espasticidad, es esencialmente la consecuencia clínica de la lesión del sistema nervioso piramidal o sistema de la motilidad voluntaria.

La atetosis, se debe a la lesión del sistema extrapiramidal, en particular los núcleos grises centrales del control, de coordinación de los movimientos voluntarios, particularmente del núcleo caudado y del putamen, se caracteriza por movimientos involuntarios, lentos e irregulares, exagerados durante los movimientos voluntarios.

El temblor, se caracteriza por movimientos finos rítmicos e incontrolados.

La ataxia, producida por una lesión de las vías cerebelosas, es un tipo particular de inestabilidad de los movimientos, en los cuales los esquemas son normales, pero no se adaptan al medio ambiente. Puede asociarse a equilibrio imperfecto, incoordinación y temblor intencional.

La rigidez, debilita a la lesión difusa del cerebro, implica una exageración de la resistencia muscular en todos los sentidos, durante los movimientos pasivos.

**CLASIFICACION TOPOGRAFICA**

**Paresia:** relación, debilidad (parálisis parcial)

**Pleja:** pérdida del movimiento (parálisis total)

Cada nombre puede terminar en paresia o pleja según el grado de la parálisis:

- a) **Monoplejia o monoparesia:** un solo miembro.
- b) **Paraplejia o paraparesia:** las dos piernas.
- c) **Hemiplejia o hemiparesia:** medio cuerpo (unilateral).
- d) **Cuadriplejia (tetraplejia) o cuadriparesia:** cuatro extremidades.
- e) **Triplejia o triparesia:** tres extremidades.
- f) **Diplejia o diparesia:** dos miembros; inferiores o superiores.
- g) **Doble hemiplejia o doble hemiparesia:** cuatro extremidades, miembros superiores más afectados.

**CLASIFICACION SUPLEMENTARIA**

Sirve como herramienta de apoyo para valuar los diferentes grados de lesión, ya que ésta involucra tipos nosológicos, topográficos diferentes, esto con el fin de realizar una clasificación.

- \* **Evaluación psicológica:** para conocer el grado de deficiencia mental.
- \* **Estado físico:** evaluación del crecimiento físico. Nivel de desarrollo psicomotor. Edad ósea. Contracturas. Crisis convulsivas.
- \* **Patrones de conducta y postura locomotora.**
- \* **Patrones de conducta ojo-mano (coordinación):** dominación de los ojos, movimientos oculares, posturas oculares, fijación, convergencia, manipulación de la mano.
- \* **Estado visual:** sensorial (ambliopía, defectos del campo visual).
- \* **Estado motor:** desviaciones conjugadas de los defectos motores, defectos de fijación, espasmos de fijación, estrabismos, esotropía, hipertrofia, hipotrofia.
- \* **Estado auditivo:** sensibilidad al sonido; hiperacusia, hipoacusia.
- \* **Trastornos del lenguaje;** afasia, disartria, ecolalia, agrafia, disgrafia, alexia, etc.

"Clasificación según el grado de discapacidad funcional y su requerimiento terapéutico.

**Clase 1 muy leve:** prácticamente sin limitación de la actividad. Sin necesidad de tratamiento. 10% del total de los niños con parálisis cerebral.

**Clase 2 leve:** Con ligera o moderada limitación de la actividad, con necesidades de un mínimo de terapia y ayuda.

**Clase 3 moderado:** con limitación de la actividad que va desde moderada hasta alta; necesita ayuda y aparatos, así como la asistencia de los servicios de tratamiento.

**Clave 4 severa:** discapacitados para desarrollar cualquier actividad física útil, requiere una institucionalización por largo tiempo para su rehabilitación, 10% del total.

Las clases 2 y 3 representan el 80% restante de las personas con parálisis cerebral. Las parálisis cerebrales espásticas, atetoide, atáxica y rígida son los tipos (fisiológicos) más frecuentes".<sup>1</sup>

#### 1.4 CARACTERISTICAS FISICAS, PSICOLOGICAS Y SOCIALES

##### CARACTERISTICAS GENERALES

"Las características del adolescente con parálisis cerebral no son iguales en todos los casos, ya que dependen de las estructuras nerviosas lesionadas (forma de la lesión), el tipo de parálisis, el grado de discapacidad, las áreas funcionales afectadas, la situación ambiental en que vive, la actitud de los

---

<sup>1</sup> Manual proporcionado por APAC "Clasificación de acuerdo a la parálisis cerebral".



padres, el ambiente familiar, etc. Cada caso es diferente y por lo tanto no todas las características están presentes siempre. Las características generales son: retraso motor, reflejos infantiles primitivos, trastornos posturales y/o de deformidad física, crisis convulsivas, problemas visuales, problemas sensoriales: generalmente hipersensibilidad táctil; problemas de salud física; dentición y desnutrición principalmente; alteraciones y problemas en: la alimentación, lenguaje, comunicación, movimiento, desarrollo social (conducta social y socialización), la conducta, las emociones, la formación de la personalidad, la inteligencia y la percepción". (Valdez, 1988)

### CARACTERISTICAS FISICAS

#### Problemas de alimentación:

Babeo (salivación excesiva) mantenimiento de boca abierta, protusión de la lengua (sacar la lengua), hipersensibilidad bucal y peribucal, dificultades de masticación, succión, deglución y respiración; dificultades para ingerir sólidos, semilíquidos y líquidos; discapacidad para autoalimentarse, requerimiento de cubiertos y trastos especiales.

#### Problemas de lenguaje y comunicación:

Problemas de articulación del lenguaje oral (disartrías, anartrías), problemas de comprensión del lenguaje (afasias).

**Problemas del movimiento:**

Dificultad del movimiento en actividades cotidianas; abrir-cerrar, meter-sacar, tapar-destapar, poner-quitar, atar-desatar, jalar, empujar, apilar, alcanzar, manipular, soltar, etc.

Dificultad de desplazamiento: caminar, sentarse, pararse, acostarse, levantarse.

Dependiendo del grado de lesión se requiere de aparatos y ayuda para moverse o mantener buena postura.

**CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS****Problemas de conducta:**

- a) Déficits en el repertorio conductual básico; atención selectiva, atención sostenida (mantener la atención - concentrarse y no distraerse) principalmente por los sentidos auditivos y visuales; limitación, seguimiento de instrucciones, discriminación y conducta de autocuidado.
- b) Exceso en conductas indeseables; destructividad, agresividad, hiperactividad.

**Problemas emocionales y de personalidad:**

Experimenta: temor, ansiedad, depresión irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, hipersensibilidad emocional, necesidad de: atención, afecto y comprensión; posee inadecuada formación de la personalidad, autoconcepción inadecuada, baja

autoestima, autodevaluación, sentimientos de culpa, e invalidez física y emocional.

"Finne 1983, afirma, basándose en numerosos estudios que; la población total de niños con parálisis cerebral se encuentra distribuida en la siguiente forma:

1. El 50% tiene un C.I. (coeficiente intelectual) entre 75 y 125 o más, comprendiendo niños con retraso mental leve (C.I. 75 a 84), niños con inteligencia normal (C.I. 85 a 115) y niños con inteligencia superior C.I. 116 en adelante.
2. Un 25% tiene un C.I. entre 50 y 75, siendo niños con retraso mental moderado.
3. un 25% restante tiene un C.I. de 50 o menos, siendo niños con retraso mental grave, profundo".<sup>9</sup>

#### Percepción:

El adolescente con parálisis cerebral tiene problemas para percibirse así mismo y formar su esquema corporal, así como problemas para percibir el ambiente que le rodea y darle significado. En este nivel sus dificultades principales son la disociación o discapacidad de integrar las partes en un todo, en una unidad; inversión figura-fondo del campo visual y las dificultades para establecer relaciones espaciales y temporales.

Las áreas perceptuales que se evalúan en personas con parálisis cerebral severa son:

---

<sup>9</sup> Finnie R. Nancie. "Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral". Pág. 13.

- \* **Esquema corporal:** Identificación de partes gruesas: cabeza, tronco y extremidades. Identificación de partes finas: manos, pies, dedos, uñas, pelo, orejas, ojos, pestañas, cejas, nariz, etc.
- \* Identificación de las partes en su propio cuerpo, en otra persona, en un muñeco o dibujo.
- \* Identificación de órganos internos (visceras): corazón, estómago, pulmones.
- \* **Coordinación visomotriz:** óculo-manual, ojo-pie, seguimiento visual de un objeto, coordinación manual y movimientos finos.
- \* **Asociación de las partes de un todo.**
- \* **Discernimiento perceptual:** identificación de forma, color y tamaño; principalmente figuras geométricas básicas: triángulo, cuadrado y círculo; colores básicos; rojo, amarillo, azul, blanco, negro; y tamaños; grande, chico, mediano, largo-corto, alto-bajo. Constancia de forma y posición en el espacio: identificación de la forma en cualquier posición.
- \* **Relaciones espaciales:** arriba-abajo, adelante-atrás, izquierda-derecha, cerca-lejos, dentro-fuera, etc.
- \* **Relaciones temporales:** presente, pasado, futuro; día-noche: hora, día, mes, año, etc.
- \* **Percepción auditiva:** discriminación de sonidos por su timbre, tono; grave-agudo, intensidad; fuerte-quedo, distancia; cerca-lejos, ritmo; lento-rápido, identificación de sonidos, vocales y consonantes.
- \* **Percepción táctil:** identificación de temperatura; frío-tibio,

caliente, texturas; suave-duro, liso-rasposo, delgado-grueso, esponjoso-compacto y dolor.

- \* Percepción estereognósica: reconocimiento de los objetos mediante el tacto al identificar su forma, textura, temperatura, peso y otras propiedades.
- \* Percepción cinestésica: noción de posición; reproducciones con los ojos vendados; nociones de resistencia; diferencia, pesado, ligero, rígido-elástico.
- \* Percepción quimioestésica: identificación de los estímulos, químicos, olfatorios y gustativos; sabores básicos; dulce, salado, amargo, ácido.

#### CARACTERISTICAS SOCIALES

##### Problema de desarrollo social y familiar:

La familia, que es un grupo de personas formado por un hombre, mujer y descendencia, no vive aislada, ya que constituye un eslabón de la gran cadena que forma la sociedad con una dependencia mutua. Precisamente es la sociedad la que determina las creencias, la cultura y margina, haciéndose ésta una fuerza que moldea la vida, marcando lo que es "normal y anormal, lo bueno y lo malo", etc.

El adolescente con parálisis cerebral además de su incapacidad, la sociedad lo disminuye ya que no los integra en

sectores; escolares, culturales, medios de transporte y establecimientos públicos, haciéndolo sentir rechazado por su inutilidad física.

Para las personas con impedimentos neuromotores es de gran importancia la estimulación de la sociedad en general, ya que se pueden evitar secuelas y deformaciones que traen consigo alteraciones de tono muscular, postura y movimiento, además esta estimulación permitirá desarrollar su potencial psicológico y social.

El adolescente con parálisis cerebral, si no recibe estimulación ambiental sus experiencias en la vida son limitadas, y por consiguiente es más lenta su adaptación a los cambios físicos y emocionales.

La familia como unidad central que transmite, valores, ideas, creencias, costumbres y tradiciones influirá determinante en la personalidad y seguridad del adolescente con parálisis cerebral.

El adolescente con parálisis cerebral, presenta dificultad de socialización con personas extrañas a su familia, existiendo dependencia con la persona que lo atiende y cuida, también muestra retraimiento para adaptarse al ambiente social (institucional), etc.

En una Sociedad industrial o urbana se enmarca más la incapacidad de las personas con restricciones, ya que no son contemplados aspectos como: rampas para su acceso en calles o edificios, transporte adecuado a sus necesidades, proyectos para

incorporarlos a sectores productivos, programas para su recuperación integral, etc., es mínimo lo que se realiza con respecto a estas personas, además el hecho de no ser considerados en lo mencionado, les provoca trastornos emocionales, de autoestima y físicos.

Aunado a esto a las personas con p.c. se les considera asexuales, ya que se piensa que en el desarrollo de la etapa de la adolescencia es "anormal" no teniendo cambios en ésta, además sus comportamientos sexuales son mal vistos por la sociedad.

CAPITULO II  
LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE  
CON PARALISIS CEREBRAL



## CAPITULO 2

## LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE CON PARALISIS CEREBRAL

La intención del presente capítulo es conocer el proceso fundamental del ser humano, su sexualidad, retomando la sexualidad de las personas con necesidades especiales.

Para trabajar de forma adecuada en este terreno lo más importante es conocer la sexualidad de uno mismo lográndose esto a través del conocimiento objetivo y científico de esta ciencia a más de la autoconfrontación, si ésto no se hace antes de enfrentarse al grupo resultará muy difícil que uno pueda empatizar, con los educadores y mucho menos actuar de manera científica y respetuosa. Resultan muy diferentes los campos cognitivos y afectivos; la gente puede tener conocimientos aceptables en este campo pero sus actitudes, entendidas como la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto son de fundamental importancia; es conocido cuán difícil es medir actitudes puesto que forman parte de nuestra subjetividad, lo más que podemos hacer es obtener opiniones que vendrían siendo las verbalizaciones de aquellas.

En nuestro país la propuesta del Maestro Narciso Bassola de impartir educación de la sexualidad desde la escuela primaria, se vió bloqueada por un grupo reaccionario, habiendo sucedido esto a principios de los cuarenta. El asunto siguió más o menos

estático hasta principios de los setenta. Después de la reunión del Club Roma, en Bucarest, se manifestó una preocupación (por parte de los países desarrollados) por el fenómeno de la sobrepoblación (de los países tercer mundistas) y la producción de alimentos, ya que ambas situaciones estaban en franco desequilibrio. Se propuso brindar apoyo total en materia de anticoncepción a los países no industrializados, surgieron entonces lemas como: "La familia pequeña vive mejor" y se emprendieron campañas a nivel nacional.

Sólo que para obtener mejores resultados fue necesario llevar a cabo una apertura, de modo que algunos aspectos de la sexualidad fueron tratados en los libros de texto; es obvio que toda la información se centraba en la biología y de ésta en el aspecto reproductor, explicando cómo ocurrían y se desarrollaban los embarazos en distintas especies.

"Hay quienes afirman en nuestro país que no se imparte educación de la sexualidad; nada más alejado de la realidad; por lo contrario, abunda, pero se proporciona de una manera informal, subjetiva, llena de mitos y tabúes debiendo agregársele a esto que en las currícula de las diferentes escuelas o facultades no se imparte la materia de sexología y/o de educación de la sexualidad. Por todo lo antes citado es fácil entender que los conceptos en torno a la sexualidad usados por los profesionistas de cualquier especialidad no difieren en gran medida de lo que posee el ciudadano medio, explicando ésto también el retraso que en este

tema padecemos".<sup>10</sup>

El que estos sujetos se porten como niños se debe a que son tratados como tales, no se les permite: crecer, desarrollarse, madurar, independizarse, tomar decisiones, ser autónomos, ni responsabilizarse de sí mismos por la simple razón de que serían más difíciles de controlar. Aunado a ésto tiende a creerse que quien tiene un padecimiento crónico se convierte en un impedimento sexual y si llega a manifestar algo de esta área se le considera como un degenerado.

Desafortunadamente el problema de las personas discapacitadas no es tan simple pues queda algo digno de tomarse en consideración. ¿Quién aplicará tales programas? De inmediato cobra validez lo propuesto por Winifred Kempton cuando enfatiza que quienes van a ser formadores, necesitan revisar su propia sexualidad, por lo tanto, quienes no hayan resuelto su propia problemática bloquearían cualquier intento por brindar una educación adecuada.

## 2.1 QUÉ ES LA SEXUALIDAD

En este punto nos referimos a los conceptos de origen biológico, psicológico y social, como son sexo, identidad de género, rol o papel sexual y finalmente definiremos sexualidad.

---

<sup>10</sup>

Delfin Francisco. "Educación de la sexualidad en personas con necesidades especiales". Pág. 425.

Constituyendo la sexualidad una dimensión fundamental del ser humano, influye en su formación y desarrollo, ya que esto determina la personalidad y las relaciones que establece con los demás individuos.

Para comprender al ser humano en todas sus manifestaciones partiremos del principio general de la naturaleza humana, es decir, la integración de los aspectos biológico, psicológico y social, involucrando la manera de pensar, sentir y actuar.

