

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL

TESIS TEÓRICA

PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

CHÁVEZ AYALA BEATRIZ ADRIANA

DOMÍNGUEZ BRAVO ANA DEL CARMEN

ASESORES:

FRANCISCA BEJAR NAVA

CLARA BEJAR NAVA

JULIA CHIMAL PABLO

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

A mis Padres; por ser las personas que me dieron la vida, el apoyo y me inculcaron buenos ejemplos, dando como resultado la mujer que soy hoy en día. Les agradezco por todo su inmenso amor.

A mis hermanos; Por su cariño y confianza en mí.

A mi esposo Miguel ya que gracias a él pude realizar este sueño que hoy en día se ve reflejado en esta tesis, ya que es mi apoyo en los pros y los contras. Además de ser una de las personas más importantes en mi vida "TE AMO".

A mi hija Daniela porque es lo más grande y valioso que Dios me ha dado, ya que por ella sigo luchando día a día para que se sienta orgullosa de su madre "TE QUIERO MUCHO".

DE: BEATRIZ ADRIANA CHÁVEZ AYALA

*Porque gracias a su cariño, guía y apoyo
he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida,
fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi se depositó
y con los cuáles he logrado terminar mis estudios profesionales,
así como, esta tesis, que constituyen el legado más grande que pudiera recibir
y por lo cuál les viviré eternamente agradecida.
Con cariño y respeto. Dedicado para mis padres, hermano, abuelitos y mi familia.*

De: Ana del Carmen Domínguez Bravo

EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL

ÍNDICE

Resumen6

Introducción7

Capítulo 1: cambios corporales de los adolescentes de educación especial.

1.1 Manifestaciones fisiológicas y psicológicas de la Pubertad de personas de educación especial.....9

1.2 Los mecanismos desencadenantes del cambio físico y psicológicos.....15

Capítulo 2: el valor de educar.

2.1 Definición de sexualidad y sexo.....22

2.2 El problema de la pubertad en adolescentes de educación especial.....23

2.3 La sexualidad en adolescentes de educación especial.....26

2.4 Exigencia social y realidad sexual.....28

Capítulo 3: cambios psicosexuales en adolescentes de educación especial.

3.1 El nuevo cuerpo sexuado y la imagen corporal.....32

3.2 La aparición y consolidación de nuevos sentimientos, con respecto a los cambios psicológicos en su sexualidad.....	34
3.3 La menstruación.....	38
3.4 La masturbación.....	40
3.5 La eyaculación.....	48
3.6 Comportamientos heterosexuales.....	49
3.7 Comportamientos homosexuales.....	54
3.8 Normas de higiene.....	56
3.9 Cuidados de la salud.....	58

Capítulo 4: concepto de la familia con un hijo adolescente de educación especial.

4.1 Conducta sexual.....	66
4.2 Relaciones entre miembros de la familia.....	67
4.3 Cambios de la familia respecto a la sexualidad.....	74
4.4 La familia como medio vital para informar al adolescente de educación especial sobre su sexualidad.....	77

4.5 El psicólogo como orientador para informar y formar a la familia y al adolescente de educación especial respecto a su sexualidad.....	80
Conclusiones	83
Referencia	87

RESUMEN

Al hablar del tema de los adolescentes es hablar: De sus cambios tanto físicos como psicológicos, en sí, de un proceso de desarrollo y crecimiento en el cual lucha consigo mismos, la Comunidad y la Sociedad, en la que están viviendo ellos mismos. Así que, si al hablar de los adolescentes es un tema un tanto controversial, complicado, rico en contenido, pues hablar del adolescente de educación especial, lo es aún más: ¿Por qué?, se preguntaría la gente, porque es más fácil caminar por la vida con los ojos vendados, ignorar y evadir los problemas ó situaciones difíciles, porque es más fácil no voltear a verlos, que tratar de entenderlos, porque se vive en una Sociedad llena de tabúes.

Cuando se habla de adolescentes de educación especial, se trata de temas como, por ejemplo: las distintas “discapacidades” que existen; características físicas y psicológicas de cada “discapacidad”; la relación familia-padres-hijo/a, maestro/a-alumno/a (si asisten a alguna escuela o módulo), se habla también de la manera de apoyarlos para elevar sus capacidades, entre otras cosas, pero ¿acaso se toca el tema de: La Sexualidad?, de su Sexualidad, realmente muy poco, porque si resulta difícil tratarlo en adolescentes “normales”, hacerlo con los que si tienen es más, ya que, se les niega el hecho de que la tienen, de que ahí está. “Se les niega esta capacidad, esta necesidad de tener contacto (no sólo) sentimental, sino también físico, con alguien. Por este lado, se encuentran los hechos vividos por ellos mismos, por otro, la negación de dicha Sexualidad por la sociedad y sus mismos padres y familiares.

Este tema constituye un verdadero agujero negro, al no haber la suficiente información sobre la educación sexual en adolescentes de educación especial, lo cual se pudo constatar en el momento en que se recolectó la información para el desarrollo de la tesis. A través de esta tesis, nos vamos a referir a los adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

INTRODUCCIÓN

A través de los siguientes capítulos, se irán abordando los temas mediante el marco cognitivo-conductual (antes mencionado), puesto que el contextualismo constructivista, destaca la importancia del medio ambiente físico-social en los aprendizajes y al respecto Garcés (1997) dice que como estos se estructuran sobre los ya adquiridos en una forma activa y creadora y no meramente acumulativa, pues considera al adolescente de educación especial capaz de procesar, adquirir e incorporar nuevos conocimientos, en este caso, los de su educación sexual, de manera, que desde el punto de vista de este marco, en este tema nosotras determinamos que se abarca una tarea básica:

- El concienciar a profesionales y no profesionales en la ciencia del comportamiento (médicos, psicólogos, especialistas y miembros de la familia), en cuanto a Educar Sexualmente a estos adolescentes.

La tarea de conscientizar debe ser una acción comunitaria de trabajo hacia la formación e información acerca de este tema, de manera sistemática, tanto en las instituciones especiales, como en la familia y en las escuelas reguladoras (donde se ha venido dando la integración educativa a personas con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, desde nivel primaria, secundaria, bachillerato y profesional, induciéndolos al área laboral), y esta consciencia se puede basar en la información de los temas de los capítulos propuestos en esta tesis, para ahondar en la formación y a la vez, en el conocimientos de su propia sexualidad. Esto nos lleva a apoyarnos en que por medio del análisis cognitivo-conductual con el cual se averiguan los factores ambientales que son los responsables de la producción o mantenimiento del comportamiento, así como lo que el propio sujeto retome de ese ambiente, nos conduce a una realidad concreta en los cambios conductuales capaces de modificar dicho comportamiento, tanto en cantidad como en calidad deseada, labor que puede llevar a cabo el psicólogo, sin perder de vista su objetivo primordial que es la desprofesionalización, donde se puntualiza que el ejercicio profesional psicológico óptimo en las áreas aplicadas, consiste precisamente en proporcionar a los miembros no profesionales de la comunidad la formación necesaria para que puedan llegar a resolver, autónomamente sus propios problemas conductuales.

CAPITULO I

CAMBIOS CORPORALES DE LOS ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

Satir (1995), comenta que la adolescencia, considerada como un período de transición entre la niñez y la vida adulta, comienza con el inicio de los cambios puberales, (solamente en algunos casos de chicos/as de educación especial con o sin discapacidad no se presentan estos cambios o no son tan notorios), momento en el que se puede decir que acaba la infancia. Ahora bien, la tarea de definir cuándo acaba la adolescencia, para dar paso a la edad adulta, parece tornarse más compleja. En este caso no existe un criterio biológico como el de la pubertad, y los indicadores psicosociales obviamente no son tan precisos, llegando incluso a ser contradictorios.

De hecho, muchos jóvenes que psicológica y físicamente se sienten, perciben y se ven como personas adultas, siguen condenados socialmente a ser adolescentes, ya que no se les permite acceder con facilidad a los roles y las responsabilidades de los adultos. En cualquier caso, y más allá de los problemas relacionados con el comienzo y el final de esta etapa de vida, lo cierto es que sí se puede definir algunas de las características que son propias de ésta. La adolescencia implica una serie de cambios biológicos y psicosociales, que sitúan al sujeto ante una nueva forma de sentirse y percibirse, y ante una nueva forma de sentir y percibir todo aquello que le rodea. Igualmente, y en cuanto objeto, estos cambios posibilitan que los adolescente sean percibidos de forma muy diferente por las personas que están a su alrededor, y por la sociedad en general.

1.1 Manifestaciones fisiológicas y psicológicas de la pubertad de personas de educación especial.

Cagne (1997), dice que se va a ver brevemente cuáles son los cambios generales que se producen y definen la adolescencia de las personas de educación especial con o sin discapacidad, para luego analizar con mayor detenimiento los cambios más específicamente sexuales; todo ello sin olvidar que las fronteras entre unos y otros no son fáciles de definir y que en cualquier caso siempre existe una mutua interrelación e influencia entre ellos. La adolescencia comienza con la aparición de la pubertad y con ella, como se sabe, tienen lugar una serie de cambios fisiológicos generales (aumento de la estatura, peso, etc.) y una serie de cambios específicamente sexuales, que culminarán con la maduración de los órganos sexuales (en algunos casos de chicos/as de educación especial con o sin discapacidad no se dará esto). Como se verá más adelante, estos cambios de por sí van a tener unas implicaciones psicológicas tremendamente importantes.