Sexo, de acuerdo a Alvarez Gayou "Es el conjunto de características determinadas genéticamente que colocan a un individuo en un punto de un continuo en cuyos extremos se encuentran los individuos completamente reproductivos".<sup>11</sup>

CONAPO lo define como "El conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y la mujer y que, al complementarse, tienen en sí la potencialidad de la reproducción".<sup>11</sup>

Giraldo Neira precisa que el sexo es "El conjunto de peculiaridades anatómico fisiológicas (genitalidad) que permiten la reproducción de una especie mediante la interacción de dos seres diferenciados (macho-hembra)".<sup>11</sup>

- 
- <sup>11</sup> Alvarez Gayou. "La condición sexual del mexicano". Pág. 18.
- <sup>12</sup> CONAPO "La educación de la sexualidad humana". Sociedad y sexualidad. Pág. 34.
- <sup>13</sup> Giraldo Neira, Octavio. "Explorando la sexualidad humana". Pág. 12.

Par Alvarez Gayou, la identidad de género o sexual es "Esa sensación muy propia, personal e íntima que tenemos todos de ser mujeres o de ser hombres".<sup>14</sup>

Según CONAPO "Se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como hombre o como mujer".<sup>15</sup>

Por otro lado, el papel o rol sexual, "Son todas aquellas actitudes y comportamientos que determinada sociedad establece como las adecuadas y que deben definirse a cada sexo".<sup>16</sup>

Para Giraldo Neira el papel sexual se refiere "Al comportamiento, palabras y acciones que manifiestan el grado de conformidad de la persona en su expresión social, con lo que la cultura propia considera adecuada al sexo de asignación."<sup>17</sup>

Este último, abarca el aspecto social, las actitudes y los comportamientos que la sociedad exige en función al sexo que se pertenece estando condicionados por su contexto social.

Con respecto a la sexualidad, Alvarez Gayou lo defino como "Los aspectos biológicos y sociales del sexo, de tal forma que la sexualidad remite a la fecundación, a la genética, a la herencia, a las hormonas, al coito y a la reproducción; pero

---

<sup>14</sup> Alvarez Gayou. "La condición sexual del mexicano". Pág. 20.

<sup>15</sup> CONAPO "La educación de la sexualidad humana". Sociedad y sexualidad. Pág. 41.

<sup>16</sup> Alvarez Gayou. "La condición sexual del mexicano". Pág. 21.

<sup>17</sup> Giraldo Neira, Octavio. "Explorando la sexualidad humana". Pág. 97.

también es hablar de sociología, o sea, los comportamientos, trabajos, leyes, derechos, etc.".<sup>18</sup>

Por otra parte, Susan Pick, dice que es "Un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte e involucra: sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamientos. Comprendiendo también aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal y los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos, tales como la menstruación, ovulación y la eyacuación. Incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozar y procrear siendo hombre o mujer, la canalización de los deseos sexuales, la identidad masculina y femenina y los papeles sociales de cada sexo".<sup>19</sup>

De esta forma, la sexualidad abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se conjugan en el ser humano en forma indisoluble.

Todos los seres humanos con o sin limitaciones experimentan deseos y necesidades como el comer, el amar y reproducirse. Ya que están rodeados de factores ambientales por la naturaleza, la flora, la fauna, así como también por seres humanos y objetos del medio ambiente que están constantemente en contacto y que interactúan entre sí, configurando este complejo proceso. Alcanzan la felicidad en la medida que logran satisfacer sus necesidades de orden afectivo sexual, profesional y económico: lo que coadyuva a

---

<sup>18</sup> Alvarez Gayou. "La condición sexual del mexicano". Pág. 21.

<sup>19</sup> Pick de Weiss, Susan. "Planeando tu vida". Programa de educación sexual para adolescentes". Pág. 36 y 37.

una homeóstasis o equilibrio en su vida.

El amor es esa relación de reciprocidad que se establece entre los seres humanos. Generalmente se caracteriza por una gran complejidad y cuando los que se aman respetan las diferencias que surgen, se constituye una de las premisas fundamentales que lo conforman.

En las relaciones humanas, las diversas necesidades que una persona experimenta son la satisfacción sexual, la necesidad del placer de escuchar la voz de la otra, de acariciar y ser acariciado, de compartir actitudes, intereses, gustos, compatibilidades y una vida con las alegrías, problemas y desasosones que ésta conlleva, buscando siempre el bienestar, la felicidad, el crecimiento y desarrollo de la persona amada.

Así la sexualidad y la satisfacción sexual son apremiantes en la vida de todo ser humano con o sin limitaciones. El sexo es un derecho humano al cual todos deberíamos tener acceso. Las personas con limitaciones tienen derecho a decidir que hacer con su sexualidad. Sin embargo en la mayoría de los casos este derecho no se respeta en las personas con limitaciones, por prejuicios y manejos culturales. La sociedad se ha olvidado de una población importante. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 10 y el 12% de la población total sufre de algún tipo de discapacidad y no tiene derecho a tener una sexualidad sana y cotidiana, negándosele totalmente a un altísimo porcentaje de esta población.

A muchas personas que padecen cualquier discapacidad se les considera como asexuales, etiquetándolos de esta forma por

falta de información. Por ejemplo las personas con parálisis cerebral, sordera o deficiencia mental, se considera que su desarrollo físico y sus necesidades sexuales son similares a las de cualquier persona.

"Los lesionados medulares por lo general están afectados en sus sensaciones y la erección, sin embargo no pierden su sexualidad. Mediante la estimulación de otras zonas y de una prótesis peneana el hombre puede obtener el orgasmo".<sup>10</sup>

En el caso de las mujeres que también tengan afectadas sus sensaciones necesitarán más estimulación, por ejemplo al tener rigidez muscular implicará una resistencia en todos los sentidos.

Para solucionar este problema se puede aplicar un gel en la zona vaginal, lo cual facilitará la obtención de la estimulación.

Las personas con parálisis cerebral son sexuadas, ya que en la etapa de la pubertad presentan las mismas características que cualquiera, habiendo sus excepciones.

## 2.2 P U B E R T A D

El proceso biológico, psicológico y social de la maduración de un niño para convertirse en adulto es largo y complejo, además está sujeto a las modalidades del tiempo y de los estímulos ambientales que en continua interacción con los factores genéticos, promueven el crecimiento y desarrollo del adolescente.

---

<sup>10</sup>

A. Adriana. "Documento de APAC". Pág. 3.



La pubertad comprende tanto los cambios en el aspecto físico general como los de maduración sexual. Esta es la fase del desarrollo corporal caracterizada por la maduración de las gónadas y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. En general la pubertad se inicia en la mujer entre los 8 y los 14 años y termina entre los 14 y 16; en el varón comienza entre los 10 y los 16 años y termina entre los 16 y 20.

La aparición y desarrollo de la pubertad se debe a determinadas modificaciones de algunas glándulas endócrinas, más concretamente del ovario y las suprarrenales, en la mujer, y del testículo y las suprarrenales en el varón. Estas modificaciones consisten en el aumento de secreción de hormonas estrógenas por parte de las suprarrenales (en ambos sexos) y de hormonas andrógenas testiculares por parte del testículo. Dependiendo de su formación y del medio ambiente inmediato que lo rodea.

"Desde el nacimiento el ser humano presenta "claramente" definidos sus órganos sexuales. Con el curso de los años al llegar a la pubertad, el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y óvulos y hormonas femeninas en la mujer".<sup>21</sup>

"Las hormonas son sustancias que el cuerpo fabrica, y que actúan como mensajeros del cerebro diciéndole a ciertas glándulas

---

<sup>21</sup> Pick de Weiss, Susan. "Planeando tu vida". Programa de educación sexual para adolescentes. Pág. 37.

y órganos que tienen que hacer. Hormonas especiales llamadas sexuales producen los cambios que suceden durante la pubertad. También son las responsables de hacer que empiece el funcionamiento de los órganos reproductivos".<sup>11</sup>

Estas hormonas dan lugar a los caracteres sexuales secundarios. Los cambios secundarios en el varón son: crecimiento óseo, desarrollo muscular, aumento del metabolismo basal, aumento en el espesor de la piel, aumento de la secreción de las glándulas sebáceas, engrosamiento de la voz, crecimiento del vello en las axilas, bigote, barba, torax, piernas, brazos, vello en el pubis en forma de rombo. Los cambios de la mujer son: aumento en el tamaño de los pechos, ensanchamiento de la pelvis, crecimiento del vello púbico, redistribución de la grasa y redondeamiento de la figura.

Como cambios importantes se presentan en el hombre la eyaculación y en la mujer la aparición de la menstruación.

La pubertad se puede presentar entre los 9 y los 14 años, esto depende de factores tales como: la alimentación, la herencia, las influencias endócrinas, el clima, la raza y la situación geográfica y alguna discapacidad.

En las personas con parálisis cerebral las características y los cambios antes mencionados se presentan, aunque involucren quizás ciertos trastornos, es decir, pueden ocasionar que se presenten a una edad más tardía.

Aunado a los cambios secundarios se da el crecimiento y el funcionamiento de los órganos sexuales, cuya anatomía y

---

<sup>11</sup> Idem. Pág. 37.

fisiología básica se describen a continuación.

**Organos sexuales masculinos.** El pene es el órgano sexual masculino, como contiene la uretra se utiliza tanto para la excreción de la orina como para un estado erecto, también par la eyaculación del semen.

Su tamaño varía. A lo largo del pene existen tres columnas del tejido eréctil; dos cuerpos cavernosos juntos y un cuerpo esponjoso por debajo que aloja a la uretra. En la punta del pene, el cuerpo esponjoso se agrandà para formar el glande.

Una capa de piel, llamada prepucio, sobrepasa cubriendo el glande cuando el pene se encuentra flácido. Los cuerpos del pene tienen una rica previsión de vasos sanguíneos, los cuales están vacíos cuando el pene está flácido, pero que se llenan de sangre cuando hay erección. Esta se puede producir por medio de la manipulación física del pene, o por pensamientos sexuales o bien por la presión producida por la vejiga o el recto cuando se encuentran llenos, por usar ropa muy ajustada o por cualquier otro motivo que origine una congestión sanguínea en la región del pene.

La eyaculación es el proceso mediante el cual sale semen del cuerpo a través de la abertura del pene. La eyaculación puede ocurrir durante el sueño (sueño mojado o húmedos), como resultado de caricias, por masturbación y por coito.

El escroto es una bolsa de piel en cuyo interior están contenidos los testículos, posee varias capas dentro de las cuales se encuentran fibras musculares como el cremaster que provoca la elevación y descenso del testículo. Funciona como regulador de la

temperatura adecuada para los espermatozoides. Los testículos son un órgano par de forma ovoide que se desarrolla en la cavidad abdominal y que en el momento del nacimiento debe estar en el escroto. Su función es la reproducción de testosterona y de espermatozoides.

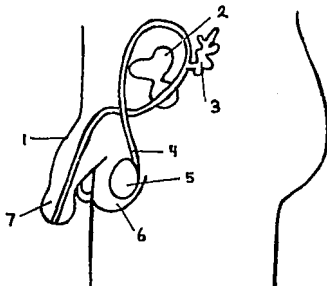
Existe un conducto deferente por cada testículo y su función es conducir a los espermatozoides del epidídimo (que es una parte alargada en la parte superior del testículo) a las vesículas seminales. Las vesículas seminales son unas estructuras en forma de saco que se encuentran situadas detrás de la vejiga. Poseen una capa muscular y otra secretora. Sus funciones son proteger y nutrir a los espermatozoides.

La próstata es una glándula que rodea a la uretra. Se encuentra abajo y adelante de la vejiga, está formada por tejido glandular y es atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides. Junto con el líquido de las vesículas seminales, forma el semen.

Las glándulas de Cowper o glándulas bulbo uretrales se encuentran después de la próstata; su función es secretar un líquido alcalino que neutraliza y lubrica la acidez de la uretra antes del paso del semen en la eyaculación. La uretra masculina es un conducto que se inicia en el cuello de la vejiga y termina a nivel del glande en el meato urinario. Su función es doble: elimina la orina y conduce el semen en el momento de la eyaculación. Los espermatozoides están compuestos por cabeza, cuello y

cola. La producción de espermatozoides se inicia en la pubertad y termina con la muerte. Cada eyaculación contiene de 100 a 300 millones de espermatozoides y tienen un volumen aproximado de 3 mililitros.

1. PENE
2. VEJIGA
3. VESICULA SEMINAL
4. CONDUCTO DEBERENTE
5. TESTICULOS
6. ESCROTO
7. PREPUCIO



Con respecto a los órganos sexuales femeninos el cambio más obvio que ocurre en la mujer al llegar a la pubertad, es el desarrollo de los pechos o mamas. Los pechos son susceptibles de excitación sexual tanto en el hombre como en la mujer. La vulva es la parte exterior de la vagina y está compuesta de pliegues de la piel llamados labios mayores y labios menores. Durante la pubertad empieza a crecer el vello en la vulva. El monte de venus es un abultamiento cutáneo graso que se encuentra en la parte inferior

de la pared abdominal; está cubierta de vello. Los labios mayores son dos pliegues cutáneos de color oscuro. Sus partes externas se cubren de vello, al separarlos dejan al descubierto las demás estructuras anatómicas. Los labios menores son formaciones mucosas de color rosado y con cierta humedad conforman el prepucio y el frenillo del clítoris. El vestíbulo es un espacio triangular que se ubica al separa los labios menores. en él se encuentra el meato urinario y el orificio vaginal.

El clítoris es un órgano muy sensible del tamaño de un chicharo que sobresale entre los pliegues de los labios menores arriba de la vagina y la uretra. Tiene una gran cantidad de terminaciones nerviosas y su función es decisiva en la excitación durante el coito o la masturbación.

El orificio vaginal se conoce como introito y se encuentra la mayoría de las veces limitado por el himen.

El himen es una membrana semirígida que tiene diferentes formas. En la porción central tiene un orificio que permite la salida de la menstruación. Biológicamente no tiene función, sin embargo su significado psicológico y social es muy importante para algunos grupos y culturas. Hay mujeres que nacen sin himen, otras a las que se les rompe al hacer ejercicio, o al introducirse un tampón.

El meato urinario es un orificio en donde termina la uretra femenina y por el cual sale la orina. Las glándulas de bartholin se encuentran en cada uno de los lados del orificio vaginal, secretan líquido durante el coito.

La vagina es un tubo músculo-membranoso que comunica la vulva con el útero. Está cubierta por membranas mucosas. En ellas se produce un líquido que es resultado del trasudado de las paredes durante la excitación y es canal de nacimiento.

El útero es un órgano muscular cuya forma semeja a la de una pera. En su cavidad se desarrolla el feto. Se encuentra entre la vejiga y el recto.

Las trompas de falopio son dos tubos que se localizan en la parte superior del útero, miden de 10 a 12 cm. Su función es transportar al óvulo que es expulsado por los ovarios hacia el útero.

Los ovarios son órganos pares que se localizan en cada uno de los extremos de las trompas de falopio. El ovario tiene forma de almendra de color blanco opaco. Los ovarios cumplen dos funciones: la ovulación y la producción de hormonas femeninas que son estrógenos y progesterona, que producen cambios durante la pubertad y preparan al útero para la fecundación.

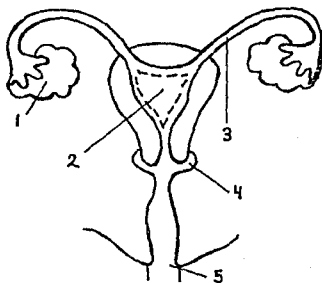
Los óvulos se encuentran en forma de folículos desde el nacimiento y se dejan de producir durante la menopausia; existen alrededor de cuatrocientos mil. Los folículos que no maduran se convierten en cuerpos cicatriciales. El óvulo es la célula que unida al espermatozoide produce la fecundación.

La ovulación es el proceso mediante el cual un ovario libera un óvulo maduro. Si el óvulo se une con un espermatozoide se da la fecundación. Si no ocurre la fecundación, es decir, si no queda embarazada la mujer, se presenta la menstruación aproximada-

mente 11 a 15 días después de la ovulación.