López (1999), menciona que desde el punto de vista psicológico, van a aparecer también nuevas necesidades y capacidades en el adolescente. La búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento propio como alguien diferenciado de los demás, y que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, sin duda, se convierte en la tarea más importante de la adolescencia. En relación con ello, el adolescente necesita adquirir paulatinamente una mayor autonomía e independencia respecto a la familia, a la vez que las relaciones y los vínculos con el grupo de iguales van a ir cobrando una mayor importancia. Al adolescente ya no le basta con la seguridad y el apoyo emocional que puede encontrar en el seno familiar (aunque su familia, <sobre todo los padres crean que sí>), necesita, además, sentirse parte de un grupo con el que compartir nuevas actividades e intereses, un grupo en el que puedan verse reforzadas sus creencias, actitudes y valores, y en el que pueda sentirse valorado. Paralelamente, cada vez va a ser mayor su necesidad de compartir los aspectos más privados y profundos de sí mismo con alguna persona íntima en la que pueda confiar verdaderamente. Por último, el deseo sexual creará nuevas necesidades de relacionarse afectiva y sexualmente con alguna persona por la que llega a sentirse atraído de forma especial. Desde un punto de vista profesional, como psicólogas/os a los adolescentes de necesidades educativas

especiales con o sin discapacidad podemos y debemos ofrecerles posibilidades de resolver sus necesidades interpersonales, y también, si fuera su decisión, las de intimidad sexual; para ello nos parece fundamental, reconocer las necesidades interpersonales de estos chicos/as, hacer un nuevo discurso sobre la sexualidad, tener en cuenta los cambios que están presentando en la etapa de la pubertad, específicamente cambios psicológicos, como son cambios de estado de ánimo, así como, pueden estar alegres, al instante se entristecen o se enojan, esto teniendo que ver también con los cambios físicos, hormonales, que luego se explicarán; y hay que entender algo muy importante, psicológicamente estos adolescentes (como cualquier otros), no saben ni lo que sienten, sintiendo en ocasiones frustración, enojo, rabia, la cual nosotros como profesionistas en el ramo de la Psicología orientamos (por así decirlo) a estas personas y las que están alrededor de ellas a que entendamos y comprendamos que nosotros también alguna vez fuimos adolescentes y en cierta medida vivimos también estos cambios psicológicos y que en vez de aislarlos o evitarlos, hay que tener comunicación con ellos, en cuanto a que ellos finalmente, también entiendan por lo que están pasando.

Satir (1995), dice que las nuevas capacidades cognitivas que aparecen en el adolescente acompañan y condicionan de forma importante todo este proceso. El adolescente deja de ser presa de la realidad concreta que existe a su alrededor, y el acceso al pensamiento abstracto le abre numerosos caminos a recorrer. Lo real no es para él más que una de tantas posibilidades, y lo que hasta ahora permanecía a sus ojos como inamovible, comienza a ponerse en tela de juicio. La posibilidad de pensar acerca de sus propios pensamientos y sentimientos cada vez se hace mayor, lo que facilita que el adolescente se vuelva más reflexivo e introspectivo, al tiempo que se ve acrecentada la capacidad para ponerse en el punto de vista de los otros. De este modo, los tópicos de la identidad, la sociedad, la existencia, la religión, la justicia, la moralidad, la amistad, el amor, etc., se convierten en temas de gran interés para el adolescente, temas que se plantean en su mente y sobre los que comienza a generar sus propias ideas, opiniones, etc. Por último, tampoco se puede olvidar que durante la adolescencia también se desarrollan nuevas capacidades y necesidades de integración en el mundo sociolaboral adulto. Concretamente, en los últimos años de la adolescencia, muchas de las capacidades para entrar a formar parte del mundo laboral se

hallan completamente desarrolladas, y el adolescente necesita asumir cada vez mayores responsabilidades y roles de adulto (aunque a los padres y a la sociedad les parezca difícil, así debe ser, desafortunadamente no les van a vivir para siempre y la sociedad no los va a mantener –por así decirlo- deben ser independientes y cada vez más. López, F. (1999), comenta que a la vista de los numerosos cambios biológicos y psicosociales que acontecen en la adolescencia, parece obvio que una cierta dosis de crisis, conflictos, angustias y ansiedades puede sobrevenir con relativa facilidad. Lógicamente, la tarea del adolescente de llegar a integrar lo que quiere o lo que desea hacer con su nuevo cuerpo, con su sexualidad, con su mente y con sus relaciones, con lo que la sociedad espera de él, no parece sencilla. En este sentido, se tendrían que plantear qué es lo que esta sociedad espera de los adolescentes, y cuál es la respuesta que ellos reciben de los adultos, ante estas nuevas necesidades y nuevas capacidades, que caracterizan a los adolescentes. ¿Acaso en la sociedad se reconocen las necesidades sexuales de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad o, por el contrario, es preferible dejarlas de lado, salvo que el número de embarazos y de enfermedades de transmisión sexuales entre ellos llegue a preocupar a alguien? ¿Acaso la sociedad se preocupa por ofrecer una buena educación sexual y una buena asistencia sanitaria en materia de sexualidad a los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad o, por el contrario, prefiere enriquecerse comercializando con el sexo? Probablemente, la respuesta a estas y otras muchas preguntas, permita entender mejor la situación por la que atraviesan los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, ya que en definitiva, si la adolescencia es una etapa de cambios, de reconsideraciones, de búsqueda, etc., lo que de por sí siempre puede generar dificultades y conflictos, no se puede dejar de considerar la importancia que los determinantes socioculturales tienen en todo ello, pero quizá una de las respuestas a estas preguntas, sea el hecho de que el psicólogo como profesional, se preocupe más por la educación sexual para adolescentes de educación especial, creando talleres donde se imparta esta información a estos chicos/as. Pues bien, es en este contexto global que se ha considerado, en el que tiene sentido analizar los aspectos más específicos del desarrollo sexual durante la adolescencia, que se verá a continuación.

Olveros (1998), dice que en la pubertad los profundos cambios corporales que se producen tanto en el aspecto externo como a nivel interno, permiten transformar el cuerpo del niño/a en el cuerpo de una persona adulta. El comienzo de estos cambios, desde el punto de vista cronológico, se sitúan, como media, en los diez años y medio para las chicas, y en los once años y medio para los chicos (dependiendo la “discapacidad” pero se va a manejar un rango medio –ya que sería difícil y complicado explicar cada caso- y algo importante que también hay que recordar de aquí en adelante, es que en ocasiones estos chicos/as no presentan estos cambios). Asimismo, la duración promedio de este proceso es de unos tres o cuatro años; en cualquier caso, existe una gran variabilidad entre unas personas y otras en la edad de comienzo de la pubertad y en la duración de ésta, por lo que, salvo que los cambios ocurran demasiado precozmente (antes de los 8 años en las chicas y antes de los 10 en los chicos), o tardíamente (después de los 13 años en las chicas y de los 14 en los chicos), esto no debe ser objeto de preocupación.

Cagne (1997), menciona que en las chicas el comienzo de la pubertad viene marcado por el desarrollo del tejido mamario situado bajo la aureola, de forma que empieza a hacerse visible un pequeño montículo denominado <<botón del pecho>>. Paralelamente, se inicia el crecimiento del vello axilar y del vello púbico. Los ovarios aumentan de tamaño, al igual que las trompas y el útero; el endometrio se prepara para que pueda anidar el óvulo si es fecundado; la vagina se alarga y sus paredes se tornan más gruesas; la vulva se vuelve más rosada y húmeda, y los labios mayores y menores aumentan su tamaño. El clítoris, por su parte, desarrolla plenamente su sistema de vasos sanguíneos. La primera menstruación o menarquia no aparece hasta los doce años como media (ó antes ó después) y puede estar separada varios meses de la siguiente; además de éstos, se producen otros cambios importantes en el cuerpo de la chica. Así, alrededor de los once años, aunque la edad es muy variable, como ya se ha apuntado, suele llegar el <<estirón puberal>>, momento en el que se produce una importante aceleración en el crecimiento corporal. La morfología global del cuerpo también cambia de forma importante debido a las modificaciones que se producen en cuanto a la cantidad y distribución de tejido adiposo, las formas redondeadas a que tiende el controno corporal, la aparición de almohadillas de grasa en las caderas y la pelvis, etc. Finalmente, se ha de apuntar que los ovarios van a quedar bajo el

control neuroendocrino, con un patrón de funcionamiento igual al de las mujeres adultas. Así, en la chica va a establecerse un patrón de funcionamiento cíclico, que llevará a que el ovario libere un óvulo aproximadamente cada mes, y a que se produzca el sangrado menstrual con una periodicidad similar. En los chicos, el primer signo puberal viene dado por el crecimiento de los testículos y de las bolsas escrotales. Poco después comienza a aparecer el vello púbico, y algún tiempo después comienza el crecimiento longitudinal del pene. En esta época se inicia también el crecimiento del vello axilar y algo más tarde aparece el vello que se reparte por el resto del cuerpo.

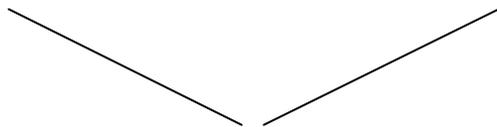
Aunque no se conoce bien la edad en la que los testículos empiezan a producir espermatozoides, parece que, en el 50% de los chicos, éste se hallaría presente al finalizar los 14 años; al igual que en las chicas se va a producir el <<estirón puberal>>, con un importante aumento en el ritmo de crecimiento estatural, si bien éste suele ser algo más tardío que en ellas (alrededor de los 13 años, como media, aunque puede ser antes ó después). Otros cambios importantes se van a producir a nivel muscular, alcanzando el cuerpo del chico una morfología típicamente adulta. Los testículos van a quedar bajo el control neuroendocrino, con el mismo patrón que en los adultos. En ellos, y a diferencia de lo que ocurre con las chicas, el control neuroendocrino establecido sigue un patrón continuo, que permite a los testículos producir testosterona y espermatozoides de forma continuada. A continuación se muestra un cuadro sinóptico mostrando la información anterior:

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Cagne:

- Aumento de peso
- Aumento de estatura
- Crecimiento de vello axilar y púbico
- En las mujeres el desarrollo del tejido mamario, aparición de la 1era menstruación.
- En los hombres el crecimiento de los testículos, bolsas escrotales y longitud del pene.