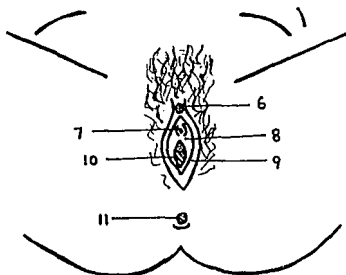
En el proceso de la menstruación se presenta lo siguiente: El óvulo viaja por una de las trompas de falopio hacia el útero; al mismo tiempo el útero empieza a fabricar un revestimiento más grueso formando una capa en la que se implantará el óvulo en caso de ser fecundado. En caso de no haber fecundación el óvulo se desintegra y los vasos sanguíneos del revestimiento del útero se van abriendo y liberando sangre. Este proceso duran 3 a 7 días. Una vez concluido vuelve a empezar el proceso: el revestimiento se engrosa, se dirigen óvulos al ovario, se libera un óvulo y si no es fecundado se vuelve a dar la menstruación entre 25 y 28 días después. La menstruación comienza normalmente entre los 10 y los 14 años aunque puede presentarse también entre los 9 y los 18.

1. OVARIOS
2. UTERO
3. TROMPAS DE FALOPIO
4. CERVIX
5. VAGINA





- 6. CLITORIS
- 7. URETA
- 8. LABIOS MENORES
- 9. LABIOS MAYORES
- 10. VAGINA
- 11. ANO



Las características que se desarrollan en la etapa de la pubertad en las personas "normales", se presentan igualmente en las personas con parálisis cerebral. La parálisis cerebral no afecta directamente los órganos sexuales y muchas personas con limitaciones severas disfrutaron de una vida sexual plena y activa.

### 2.3 Adolescencia

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, también calificada como "etapa crítica".

Etimológicamente el término de adolescencia proviene del verbo latín *adolescere* que significa crecer. Littré, enfocado al aspecto biológico nos da la siguiente definición "...Es la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de pubertad".

Peter Bloss la define como "la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad al grupo nuevo de

condiciones internas y externas que confronta el individuo".<sup>13</sup>

La adolescencia es una de las etapas más críticas del ser humano por cuanto representa el momento anterior a asumir una responsabilidad social adulta.

Esto implica la definición de un papel específico como hombre o como mujer en los ámbitos laboral, familiar, sexual, cultural y recreativo.

Por esto se dice que el adolescente está en la búsqueda de su identidad, necesita responder a la pregunta ¿quién soy yo? y ansía llegar a ser adulto, pero le duele abandonar su niñez.

Tiene que formar una imagen propia para lo cual siente que necesita negar parte de lo que ha aprendido. El adolescente está en una lucha entre la dependencia y la independencia, quiere autoafirmarse, pero añora la seguridad que le brindan sus padres. Está descubriendo cambios en su cuerpo. Está despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales, de dimensiones desconocidas para él. Todo este proceso se da en el contexto de una sociedad que presiona para reproducir los patrones de vida vigentes, frente a los que el adolescente tendrá que asumir una posición.

La relación con los padres, amigos, novios, hermanos y demás refleja el proceso que el adolescente atraviesa. Dentro de este pasaje, el sentimiento de amor que antes estaba centrado en los padres, se vuelve sobre sí mismo o hacia el mejor amigo del

---

<sup>13</sup>

Blos, Peter. "Psicoanálisis de la adolescencia". Pág. 29. Tomado (tesis) "La sexualidad de las personas con parálisis cerebral: una alternativa educativa para padres de familia". 1991.

mismo sexo, quien puede adquirir una importancia y un significado que antes no tenía. Idealiza, admira y ama las características que él quisiera tener y considera que otros tienen.

Muchas de estas cualidades se ven representadas en ídolos o héroes de los medios masivos de comunicación, con quienes se identifica para adquirir la fuerza y reafirmar su papel e imagen ante los demás.

Por otro lado el adolescente percibe al mundo con un matiz particular; piensa que nadie se siente como él.

Una vez conjuntado el amor tierno con el amor sexual, el adolescente elabora la masculinidad o la femineidad que le permite consolidar una nueva identidad sexual. Este proceso lleva tiempo. Mientras ocurre, los adolescentes canalizan su sexualidad de diferentes maneras de acuerdo a sus valores, sus sentimientos y su posición frente a las normas.

En la adolescencia cuando se tiene que definir un rol masculino o femenino, la autoestima se tambalea según se haya vivido la historia familiar y el adolescente puede llegar a tener dificultades para hacer planes y tomar decisiones que afectan a su vida futura.

Conocerse a uno mismo, y sentirse satisfecho consigo mismo son factores muy importantes para el desarrollo de la personalidad y para alcanzar la madurez de nuestro comportamiento.

El adolescente debe adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico; la sociedad le exige que sea responsable, productivo y se prepare seriamente a la vida adulta. Sin embargo

el adolescente con parálisis cerebral no se le ofrece ningún status, ni un rol bien definido y además es considerado, como una persona que no presenta las características de la adolescencia (asexual); por una parte se le trata como niño, otras como vegetal y por otra parte se le exige que se comporte como adulto.

El objetivo principal que corresponde alcanzar al adolescente es lograr una identidad diferenciada y estable. Se puede decir que las personas con parálisis cerebral no tienen una identidad en la cual su personalidad no se integra en un todo, ya que son diferenciados de los demás.

La persona con parálisis cerebral severa a nivel motor al llegar a la adolescencia puede presentar algunas deficiencias en su desarrollo no concordando con su edad cronológica debido a la lesión provocada u otro problema interno (hormonal), es decir, puede haber trastornos en el crecimiento del cuerpo en general, atrofiamiento de músculos, etc., esto último por falta de ejercitación muscular (movimientos).

En lo social, la capacidad para dar y recibir varía dependiendo del grado de comprensión, es decir, en el sentido psicológico puede variar la comprensión de sí mismo y de su medio ambiente, así como la problemática de la vida cotidiana.

#### 2.4 COMPORTAMIENTOS SEXUALES

La sexualidad es "... en sí el marco dentro del cual los seres humanos encuentran un sentido y una gratificación a sus deseos e impulsos sexuales".<sup>14</sup>

En nuestra sociedad, se establecen papeles genéricos (roles sexuales) estereotipados, más no porque estas conductas estén genéticamente determinadas pues desde el nacimiento la criatura es: cargada, besada, acariciada, nombrada, vestida, reprendida, halagada, estimulada, etc., en concordancia con el sexo al que pertenece. Se ha observado que profesionales de la salud cargan de diferentes maneras al niño o a la niña; también la gente asigna características supuestamente "masculinas o femeninas".

Tradicionalmente se ha considerado que niños y niñas deben comportarse de modos distintos, según esto, lo anterior no es un fenómeno de observancia universal pero lo que sí ocurre es que una misma conducta se califica de distinta manera, dependiendo de si la realiza un varón o una mujer.

En esta sociedad se enfatiza que la gente debe nacer, crecer, reproducirse y morir, siendo los extremos algo fácil de conseguir, pero la reproducción no necesariamente tiene que ocurrir; sin embargo, al desarrollarse en un medio pleno de información sobre cómo tenemos que vivir nuestra sexualidad, poco a poco introyectamos los mensajes para sí, desde la infancia ir planeando como va a ser nuestra pareja, hijos, casa, carro, televisión, video, en fin.

---

<sup>14</sup> Idem. Pág. 85.

El hombre desarrolla su sexualidad conforme crece y perfecciona otras mil manifestaciones orgánicas, íntimamente relacionadas entre ellas y todas según un patrón de la especie.

La opinión acerca del potencial erótico-sexual de las personas con necesidades especiales y su derecho a expresarlo varían de lugar a lugar, de tiempo en tiempo y de persona a persona, pero a medida que se adquiere información científica al respecto las actitudes negativas tienden a tornarse en positivas.

La sexualidad de las personas con necesidades especiales no son muy diferentes de aquellas de quienes no lo son. Existen muchos individuos que cuando hacen referencia a personas con necesidades especiales les llaman "impedidos", de acuerdo a este criterio y hablando de sexualidad, la realidad es que este sería un país de impedidos sexuales debido a la educación que padecemos. Para poder continuar con la capacitación y actualización en este terreno a nivel nacional, se tiene que incidir fundamentalmente en el área de las actitudes.

Recordemos que aunque los seres humanos somos individuos únicos, nuestro comportamiento tiende a ser muy similar y si bien es cierto que somos diferentes unos de otros esto en ningún caso justifica las desigualdades.

Por otra parte distanciando, una vez más, el genitalismo de la sexualidad, ésta se irá concretando en personas con parálisis cerebral de la misma forma que en los demás: medio ambiental, experiencias, descubrimientos, información, curiosidad por el tema, etc. La importancia de cada uno de estos factores es variable, y

difficil de valorar. Son muchas las influencias que van determinando la sexualidad en cada individuo, a través de impresiones sensoriales: imágenes, olores, sonidos, etc., y el predominio de una y otra impresión puede marcar tendencias provisionales o definitivas. Esta es una zona resbaladiza y amplísima, donde es imposible generalizar porque depende, ante todo, de factores personales. Así una experiencia sexual placentera es archivada en la memoria no sólo en cuanto al episodio erótico en si mismo, sino a factores complementarios: perfume de la pareja, colores dominantes en la habitación, la luz ambiental, etc., y se archiva de tal manera que, en lo sucesivo, el protagonista sentirá vivos estímulos de carácter erótico en cuanto alguno de esos pormenores surja de nuevo en su vida.

La persona con parálisis cerebral no escapa a tales condicionamientos. Sus respuestas, es decir, su comportamiento sexual, dependerá de su interpretación del estímulo y de su educación sexual previa. En la actualidad en nuestra sociedad mexicana en tema de sexualidad sigue siendo un tabú, y más aún pensar que los discapacitados tienen necesidades sexuales.

Por lo expuesto, es muy superficial la información que se tiene sobre sexualidad de personas con parálisis cerebral y lo que se les brinda a ellos sobre el tema es mínimo.

Los adolescente con parálisis cerebral entabian una comunicación pobre con sus padres sobre sexualidad, y la poca información que les proporciona la institución es muy superficial, anatómicamente los adolescentes con p.c. tienen bien definido las

partes del cuerpo como pene, vagina, pechos, testículos, etc., conociendo exactamente en qué partes del cuerpo sale vello, identificando a qué género pertenecen.

La sexualidad forma parte de la personalidad de cada individuo como una más de sus manifestaciones, el resultado de una información equilibrada será un comportamiento sexual sin anomalías o conflictos personales o sociales.

En la institución APAC los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor reciben una educación sexual muy superficial, ya que algunos términos y su significado lo desconocen como por ejemplo; masturbación, menstruación, eyaculación, relación sexual, toallas sanitarias femeninas, embarazo, etc., esto se debe a que no se profundiza en los temas, quizás sea porque se piensa que ellos no necesitan de esta información, por su severidad física, además la sociedad los limita ya que las actitudes que toman ante ellos sobre su posible sexualidad es de rechazo, asombro, asco, etc.

Los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, no llegan a tener contacto con personas que no tienen esta discapacidad en cuanto a una relación de noviazgo, ya que por su severidad (movimientos incontrolados, inmovilidad, etc.) se llega a obstaculizar una relación sexual, ya sea con una persona con su misma discapacidad o con una persona no discapacitada.

Las parejas con parálisis cerebral son mal vistas por la sociedad, y se piensa que sería muy difícil un matrimonio entre ellos, y más aún llegar a la procreación, porque se cree que son



personas que no tienen la madurez suficiente y tampoco la responsabilidad para sostener una familia económica y personalmente.

Pero sucede todo lo contrario a esto, existen matrimonios de parejas que los dos tienen p.c. y han formado su familia sacando adelante a sus hijos.

En general, los padres de los adolescentes con parálisis cerebral no cuentan con la información adecuada para comprender la sexualidad de sus hijos, por lo tanto su actitud hacia la sexualidad de ellos es negativa.

Esa educación de la sexualidad inadecuada de los padres puede deberse a su misma educación, tabúes, valores prejuicios, etc., estableciendo la relación en cuanto a comunicación sexual padre-hijo, madre-hija o la responsabilidad otorgada a la madre únicamente.

Algunos padres, en la actualidad, tienen el sentimiento de frustración y culpabilidad por la lesión de su hijo, careciendo de una autoestima positiva para posteriormente transmitirles esa aceptación a su hijo con p.c.

El problema más frecuente de sexualidad en adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, es la masturbación excesiva realizada en público, algunas causas que provocan esto es la ropa ajustada, o el aductor que se encuentra colocado entre sus piernas fijado en la silla con la finalidad de que no se resbale y caiga al piso, etc., y quizás la falta de información sobre su sexualidad, ya que al tener conciencia de la masturbación, puede canalizar su sexualidad de diferente manera

**CAPITULO III**  
**EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DEL**  
**ADOLESCENTE CON PARALISIS CEREBRAL**

## CAPITULO III

### EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE CON PARALISIS CEREBRAL

Este capítulo está dedicado a mostrar las diferentes perspectivas tanto de la familia, escuela, religión y la sociedad, respecto a la educación de la sexualidad de las personas discapacitadas, particularizando en las personas con parálisis cerebral.

#### 3.1 FAMILIA

Nuestra investigación realizada en la institución Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral (APAC), se basó en datos reales, ya que se carecía de bibliografía sobre aspectos de la sexualidad del adolescente con parálisis cerebral severa a nivel motor, evidenciando consistentemente que en la familia muchos padres no hablan abiertamente con sus hijos sobre sexualidad. La comunicación en cuanto a sexualidad parece ser especialmente difícil durante la adolescencia, cuando los adolescentes están autoafirmando su "independencia" respecto de sus familias. Al existir una comunicación mutua propiciará mantener relaciones sanas y duraderas entre familiares, amigos y parejas.

El ser humano desarrolla la capacidad de comunicarse dentro de su núcleo familiar en el cual aprende a partir de los mensajes emitidos por los diferentes miembros, lo que le permitirá

posteriormente interactuar en su medio social.

Usando las siguientes formas de comunicación: como son el llanto, el lenguaje, los movimientos corporales, los gestos, los sonidos, el tono de la voz, las miradas, así como la pintura, el juego y la música entre otras.

La comunicación entre padres e hijos con parálisis cerebral es verbal, aunque a veces los adolescentes no articulan bien y no es muy entendible su lenguaje. Otros se comunican con dibujos, señas y movimientos de cabeza para decir sí o no.

El ser humano es socialmente dependiente desde su nacimiento y es la familia, en primera instancia, la que le ofrece el contexto para crecer, desarrollarse y comunicarse. El recién nacido establece sus primeras interacciones con la madre y padre. Ellos le dan la oportunidad de sobrevivir procurándole la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como emocionales, lo cual le permitirá aprender a expresar afecto.

Al ejercer sus funciones educativas, los padres darán pauta a crear en el individuo un marco de referencia en cuanto a la modelación de su conducta, sus valores y normas en la medida que esto se realice de manera congruente y sobre la base del afecto, el adolescente será un individuo "integrado". De acuerdo a la forma en que se lleve a cabo esta enseñanza, él aprenderá la manera de comunicar sus necesidades. Con sus hermanos vive un proceso que le ayudará a compartir, a tolerar la frustración, a competir, a cooperar, a manejar sentimientos de celos y rivalidad, así como tener relaciones interpersonales positivas o a sortear las

negativas.

Con base a los valores y pautas que establece cada sociedad, la familia crea sus propios patrones, normas y reglas que le permiten la expresión de afecto, la capacidad de decisión y la negación de problemas. Los patrones familiares son dinámicos y pueden hacer frente y adaptarse a los cambios que se requieren en cada uno de los diversos momentos de la familia.

El crecimiento de los hijos es un factor importante para cambiar las reglas de la familia. Cada etapa que alcanzan los hijos muestran una serie de desafíos diferentes que obligan a buscar nuevos patrones de relación.

Una de las etapas críticas de la familia, es la llegada de los hijos a la adolescencia. Muchas de las familias que hasta entonces habían tenido una buena comunicación que les permitía un equilibrio familiar, en este momento lo pierden y no es fácil recuperarlo. Sin embargo es posible lograr una nueva forma de comunicación que permita "la independencia" de cada quien.

Durante la adolescencia es crucial la búsqueda de la identidad. Esto hace que el cuestionamiento y la rebeldía sean necesarias en esta etapa. La religión, la sociedad, la política, las normas de la casa y la sexualidad son jerarquizadas en un nuevo panorama que puede o no coincidir con el de los padres.

Los sentimientos del adolescente son ambivalentes: se siente a la vez niños y adultos y con esta misma ambivalencia son tratados por los adultos. El joven debe definirse y tratar de

aceptarse como individuo con pensamientos propios, diferentes a los de sus padres.

Es importante tener en cuenta que muchas veces son los padres los que necesitan apoyo, ya que se encuentran tan inestables como los adolescentes. Ellos necesitan entender el proceso por el que están atravesando sus hijos. El despertar sexual de los hijos pone en evidencia la sexualidad de los padres y esto necesariamente se vive como un enfrentamiento dando origen al conflicto familiar.

"El conflicto familiar, así como su resolución depende del tipo de interacción que se dé entre los miembros. Las repercusiones de la dinámica familiar en el adolescente, pueden así ser de diversas modalidades".<sup>21</sup>

Hay familias rígidas en las que no se permiten nuevas reglas. Experimentan gran dificultad en el momento en que el crecimiento y el cambio son necesarios, insisten en mantener los modelos anteriores de interacción, son incapaces de aceptar que sus hijos han crecido y tienen nuevas necesidades; por lo que a los adolescentes no les queda otra salida que someterse, con toda la carga de frustración que ello implica, o rebelarse en forma muy drástica y destructiva.

En la familia sobreprotectora se observa gran preocupación por brindar toda clase de protección y bienestar a sus miembros, al grado de hacer esfuerzos desproporcionados por darles todo. La sobreprotección retrasa el desarrollo de la autonomía, de

---

<sup>21</sup> Pick de Weiss, Susan. "Planeando tu vida". Programa de educación sexual para adolescentes. Pág. 23 a 25.

la competencia, y del crecimiento del adolescente, lo que lo hace indefenso, incompetente e inseguro.

En las familias amalgamadas la felicidad depende de hacer todas las actividades juntos, impidiendo todo intento de "individuación". Es difícil para el adolescente vivir esta situación ya que él necesita independencia y privacidad y los deseos de lograrlo son vistos como amenazadores por los demás miembros de la familia.

Las familias evitadoras de conflictos tienen muy baja tolerancia al conflicto, personas con poca autocrítica, que no aceptan la existencia del problema, y por tanto no permiten el enfrentamiento y la solución de los mismos. Los adolescentes no aprenden a tratar y negociar las situaciones, con frecuencia es el hijo el que al llegar al límite, no aguanta la represión y explota causando una crisis familiar totalmente sorpresiva.

Hay familias centradas en los hijos en las que los padres no pueden enfrentar sus conflictos de pareja y desvían la atención hacia los hijos, dependiendo de éstos la estabilidad de la pareja y la satisfacción marital. Dentro de este medio el adolescente no puede crecer y se vuelve dependiente ya que al separarse rompería el equilibrio familiar.

En el caso de familias con un solo padre, cada uno de los hijos hace el papel del padre que falta, adoptando muchas veces el rol de la pareja ausente. El adolescente juega un rol diferente, por lo tanto no puede vivir su etapa, se comporta como adulto, está lleno de problemas y responsabilidades y existirá la posibilidad de que cuando sea mayor regrese a vivir la adolescencia extemporanea-

mente.

La familia pseudo-demócrata es aquella en donde los padres son incapaces de disciplinar a sus hijos, y con la excusa de ser flexibles no logran establecer los límites necesarios y permiten que los hijos hagan lo que quieran. El símbolo de autoridad es confuso, el adolescente se manifiesta con una competitividad desmedida, destructiva y sin límites.

Hay familias inestables en las que las metas son inseguras, difusas, no se plantean, sino que se improvisan. El adolescente se vuelve inseguro, desconfiado, temeroso y experimenta gran dificultad en el desarrollo de su identidad.

Nuevas formas de transacción deberán crearse en el medio familiar conforme las necesidades del adolescente van transformándose. Así la familia tiene la posibilidad de reencontrarse y restablecer el "equilibrio", si busca la manera de modificar su forma de comunicación, para la readaptación de las relaciones familiares ante la independencia y la identidad del adolescente.

Refiriéndonos a los adolescentes con parálisis cerebral se dice que "los padres de familia de la persona con parálisis cerebral no son los únicos padres con problemas de abordar de una manera abierta y franca los temas sexuales de sus hijos. Así se arguye que si la persona con parálisis cerebral es inocente, hay que dejarla así. La dificultad que muchos padres de familia tienen que aceptar las implicaciones erótico-sexuales de la pubertad en la vida de sus hijos ha sido señalada. No obstante, muchos padres reconocen que la situación de sus hijos es una que demanda más



apoyo a la obtención de conductas adecuadas y sólo hace a sus hijos fáciles y víctimas de explotación y engaño, y por ello, aceptan con interés las iniciativas de programas de educación de la sexualidad para sus hijos".<sup>16</sup>

La problemática que enfrentan los padres de familia ante esta situación es de desconocimiento, desconcierto y muchas veces de ansiedad, esto mismo sucede con los padres de familia de personas con parálisis cerebral, siendo más resentida por la situación en la que se encuentran sus hijos, aunándoles a veces del desconocimiento de qué es la parálisis cerebral y la confusión de sexo y sexualidad.

La mayoría de los padres de personas con parálisis cerebral toman una actitud de sobreprotección hacia sus hijos, manteniéndolos en una condición infantil aún mucho después de que han dejado de ser niños. "A medida que los jóvenes crecen y se hace emergente su sexualidad (lo cual trae consigo una situación de angustia, silencio, temor) los mitos y tabúes se hacen más patentes".<sup>17</sup>

Como consecuencia de esta supresión de información y la falta de conocimiento, la conducta sexual en la persona con parálisis cerebral se expresa en formas socialmente inaceptables, ya que se considera que al llegar a la adolescencia estas personas

---

<sup>16</sup> Martínez Flores, Ma. Teresa y Valtierra Godínez, Martha A. "La sexualidad de las personas con p.c.: una alternativa educativa para padres de familia y maestros". 1991 Pág. 67 (Tesis).

<sup>17</sup> Idem. Pág. 94.

no presentarán cambios y algunos los presentarán pero no muy notables, también son considerados personas asexuales.

Algunos padres de adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor, dicen que los problemas más presentados en la sexualidad de sus hijos son de masturbación y el rechazo de pareja.

En algunos casos no saben como considerar a la masturbación por el hecho de desconocer su definición y decir si es buena o mala, porque hay ocasiones en que es excesiva.

Por otra parte también se desconoce la definición de menstruación, hay algunos padres de familia que si tienen una idea, pero hay otros que desconocen el término, y como se establece la relación padre-hijo y madre-hija, lo cual hace que la comunicación sea pobre y únicamente se les explica a las mujeres, no que es la menstruación, sino que les va a pasar, y en el caso de la masturbación no se les dice nada a los varones.

En relación al noviazgo y matrimonio de personas con parálisis cerebral severa a nivel motor, sus padres no saben que decisión tomar en cuanto a aceptar este tipo de compromiso, ya que si prevalecen las mismas condiciones de ambos, por su severidad no estarían en condiciones de responder a dicho compromiso y si se presentara el caso de que pudiera responder la persona con parálisis cerebral severa a nivel motor se le daría toda la autorización y el apoyo familiar.

Por otro lado ya conformado el matrimonio también no sabrían si esterilizar a la persona con parálisis cerebral o no, ya

que como mencionamos anteriormente dependiendo las condiciones en que responda la persona se decidirá, no de forma drástica, aislante o represiva.

Partiendo de que algunos padres carecen de información sobre su sexualidad, puesto que no fue apropiada porque en sus tiempos no se podía hablar del tema y era mal visto, aún será más conflictivo el darle información de la sexualidad a su hijo con parálisis cerebral.

Por tal razón reconocen que requieren de una orientación e información para abordar el tema y poder comunicárselos a sus hijos, ya que las personas con parálisis cerebral, en particular adolescentes con estas características, tienen los mismos derechos que cualquier otra persona de manifestar su sexualidad y son personas sexuadas que van a externar su conducta sexual de acuerdo a sus necesidades.

Finalmente cabe recordar que desde "la segunda mitad de este siglo, distintas Asociaciones de Padres de Familia lucharon para que sus hijos fuesen reconocidos como ciudadanos con plenos derechos. En 1968 Bert Nirje intervino en la promulgación de la ley de Normalización aprobada por el Parlamento Sueco, sin embargo, fue hasta la década de los setentas cuando en ese mismo país se comenzó a advertir que las Personas con Necesidades Especiales tenían el mismo derecho que los demás a la actividad sexual".<sup>11</sup>

En México la sexualidad se ha visto oprimida y hasta

---

<sup>11</sup>

Delfin, Francisco, "Educación de la sexualidad en personas con necesidades especiales". Pág. 427.

negada, cubriéndose de mitos, misterios y temores, ya que la cultura es la encargada de transmitir los valores, comportamientos, los cuales cambian de una época a otra. En la actualidad se comienza a tener difusión de la educación de la sexualidad, dando información y orientación, ya que se debe de comprender al ser humano en todas sus manifestaciones, para que se acepte así mismo y pueda comprender y aceptar la sexualidad de personas con discapacidades, porque poseen las mismas necesidades y derechos.

### 3.2 ESCUELA

La educación como proceso para la formación humana tiene como fundamento de su acción, los objetivos y fines que señala la sociedad en el momento histórico de su evolución. La educación en general se realiza con carencias científicas notables y emplea medios y procedimientos no actualizados que retrasan y empobrecen el desarrollo que debe caracterizar al hombre de cada época.

Las estructuras sociales hasta hace muy poco tiempo declinaban la responsabilidad de la educación subnormal en los padres. Es un hecho que la formación básica de todo individuo depende (sea inteligente o no) de las raíces familiares; salvo casos excepcionales. La educación familiar sigue siendo en nuestros días el núcleo principal al respecto.

Pero la evidencia de que no todos los padres están capacitados para educar a sus hijos con discapacidad y de que

aunque lo estén, las circunstancias de la vida actual no son las mejores para llevar a cabo esa labor en el seno del hogar, desplaza cada día más tamaña responsabilidad hacia las instituciones especializadas.

Muchos padres dejan a sus hijos en estas instituciones por el mayor tiempo posible, y se molestan si se presentan vacaciones en la institución, ya que esto implica que hacer con ellos todo el día en la casa, o con quien dejarlo si laboran.

Aceptando que, por lo general, nadie va a aportar más amor y comprensión que los propios padres en la formación de los hijos menos afortunados, aunque hay excepciones ya que varios profesionales dan el amor que algunos padres no dan a sus hijos con parálisis cerebral dentro de la institución, dedicando por completo su labor a los alumnos y dándoles la confianza y el amor que a veces o completamente les falta.

En la institución APAC, particularizando a los adolescentes con parálisis cerebral severa, establecen más comunicación entre ellos que con su familia, al igual que se comunican y tienen más confianza con los docentes que con su familia.

En aspectos sobre sexualidad los adolescentes entabian muy poca comunicación con sus padres.

La educación del adolescente con parálisis cerebral exige amor, por supuesto. Pero además necesita tiempo. Todo el tiempo posible. En la mayoría de los casos, los padres conviven muy poco tiempo con su hijo, ya sea porque laboran o porque el tiempo que dedican a ellos es mínimo, no dando lugar a que haya una mutua

confianza y sobre todo comunicación. En ocasiones los padres no se dan cuenta de los cambios que tiene su hijo en la etapa de la adolescencia.

"Dedicar a esa labor todo el tiempo posible es la base de la educación especial. Horas, días y años para la observación atenta del desarrollo del educando. Jornadas enteras para la individualización de los problemas. Tiempo para estudiar la estrategia a seguir en cada caso. Para rectificar oportunamente criterios erróneos. Para ganarse la confianza de quien está siendo educado".<sup>19</sup>

Dentro de la institución especializada un factor importante es la técnica educativa, sin la cual todo esfuerzo puede ser inútil o lo que es peor, contraproducente. "Dicha técnica debe obtenerse a través de los canales didácticos adecuados".<sup>20</sup>

En primer lugar, "la educación sexual exige amplios conocimientos de la realidad sin que para afrontar ésta valgan dogmatismos ni actitudes fanáticas en uno u otro sentido. La certidumbre de que en materia de sexualidad todo es posible, bajo la premisa de la debilidad humana constituye el único pilar firme del entremado pedagógico".<sup>21</sup>

Aunque en la actualidad es poco lo que se proporciona sobre educación de la sexualidad, simplemente se ven aspectos

---

<sup>19</sup> Alfaro García, Emilio. "Educación sexual del deficiente mental". Pág. 962.

<sup>20</sup> Idem. Pág. 962.

<sup>21</sup> Idem. Pág. 962.

anatómicos del cuerpo humano, sin profundizar en temas sexuales.

No hay cavidad para almas timoratas en este campo. Ni para prejuicios doctrinarios según los cuales se traspasa al territorio de lo subnormal el concepto de maldad o de pecado reservado a lo normal que delinque en un deliberado deseo de infringir la Ley Civil o Moral. "Es imprescindible, el conocimiento psicológico de lo sexual, tanto en la esfera de lo pretendidamente normal como en sus desviaciones más frecuentes. De ahí que el docente disponga de formación psicológica y psiquiátrica a niveles prácticos, así como de conocimientos de anatomía y fisiología de la reproducción en ambos sexos y de un criterio que podríamos denominar -clínico- para valorar cuándo su pupilo sufre de conflictos de orden sexual y cuándo el problema constituye un disturbio orgánico, que debe remitirse al médico correspondiente".<sup>11</sup>

Considerando que la educación sexual del adolescente con parálisis cerebral debe ser confiada a profesionistas con dedicación plena y formación técnica de garantía a los que se supone una polarización afectiva hacia el objetivo de su trabajo.

Es frecuente que en las instituciones, y específicamente en APAC, algunos docentes ni siquiera tienen bien definido que es parálisis cerebral, siendo algo básico que deben saber al laborar en dicha institución, describen causas y características. Y sobre la sexualidad de los adolescentes con parálisis cerebral piensan que es igual a una persona "normal" físicamente. Otros creen que

<sup>11</sup> Idem. Pág. 963.

es limitante, porque no pueden manifestar lo que sienten, además creen que su desarrollo es limitado en cuanto a conocimiento de su cuerpo.

Los docentes de la institución APAC consideran que su formación sobre educación de la sexualidad es muy superficial, tanto de ellos como de los adolescentes y sus padres.

"Este hecho que se da en cada persona, favoreciéndolo y obstaculizándolo se le denomina Educación, y a la orientación que da el guión sexual para que cumpla el papel asignado al varón y a la mujer durante toda una existencia, se le denomina Educación de la Sexualidad".<sup>33</sup>

"La educación sexual tiende a reconocer la importancia de la socialización desde la infancia, destacando la necesidad de formar al niño no en la represión, el miedo, la ignorancia, la deficiencia y superioridad de un sexo sobre el otro, sino más bien destacando aquellos elementos básicos para su autorealización y la canalización de su impulso para el goce sexual".<sup>34</sup>

Reiterando una vez más, en nuestra sociedad con una cultura ya determinada (valores, ideas, costumbres, mitos, etc.), las familias siguen manteniendo una línea de tradición, de educación, que no les permite entender de otra manera lo ya aprendido sobre sexualidad, transmitiendo lo positivo o negativo sobre este tema.

---

<sup>33</sup> CONAPO. "Orientaciones pedagógicas". Pág. 236.

<sup>34</sup> CONAPO. "La educación de la sexualidad humana". Sociedad y sexualidad. Pág. 170.



Los docentes que laboran en APAC consideran iniciar la educación de la sexualidad desde la primera infancia, otros piensan que es conveniente entre los 7 y 10 años, mientras que otros proponen que no hay edad exacta. Ellos se autoevalúan y coinciden que su educación sexual fue muy escasa, y buscaron esta con amistades, escuela, o por cuenta propia.

La nueva forma de posición sobre sexualidad se resume en cuatro aspectos:

**Natural:** Lo sexual es un atributo del ser humano.

**Integral:** Partiendo del enunciado anterior, el proceso de socialización de la sexualidad debería realizarse integralmente, es decir, tomando en cuenta los aspectos biopsicosociales.