Culminando en la maduración de los órganos sexuales
en algunos chicos de necesidades educativas especiales

López:

- Deseo sexual
 - * Búsqueda de la identidad personal
 - * Desarrollo de un sentimiento propio
 - * "Independencia
 - * Necesidad de pertenecer a un grupo

Satir:

- Desarrollo de pensamiento y sentimiento propio

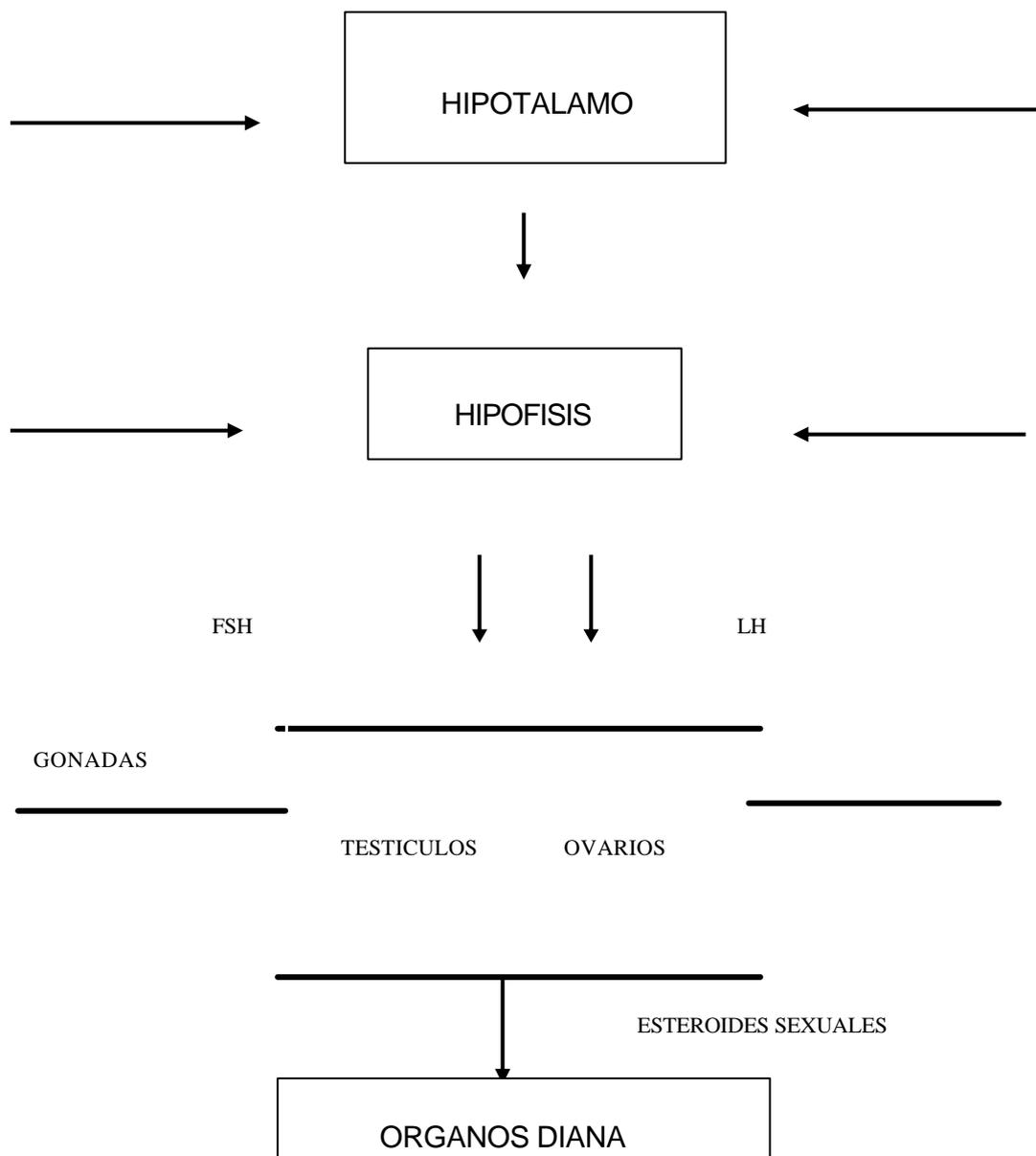
1.2 Los mecanismos desencadenantes del cambio físico y psicológico.

Olveros (1998), dice que los mecanismos o factores que posibilitan todos estos cambios, tanto físicos como psicológicos, mencionado en el Capítulo 1.1, parecen ser múltiples. Por una parte, es necesario tener en cuenta factores genéticos y constitucionales, que de entrada pueden condicionar todos los demás. También parecen jugar un papel importante las condiciones nutritivas, ya que cuando son insuficientes o inadecuadas pueden retrasar la aparición de la pubertad. Los factores étnicos tampoco pueden ser olvidados, puesto que tanto el momento de aparición de la pubertad, como el nivel de desarrollo de la pilosidad y el crecimiento estatural absoluto, están influidos por este tipo de factores. Los factores neuroendocrinos son los responsables de la aparición de la pubertad. El hipotálamo comienza a secretar con mayor frecuencia y en mayores cantidades los llamados factores liberadores de las gonadotropinas (GnRH), lo que hace que la hipófisis aumente la secreción de la hormona foliculoestimulante (FSH), y de la hormona luteinizante (LH). Como consecuencia de ello, en las gónadas (testículos y ovarios), estimuladas por estas hormonas, comenzará la maduración de las células germinales y se producirá un aumento de la secreción de hormonas sexuales; los Organos Diana se refieren a órganos en específico, depende del tema que se esté abordando, por ejemplo, en este caso que se está hablando de Educación Sexual, se refiere a los órganos sexuales tanto, femeninos, como masculinos, en el caso de la mujer respectivamente a los órganos vulva-vaginales, los ovarios y el útero y en el hombre a los testículos y el pene. Finalmente, las hormonas sexuales van a actuar sobre los órganos reproductores y sobre el resto de los tejidos corporales, estimulando el desarrollo puberal.

En la figura presentada a continuación, se puede ver un esquema que resume este proceso de forma global no obstante, ha de recordar que mientras que en los chicos se establecía un control neuroendocrino sobre los testículos con un patrón de funcionamiento continuo, en las chicas lo hacía de forma cíclica; de este modo en el ciclo femenino pueden diferenciarse tres grandes fases: fase folicular, fase ovulatoria y fase luteínica; la fase folicular comienza con el primer

día del sangrado menstrual y abarca aproximadamente hasta el doceavo día (considerando un período de 28 días). El flujo menstrual que durará de 3 a 6 días no es más que la expulsión del tejido mucoso que reviste la cara interna del útero, y está causada por el descenso brusco de estrógenos y progesterona, hormonas que habían estimulado la proliferación endometrial.

ESQUEMA DEL EJE HIPOTALÁMICO-HIPOFISIARIO-GONADAL



Ahora, nos cuestionamos qué ha hecho el psicólogo para educar sexualmente a los adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad ó cómo está involucrado; consideramos que su participación es primordial ante la gran demanda de personas que requieren de esta educación y esto lo pudimos observar al estar realizando el servicio social, específicamente en la CUSI de la FES de Iztacala, ya que, había padres que se nos acercaban ha realizarnos preguntas acerca de la educación sexual de sus hijos adolescentes y algunos chicos también realizaban preguntas y se mostraban interesados en este tema y no solamente al estar realizando el servicio pudimos darnos cuenta de esto, sino también con conocidos, vecinos y la comunidad que tienen hijos adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, tienen dudas acerca de qué información, cómo manejarla y sobre todo proporcionársela a los mismos chicos, con respecto a su sexualidad; por lo cual es indispensable la realización de programas ó talleres para educar sobre su sexualidad a estos adolescentes; es así como a través de la presente tesis se tratará de analizar la forma en la que el psicólogo está involucrado; para ello recordaremos primeramente que la Psicología es una ciencia natural y experimental cuyo objeto es el comportamiento de los organismos individuales.

Como profesión se dirige fundamentalmente a resolver problemas en que interviene como dimensión fundamental, el comportamiento humano, ya sea a nivel individual o de pequeños grupos, aún cuando los efectos de su acción se expanden a grupos más numerosos. Por esto la acción psicológica se involucra no sólo en la conducta del individuo, sino en el ambiente en el que se desarrolla, por ello la Psicología comparte dos metodologías, por un lado la de las ciencias biológicas experimentales y por el otro, la de las ciencias sociales.

De tal forma la actividad genética del psicólogo se debería encontrar definidas.

En cuatro funciones principales:

- 1) La detección de problemas.
- 2) La promoción de cambios de acuerdo a los objetivos individuales o de grupo (educación y capacitación).
- 3) La investigación.
- 4) La Planeación y Prevención.

Desafortunadamente en esta última función el campo de la Psicología no ha explorado lo suficiente como para permitir la participación más directa del psicólogo en la elaboración de los programas preventivos y más específicamente, en el caso de la Educación Sexual en adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, que es nuestra preocupación en esta tesis. Ya que se puede apreciar que uno de los caminos en los que el psicólogo puede participar es en Educar Sexualmente a los chicos con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad y esto se puede hacer, realizando un Taller (la cuál será una propuesta que comentaremos más adelante).

CAPITULO II

EL VALOR DE EDUCAR.

Baldaro (1992), comenta que existe algo cultural y es observar al adolescente como el “Eterno Niño”, al que no se le puede dar ciertas autonomías y menos, en el plano de la Sexualidad y de los sentimientos y en el caso del joven de educación especial con o sin discapacidad, la atención se dirige hacia su “deficiencia”, su “limitación” y por tanto, no se ven las “necesidades” del adolescente, se reprimen ó se niegan y este tipo de actitudes se ven reflejadas en torno a cómo se comporta la sociedad frente a la Sexualidad de estos chicos/as; si en realidad se quisiera integrar a este joven, se necesitaría reconocer su Sexualidad, reflexionar acerca de ella, quitándose la venda donde viene incluida la negación, la prohibición.