**Positiva:** La vida sexual cumple una función importante: generar vida. Este proceso debería ser resultado de la autodeterminación responsable, la comunicación y el mutuo afecto.

**Realista:** Evitar el miedo a hablar sobre el comportamiento biológico (sexo) de la sexualidad, en forma clara procurando un ambiente de confianza que permita espontaneidad.

Así mismo "la sexualidad se educa, se forma y va dando sentido de integración a todos los potenciales biopsicosociales que surgen a lo largo de la vida del individuo".<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> CONAPO. "La educación de la sexualidad humana". Educación y sexualidad". Pág. 31.

En la institución APAC algunos docentes explican que la sexualidad es parte del desarrollo biopsicosocial del individuo, otros aseguran que es comportamiento y necesidad natural del ser humano.

"La educación sexual formal es aquella que parte de la formulación explícita de fines y organiza sistemáticamente los medios para alcanzarlos".<sup>36</sup>

La escuela es la primera institución social que las sociedades establecen como agente de educación formal. La educación de la sexualidad que en ellas se propicia sirve al sistema que les da origen, responde tanto a los programas formales, como a la interacción informal de los grupos que integran la estructura educativa.

Dentro de temas de sexualidad, los docentes de APAC entienden por masturbación, la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer y/o llegar al orgasmo, consideran que la masturbación no es mala, es decir, es natural y normal, siempre y cuando no sea en exceso. Al ver ellos a un adolescente con parálisis cerebral severa masturbándose, algunos reaccionan normal, otros les explican que hay lugares apropiados evitando que continúen, mientras que unos no sabían que hacer y pedían ayuda.

Para los docentes la menstruación es el desprendimiento de la membrana uterina aproximadamente cada 28 días con una duración de sangrado variante entre 3 y 7 días, para varios es el ciclo, o periodo o manifestación de la mujer.

---

<sup>36</sup>

CONAPO. Idem. Pág. 66.

A pesar de que existe mayor "libertad de expresión sobre educación de la sexualidad" encontramos todavía la limitante de la ideología que tenemos, para algunos docentes de APAC hablar sobre sexualidad es penoso y causa vergüenza. Si se tienen ciertos tabúes sobre sexualidad es imposible transmitir o querer educar a otra persona.

En el hogar debe ser complementado por el colegio y por la escuela, cuya misión principal es reforzar la actitud sana que infunde la familia y sobre todo, complementar y sistematizar los conocimientos sobre el tema que sean, en este caso sobre educación sexual.

Desafortunadamente, en la actualidad, el colegio y la universidad tienen que sustituir en gran parte la labor de los padres que, por ignorancia y temor, no dan una educación sexual adecuada. La educación sexual debe incluir a los padres, y a los adultos en general, para hacer posible la educación de los niños posteriormente adolescentes a través de ellos y de la escuela.

Por adolescencia entienden los docentes de APAC (programa de adultos), una etapa de cambios físicos y emocionales, otros dicen que es la transición entre la niñez y la edad adulta, mencionando que es la carencia de algo y que abarca entre los 15 y los 18 años.

Así como se da orientación y pláticas a los padres de los adolescentes con parálisis cerebral en la institución APAC, sobre la manera de alimentación, higiene, cuidados, terapias y otras, se debe incluir orientación sexual.

Quizás la limitante en esta institución es en los programas sobre temas de sexualidad ya que sólo se basan en los contenidos de los libros de la SEP.

Es cierto que se da educación de la sexualidad a adolescentes y padres, pero es mínima y superficial.

Lamentablemente los padres de los adolescentes con p.c. piensan que su hijo es asexual y no se preocupan por tener información sobre el tema, los docentes de esta institución (APAC), externan que solamente acuden cuando se presenta algún problema relacionado a esto, mientras no.

En esta institución (APAC) en el programa de adultos, el problema de sexualidad más frecuente en los adolescentes con p.c. severa a nivel motor es la masturbación excesiva, aunado a esto existe un desinterés por parte de los padres sobre la sexualidad de sus hijos.

La opinión sobre temas y sugerencias de los docentes de APAC, para mejorar la educación de la sexualidad de los adolescentes con p.c. de ellos y padres se basa en cursos donde se hable de anticonceptivos, embarazo, noviazgo, relación sexual, matrimonio, masturbación, función de órganos sexuales en una relación sexual.

### 3.3 RELIGION

Cuando los grupos humanos necesitan reforzar ciertas normas o conductas, las sacralizan mediante la religión, modulando y moldeando conductas y comportamientos.

Mientras en los pueblos occidentales se castiga severamente la poligamia, en Oriente forma parte de las estructuras sociales. Por el contrario, el adulterio sólo puede ir a los tribunales a requerimiento de una de las partes afectadas en el mundo de raíces europeas, mientras que entre los árabes puede llevar al atajo del verdugo".<sup>37</sup>

Así como va cambiando la época también se modifica la forma de pensar, aunque muchos aspectos sobre las personas discapacitadas siguen arraigados, como es el que son anormales, no piensan, no tienen sexualidad, etc.

En algunas tribus eran considerados de varias formas "los indios masai asesinaban a los niños discapacitados; la tribu azand los amaba y los protegía; los chagga del africa oriental utilizan a sus discapacitados para auyentar al demonio; los jukus de Sudán consideraban que eran obra de los malos espíritus y los abandonaban para que murieran".<sup>38</sup>

"Los semang de Malasia empleaban a sus lisiados como hombres sabios para dirigir disputas tribiales; los balneses los consideraban un "tabú" social. Los antiguos hebreos creían que la enfermedad y los defectos físicos eran una marca de pecado; para los nórdicos, eran dioses. Durante la Edad Media, se creía que los discapacitados físicos y mentales estaban poseídos por el demonio y, por lo tanto, los quemaban por brujos; durante el Renacimiento,

---

<sup>37</sup> Alfaro García, Emilio. "Educación sexual del deficiente mental". Pág. 266.

<sup>38</sup> Leo Buscaglia. "los discapacitados y sus padres". Pág. 345.

se consideraba que los individuos que tenían esas mismas discapacidades eran desafortunados y los internaban en hospitales donde eran tratados con afecto".<sup>39</sup>

Es reconocido que la sociedad, por medio de la ideología enseña, los papeles sexuales que deben ejercer sus miembros con ciertos grados de exigencia, según la etapa del ciclo vital familiar que estén viviendo.

"De modo particular, y tal vez debido a la influencia de la religión, la cultura global de nuestros países centro y sudamericanos. Llamado por varios autores "Cultura hispanoamericana", más que otros sectores de la cultura occidental y a diferencia de algunas culturas indígenas, ha condicionado de modo contradictorio y hasta a veces conflictivo los papeles sexuales".<sup>40</sup>

La sexualidad es controlada por cada sociedad a través de mitos, dogmas, tabúes, creencias y costumbres, en lugar de una concepción científica y real. "Esto ha ocasionado que en la población se presenten diversos problemas como agresividad, divorcios, adulterio, represión, sumisión, violencia con los hijos, falta de respeto abortos y demás conflictos en las relaciones interpersonales".<sup>41</sup>

La eticidad de cualquier conducta sexual se suele juzgar según las diversas concepciones ético-religiosas. Las cuales pueden clasificarse dentro de dos grandes concepciones: la

<sup>39</sup> Idem. Pág. 21.

<sup>40</sup> CONAPO. "Sociedad y sexualidad". Pág. 164 y 165.

<sup>41</sup> CONAPO. "Educación y sexualidad". Pág. 205.

funcionalista y la humanística.

"La concepción funcionalista evalúa la conducta en relación con su funcionalidad, en la perpetuación de la sociedad existente y de sus valores. Una conducta será aceptable o positivamente valorada, en cuanto esté de acuerdo con la concepción de la sociedad y del hombre tradicional, si está o no en favor de conservar la especie o de reproducir el estatus de la familia, la escuela, la sociedad, etc." <sup>42</sup>

En contraposición "la concepción humanística parte del individuo para evaluar la eticidad del comportamiento de una persona. Para la concepción humanística la autorealización, la autenticidad y el completarse a sí mismo es la meta única y fundamental del hombre-persona, coincidiendo al hombre como el buscador de la maximización de sus capacidades intelectuales y emocionales desarrollando al máximo sus talentos y el goce de su vida". <sup>43</sup>

Limitándonos a la sociedad cristiana o de orígenes cristianos, las normas de comportamiento sexual se han ido imponiendo de manera paulatina, con progresivas modificaciones y en dependencia casi siempre de los regímenes políticos imperantes. "Las dictaduras, tradicionalmente, han incidido de manera rígida en ese comportamiento, imponiendo drásticas restricciones moralizantes. Algunas democracias, como los Estados Unidos, sufrieron

---

<sup>42</sup> Giraldo Neira, Octavio. "Explorando las sexualidades humanas". Pág. 269.

<sup>43</sup> Idem. Pág. 269.

agudas crisis de puritanismo: recuérdese el -Código del Pudor-, elaborado en 1930 por el republicano William Hays, transformando la industria del cine en un medio propagandístico americano. -La mercancía sigue al film; donde quiera que penetra la película norteamericana vendemos más productos norteamericanos-".<sup>44</sup>

De una forma u otra, la conducta sexual -variable desde la legendaria liberalidad escandinava a formas más represivas en otros países- puede codificar en la actualidad de la manera siguiente:

1. Se acepta como manifestación sexual normal el coito vaginal, practicado por dos personas de distinto sexo, se reconoce el derecho a evitar el embarazo.
2. Esta actividad se restringe a individuos mayores de edad. De otro modo, se incurre en el delito de corrupción si en la cópula interviene un menor.
3. El coito presupone aceptación por ambas partes. De existir resistencia por alguna de ellas, se produce violación, lo que constituye un delito.
4. Prestaciones sexuales a cambio de cualquier tipo de compensación: dinero, regalos, etc., se consideran prostitución, prohibida en casi todos los países.

"La iglesia católica -a la que debemos referirnos por constituir el credo de muchos millones de españoles mantiene una

---

<sup>44</sup> Alfaro Gracia, Emilio. "Educación sexual del deficiente mental". Pág. 958.



postura invariable, tras un tiempo de expectativas subsiguiente al Concilio Vaticano II y que desvaneció la encíclica *Humanae Vitae* de Paulo VI, sinterizada así:

1. La sexualidad constituye el vehículo ordenado por Dios para la continuidad de la especie.
2. El fin de la sexualidad es el coito vaginal en el marco del matrimonio.
3. La abstinencia -periódica o no- constituye la única vía permitida para el control de la natalidad.

Puede verse que, desde la escuela línea de la iglesia (que no ve en la sexualidad más que el instinto de reproducción concebido por Dios al hombre), a la más permisiva de las legislaciones, de lo que se trata es de garantizar un orden. Por parte del Vaticano, el *Creced y multiplicaos*. Por parte de los estados laicos, más realistas con la peripecia humana, el equilibrio entre derechos individuales y la estabilidad de la sociedad".<sup>45</sup>

Pero ninguna doctrina religiosa ni código alguno de carácter civil o científico definen las características de la sexualidad normal. Unas y otras sólo disponen de normas.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

---

<sup>45</sup> Idem. Pág. 957 a 959.

### 3.4 SOCIEDAD

Se puede decir que una discapacidad no es algo agradable y no hay motivos para creer lo contrario. En la mayoría de los casos, causará dolor, incomodidad, vergüenza, lágrimas, confusión. Sin embargo a cada instante, no sólo nace una persona con discapacidad sino que también la sociedad la convierte en tal. Aunque en ese momento no sean conscientes de ello tanto el niño que nace con un defecto de nacimiento, como el adulto que queda lisiado no se encuentran tan limitados por la discapacidad real como por la actitud de la sociedad frente a la discapacidad como una anomalía, y es el individuo quien sufre las consecuencias de la definición.

"El doctor Sol Gordon (1974) expresa correctamente cuando afirma: Es la sociedad la que crea la discapacidad. Si bien la mayoría de las discapacidades son producto del acto del nacimiento o de un accidente. El impacto negativo en la vida de esa persona con frecuencia no es consecuencia tanto de la "discapacidad" como del modo en que los demás definen esa discapacidad o tratan a la persona. Encarcelamos a cientos de miles de personas con necesidades especiales en instituciones especiales; hasta aquellas personas que tienen la suerte de recibir servicios en la comunidad, por lo general, los encuentran en lugares segregados y por lo tanto estigmatizantes, tales como talleres y escuelas especiales. Este modo estereotipado de atender a las personas con necesidades especiales mediante la internación y la aislación, son un reflejo

de la suposición de que las personas con una discapacidad no están interesadas en relacionarse con el grupo de la sociedad ni capacitadas para hacerlo".<sup>46</sup>

Es claro como la sociedad es la que limita y la que establece las normas y a partir de todo lo que se saiga de algo impuesto por esta misma es "anormal".

Un historia española alcaza esto "Cuenta que uno a uno, a los habitantes de un pueblo les comenzó a crecer una cola. Los primeros a quienes les comenzó a crecer este apéndice, similar al de los monos, tratan de ocultarlo, horrorizados. Lo ocultaban trabajosamente dentro de pantalones muy amplios o faldas con vuelo para que no se note, que son "diferentes". Pero cuando descubren que a todos los demás les está saliendo cola, su actitud cambia totalmente. En la práctica, la cola les servía y resultaba muy útil para llevar cosas, para moverse con mayor rapidez, para abrir puertas cuando tienen las manos ocupadas. Los diseñadores comienzan a crear ropa apropiada para acentuar y liberar las nuevas colas. Al poco tiempo, se comienzan a utilizar adornos que ponen en primer plano a los novedosos apéndices.

Y de pronto, se comienza a considerar anormales a todos los que no tienen cola. Estos, a su vez, tratan frenéticamente de ocultarlo comprándose colas artificiales o aislándose de los miembros de la sociedad que tienen cola ;Qué verguenza! ;No

---

<sup>46</sup> Leo Buscaglia. "Los discapacitados y sus padres". Pág. 16.

tienen cola".<sup>47</sup>

Las pautas de belleza, así como las de perfección física, no sólo varían dentro de una sociedad, sino entre distintas sociedades. Mientras que en determinado momento en los Estados Unidos la moda para las mujeres indica que deben ser delgadas y con pocas curvas, y por ejemplo los italianos admiran a las mujeres suaves, redondeadas voluptuosas.

Los individuos definirán la belleza y la normalidad según su cultura les haya enseñado. De este modo, están precondicionados por pautas de perfección física desde la niñez, mucho antes de que puedan decidir por sí mismos y crear sus propias pautas individuales.

"La influencia de la sociedad sobre las expectativas en cuanto al físico y la belleza se pone de manifiesto al observar el comportamiento de los niños pequeños".<sup>48</sup>

Por lo consiguiente, es muy fácil que las personas con una discapacidad física asuman las opiniones y las impresiones que la sociedad tiene y proyecta en cuanto a las discapacidades físicas, como parte de su comportamiento y personalidad. Este fenómeno se conoce como somatopsicología. "Es el estudio del modo en que la respuesta de la sociedad ante las discapacidades afecta el modo de actuar, los sentimientos y las interacciones de las personas discapacitadas". Sugiere que la sociedad puede influir sobre las personas con problemas físicos o mentales, limitando su

---

<sup>47</sup> Idem. Pág. 17.

<sup>48</sup> Idem. Pág. 18.

modo de actuar, modificando sus sentimientos hacia sí mismos y afectando su relación con otras personas.

Esto está claramente ilustrado en la historia relatada por una joven con parálisis cerebral. "Siendo adolescente, había aprendido a sostener la cuchara con la mano bastante bien, pero a su modo, apoyando el codo firmemente sobre la mesa. De este modo, podía llevar la comida del plato a su boca en forma eficiente, controlada, sin desparramar demasiado la comida. Esto era un gran logro para ella. Pero sus padres le reprendían constantemente diciéndole que las jovencitas bien educadas no comen con los codos sobre la mesa. Además le decían que hasta que no aprendiera a comer correctamente, no saldría con ellos a cenar fueras".<sup>49</sup>

La familia pensaba que lo normal para la sociedad debía serlo para todos, inclusive para la hija con parálisis cerebral.

Con esto podemos ver que la sociedad tiene gran influencia sobre la familia y la sociedad creada por las familias marcando un círculo vicioso. Limitándose de todas formas a personas con necesidades especiales.

Christy Brown, en un libro pequeño "My left foot", presenta un ejemplo clásico. "Afectado por una grave parálisis cerebral, las personas que lo rodean consideraron que era un caso perdido, pero a pesar de eso su mente despierta buscaba expresarse como fuera posible. Después de muchas pruebas y frustraciones descubrió que podía usar los dedos de su pié izquierdo para escribir y dibujar. Todos los que estaban próximos a él, a

---

<sup>49</sup> Idem. Pág. 20

excepción de su madre, se mostraron horrorizados y trataron de disuadirlo asegurándole que eso no estaba bien. ¡la gente no comía, ni pintaba, ni escribía a máquina con los pies!, para ellos eso era raro y grotesco. Christy no sólo utilizó su pie izquierdo para escribir sino que también fue autor de varios libros, entre ellos un best-seller biográfico titulado "Down all the Days".<sup>50</sup>

Otra persona que sobresalió teniendo parálisis cerebral fue Gaby Brimmer quien era hija de judíos con una posición económica buena y renegando siempre de su círculo social por no aceptar a las personas con alguna discapacidad. Ella poseía una inteligencia admirable, cursó la primaria, la secundaria y preparatoria, llegando a la universidad, inscribiéndose a la carrera de periodismo la cual no sabemos si la concluyó.

Escribió su libro "Gaby Brimmer" con la ayuda de Elena Poniatowska, tenía la habilidad de pintar y tejer. Escribió otro libro llamado "Poemas de Gabry Brimmer".

No podemos dejar de lado que las personas discapacitadas tienen un gran potencial intelectual, psicológico, sexual, etc., que es pasado por alto al pensar que no pueden hacer nada.

"Cada día aumenta el número de personas que aceptan el que una persona excepcional pueda vivir en un hogar o en una pensión, trabajar en la sociedad, ir al cine, asistir a cursos o realizar cualquier otra actividad en sus hogares libres; aunque todavía haya sectores de la población que ni siquiera aceptan a las

---

<sup>50</sup> Idem. Pág. 21.

personas con parálisis cerebral".<sup>31</sup>

En nuestra sociedad las normas y pautas que regulan el comportamiento sexual de las personas, atravieza una etapa de cambios. Sin embargo, siguen predominando actitudes y comportamientos tradicionales en lo que respecta a sexualidad y a su forma de afrontarlo, tanto en la escuela, como en la familia y por consiguiente en la sociedad.

---

<sup>31</sup>

Martínez Flores, Ma. Teresa y Valtierra Godínez Martha A.  
"La sexualidad de las personas con p.c. una alternativa educativa para padres de familia y maestros". 1991. Pág. 68. (Tesis).

**CAPITULO IV**  
**PROPUESTA EDUCATIVA**  
**DE LA SEXUALIDAD**



## CAPITULO IV

PROPUESTA ALTERNATIVA EDUCATIVA DE LA SEXUALIDAD PARA  
ADOLESCENTES CON P.C. SEVERA A NIVEL MOTOR

En México existen numerosos niños, jóvenes y adultos que tienen requerimientos de educación especial, careciendo y marginándose de la misma, aislándolos en algunos casos por pertenecer a poblaciones de bajos recursos, con una economía deprimida, cuyas condiciones de vida propician el incremento de ciertas enfermedades y la falta de estímulos que afectan diversas formas o niveles de aprendizaje.

Aunque en nuestros tiempos se han ido realizando grandes esfuerzos y aportaciones en pro del campo de la educación especial, se dice, que existen aún necesidades, las cuales se incrementan por causas y aspectos como: económicos, sociales, poblacionales, culturales, políticos, pedagógicos, etc.

La situación actual del mundo contemporáneo, caracterizada por grandes avances científicos y tecnológicos y acelerados cambios sociales, ha dado origen dentro del campo educativo a una gran inquietud: la educación de la sexualidad.

Los docentes comparten esta inquietud generalizada, pero limitados a una labor dentro de las aulas y de acuerdo al contenido de los libros de la SEP, que no les permite ver más que aspectos anatómicos y superficiales sobre sexualidad, sin ver que función

desempeñan los órganos genitales en una relación sexual.

Independientemente del nivel, grado o especialidad en donde labore el docente, tendrá que enfrentarse a la educación de la sexualidad, no sólo para el mejoramiento personal, sino para estar apto y brindar información al respecto, así como para tareas implícitas en su formación.

Una gran mayoría de docentes ignora que su desarrollo biopsicosocial está acompañado de un proceso fundamental para el hombre: la sexualidad, ya que conlleva las características psicológicas y sociales que le permiten al individuo comportarse de una manera determinada sexualmente.

Por otra parte, considerando al hombre como un ser racional, un ente biopsicosocial, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) declaró que la salud sexual es parte integral del concepto de salud, la cual, proporcionará a las personas un bienestar social, reconociendo así que la sexualidad es una dimensión del comportamiento humano.

Ahora bien, si consideramos que la población del adolescente con parálisis cerebral severa a nivel motor puede incrementarse, entonces no se puede hacer a un lado la necesidad de proporcionarles una adecuada orientación socio-educativa-sexual, la cual desafortunadamente en algunos centros de atención a personas con parálisis cerebral se proporciona, siendo lugares en donde se dan las pautas para propiciar un desarrollo integral en estas personas.

Lamentablemente como las autoridades lo refieren, casi

ninguno de ellos ha recibido algún tipo de orientación sexual, y por sus características de los adolescentes con p.c. severa, tal vez pueden ser víctimas de un abuso sexual y en el caso del adolescente varón llega a presentar masturbación excesiva.

Por otra parte si las personas responsables de la institución pretendieran o dieran pautas para hablar con los adolescentes sobre su sexualidad, ya que tienen la capacidad de aprender, aunque careciendo de su capacidad motora, no se crearía un mutismo o un tabú sobre el tema, y por lo tanto, no se propiciaría el tipo de problema que se presenta dentro de la misma.

Sin embargo se ha creado todo un conflicto entre los adolescentes sobre su sexualidad, siendo el reflejo de la falta de orientación al respecto y propiciando una marginación del adolescente con parálisis cerebral severa a nivel motor.

Por ello consideramos oportuno decir que es primordial, que a las nuevas generaciones con parálisis cerebral severa a nivel motor se les proporcione una orientación sexual, además que las instituciones den más apertura y más libertad de expresión sobre el tema, buscando un desarrollo integral de estas personas, aunque la sexualidad también tiene en su haber mitos y prejuicios, dando por resultado personas ignorantes de su sexualidad, y además personas que a veces por diversas causas se sienten culpables, valorando a su sexualidad como algo negativo, no considerándola como algo natural.

Respondiendo a esta problemática detectada en la investigación realizada, presentamos la siguiente propuesta como

alternativa educativa con el objetivo de contribuir al enriquecimiento sobre educación de la sexualidad.

Es así que con esta propuesta en el campo de la educación de la sexualidad, pretendemos auxiliar, apoyando al docente y a padres de familia, ya que se relacionan directamente con los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor. Consideramos que la primera ayuda que se puede prestar es empezar por una información sobre los adolescentes con dichas características.

El problema de la educación sexual es uno de los más graves que se plantea a la sociedad actual, ya que se enfrenta a diferentes enfoques ideológicos, políticos y culturales, que afectan de alguna manera el que se brinde o no educación sexual.

Esta pluralidad de medios conlleva a dos tendencias: la confusión de algo ya establecido y la aceptación de un nuevo cambio en aspectos de sexualidad.

Estamos asistiendo a la presencia en nuestra sociedad de nuevos ciudadanos. Al decir "nuevos" nos referimos a su reciente incorporación a la vida pública, ya que su antigüedad se pierde en los tiempos más remotos.

Al diseñar este programa, pudimos percatarnos de cuanta información tienen los docentes, padres de familia y adolescentes con respecto a su sexualidad, al igual que detectamos los problemas sexuales más frecuentes que presentan los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor.

El hecho más importante por el cual se ha realizado esta

investigación fue precisamente hacer conciencia a las personas que los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor son seres con sexualidad.

Pretendemos con nuestra aportación ayudar al docente y padre de familia, a comprender un poco más la sexualidad de los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor.

Esta propuesta tiene como objetivo primordial proporcionar conceptos precisos, claros y definidos del significado de educación sexual, también brinda recursos inmediatos para aumentar o confirmar a docentes, padres de familia y adolescentes sus conocimientos en el tema.

La propuesta se ha diseñado de la forma más sencilla, entendible y práctica, cubriendo aspectos básicos en materia sexual, podrá ser modificada de acuerdo a las necesidades y condiciones de los interesados.

**PROGRAMA DE EDUCACION DE LA SEXUALIDAD PARA ADOLESCENTES  
CON PARALISIS CEREBRAL SEVERA A NIVEL MOTOR**

**Dirigido a:** Adolescentes con Parálisis Cerebral Severa a nivel Motor.

De 12 a 20 años de edad.

**Institución de se impartirá:** Asociación Pro Personas con Parálisis Cerebral.

Programa de niños y adultos.

Dirección: Dr. Arce 105 Col.

Doctores. México, D. F.

**Será impartido por:** Sexólogos y Pedagogos

**Duración:** Una semana

**Sesiones:** Siete

**Tiempo:** 4 horas por sesión

**Tiempo Total:** 48 horas

**Objetivo General:** El adolescente con parálisis cerebral severa a nivel motor al término del curso: Identificará el desarrollo de su sexualidad a nivel físico, psicológico y social, con la finalidad de ampliar su información sobre el tema y tener una educación de la sexualidad adecuada.

## S E S I O N I

**Tema:** Parálisis cerebral e introducción a la sexualidad.

**Objetivo Específico:** El alumno analizará las definiciones de parálisis cerebral, sexualidad y sexo.

**Contenidos:** 1.1 Presentación del curso y organización

1.2 ¿Qué es parálisis cerebral?

1.2.1 Clasificación

1.2.2 Características

1.2.3 Niveles

1.3 Introducción a la sexualidad

1.4 Diferenciación de sexualidad y sexo

- Actividades de Aprendizaje:**
1. Realizarán una dinámica de grupo
  2. Valorarán el concepto y características de parálisis cerebral.
  3. Recibirán información de la sexualidad.
  4. Escucharán la diferenciación entre los conceptos de sexualidad y sexo.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una dinámica de integración "Conociéndonos". La cual será para cono-

cer un poco más de cada integrante del curso.

Algunos contenidos se llevarán a cabo por medio de "lluvia de ideas" para después exponer el contenido, aclarando dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Rotafolios. Diapositivas. Pizarrón.  
Borrador. Gis.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** CONAPO "La educación de la sexualidad humana", familia y sexualidad. Tomo II.  
Valdez F. Ignacio "Enfoque integral de la parálisis cerebral, para su diagnóstico y tratamiento". Ed. Prensa Médica. México, 1988. 225, pp.



## S E S I O N 2

**Tema:** Adolescencia y sus implicaciones.

**Objetivo Específico:** El alumno analizará los cambios que se presentan en la adolescencia.

**Contenidos:**

- 2.1 Adolescencia
- 2.2 Cambios físicos, psicológicos y sociales
- 2.3 Anatomía y fisiología de los órganos sexuales
  - 2.3.1 Función de los órganos sexuales
  - 2.3.2 Organos sexuales masculinos y femeninos
  - 2.3.3 Menstruación
  - 2.3.4 Masturbación

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Analizará la definición de adolescencia y sus características.
2. Recordarán los cambios que han presentado.
3. Proporcionarán nombres de los órganos y expondrán su punto de vista sobre los términos.

**Técnicas Didácticas:** Expositiva.  
Desensibilización de términos. Se enumerarán los sobre nombres o nombres incorrectos de órganos sexuales con la

finalidad de llamarlos por su nombre  
correcto.

**Recursos Didácticos:** Estereotipicón. Película ilustrativa.  
Tarjetas blancas. Pizarrón. Borrador.  
Gis.

**Tiempo:** 4 horas, con receso de 30 minutos

**Bibliografía:** Brenton y Myron. "La sexualidad en los  
minusválidos". Antología de educación  
especial, ENEP-Aragón.  
CONAPO. "La educación de la sexualidad humana".  
México, 1982.

## S E S I O N 3

**Tema:** Noviazgo, relación sexual y matrimonio.

**Objetivo Específico:** El alumno analizará la importancia que tiene la relación sexual.

**Contenidos:** 3.1 Noviazgo y matrimonio

3.2 Relación sexual

3.2.1 Proceso y partes anatómicas, asociadas con la relación sexual.

3.2.2. Acto sexual

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Proporcionarán su definición de noviazgo y matrimonio.
2. Recibirán la explicación de relación sexual.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la exposición de los contenidos, aclarando dudas que surjan y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Diapositivas. Rotafolios. Película ilustrativa. Pizarrón. Borrador. Gis.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Francesco. M. "Enamoramiento y amor". Ed. Gerisa.

Gordon, Sol. "Los derechos de los incapacitados". I.P.H.E. 9 pp.

**S E S I O N 4**

**Tema:** Expresiones comportamentales de la sexualidad.

**Objetivo Específico:** El alumno identificará alternativas sobre expresiones comportamentales de la sexualidad.

**Contenidos:** 4.1 Expresiones comportamentales

4.1.1. Audiofilia

4.1.2. Castidad

4.1.3. Gastrofilia

4.1.4. Iconofilia

4.1.5. Logofilia

4.1.6. Masturbación

4.1.7. Rinofilia

4.1.8. Tribofilia

**Actividades de Aprendizaje:** 1. Recibirán la explicación de diversas expresiones comportamentales de la sexualidad.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la exposición de los contenidos aclarando dudas que surjan y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Diapositivas. Rotafolio. Película ilustrativa.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Claesson H. Bent. "Información sexual para jóvenes". Ed. Lóquez. España. 140 pp.

## S E S I O N 5

**Tema:** Enfermedades de transmisión sexual

**Objetivo específico:** El alumno identificará las diferentes enfermedades de transmisión sexual así como la prevención de las mismas.

**Contenidos:** 5.1 Enfermedades de transmisión sexual más comunes.

- 5.1.1. Sífilis
- 5.1.2. Gonorrea
- 5.1.3. Herpes Genital
- 5.1.4. Vaginitis Monilia
- 5.1.5. Condiloma
- 5.1.6. Ladilla (piojo público)
- 5.1.7. SIDA
- 5.1.8. Prevención de las mismas

**Actividades de Aprendizaje:** Recibirán la explicación de diversas enfermedades de transmisión sexual más comunes.

Escucharán la importancia que tiene la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la

exposición de los contenidos aclarando dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:**

Diaspositivas. Rotafolio. Película ilustrativa.

**Tiempo:**

4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:**

Claësson H. Bent. "Información sexual para jóvenes". Ed. Lóguez. España. 140 pp.

Pick de Weiss, Susan. "Planeando tu vida". Programa de sexual para adolescentes. Ed. Pax.

México. 192. pp.

**S E S I O N 6**

**Tema:** Embarazo y anticoncepción

**Objetivo Específico:** El alumno identificará el proceso de gestación y sus consecuencias, así como métodos anticonceptivos.

**Contenidos:**

- 6.1 Embarazo y consecuencias
  - 6.1.1 Síntomas físicos
  - 6.1.2 Consecuencias físicas y psicosociales durante la adolescencia
- 6.2 Métodos anticonceptivos
  - 6.2.1 Condón
  - 6.2.25 Ovulos
  - 6.2.3 Píldoras
  - 6.2.4 Espumas. Jaleas. Cremas
  - 6.2.5 DIU

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Recibirán información de embarazo.
2. Recibirán información de anticoncepción.