Savater (1997), menciona que cuando nace un bebé, se dice que es humano, todos lo son cuando nacen, pero para llegar a ser completamente ese humano, al cuál todos se quieren parecer, se tiene que vivir y experimentar con otros humanos para llegar a serlo. Cuando se nace, como que no se hace en el tiempo exacto, ya que se nacesin saber “aparentemente” nada, (aparentemente), ya que se ha dicho que sólo se desarrolla la información que viene en el cerebro, cómo si no viniera procesada; esto se dice ya que hay animales que nacen sabiendo caminar, brincar, buscar su propio alimento, pero no se pregunta si esto se debe a que muchos de ellos tienen una vida más corta que la del hombre o que la “misión” del ser humano en la vida, sea diferente a la de los animales. La primera o una de las primeras formas de comunicación entre los humanos es el “lenguaje” y éste se adquiere mediante a la “imitación”, hasta aquí se podría parecer el humano al animal, pero hay algo que tienen los humanos y ellos no y es la “ignorancia”, el decirle a alguien que está mal en algo o que esa persona se lo diga a otra. La “enseñanza” es primordial en la vida del niño/a, pero hay que entender que no solo está aprendiendo ella ó él, sino también quién le está enseñando y como decía Darwin: “La sobrevivencia del más fuerte”, pero aquí sería “La sobrevivencia del que más sabe”. El humano no solo aprende de sus propias experiencias, sino también de la de los demás, esto lo hace más sabio. Si sólo se tuviera

aprendizaje por medio de la cultura –libros-, no se sería tan sabios, ni se aprendería tanto, como de lo que se aprende de la gente, sus experiencias, la convivencia y esto hace al humano a la vez más sabio, pero sobre todo más humano, el significado que se le da a esto que se aprende, no es nada más porque sí, sino porque ya hay antecedentes de para qué se usa ó para qué sirve; además de esto como humanos, se necesita ver la acción de algo ó alguien para creer o llevarla a cabo, ya que se aprende de las experiencias enseñadas. Los humanos no son seres que viven aislados, sino que al nacer dentro de una sociedad se vive en ella y para ella y de los seres que viven en ella, quienes se involucran en la vida de persona y viceversa, siendo de familiares o no y esto es lo que hace el valor de vivir, junto con otras cuestiones como el amor (sobre todo de la familia y la gente allegada), aunque no es lo único, es primordial tener un conjunto de cosas que aferren al humano a vivir y convivir. Una de las cuestiones que es importante para llegar a ser un ser humano completo es “la enseñanza”, como de la convivencia cultural y de ésta última se desprende la “imitación” (como se comentaba anteriormente). Con lo primero que se enfrenta el humano es que, no es el “único” sobre la tierra –que tiene que convivir con las personas, que se nace dentro de una sociedad y allí se tiene que desarrollar- y lo segundo que no son los primeros. Anteriormente se hablaba de los significados que les dan los humanos a las cosas y en este caso uno de los significados principales es el tiempo, los humanos viven conforme al tiempo –el pasado, el presente y el futuro- y saben que van a morir algún día y lo que aferra a esta vida ó una de las cosas que lo hace, es que luego de esta vida hay otra (llámese resurrección), cielo, infierno, paraíso... Muchos poetas, escritores, piensan que no hay que pensar en el tiempo, pero si no se hace, de qué manera se viviría la vida, cuando se llegara a ancianos ó incluso cuando se llegara a ser un poco más grandes qué se diría <si hubiera organiza do el tiempo ó si hubiera pensado más en éste!>, ¿no se dice que una de las ilusiones de vida del hombre son los recuerdos? Y también antes se había comentado que ¡quienes mejor para educar a un niño que quienes han vivido y experimentado más!, “no pensar y negar el tiempo sería como negar que se tiene antecedentes, pasado, que se vive en sociedad y en sí, negarse a si mismo”; pero también hay reconocer y decir que los jóvenes enseñan a la gente mayor (tanto adultos, como ancianos), esto es algo recíproco, ya que la enseñanza y el aprendizaje también lo son. Los maestros, padres y en general adultos, no pueden decir que son los únicos que enseñan a los más chicos, sino que también aprenden de

ellos. Es importante que se eduquen recíprocamente tanto los jóvenes como los adultos, ya que de esa forma no se perderá (ni se debe de perder) algo que es importante en las familias: educar los valores, principios, moral, amor y sobre todo el carácter, para que de éste, parta la formación del adolescente, ella ó él formen su propio criterio, así como la consciencia y la autoconsciencia de sí mismo/a. Esto anterior es importante, cuando se observa que, la familia constituye el primer contacto que tiene el bebé con su entorno y luego será la escuela, los amigos, donde trabaje; esto se va a ir dando en etapas del desarrollo y crecimiento humano y éstas son: la niñez, la pubertad o adolescencia, la adultez y la vejez. En estas etapas la familia constituye la base del aprendizaje, así que la fortaleza del amor que se da en éste ámbito es importante, así como también otros factores, como ya se mencionaba antes: la educación y el aprendizaje tiene varios factores como: una comunicación en realidad, (pero dándose con respeto, tolerancia –comprendiendo que al haber diferencia en edades, las habrá también en ideales al estar viviendo épocas distintas). Conforme a esto, la familia socializa y enseña al niño, en general la autoridad que existe en la familia, ésta debe darse con equidad (un equilibrio que debe tener tanto el padre como la madre) y esto en cuestiones de cómo deben educar a sus hijos adolescentes y a la par, esto para ayudar a crecer a los niños y jóvenes que forman parte de ésta familia, a hacerlos personas más seguras de sí y enseñarlos a que no pierdan su identidad, enseñándoles lo que su crecimiento y desarrollo les pide, conforme a la edad que tengan, pero tampoco hacerlos madurar (porque quieren que se comporten ya como adultos), cuando todavía no están listos para hacerlo. Todo lo anterior se ve relacionado con la educación sexual en el adolescente de educación especial con o sin discapacidad, ya que son primordiales las siguientes cuestiones:

Donde éste/a necesita convivir y vivir junto a su familia <sus padres principalmente> y éstos lo deben educar en todos los aspectos, ya sea, en su formación de valores, en sus hábitos de estudio, pero hay algo que es fundamental (ya que la adolescencia es una etapa de cambios y éstas úeden llevar a confusiones, las cuáles pueden traer consecuencias desagradables para el adolescente y sus padres), y es la educación sexual de éste/a, ya que está despertando a ella (no sólo viendo cambios psicológicos, sino también físicos) y es importante que tanto sus profesores, como sus padres, quienes son los que lo deben de orientar e informar, no malinformar, conozcan, primero: qué es, cómo se va dando, y los cambios que van generándose en sus hijos adolescentes

ó próximos a serlo. Algunos se han visto en el capítulo anterior y se seguirán viendo en próximos capítulos.

En la Editorial de la Revista “Muy Interesante”, el editor Alcalde (1998), dice que: ¿Y qué decir desde el punto de vista social? La práctica del sexo se supone que es una fuente de placer, tanto en las personas “normales”, como en las de educación especial con o sin discapacidad, de hecho en las sociedades occidentales se considera el placer por excelencia, pero no es extraño que también se convierte en causa del dolor y de humillación, sobre todo en ciertas culturas y en determinados períodos históricos. Para colmo, en este momento de la evolución humana, el sexo está más divorciado que nunca de un supuesto sentido procreador y garantizador de la especie como mor de los avances de la fertilización artificial y de la necesidad de controlar la natalidad para garantizar la estabilidad de las poblaciones de Homo sapiens. Sea como fuere, lo cierto es que se camina por el mundo sujetos a la atracción de otros seres, que el sexo forma parte de las actividades biológicas inevitables y que, salvo excepciones determinadas por las culturas que consagran parte de sus ciudadanos al celibato, nadie escapa a su impulso. Y a este envite asistimos amparados por una etiqueta llamada orientación sexual.

2.1 Definición de sexualidad y sexo

El Consejo Nacional de Población (1982), comenta que el SEXO es el conjunto de características biológicas o rasgos anatómicos y fisiológicos que diferencian al hombre de la mujer y la SEXUALIDAD comprende, además de los aspectos biológicos del rol sexual que determina la identidad, todas las manifestaciones del estímulo sexual y las normas sociales, religiosas y jurídicas que las regulan o castigan. La sexualidad humana comprende un conjunto de fenómenos psicosociológicos de gran importancia para la persona y para la sociedad. Se halla además, vinculada a la afectividad y a los valores, ampliando su esfera más allá de la función reproductora y de la mera genitalidad y quedando englobada en el ámbito más amplio del erotismo. En esta cultura la información relativa a la sexualidad y su valoración se reciben con mucha frecuencia distorsionados durante el proceso de socialización. Muchas veces las normas en este campo son

contradictorias y confusas y, en el ser humano, la sexualidad se combina con otros factores psicológicos no estrictamente sexuales, como la visión que se tiene de sí mismo, la valoración de los demás en este terreno, etc. El comportamiento sexual humano viene determinado tanto por factores biológicos como culturales; el hecho de que sea necesario no sólo sentirse miembro de una determinada sociedad, sino también sentirse ser sexuado y como miembro de un sexo y no del otro, condiciona el desarrollo del adolescente y puede producir personas que se encuentren marginados, fuera de lugar en su sociedad. Es clara en la sociedad la existencia de una división de actitudes según el sexo. La sexualidad, así entendida, no es solo un componente más de la personalidad, sino la forma general en que la persona se manifiesta así misma y ante los demás, como perteneciente a una determinada clase de su especie. LA EDUCACION SEXUAL trata de impartir una información y formación progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana, para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo-social; debe perseguir la realización de una sexualidad plena y madura que permita a la persona una comunicación equilibrada con el otro sexo, dentro de un contexto de afectividad y responsabilidad.

2.2 El problema de la pubertad en adolescentes de educación especial.

Hooker (1998), menciona que durante la infancia el niño/a de educación especial con o sin discapacidad, depende estrechamente de sus padres o tutores (y en ocasiones esto sigue durante la adolescencia y hasta la edad adulta) y debido a la necesidad de afecto que tiene se apega a las instrucciones que éstos le den; su desarrollo intelectual no ha estructurado aún los procesos mentales necesarios para cuestionar a sus progenitores y al mundo en general y por tanto una indicación que ellos le den es suficiente para que actúe. La adolescencia es un período de transición entre infancia y edad adulta-, la persona necesita formar una identidad propia; para ello requiere separarse emocionalmente de sus padres y poner en tela de juicio lo que antes aceptó sin réplica: normas, valores, creencias y modelos familiares. La adolescencia es un proceso de adaptación que reviste formas variadas; su duración varía en cada ser según la sociedad y cultura a la que pertenezca; incluso se presentan diferencias significativas según los grupos, los sectores y las subculturas de una nueva sociedad. En el medio rural y suburbano,

ciertos aspectos de la adolescencia duran menos tiempo, debido a que en ellos los jóvenes adquieren (y les deben permitir que las adquieran), responsabilidades del adulto, por ejemplo: unión conyugal y trabajo. En otros sectores (minoritarios) la adolescencia reviste la forma característica de las sociedades industriales. En ellos el proceso de adaptación industriales; en ellos el proceso de adaptación a la vida adulta se prolonga, puesto que el sistema social requiere de la persona una preparación profesional cada vez más especializada, e intenta imponer una “moratoria” para la formación de uniones conyugales estables.