**Técnicas Didácticas:** Se expondrán los contenidos, y se pedirá la participación de los alumnos.

**Recursos Didácticos:** Diapositivas. Rotafolio. Anticonceptivos.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.



**Bibliografía:** Pick de Weiss. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México. 192 pp.

## S E S I O N 7

**Tema:** Manejo de la comunicación asertiva y autoestima.

**Objetivo Específico:** El alumno analizará su comunicación asertiva, sus valores y autoestima.

- Contenidos:**
- 7.1 Comunicación asertiva
    - 7.1.1 Tener una buena comunicación
    - 7.1.2 El comunicarse dependiendo su necesidad
    - 7.1.3 Las conductas asertivas
  - 7.2 Valores
    - 7.2.1 Valores personales y más relevantes para los adolescentes.
    - 7.2.2 Comparación de valores del adolescente, familiares y amigos.
  - 7.3 Autoestima
    - 7.3.1 Habilidades y limitaciones de cada persona
    - 7.3.2 Aspiraciones personales y sociales
    - 7.3.3 Potencialidades de sí mismo
    - 7.3.4 Conductas que incrementan su autoestima

#### 7.4. Clausura del curso

- Actividades de Aprendizaje:**
1. Recibirá el adolescente capacitación para que identifique y responda ante las manipulaciones afectivas de quienes lo rodean.
  2. Identificará valores personales.
  3. Incrementará su autoestima
  4. Evaluará el curso

**Técnicas Didácticas:** "Psicodrama", se llevará a cabo con la finalidad de obtener una buena comunicación y ver qué tan importante es esta. Se requerirá de su participación y sus experiencias.

**Recursos Didácticos:** Tarjetas con indicaciones. Pizarrón.  
Una silla.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Pick de Weiss. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México. 192 pp.

**PROGRAMA DE EDUCACION DE LA SEXUALIDAD PARA DOCENTES Y  
PADRES DE FAMILIA DE ADOLESCENTES CON PARALISIS  
CEREBRAL SEVERA A NIVEL MOTOR**

**Dirigido a:** Docentes y padres de familia de adolescentes con  
parálisis cerebral severa a nivel motor.

**Institución donde se impartirá:** Asociación Pro Personas con  
Parálisis Cerebral.  
Programa de niños y adultos.  
**Dirección:** Dr. Arce 105 Col.  
Doctores. México, D. F.

**Será impartido por:** Sexólogos y Pedagogos.

**Duración:** Una semana

**Sesiones:** Siete

**Tiempo total:** 48 horas

**Objetivo General:** El docente y padre de familia de adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor al término del curso: analizarán el desarrollo sexual del adolescente con parálisis cerebral, a nivel físico, psicológico y social, con la intención de ampliar su información sobre el tema, y poder proporcionar al adolescente una educación de la sexualidad adecuada.

**S E S I O N I**

**Tema:** Parálisis cerebral e introducción a la sexualidad.

**Objetivo Específico:** El docente y padre de familia analizarán las definiciones de parálisis cerebral, sexualidad y sexo.

**Contenidos:** 1.1 Presentación del curso y organización

1.2 ¿Qué es parálisis cerebral?

1.2.1 Clasificación

1.2.2 Características

1.2.3 Causas

1.2.4 Niveles

1.2.5 Tipos

1.3 Introducción a la sexualidad

1.4 Diferenciación de sexualidad y sexo

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Realizarán una dinámica de grupo.
2. Valorarán el concepto y características de parálisis cerebral y expondrán sus casos.
3. Escucharán la información sobre sexualidad.
4. Analizarán los conceptos de sexualidad y sexo.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará dinámica de integración

"fiesta de presentación", la cual será para que se conozcan los integrantes del curso. Algunos contenidos se llevarán a cabo por medio de "lluvia de ideas", para pasar a aclarar dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Rotafolio. Diapositivas. Pizarrón.

**Tiempo:** 4 horas, con receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** CONAPO. "La educación de la sexualidad humana". Tomo II. Valdez F. Ignacio. "Enfoque integral de la parálisis cerebral para su diagnóstico y tratamiento". Ed. Prensa Médica. México. 1988. 225 pp.

**S E S I O N 2**

**Tema:** Adolescencia y sus implicaciones.

**Objetivo Especifico:** El docente y padre de familia mencionarán los cambios que se presentan en la adolescencia.

- Contenidos:**
- 2.1 Adolescencia
  - 2.2 Cambios físicos, psicológicos y sociales
  - 2.3 Anatomía y fisiología de los órganos sexuales
    - 2.3.1 Función de órganos sexuales
    - 2.3.2 Organos sexuales masculinos y femeninos
    - 2.3.3 Menstruación
    - 2.3.4 Masturbación

- Actividades de Aprendizaje:**
1. Analizará la definición de adolescencia y sus características.
  2. Recordarán los cambios que presentaron en su adolescencia y los que ha presentado su hijo con p.c.
  3. Proporcionarán nombres de los órganos sexuales y expondrán su punto de vista sobre los érminos.

**Técnicas Didácticas:** "Expositiva". Desensibilización de

términos. Se enunciarán los sobrenombres incorrectos de órganos sexuales, con la finalidad de llamarlos por su nombre correcto.

**Recursos Didácticos:** Estereotipicón. Película ilustrativa.  
Tarjetas blancas. Marcadores. Pizarrón.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Brenton y Myron. "La sexualidad en los minusválidos". Antología de Educación Especial. ENEP-Aragón.  
CONAPO "la educación de la sexualidad humana". México 1982.  
Kolodnn. Robert; Masters y Otros. "Tratado de medicina sexual". Ed. Salvat. Barcelona España. 1985.

## S E S I O N 3

**Tema:** Noviazgo, relación sexual y matrimonio.

**Objetivo Específico:** El docente y padre de familia analizará la importancia que tiene la relación sexual.

**Contenidos:** 3.1 Noviazgo y matrimonio

3.2 Relación sexual

3.2.1 Proceso y partes anatómicas, asociadas con la relación sexual.

3.3.2 Acto sexual

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Proporcionarán su definición de noviazgo y matrimonio.
2. Recibirán la explicación de relación sexual.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la exposición de los contenidos aclarando dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Diapositivas. Rotafolio.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Francesco, Merani. "Enamoramiento y amor". Ed. Gorisa.

Bent H. Claësson, "Información sexual para jóvenes". Ed. Lóñez. España. 140 pp.



## S E S I O N 4

**Tema:** Expresiones comportamentales de la sexualidad.

**Objetivo Específico:** El docente y padre de familia identificarán alternativas sobre expresiones comportamentales de la sexualidad.

**Contenidos:** 4.1 Expresiones comportamentales

- 4.1.1 Audiofilia
- 4.1.2 Castidad
- 4.1.3 Gastrofilia
- 4.1.4 Iconofilia
- 4.1.5 Logofilia
- 4.1.6 Masturbación
- 4.1.7 Rinofilia
- 4.1.8 Tribofilia
- 4.1.9 Masoquismo
- 4.1.10 Linguofilia
- 4.1.11 Necrofilia
- 4.1.12 Zoofilia
- 4.1.13 Paidofilia
- 4.1.14 Transvestismo
- 4.1.15 Sadismo
- 4.1.16 Polirelación
- 4.1.17 Urofilia

**Actividades de Aprendizaje:** Recibirán la explicación de diversas expresiones comportamentales de la

sexualidad.

**Técnicas Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la exposición de los contenidos aclarando dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Rotafolio. Película ilustrativa.  
Pizarrón.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Gordon, Sol. "Los derechos de los incapacitados".  
I.P.H.E. 9 pp.

Información de CONASIDA y CONAPO.

Pick de Weiss, Susan. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México 192 pp.

**Observaciones:** Se agregará información y bibliografía para ampliar los temas. Se pondrá un buzón para que se coloquen ahí cartas con dudas que vayan surgiendo y que por un fin de razones no puedan exponerlas verbalmente.  
Se revisará el buzón para aclarar dudas.

**S E S I O N 5**

**Tema:** Enfermedades de transmisión sexual.

**Objetivo Específico:** El docente y padre de familia identificará las diferentes enfermedades de transmisión sexual así como la prevención de las mismas.

**Contenidos:** 5.1 Enfermedades de transmisión sexual más comunes

5.1.1 Sífilis

5.1.2 Gonorrea

5.1.3 Herpes Genital

5.1.4 Ladilla (piojo púbico)

5.1.5 Condiloma

5.1.6 Vaginitis Monilia

5.1.7 SIDA

5.1.8 Prevención de las mismas

**Actividades de Aprendizaje:**

1. Recibirán la explicación de diversas enfermedades de transmisión sexual.
2. Escucharán la importancia que tiene la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

**Taller Didácticas:** Se realizará una "lluvia de ideas", para posteriormente pasar a la exposición de los

contenidos aclarando dudas y llegar a una conclusión.

**Recursos Didácticos:** Rotafolio. Película ilustrativa. Pizarra.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Información de CONASIDA y CONAPO.

Pick de Weiss, Susan. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México. 192 pp.

## S E S I O N 6

**Tema:** Embarazo, anticoncepción y esterilización.

**Objetivo Específico:** El docente y padre de familia identificará el proceso de gestación y sus consecuencias, así como sus métodos anticonceptivos y esterilización.

- Contenidos:**
- 6.1 Embarazo y consecuencias
    - 6.1.1 Síntomas físicos
    - 6.1.2 Consecuencias físicas y psicológicas durante la adolescencia
    - 6.1.3 Embarazo no deseado
  - 6.2 Métodos anticonceptivos
    - 6.2.1 Condón
    - 6.2.2 Ovulos
    - 6.2.3 Píldoras
    - 6.2.4 Espumas, jaleas, cremas.
    - 6.2.5 DIU y otros
  - 6.3 Esterilización
    - 6.3.1 Para quienes

- Actividades de Aprendizaje:**
1. Darán sus conceptos de embarazo y recibirán información del mismo.
  2. Dirán qué anticonceptivos conocen y recibirán informes de éstos.

3. Recibirán información sobre esterilización y darán su punto de vista.

**Técnicas Didácticas:** Se expondrán los contenidos y se pedirá la participación de los asistentes. Se hará una dinámica de debate de pros y contras sobre el tema.

**Recursos Didácticos:** Diapositivas. Rotafolio. Pizarrón. Borrador. Anticonceptivos.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Finkelhor. David. "Abuso sexual al menor, causas, consecuencias y tratamiento psicosexual". Ed. Pax. México. 1987.

Pick de Weiss, Susan. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México. 192 pp.

**Observaciones:** Se agregarán estadísticas de CONAPO e información para aclarar dudas.

## S E S I O N 7

**Tema:** Manejo de la comunicación asertiva y autoestima

**Objetivo específico:** El docente y padre de familia analizarán su comunicación asertiva, sus valores y autoestima.

- Contenidos:**
- 7.1 Comunicación asertiva
    - 7.1.1 Tener una buena comunicación
    - 7.1.2 El comunicarse dependiendo su necesidad
    - 7.1.3 Valores
  - 7.2 Comparación de valores de ellos con los de los adolescentes.
    - 7.2.2 Autoestima
  - 7.3 Habilidades y limitaciones de cada persona
    - 7.3.1 Conductas que incrementan su autoestima y de los adolescentes.
    - 7.3.2 Clausura del curso

- Actividades de Aprendizaje:**
1. Recibirán capacitación para que identifiquen y respondan ante las manipulaciones afectivas de quienes los rodean.
  2. Identificarán valores personales.
  3. Identificarán habilidades, cualidades y defectos para incrementar su autoestima.

## 4. Evaluarán el curso

**Técnicas Didácticas:** Psicodrama. Se llevará a cabo con la finalidad de ver la importancia de ésta. Se requerirá de la participación de los asistentes.

**Recursos Didácticos:** Tarjetas con indicaciones. Hojas blancas. Marcadores. Pizarrón. Una silla.

**Tiempo:** 4 horas, con un receso de 30 minutos.

**Bibliografía:** Pick de Weiss, Susan. "Programa de educación sexual para adolescentes". Ed. Pax. México. 192 pp.

**Observaciones:** Se ampliará la bibliografía y la información para aclarar dudas.



## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

Las personas con discapacidades, específicamente las personas con parálisis cerebral son limitadas en varios medios, es decir, en la sociedad, en educación, sectores públicos, etc.

Aún en la actualidad algunos padres de familia que tienen hijos con parálisis cerebral, los rechazan, aislan y experimentan sentimientos de culpabilidad, sintiéndose desvalorizados y careciendo de un autoestima positivo. Por otro lado también hay padres que se preocupan por sacar adelante a sus hijos con p.c., dándoles el apoyo y educación que requieren. Tomando en cuenta que también existe la ayuda y cooperación tanto de profesionesitas como de instituciones relacionadas a esta problemática.

La investigación que realizamos se enfocó a la problemática que tienen los adolescentes en cuanto a la educación de su sexualidad. Al efectuarla detectamos que es muy deficiente la información que tienen.

Todavía en nuestra época son considerados personas asexuados por su familia, siendo ésta última el centro que proporciona valores, ideas, costumbres, etc., y por sus principios y educación los padres siguen considerando el tema de la sexualidad como un tabú, por esta razón se obstaculiza la comunicación entre padres e hijos sobre el tema.

Además por las limitaciones de los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor hallamos que uno de los problemas más presentados es la masturbación en casos excesiva,

debido a sus características, ya que por su severidad no tienen el contacto físico con personas del sexo opuesto.

Siempre se ha pensado que las personas con discapacidades son inválidas, no dándoles la oportunidad de demostrar lo contrario, siendo que tienen los mismos derechos que los demás y que en ocasiones han demostrado ser más capaces y sobresalientes.

La responsabilidad de la educación de la sexualidad de los adolescentes con parálisis cerebral severa a nivel motor no sólo debe dársele a ellos, debe comprender a toda persona relacionada con él, ya que esto ayudará a comprender y aceptar más sus conductas y actos, para no rechazarlo y criticarlo, reconociéndolo como a las demás personas.

La investigación que se aplicó fue a través de metodología de observación y cuestionarios aplicados a maestros, padres de familia y alumnos, para la elaboración de nuestra propuesta nos basamos en la institución (APAC) Asociación pro personas con parálisis cerebral, siendo una de las pocas instituciones que brindan una rehabilitación integral a las personas con parálisis cerebral en sus diferentes niveles.

En dicha investigación nuestras limitaciones fueron las siguientes:

- \* Los trámites administrativos fueron lentos y deficientes en cuanto al contenido de su estructura, tanto en la UNAM como en APAC.
- \* No hubo la suficiente cooperación de las personas a cargo de

los programas por parte de la institución (APAC).

- \* Por parte de los maestros que laboran en la institución (APAC) no proporcionaban la información requerida por temor a que hubiera represalia por la institución.
- \* Los padres de los adolescentes con las características que requeríamos, no cooperaban, existiendo un desinterés o evitación sobre el tema. Nos encontramos con una ausencia personal de los padres en la institución.
- \* Escasa población de adolescentes con las características requeridas.

A pesar de estas limitaciones, también hubo algunos docentes que brindaron su ayuda y apoyo.

Por otra parte no hay suficiente información proporcionada por la institución sobre educación de la sexualidad de las personas con parálisis cerebral, es por esto que sugerimos se brinde más apoyo para la implementación de cursos dirigidos a profesores, alumnos y padres.

Además consideramos conveniente se incrementen en los programas temas más amplios sobre la sexualidad porque únicamente se da lo que traen los libros de la SEP, siendo estos temas generales y superficiales.

Es importante señalar que se impartan pláticas sobre materia de sexualidad, dentro de los grupos y no en forma particular, dadas por su profesor o persona especializada.

Por otro lado, encontramos que en la institución dentro de su personal docente se encuentran profesores con la capacidad y

conocimientos sobre temas de sexualidad. Sugerimos se les dé la oportunidad de impartir cursos, ya que sería de gran beneficio para todos.

Así mismo sugerimos sea fundamental la información dirigida a los padres de familia, porque son ellos los principales educadores de sus hijos.

## BIBLIOGRAFIA

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

- ALFARO GRACIA, EMILIO. "LA EDUCACION SEXUAL DEL DEFICIENTE MENTAL". TEMA 53 DE LA ENCICLOPEDIA TEMATICA DE EDUCACION ESPECIAL. PAG. 954-967.
- ALVAREZ GAYOU, JUAN L. "ELEMENTOS DE SEXOLOGIA". ED. INTERAMERICANA. MEXICO 1979. 400 PP.
- ALVAREZ GAYOU, JUAN L. "LA CONDICION SEXUAL DEL MEXICANO". ED. ORIJALBO. 2a. EDICION. MEXICO 1980. 212 PP.
- AUSUBEL, DAVID PAUL. "FAMILIA Y SEXUALIDAD". ED. PAIDOS. BUENOS AIRES. 147 PP.
- BLAIR, GLAN MYERS. "COMO ES EL ADOLESCENTE Y COMO EDUCARLO". ED. PAIDOS. BUENOS AIRES 1979. 151 PP.
- BLOSS, PETER. "PSICOANALISIS DE LA ADOLESCENCIA". ED. JOAQUIN MORTIZ. MEXICO 1975. 196 PP.
- BRENTON, MYRON. "LA SEXUALIDAD EN LOS INVALIDOS". ED. REVISTA MUNDO MEDICO. MEXICO. VOL. II No. 19. 125 PP.
- BRENTON, MYRON. "LA SEXUALIDAD Y LOS RETARDADOS MENTALES". (APUNTES DE CATEDRA). PSICOLOGIA ENEP-IZTACALA. MEXICO. 1978.
- BRITO, ENRIQUE. "PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL". ED. CONAPO. MEXICO 1981. 48 PP.
- BUSCAGLIA, LEO. "LOS DISCAPACITADOS Y SUS PADRES". ED. ENECE. 345 PP.
- CAHUZAC. "EL NIÑO CON TRASTORNOS MOTORES DE ORIGEN CEREBRAL". ED. MEDICA PANAMERICANA. 2a. EDICION. 430 PP.

- CAMPERO, C. M. Y LAHUD, R.M.I. "PARTICIPACION DE LA FAMILIA EN EL MANEJO Y CUIDADO DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL". UNICEF. MEXICO 1981, 124 PP.
- CARRASCO NUÑEZ, JOSE L. "SISTEMAS DE EDUCACION ESPECIAL II". SELECCION DE LECTURAS. ENEP-ARAGON. UNAM. MEXICO. 1985.
- CONAPO. "LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD HUMANA".  
TOMO I. "SOCIEDAD Y SEXUALIDAD". 541 PP.  
TOMO II. "FAMILIA Y SEXUALIDAD". 348 PP.  
TOMO III. "INDIVIDUO Y SEXUALIDAD". 342 PP.  
TOMO IV. "ORIENTACIONES PEDAGOGICAS". 350 PP.  
MEXICO 1982.
- CONAPO. "PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL". ED. CONAPO. MEXICO 1980. 41 PP.
- DELFIN, FRANCISCO. "EDUCACION DE LA SEXUALIDAD EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES". DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL. SEP. MEXICO 1984. 425-438 PP.
- DOEE. "EDUCACION SEXUAL EN LOS CENTROS DE CAPACITACION DE EDUCACION ESPECIAL". DIRECCION GENERAL DE EDUCACION ESPECIAL. ED. SEP.
- EMILIO MIRA Y LOPEZ. "PSICOLOGIA EVOLUTIVA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE". ED. EL ATENEO. BUENOS AIRES. 259 PP.
- FINNIE R., NANCIE. "ATENCION EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL". EDICIONES CIENTIFICAS. ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S. A. DE C. V. MEXICO, D. F. 1987.



339 PP.

- FISCHER, HENRY L. "LA EDUCACION SEXUAL DEL DEFICIENTE MENTAL".  
GUIA PARA PADRES, MAESTROS Y PROFESIONALES. ED.  
FONTANELLA. PRIMERA EDICION. BARCELONA  
1975. 52 PP.
- FUNDACION OBLIGADA PARA LA REHABILITACION INTEGRAL DE LOS  
PARALITICOS CEREBRALES. "SINDROMES DE PARALISIS:  
PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO". ED. MEDICA  
PANAMERICANA. BUENOS AIRES 1978. 217 PP.
- GAGNON, JOHN H. "SEXUALIDAD Y CULTURA". ED. PAX MEXICO. MEXICO  
1989. 308 PP.
- GESSELL, ARNOLD L. "EL ADOLESCENTE DE 10 A 16 AÑOS". ED. PAIDOS  
4a. EDICION. BUENOS AIRES 1971. 504 PP.
- GIRALDO NEIRA, OCTAVIO. "EXPLORANDO LAS SEXUALIDADES HUMANAS".  
ED. TRILLAS. MEXICO 1981. 302 PP.
- GRANT, NOBLE. "EDUCACION SEXUAL PARA EL ADOLESCENTE". ED. DEL  
CASTILLO. MADRID.
- INGE, FLEMMIG. "DESARROLLO NORMAL DEL LACTANTE Y SUS  
DESVIACIONES". ED. MEDICA PANAMERICANA. 3a. EDICION .  
287 PP.
- JOHNSON, ERICK W. "EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES". 3a.  
EDICION. BUENOS AIRES. HORME 1975. 99  
PP.
- KATCHADOURIAN, HERANT A. "LAS BASES DE LA SEXUALIDAD HUMANA".  
MEXICO. CONTINENTAL. 679 PP.

- KATCHADOURIAN, HERANT A. "LA SEXUALIDAD HUMANA UN ESTUDIO COMPARATIVO DE SU EVOLUCION". ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA. MEXICO 1983. 398 PP.
- LAPLANE, ROBERT. "LA PUBERTAD". VILASSAR DE MAR. OIKOS TAU 1972. 163 PP.
- MANUAL PROPORCIONADO POR APAC. "CLASIFICACION DE ACUERDO A LA PARALISIS CEREBRAL". ASOCIACION PRO-PERSONAS CON PARALISIS CEREBRAL A. C.
- MARTINEZ FLORES, MA. TERESA Y VALTIERRA GODINEZ, MARTHA A. "LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON P. C.: UNA ALTERNATIVA EDUCATIVA PARA PADRES DE FAMILIA Y MAESTROS". ENEP-ARAGON. UNAM.1991. (TESIS)
- MC CARY JAMES., LESLIE. "SEXUALIDAD HUMANA". ED. MANUAL MODERNO. 2a. EDICION. MEXICO 1976. 312 PP.
- PEPIN, LOUISE. "LA PSICOLOGIA DE LOS ADOLESCENTES". EDICIONES OIKOS-TAU. BARCELONA 1975. 170 PP.
- PICK DE WEISS, SUSAN. "PLANEANDO TU VIDA". PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL PARA ADOLESCENTES. ED. PAX. MEXICO 1988. 192 PP.
- TAYLOR, IVAN R. "DESVIACION DE LA CONDUCTA". ED. AMORRORTU. 2a. EDICION. REV. BUENOS AIRES. 1975. 335 PP.
- VALLEGO NAGERA, ANTONIA. "EL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS GENERAL Y OTRAS NEUROSIFILIS". ED. LABOR. BARCELONA 1929. 300 PP.
- VALDEZ FUENTES, JOSE I Y OTROS. "ENFOQUE INTEGRAL DE LA PARALISIS CEREBRAL PARA SU DIOAGNOSTICO Y TRATAMIENTO".

EDICIONES CIENTIFICAS LA PRENSA MEDICA MEXICANA, S.A. DE  
C. V. MEXICO D. F. 1988. 232 PP.

WILLIAMS, CRUICKSHANK. "EL NIÑO CON DAÑO CEREBRAL EN LA ESCUELA,  
EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD". ED. TRILLAS.

# A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E. N. E. P. ARAGON

CUESTIONARIO PARA ALUMNOS CON P.C.

AREA DE PEDAGOGIA

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

CONTESTE CON SINCERIDAD LO QUE A CONTINUACION SE LE PIDE.

1. ¿QUE ERES HOMBRE O MUJER? \_\_\_\_\_

2. ¿EN QUE TE PARECES A TU COMPAÑERO? \_\_\_\_\_

3. ¿QUE ES TU PADRE, UN HOMBRE O UNA MUJER? \_\_\_\_\_

4. SEÑALA LAS PARTES DEL CUERPO QUE TE INDICO (SE MUESTRA UN DIBUJO)

PENE \_\_\_\_\_

VAGINA \_\_\_\_\_

PECHO (MAMAS) \_\_\_\_\_

TESTICULOS \_\_\_\_\_

5. ¿SABES EN QUE PARTES DEL CUERPO SALE VELLO? \_\_\_\_\_

6. ¿EN TU CASA HABLAS CON TUS PAPAS O HERMANOS DE SEXUALIDAD? \_\_\_\_\_

7. ¿TE GUSTARIA TENER NOVIO (A) ? \_\_\_\_\_

8. ¿SABES QUE ES PARALISIS CEREBRAL? \_\_\_\_\_

9. ¿ESTE DIBUJO CORRESPONDE A UN HOMBRE O UNA MUJER? ¿COMO SABES? \_\_\_\_\_

10. ¿TE HAN DADO CURSOS DE SEXUALIDAD QUE TE SIRVAN PARA CONOCER LA FUNCION DE LAS PARTES DE TU CUERPO? \_\_\_\_\_

11. ¿QUE ESTAN HACIENDO ESTAS DOS PERSONAS? (SE MUESTRA DIBUJO) \_\_\_\_\_

12. ¿QUE ESTA HACIENDO ESTE NIÑO O NIÑA? (SE MUESTRA DIBUJO) \_\_\_\_\_

13. ¿HABIAS VISTO ESTO ALGUNA VEZ? (SE MUESTRA DIBUJO) \_\_\_\_\_

14. ¿QUIEN LO UTILIZA EL HOMBRE O LA MUJER? \_\_\_\_\_

15. ¿SABES POR QUE LAS MUJERES LO UTILIZAN? \_\_\_\_\_

16. ¿SABES QUE ES MENSTRUACION? \_\_\_\_\_

17. ¿EL HOMBRE TIENE MENSTRUACION? \_\_\_\_\_

18. ¿SABES QUE ES EYACULACION? \_\_\_\_\_

19. CUANDO UN HOMBRE SE TOCA Y FROTA EL PENE ¿QUE NOMBRE SE DA A ESTE ACTO? \_\_\_\_\_

20. CUANDO UNA MUJER SE TOCA Y FROTA LA REGION VAGINAL ¿QUE NOMBRE SE DA A ESTE ACTO? \_\_\_\_\_

21. ¿SABES QUE ES EL EMBARAZO? \_\_\_\_\_

22. ¿CUAL DE ESTAS DOS MUJERES ESTA A PUNTO DE TENER UN NIÑO?(SE MUESTRA DIBUJO) \_\_\_\_\_

23. ¿COMO LO SABES? \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

E. N. E. P. ARAGÓN

ÁREA DE PEDAGOGÍA

CUESTIONARIO PARA MAESTROS

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ GÉNERO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

CURSOS DE SEXUALIDAD QUE HA TOMADO \_\_\_\_\_

LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS QUE HA CONTINUACIÓN SE LE PRESENTAN Y CONTESTE CON SINCERIDAD LO QUE SE LE PIDE.

1. ¿QUE ES PARA USTED PARÁLISIS CEREBRAL? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿QUE ES PARA USTED LA SEXUALIDAD? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿QUE EDAD CONSIDERA IMPORTANTE PARA INICIAR LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD? POR QUÉ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿QUE ES PARA USTED LA ADOLESCENCIA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿QUE ES MASTURBACIÓN? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿COMO LA CONSIDERA? Y POR QUÉ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿QUE ES MENSTRUACIÓN? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿COMO CONSIDERA QUE ES EL DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL SEVERA? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA CONTESTAR ALGUN PUNTO, POR FAVOR SIGA AL DORSO, ESCRIBIENDO)

9. ¿QUE PROBLEMAS HA OBSERVADO QUE SE PRESENTAN EN LA SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE CON P.C.?

10. ¿COMO REACCIONARIA AL VER A UN ADOLESCENTE CON P.C. MASTURBANDOSE?

11. ¿COMO SE COMUNICA CON LOS ADOLESCENTES CON P.C. SEVERA?

12. ¿EN LAS ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL SE PROPORCIONA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD?

13. ¿COMO ES LA CONVIVENCIA ENTRE LOS ADOLESCENTES CON P.C. ?

14. ¿CONSIDERA QUE DEBE ESTERILIZARSE A LAS PERSONAS CON P.C. ? POR QUE

15. ¿DENTRO DE SUS PROGRAMAS CONTEMPLAN TEMAS DE LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD? POR QUE

16. ¿CONSIDERA QUE FUE APROPIADA SU EDUCACION SEXUAL? EXPLIQUE

17. ¿LOS PADRES DE LOS ADOLESCENTES CON P.C. ACUDEN A PEDIR INFORMACION SOBRE LA SEXUALIDAD DE SUS HIJOS?

18. ¿PLANTEAN DUDAS SOBRE LA MISMA?

19. ¿QUE SUGERENCIAS Y TEMAS PROFONDRIA PARA MEJORAR ASPECTOS SOBRE LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD DE LA PERSONA CON P.C. ?



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

E. N. E. P. ARAGON

AREA DE PEDAGOGIA

CUESTIONARIO PARA PADRES

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ GÉNERO \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

LEA CUIDADOSAMENTE LAS PREGUNTAS QUE HA CONTINUACION SE LE PRESENTAN Y CONTESTE CON SINCERIDAD LO QUE SE LE PIDE.

1. ¿QUE ES PARA USTED PARALISIS CEREBRAL? \_\_\_\_\_

2. ¿QUE ES PARA USTED SEXUALIDAD? \_\_\_\_\_

3. ¿EN SU FAMILIA SE PUEDE HABLAR LIBREMENTE DE SEXUALIDAD? \_\_\_\_\_

4. ¿QUE EDAD CONSIDERA IMPORTANTE PARA INICIAR LA EDUCACION DE LA SEXUALIDAD? \_\_\_\_\_

5. ¿QUE ES PARA USTED LA ADOLESCENCIA? \_\_\_\_\_

6. DURANTE LA ADOLESCENCIA ¿QUE CAMBIOS HA PRESENTADO SU HIJO? \_\_\_\_\_

7. ¿CUALES PROBLEMAS CONSIDERA QUE SE HAN PRESENTADO EN LA SEXUALIDAD DE SU HIJO CON PARALISIS CEREBRAL? \_\_\_\_\_

8. ¿SU HIJO HA RECIBIDO EDUCACION SEXUAL YA SEA INTERNA ( ) O EXTERNA? \_\_\_\_\_

(SI NECESITA MAS ESP. LO PARA CONTESTAR ALGUN PUNTO, ESCRIBA AL DORSO ANOTANDO EL

9. ¿LE HA HABLADO A SU HIJO SOBRE LA MASTURBACION? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿LEA HA HABLADO A SU HIJO (A) SOBRE LA MENSTRUACION? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿SABE SU HIJO COMO NACEN LOS NIÑOS? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿QUE CUESTION RELACIONADA CON LA SEXUALIDAD ENCUENTRA MAS DIFICIL DE TRATAR CON SU HIJO? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿NECESITA AYUDA PARA TRATAR TEMAS DE LA SEXUALIDAD CON SU HIJO? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿QUE CLASE DE AYUDA NECESITARIA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. ¿CONSIDERA QUE FUE APROPIADA SU EDUCACION SEXUAL? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. ¿COMO SE COMUNICA CON SU HIJO (A)? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿PIENSA USTED QUE UN DIA SU HIJO QUERRA FRECUENTAR LA COMPAÑIA DE UNA PERSONA DEL SEXO CONTRARIO? Y EN ESTE CASO ¿CONTARIA CON SU AUTORIZACION? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. ¿CREE QUE SU HIJO QUERRA CASARSE ALGUN DIA? DE SER ASI ¿SE LO AUTORIZARIA? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. ¿HA PENSADO ALGUNA VEZ EN ESTERILIZAR A SU HIJO (A) ? EXPLIQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. ¿COMO LO PREPARO O PIENSA PREPARAR A SU HIJO CON PARALISIS CEREBRAL DURANTE LOS CAMBIOS FISICOS DE SU CUERPO? \_\_\_\_\_

21. ¿A QUIEN LE ENCARGARIA LA EDUCACION SEXUAL DE SU HIJO CON PARALISIS CEREBRAL? POR QUE \_\_\_\_\_

22. ¿ QUE TEMAS DE SEXUALIDAD SUGIERE A LOS PROFESORES, QUE LE PUEDAN SERVIR DE AYUDA A USTED, PARA POSTERIORMENTE AYUDAR A SU HIJO? \_\_\_\_\_

SI DESEA AGREGAR ALGO O HACER ALGUN COMENTARIO POR FAVOR ESCRIBALO.