Macías (1998), dice que la adolescencia es un proceso psicosocial durante el cual el joven tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas “aceptables” socialmente, para formar una personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social. Esa etapa es considerada como un “lujo social” ya que su presencia o ausencia está determinada, entre otros, por los elementos de la sociedad, por el sistema político, el modo de producción, el nivel de vida y por la clase social. Así el grado de diferenciación personal está dado por el número de posibles elecciones que la sociedad brinda a sus miembros y por el grado de libertad que se tenga para elegir. Como proceso, brinda a los jóvenes la posibilidad de desarrollar al máximo sus capacidades, experimentando ciertas formas de conducta y relación hasta lograr su personalidad. En general, cuando se posterga hasta después de la adolescencia, la formación de una pareja estable, aumentan las posibilidades de éxito, el formarla en etapas tempranas, implica renunciar casi por completo a los “beneficios del adolescente”. La sociedad puede colaborar a la formación de mejores personas, proporcionando a los jóvenes un status bien definido, así como roles sociales adolescentes, que respondan a los intereses y capacidades de la etapa; canalizando las inquietudes e interés de los jóvenes en instituciones que favorezcan el desarrollo y sobre todo, que tanto los padres, familia, amigos, la misma sociedad acepte que los chicos/as de educación especial con o sin discapacidad, tienen todo el derecho de vivir su vida, y todo aquello nuevo que se les está presentando y que están experimentando; orientando sin pretender “gobernar” y “dominar” el pensamiento e ideales de los muchachos. En la adolescencia se adquiere una identidad sexual definitiva y se trazan las metas y proyectos que delinearán la vida adulta. Hay que reconocer que la crisis generacional no es provocada por la

“inconsciencia de la juventud”, sino que existen móviles conscientes e inconscientes, tanto en los adultos como en los jóvenes, que dificultan la relación; el tener a la “persona” (adulta o adolescente) como centro de la relación puede mejorar la convivencia. Los jóvenes son capaces de tomar sus propias decisiones (claro que esto depende si son de educación especial con o sin discapacidad, pero aún así son seres independientes y hay que respetar tal), aceptan la intervención de los padres y los adultos cuando éstos pretenden orientarlos en su decisión y no tomar la decisión por ellos.

Pepin (1994), comenta que la ideología conservadora no ha podido en ningún dominio influir en la sexología tanto como en el de la sexualidad del adolescente. El alfa y el omega de todas las “investigaciones” ha consistido siempre en saltar, de la afirmación de que la pubertad es ante todo la madurez sexual, a la exigencia de la continencia para los adolescentes. Cualquiera que sea la forma en que esta exigencia se formula, que sea racionalizada por argumentos biológicos, como la “madurez inacabada antes de los 24 años” o por el recurso a motivos éticos, culturales o “higiénicos”, nadie se había puesto a pensar que, la miseria sexual de la juventud de educación especial con o sin discapacidad, la cual es un problema esencialmente social, que no existiría sin la norma de continencia impuesta por la sociedad conservadora.. Al querer justificar esta norma social por razones biológicas, culturales o éticas, quienes las sostienen caen en contradicciones extrañas. Cuando llega la adolescencia, el sujeto toma una nueva identidad, lo cual lo impulsa al reconocimiento de sus propias necesidades e intereses, para lo cual se apoya en los demás. El proceso de integración al mundo de los adultos con una identidad propia es gradual y en este tiempo donde surgen problemas al no poder identificarse como ellos quisieran con los adultos, es aquí donde el psicólogo juega un papel importante ya que es cuando empiezan a tener problemas o conflictos con sus padres o familiares, entonces la labor del psicólogo es orientar sobre todos esos cambios de los adolescentes de una manera de formativa del como ayudarlos en este proceso.

2.3 La sexualidad en adolescentes de educación especial

Satir (1995), menciona que la adolescencia, considerada como un período de transición entre la niñez y la vida adulta, comienza con el inicio de los cambios puberales, (como se comentaba en el capítulo 1.1), momento en el que se puede decir que acaba la infancia. Ahora bien, la tarea de definir cuándo acaba la adolescencia, para dar paso a la edad adulta, parece tornarse más compleja. En este caso no existe un criterio biológico como el de la pubertad, y los indicadores psicosociales obviamente no son tan precisos, llegando incluso a ser contradictorios. De hecho, muchos jóvenes que psicológicamente y físicamente se sienten y se perciben y se ven como personas adultas, sin embargo siguen condenados socialmente a ser adolescentes, puesto que no se les permite acceder con facilidad a los roles y las responsabilidades de los adultos. En cualquier caso, y más allá de los problemas relacionados con el comienzo y el final de esta etapa de vida, lo cierto es que sí se puede definir algunas de las características que son propias de ésta. La adolescencia implica una serie de cambios biológicos y psicosociales, que sitúan al sujeto ante una nueva forma de sentirse y percibirse, todo aquello que le rodea. Igualmente, y en cuanto objeto, estos cambios posibilitan que el/la adolescente sea percibido/a de forma muy diferente por las personas que están a su alrededor, y por la sociedad en general.

Cagne (1997), dice que se va a ver brevemente cuáles son los cambios generales que se producen y definen la adolescencia, para luego analizar con mayor detenimiento los cambios más específicamente sexuales; todo ellos sin olvidar que las fronteras entre unos y otros no son fáciles de definir y que en cualquier caso siempre existe una mutua interrelación e influencia entre ellos. La adolescencia comienza con la aparición de la pubertad y con ella, como se sabe, tienen lugar una serie de cambios fisiológicos generales (aumento de la estatura, peso, etc.) y una serie de cambios específicamente sexuales, que culminarán con la maduración de los órganos sexuales (dependiendo de si el chico/a es de educación especial con o sin discapacidad.). Como se verá más adelante, estos cambios de por sí van a tener unas implicaciones psicológicas tremendamente importantes. Esto anterior se comentaba en el Capítulo 1.1., pero cabe recalcarlo y retomarlo.

Katchandurian & Lunde (1992), menciona que desde el punto de vista psicológico, van a aparecer también nuevas necesidades y capacidades en el adolescente. La búsqueda de una identidad personal, es decir, el desarrollo de un sentimiento propio como alguien diferenciado de los demás, y que mantiene un sentido de continuidad y coherencia a lo largo del tiempo y de las situaciones, sin duda, se convierte en la tarea más importante de la adolescencia. En relación con ello, el adolescente necesita adquirir paulatinamente una mayor autonomía e independencia respecto a la familia, a la vez que las relaciones y los vínculos con el grupo de iguales van a ir cobrando una mayor importancia. Al adolescente ya no le basta con la seguridad y el apoyo emocional que puede encontrar en el seno familiar (aunque su familia, <sobre todo los padres crean que sí>), necesita, además, sentirse parte de un grupo con el que compartir nuevas actividades e intereses, un grupo en el que puedan verse reforzadas sus creencias, actitudes y valores, y en el que pueda sentirse valorado. Paralelamente, cada vez va a ser mayor su necesidad de compartir los aspectos más privados y profundos de sí mismo con alguna persona íntima en la que pueda confiar verdaderamente. Por último, el deseo sexual creará nuevas necesidades de relacionarse afectiva y sexualmente con alguna persona por la que llega a sentirse atraído de forma especial. Las nuevas capacidades cognitivas que aparecen en el adolescente de educación especial con o sin discapacidad acompañan y condicionan de forma importante todo este proceso. El adolescente deja de ser presa de la realidad concreta que existe a su alrededor, y el acceso al pensamiento abstracto le abre numerosos caminos a recorrer. Lo real no es para él más que una de tantas posibilidades, y lo que hasta ahora permanecía a sus ojos como inamovible, comienza a ponerse en tela de juicio. La posibilidad de pensar acerca de sus propios pensamientos y sentimientos cada vez se hace mayor, lo que facilita que el adolescente se vuelva más reflexivo e introspectivo, al tiempo que se ve acrecentada la capacidad para ponerse en el punto de vista de los otros. De este modo, los tópicos de la identidad, la sociedad, la existencia, la religión, la justicia, la moralidad, la amistad, el amor, etc., se convierten en temas de gran interés para el adolescente, temas que se plantean en su mente y sobre los que comienza a generar sus propias ideas, opiniones, etc. Tampoco se puede olvidar que durante la adolescencia también se desarrollan nuevas capacidades y necesidades de integración en el mundo sociolaboral adulto.

Concretamente, en los últimos años de la adolescencia, muchas de las capacidades para entrar a formar parte del mundo laboral se hallan completamente desarrolladas, y el adolescente necesita asumir cada vez mayores responsabilidades y roles de adulto (aunque a los padres y a la sociedad les parezca difícil, así debe ser, desafortunadamente no les van a vivir para siempre y la sociedad no los va a mantener –por así decirlo- deben ser independientes y cada vez más, esto dependerá del chico/a de educación especial con o sin discapacidad, pero aquí se está hablando de que los adolescentes pueden obtener y deben tener esa independencia). El psicólogo en este ámbito tiene el trabajo de orientar y educar adecuadamente sobre los cambios que se dan tanto física como psicológicamente donde aparecen nuevas necesidades y se adquieren otras capacidades, requiriendo mayor independencia con respecto a la gente que lo rodea y es aquí donde el profesional ofrece la posibilidad de ayudar a resolver los problemas que conlleva lo antes mencionado, concientizando y sensibilizando a los padres con respecto a la importancia que tiene el que ellos sepan sobrellevar este momento.

2. 4 Exigencia social y realidad sexual

Pepin (1994), comenta que tres cuestiones deben ser aclaradas, que conciernen a la sexualidad juvenil de la persona de educación especial con o sin discapacidad:

¿Qué exigencias formulan los padres respecto a su hijo/a adolescente de educación especial con o sin discapacidad y cuáles son las razones?

¿Cuál es la verdadera fisonomía de la vida sexual de la mayoría de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, (ya que hay que recordar que dependiendo la “discapacidad” se van a presentar los cambios psicosexuales como tal o no) ?

¿Qué se sabe de cierto a propósito de a) la masturbación; b) la continencia, y c) las relaciones sexuales de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad?

Al formular “normas éticas” para la vida sexual, la sociedad reaccionaría, exige del adolescente de educación especial con o sin discapacidad una castidad absoluta antes del matrimonio o si es posible que no exista tal matrimonio y tampoco que tenga relaciones sexuales; condena tanto la relación sexual como la masturbación, dicha información se verá en el Capítulo 3.5. La ciencia, en

la medida en que ella se ve inconscientemente influida por la ideología reaccionaria, formula tesis destinadas a proporcionar una base científica sólida a esta ideología; bien a menudo no va hasta ahí y se contenta con referirse a la célebre “naturaleza moral” del hombre, al hacer esto, olvida su propio punto de vista, que no deja de oponer sin embargo a sus adversarios ideológicos, según el cual la tarea legítima de la ciencia se limita a describir los hechos en cuanto a su causalidad. Cuando quiere hacer más que justificar las exigencias sociales por un simple recurso a las ideas morales, usa de un método objetivamente mucho más peligroso, ya que disimula los puntos de vista morales detrás de tesis pseudo-científicas, la moralidad se encuentra así “científicamente” racionalizada. Entonces, ¿cuál es, pues, el verdadero aspecto de la vida sexual del adolescente de educación especial con o sin discapacidad? Ciertamente, no el que la moralidad reclama. Desgraciadamente se carece de buenas estadísticas; sin embargo, los cuestionarios, la experiencia de las clínicas de higiene sexual, las cuestiones planteadas por los adolescentes en reuniones de información sexual, las investigaciones generales de economía sexual no dejan duda en cuanto a la observación general que la continencia completa, es decir, la ausencia de actividad sexual de cualquier especie, casi no se da jamás en los muchachos, si no es en algunos casos de inhibición neurótica severa; en las jóvenes, la continencia es menos rara, en lo que no se puede fiar de los datos de los que no se dispone. No existe, pues, duda sobre el hecho de que el comportamiento sexual que merecería el nombre de continencia es tan raro que se le puede despreciar enteramente.

Hooker (1998), dice que en realidad, bajo la apariencia de la castidad, se ejercen toda clase de prácticas sexuales. Hombres y mujeres han practicado durante años una masturbación inconsciente: en las mujeres, bajo la forma larvada de la presión de las nalgas; en los dos sexos, la práctica de la bicicleta y de la motocicleta; los sueños sexuales en estado de vigilia realizan la verdad psíquica completa del onanismo y, por tanto, su aspecto perjudicial; pero los soñadores despiertos que no se masturban afirmarán que son castos y tendrán razón en lo que concierne a la satisfacción sexual, pero no a la excitación.

CAPITULO III

CAMBIOS PSICOSEXUALES EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

CAMBIOS SEXUALES

Aberasturi

Adolescentes que nacen con "discapacidad"

Por accidente el adolescente queda con alguna discapacidad

Siempre se les ve como el "niño eterno"
Y se les sobreprotege

Cuando sufren el accidente se les priva de lo que estaban acostumbrados

Las familias los limitan a tener relaciones sexuales con personas "normales"

Cayendo en la masturbación, fantasías sexuales e inclusive en ocasiones en incesto (esto último se comenta en capítulos posteriores).

Lo mencionado en este cuadro se especificará a continuación:

Aberasturi (1998), menciona que como se ha venido comentando, no hay presupuesto donde se diga que el adolescente de educación especial con o sin discapacidad, no tiene Sexualidad propia, sino el sentido es en torno a cómo la vive, manifiesta..., pero ¿qué sucede con el adolescente que nació ya teniendo una “discapacidad” ó con el que sufre una enfermedad ó accidente siendo adolescente y queda “discapacitado”?

En el primer caso, a estos adolescentes desde pequeños se les ve con inferioridad (como el enfermito), que no puede hacer nada por sí solo, se les rechaza, ya que, se vive en una sociedad donde el físico es muy importante; donde la gente es la que los ve diferentes y los hace sentirse inferiores, esto lo acentúan y lo crean primero los propios padres, al haber una sobreprotección y al no dejarlos ser cada día más independientes y al crear un sentimiento de inseguridad e insuficiencia y luego la sociedad, al no aceptarlos y al verlos menos (por una ignorancia hacia estas personas). Cuando la “discapacidad” viene a la edad de la adolescencia, se crea una etapa de privación, en el sentido que el chico/a ya había adquirido una identidad sexual “cierta” y esa lesión le priva de recibir respuestas (a sus necesidades y peticiones), con respecto, a otros chicos “normales”; el querer relacionar con alguien “normal”, con una persona como la que él fue y le gustaría seguir siendo ó incluso con alguien “discapacitado” también; pero ¿qué ocurre en este caso?, que los padres o la familia (tanto de estos chicos, como de los que nacieron con “discapacidad” o solo son de educación especial sin tener una discapacidad mental), obstaculizan este tipo de relaciones, ya que, no le permiten tener una relación con alguien “normal”, por el miedo que el chico/a resulte herido o lastimado y tampoco con alguien con “discapacidad”, porque no corresponde a la petición de “príncipe o princesa azul” que quieren para su hijo/a y también el hecho de que ahora serían dos los “discapacitados”, a los que habría de cuidar.

Lo anterior, obliga al chico/a a permanecer situado en prácticas masturbatorias, acompañadas de fantasías eróticas de tipo compensatorio.

Hooker (1998), dice que todos estos cambios que se producen en el cuerpo del adolescente de educación especial con o sin discapacidad van a tener importantes repercusiones en su vida. A partir de estos momentos, el adolescente ha de reconsiderar la imagen de su nuevo cuerpo sexuado, y tiene que enfrentarse con las nuevas posibilidades y necesidades sexuales y

afectivas que se le plantean. Acercarse al conocimiento de estos aspectos parece absolutamente necesario para entender las vivencias sexuales de los adolescentes, y para intentar ayudarles en su proceso de desarrollo y maduración.

3.1 El nuevo cuerpo sexuado y la imagen corporal

Satir (1995), comenta que como se ha venido apuntando, los cambios relativamente bruscos que se producen durante la pubertad hacen que el adolescente de de educación especial con o sin discapacidad preste una especial atención a su cuerpo, y comience a desarrollar nuevos sentimientos y actitudes hacia él. Esta forma lógica de prestar una especial atención al propio cuerpo que está cambiando, llega quizás a cobrar una importancia desproporcionada, en un contexto sociocultural en el que existe un verdadero culto por la <<estética corporal>>. De este modo, la apariencia y las destrezas físicas se convierten en un valor fundamental que condiciona en gran medida la imagen, las actitudes y los sentimientos que el adolescente tiene hacia su propio cuerpo. Estos aspectos tienen tal importancia que pueden condicionar en buena medida su forma de estar en el mundo. De hecho, los adolescentes que se acomodan a los estereotipos de belleza y de destrezas físicas dominantes tienden a tener mayor seguridad en sí mismos, mayor autoestima, suelen ser más populares y, en general, se relacionan con otros con mayor facilidad. Todo lo contrario podemos decir respecto a aquellos que no se acomodan a tales estereotipos.

López (1999), dice que conseguir que los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad tomen consciencia del importante influjo de los estereotipos de belleza dominantes, que hay otros chicos/as diferentes a ellos (tanto de educación especial con o sin discapacidad, como los “normales) y ayudarles a relativizar la pura estética corporal, a la vez que puedan tomar en consideración otros valores corporales y personales, nos parece una tarea educativa de enorme importancia, si se pretende que los adolescentes puedan vivir su propio cuerpo de forma más positiva. La aparición de la menstruación en las chicas y de las primeras eyaculaciones en los chicos, (temas que se platearán en Capítulos posteriores) pueden ser vividas de formas muy

diversas, algo que, sin duda, también condiciona la imagen y la vivencia que los adolescentes tienen de su propio cuerpo. En el caso de la menarquia (primera menstruación), las reacciones que las chicas pueden experimentar van desde el hecho de ser algo que las enorgullece enormemente, y que refuerza sus sentimientos de ser mujer, hasta el hecho de ser vivida como una carga que habrán de soportar hasta la menopausia. En este sentido, se ha de tener en cuenta que además de la actitud o la visión negativa que ha menudo ha existido respecto a la menstruación (vocabulario utilizado para referirse a ella, imposibilidad de realizar determinadas actividades, etc.), ésta en ocasiones va asociada a determinados cambios emocionales y puede también producir dolor; se cree, por tanto, que una buena información respecto a lo qué es y significa la menstruación, la adopción de una actitud positiva por parte de las personas que rodean a la chica respecto a su llegada, y la posibilidad de reconocer y controlar sus posibles efectos, ayudaría a las adolescentes a tener una vivencia más positiva de la menstruación. En lo que se refiere a las primeras eyaculaciones y poluciones de los chicos, aunque ciertamente pueden producir ciertas ansiedades e incertidumbres, generalmente son mejor aceptadas por éstos, ya que socialmente estos hechos tienden a tener una connotación más positiva y el adolescente puede considerarlos como un signo de virilidad y madurez. No obstante, una buena información puede ayudarles a ser más realistas y a evitar que puedan aparecer sentimientos de culpabilidad, de ansiedad o de vergüenza en relación con ello. López comenta un último aspecto de importancia, que no se debe dejar de mencionar, es el que tiene que ver con la aparición más temprana o tardía de la pubertad. Obviamente, el hecho de desarrollarse antes o después que la mayoría de los compañeros/as fácilmente hace que el adolescente se sienta diferente a ellos y, por tanto, que la imagen que tiene de sí mismo y de su cuerpo se vea afectada por tales circunstancias. En términos generales, el desarrollo temprano tiene más ventajas que el desarrollo tardío, sobre todo en el caso de los chicos. De hecho, en algunas investigaciones sobre este tema se constata que los chicos que maduran antes, tienden a estar más seguros de sí mismos, tienden a ser más autónomos, son líderes con mayor frecuencia, etc.; por el contrario, los que maduran más tardíamente tienden a ser más ansiosos, más inquietos, menos populares, etc. En el caso de las chicas, las cosas no parecen tan claras y la maduración temprana suele ir acompañada de ciertas dificultades en un principio, aunque posteriormente tienden a aparecer como más tranquilas y más

seguras de sí mismas, que las que maduran más tarde. Se ha de tener en cuenta que las expectativas sociales difieren de forma importante para unos y otras. De hecho, los chicos suelen recibir mensajes reforzantes respecto a la madurez sexual y la virilidad, mientras que las chicas reciben mensajes más ambiguos respecto a su madurez. De nuevo, conseguir que los chicos y las chicas sepan que el proceso de desarrollo puberal es muy variable a nivel cronológico, hablar acerca de dicha variabilidad y tranquilizarles al respecto, puede serles de gran ayuda.

3.2 La aparición y consolidación de nuevos sentimientos, con respecto a los cambios psicológicos en su sexualidad.

Cagne (1997), menciona que una vez llegada la pubertad, el chico/a de educación especial con o sin discapacidad va a experimentar nuevas sensaciones sexuales, y los intereses y las motivaciones relacionadas con la sexualidad van a cobrar una enorme importancia. En la base de ello se encuentran los importantes cambios hormonales que han desencadenado la pubertad y, más en concreto, fundamentalmente el incremento en los niveles de testosterona, la hormona responsable de los impulsos sexuales. En virtud de estos cambios, el adolescente va a sentir cómo su cuerpo se excita sexualmente, y cómo se ve llevado a satisfacer de algún modo sus tensiones sexuales con una intensidad y una frecuencia hasta ahora desconocidas. Así, típicamente, las erecciones en los chicos y la lubricación en las chicas aparecen de forma espontánea con gran facilidad; los atributos físicos de otras personas comienzan a ser estímulos más importantes; las fantasías y los sueños sexuales comienzan a ser más frecuentes; y la necesidad de buscar conductas que permitan resolver sus impulsos sexuales es mucho mayor. Estas son algunas de las manifestaciones del impulso sexual que, como se dice, comienza a ser mucho mayor en la pubertad y lo cierto es que el adolescente puede vivenciar tales manifestaciones espontáneas de formas muy diversas. Así, mientras algunos intentarán negar la existencia de estas sensaciones y necesidades, llegando a sentirse culpables por no poder controlarlas, otros las aceptarán como algo natural, y otros, incluso, buscarán activamente estímulos externos que las refuercen. Sin duda, la historia previa del adolescente, fundamentalmente en lo que se refiere a los mensajes y las actitudes que se le hayan transmitido acerca de la sexualidad, van a condicionar su respuesta ante

estos nuevos deseos y necesidades sexuales. Aprender a aceptar y a reconocer estas nuevas manifestaciones de los impulsos sexuales, como algo que es un proceso natural de la maduración sexual y aprender a vivirlas de forma satisfactoria y responsable, es uno de los retos más importantes para el adolescente.

Olveros (1998), comenta que igualmente, a partir de la pubertad, y en relación con los procesos que se han venido comentando, el ambiente donde se desarrollan y la información que tengan sobre su sexualidad, reafirmará sus preferencias sexuales, de forma que el adolescente se sentirá atraído sexualmente por otras personas, hacia los que dirigirá u orientará su deseo sexual. Según hacia qué tipo de persona se sienta atraído se puede considerar las siguientes formas de orientación:

Heterosexual: Atracción sexual hacia personas del otro sexo

Homosexual: Atracción sexual hacia personas de su mismo sexo

Bisexual: Atracción sexual hacia personas tanto del mismo como de distinto sexo

Macias (1998), dice que tradicionalmente, desde un criterio moral (era lo correcto o adecuado) y porque era lo mayoritario, el único tipo de orientación sexual considerada saludable para el individuo y la sociedad ha sido la heterosexual, todas las demás eran consideradas como alteración, desviación, patología o enfermedad mental. Actualmente, sin embargo, se está de acuerdo en que tanto la heterosexualidad como la homosexualidad y bisexualidad son diferentes alternativas del deseo sexual que no comportan ningún tipo de riesgo psicológico ni físico para los individuos y sobre todo, en el caso de los adolescentes con capacidades distintas, al encontrarse en ocasiones con esas emociones, deseos de los cuales no tiene consciencia, ni tampoco conocimiento (ya que no les han explicado nada sus padres o sus maestros, pero sobre todo los primeros), tienden a tener relaciones homosexuales o de otro tipo, al no tener ni consciencia ni conocimiento de lo que está pasando por su mente y cuerpo. No obstante, todavía hoy parecen existir importantes problemas de aceptación social para aquellos sujetos “normales” que no se sienten atraídos/as sexualmente por personas del otro sexo, ahora imagínense si en una persona de educación especial con o sin discapacidad resulta

difícil aceptar su sexualidad, menos se aceptará si se siente atraído por alguien de su mismo sexo, aunque en realidad al final sea lo que realmente quiere, ya que hay que recordar, que no porque sean de educación especial con o sin discapacidad no pueden llegar a tener atracción por alguien de su mismo sexo, hay que recordar que se es (tanto “normales” como no), un abanico inmenso de posibilidades.

Olveros (1998), menciona que por el momento, se desconoce cuáles son los factores responsables de que una persona adopte un tipo de orientación u otra y, a pesar de que se han aducido multitud de causas desde muy distintas teorías, tanto de origen biológico (teorías genéticas y hormonales), como psicosocial (teorías psicoanalistas, conductistas...), lo único que parece ser más claro es que la orientación sexual precede a las conductas, es decir, que los sujetos tienen fantasías heterosexuales u homosexuales antes de haber tenido cualquier clase de experiencia, pero no se sabe qué determina que las fantasías sean de un tipo u otro. En cualquier caso todos los adolescentes han de tomar consciencia de cuál en su orientación del deseo y lo cierto es que, cuando esta orientación concuerda con el modelo social dominante (heterosexuales), este hecho pasa prácticamente desapercibido, sin embargo, cuando la orientación está en contradicción con el modelo propuesto (homosexuales, bisexuales), la toma de consciencia y asunción del deseo en un proceso del que sí son bastante conscientes, por lo conflictivo y traumático que resulta para algunos y, desde luego, por lo confuso que es para todos. De este modo, en función de su orientación sexual, el adolescente comienza a sentir cómo algunos objetos o personas adquieren un significado erótico, les estimulan, excitan, etc. No obstante, el hecho de que sean unos u otros atributos concretos los que tengan para el sujeto un mayor poder de atracción, depende de otros múltiples factores, entre los que no se han de olvidar aquellos que vienen determinados por los modelos o estereotipos de belleza dominantes en la sociedad. En cualquier caso, lo que sí se ha de tener en cuenta es que los objetos o personas de atracción sexual para el adolescente, al igual que para los adultos, es decir, aquellos objetos o personas susceptibles de estimular el deseo sexual pueden ser múltiples y numerosos, aunque ello no conlleve necesariamente una búsqueda real de contacto con ellos. Ayudar a los adolescentes a asumir de forma positiva su orientación sexual, cuando ésta no representa riesgos para la propia

salud y/o la de los demás; ayudarles en el mismo sentido a aceptar la orientación sexual del resto de las personas; conseguir que puedan vivir con naturalidad y a la vez de forma responsable la posibilidad de sentirse atraídos sexualmente por determinadas personas, y ser objeto de atracción sexual para otras; son algunos de los objetivos que se deben perseguir en relación con este tema.

Satir (1995), comenta que finalmente, durante la adolescencia frecuentemente aparece un importante cúmulo de nuevos sentimientos y emociones, ligados al fenómeno del enamoramiento. Este fenómeno, aunque supone y conlleva el deseo y la atracción sexual, va más allá, ya que representa un deseo de unión y de reciprocidad absoluta, completa, con otra persona, que a los ojos del adolescente es única e insustituible. Para el enamorado/a este deseo de reciprocidad y de unión es tal, que su vida gira en torno al hecho de conseguirla o no; así, se desencadenan importantes emociones positivas (euforia, alegría, etc.), cuando existen signos de reciprocidad e importantes emociones negativas (tristeza, desesperación, etc.), cuando existen signos de no ser correspondido/a; del mismo modo, este deseo de reciprocidad conduce a que la otra persona se halle de modo omnipresente y continuado en los pensamientos y las fantasías del enamorado/a, se la idealice, y exista una enorme facilidad para explicar e interpretar su comportamiento de forma favorable. La búsqueda de proximidad y contacto con el otro, prestarse para todo lo que el otro pueda desear y alejarse de todo lo que no se relaciona con la persona amada son otras tantas características propias de la conducta de los enamorados. Es importante que los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad puedan conocer y valorar la importancia de este fenómeno, de forma que ello les ayude a entender y comprender en mayor medida algunas de las emociones, pensamientos, conductas, etc., por las que puedan pasar tanto ellos mismos como los demás cuando se hallan inmersos en esta experiencia.

Conseguir que los adolescentes estén abiertos a esta vivencia emocional, y que puedan afrontar los aspectos positivos y las posibles frustraciones derivadas de la falta de reciprocidad, así como también el hecho de ser objeto de enamoramiento de otra persona por la que no se siente lo mismo, de la forma más adecuada y responsable posible, se convierte en un objetivo de gran importancia.

3.3 La menstruación

Beltrán (2002), menciona que el ciclo menstrual, también llamado menstruación está determinado por la acción de las hormonas y tienen como función preparar al útero para la implantación del óvulo fecundado. El ciclo menstrual se inicia durante la adolescencia, entre los 12 y 14 años (menarquia) y continúa cada mes durante toda la vida, hasta los 45 o 50 años, cuando llega la menopausia. Antes de este proceso, el ciclo menstrual solamente es interrumpido por el embarazo.

El ciclo menstrual se divide en tres partes:

1. Fase destructiva o menstrual: marca el inicio de cada ciclo y se manifiesta por la presencia de un sangrado que dura de cuatro a siete días aproximadamente. El flujo de desechos está formado principalmente por sangre y células muertas del epitelio endometrial. En esta etapa se aprecia disminución de progesterona.
2. Fase proliferativa o folicular: se inicia cuando cesa el flujo menstrual. Los estrógenos que secretan los folículos ováricos provocan el crecimiento del endometrio para prepararlo en caso de que anide el óvulo fecundado. Mientras el endometrio crece, uno de los óvulos que está en el folículo se desarrolla y hacia el día 14 es liberado (ovulación) en ese momento los estrógenos alcanzan su máximo nivel de concentración. Cuando el óvulo sale, el folículo se convierte en cuerpo amarillo.
3. Fase secretora o luteínica: debido a la acción de la hormona luteinizante, las células del cuerpo amarillo producen progesterona. Al mismo tiempo que disminuye relativamente la cantidad de progesterona, se inicia la preparación del útero para la anidación del óvulo que han sido fecundado.

Si el óvulo no es fecundado, el cuerpo amarillo degenera, la secreción de progesterona decrece y el recubrimiento del útero se fragmenta, provocando el flujo menstrual y nuevamente se inicia la primera fase. Por lo general el ciclo menstrual es de 28 días; la ovulación ocurre

aproximadamente a la mitad, entre los días 14 y 17. Si el óvulo es fecundado se inicia el embarazo, y si no, se desintegra y sale junto con el endometrio en el sangrado menstrual. El óvulo puede ser fecundado durante las 24 hrs. siguientes a la ovulación; si en su periodo de madurez se presentan relaciones sexuales existe una alta probabilidad de embarazo; también puede suceder que haya habido relaciones sexuales 24 o 48 hrs. antes de la ovulación y al presentarse ésta, el óvulo sea fecundado por espermatozoides que aún se encuentren en el tracto femenino.

Hernández (2002) menciona que las hormonas pueden llegar a provocar estados de ánimo de mucho mal humor. En los primeros días del periodo, o justo antes, es frecuente que todo les moleste mucho más de lo habitual. Algunas chicas padecen síntomas físicos cuando va a venir su menstruación, por ejemplo tienen los pechos adoloridos o que se les hincha un poco las manos, la cara y sobre todo el abdomen. La menstruación es algo normal y suele aparecer cuando una chica tiene entre nueve y dieciséis años, lo más frecuente es que comience alrededor de los trece años. Significa que el sistema reproductivo ya se ha puesto en marcha; la mujer tiene la menstruación cada mes aproximadamente; el ciclo menstrual es variable de mujer a mujer e incluso de mes a mes puede variar en una misma mujer, pero en promedio el ciclo tiene una duración de 28 días, contados a partir del primer día de sangramiento. Por efecto hormonal cada mes en el ovario se inicia el crecimiento de folículos pero solo uno alcanza el estado de madurez, es el que liberará el óvulo y éste proceso se conoce como ovulación, suele producirse el día 14 del ciclo y los demás folículos involucionan o regresan, la vida media del óvulo es de aproximadamente 24 horas, un síntoma que permite a la mujer identificar la proximidad de la ovulación es el aumento del moco cervical que baja hacia la vagina, se vuelve más abundante, este moco se produce en el cuello del útero, y en el momento de la ovulación se hace más abundante, transparente y filante (al tomarlo entre los dedos permite hacer un hilo sin romperse), este es el momento más fértil del ciclo. La Ovulación pudiese adelantarse o retrasarse de dos o tres días, por lo que esos días son considerados de alta probabilidad para embarazarse, si se mantienen relaciones sexuales durante éstos días, el moco posee las características más idóneas para que los espermatozoides puedan viajar a través de el.

Calderón (1999), dice que los espermatozoides (que tienen una vida media de 48 horas) colocados en la vagina de la mujer ascienden desplazándose hasta la trompa, si en ese momento se encuentran con el óvulo liberado, éste será fertilizado y ese proceso lo conocemos como fecundación, ese óvulo fecundado o cigote viajará hacia el útero a través de la trompa y se fijará al endometrio (esto sucederá entre el 5 y 6 días después de la ovulación) diseñado para la protección y nutrición del embrión mientras se forma la placenta, que será luego la encargada de suministrar el oxígeno y los nutrientes necesarios para el crecimiento del feto; el folículo que liberó al óvulo, se transforma en el cuerpo lúteo del embarazo en el cual se generan una serie de hormonas que mantienen el embarazo, principalmente la progesterona; ahora si el óvulo no es fecundado, llegará a cavidad uterina y se perderá, el endometrio sufrirá modificaciones por la acción de las hormonas producidas por el cuerpo lúteo (estrógenos y progesterona), estas modificaciones desencadenarán la descamación del endometrio el día 28 del ciclo y es lo que se conoce como menstruación o regla. En la antigüedad se decía que ésta representaba el llanto del útero por un hijo que no se concibió.

3.4 La masturbación.

García (2002) comenta que desde la época Victoriana, entre mediados del siglo XIX e inicios del siglo XX, la masturbación ha sido vista como algo perverso, inmoral, sucio y dañino para la salud; se llegó al extremo de relacionar este placentero acto con enfermedades tales como la ceguera, la tuberculosis, la parálisis, la pérdida del cabello y ¡de la razón! Debido a estas erróneas creencias, en el pasado no tan remoto se condenaba todo acto relacionado con la masturbación y para ello se idearon aparatos y métodos que trataban de evitar que los jóvenes, hombres y mujeres practicasen la masturbación, objetivo que probablemente fracasó. Hoy en día se sabe que la masturbación es un acto normal y saludable en cualquier ser humano, el cual no causa ningún tipo de daño físico o psicológico. No solo eso, la masturbación equivale a 100% de sexo seguro, ya que no transmite enfermedades de transmisión sexual y no existe el riesgo de embarazo, además de ser sumamente placentero. Es por medio de la masturbación que se

aprende a conocer el cuerpo, así como a avanzar en la exploración de la sexualidad, lo cual ayuda a funcionar mejor sexualmente con la pareja; sin embargo, aún con este cambio de actitud en la sociedad, persisten hoy en día varios mitos sobre la masturbación, los cuales preocupan a padres de familia e incluso a los mismos practicantes de la masturbación. Estos son algunas de las falacias y mitos relacionados con la masturbación:

La masturbación causa daños físicos: Falso, la masturbación es un acto normal y saludable y no es causa de acné, ceguera, pérdida del cabello, tuberculosis, parálisis, pelos en las manos, disminución en la potencia sexual, infertilidad o reducción en el tamaño del pene. La masturbación no causa, en lo absoluto, cambios físicos en la persona.

La masturbación causa daños psicológicos: Falso, la masturbación es un acto normal y saludable y no provoca locura, una personalidad antisocial, homosexualismo u otros cambios en la personalidad o salud mental.

La masturbación es practicada por los hombres: Falso, muchas chicas encontramos en la masturbación una fuente de relajación y de intenso goce sexual.

Sólo las personas sin pareja sexual se masturban: Falso, no es raro que las parejas se masturban, inclusive muchas parejas de esposos lo hacen entre ellos, y en muchos matrimonios es práctica usual que la esposa masturbe al esposo cuando por alguna razón (menstruación, embarazo, etc.) no hay penetración. La masturbación es sob otra forma de expresión sexual y el practicarla no significa que se esta insatisfecho con al rendimiento sexual de su pareja. Además, la masturbación ayuda a que la pareja aprenda a reconocer los estímulos necesarios para lograr el orgasmo, de esta manera mejorando la calidad de la relación sexual.

La masturbación es practicada sólo por personas jóvenes e inmaduras: Falso, si bien es cierto que la masturbación es más frecuente en la adolescencia por razones obvias (no es fácil para chicas y chicos entre los 11 y 18 años conseguir pareja), ésta se sigue practicando durante la edad adulta.

La masturbación, especialmente en exceso, es dañina: Falso, no existen consecuencias negativas intrínsecas, aunque hay que recalcar que como muchas otras cosas, cuando este sano ejercicio se convierte en algo obsesivo puede interferir con actividades sociales o con lo que se considera como desarrollo normal de las personas. Todas las manías obsesivas, aún las que parecen inocuas (tales como lavarse las manos continuamente, comprar por comprar, etc.) caen en esta categoría.

Los niños no se masturban: Falso, ya que estudios han demostrado que la masturbación puede comenzar a edades tan tempranas como los 2 años, solo que en estos casos, la masturbación no está asociada a nada erótico sino que es resultado de una exploración gratificante muy natural en niños y niñas y no debe ser objeto de represión ni de reprimenda.

Pasquel (1998), menciona que en suma: la masturbación es tan sólo una manera más de expresión de la sexualidad propia y por tanto, es una práctica absolutamente esperable y saludable en cualquier persona saludable, sea este niño, joven, adulto, hombre o mujer. Para los hombres, la masturbación es el acto de estimular manualmente el pene para producir placer; para los adultos y adolescentes más grandes, la masturbación generalmente termina con la eyaculación, en la cual el líquido que contiene los espermatozoides, sémen, es expulsado desde el pene. La eyaculación usualmente es acompañada por el orgasmo, el cuerpo entero lo siente (para la mayoría de la gente), además de sentirse tan bien, masturbarse alivia la tensión sexual que aumenta naturalmente con el tiempo. Todo hombre en su adolescencia se ha excitado en cuyo estado su mente se ve invadida por acumular el semen, y su cuerpo responde causando que quiera eyacular el semen para hacer lugar para más; uno de los modos en que esto sucede es a través de las emisiones nocturnas o "sueños húmedos" una eyaculación mientras duerme, (tema que se comentó en el capítulo anterior); otra manera es a través de la masturbación, donde se estimula el pene para engañarlo con el pensamiento de que se está copulando. Es importante aclarar que a pesar de lo que se pueda haber escuchado (ya sea por rumores de amigos o por gente adulta), la masturbación es completamente segura; no afecta el tamaño del pene, ni la habilidad para producir una erección o tener hijos más adelante. La mayoría de los chicos comienzan a eyacular sémen cuando tienen entre 12 y 15 años, aunque algunos lo hacen más

temprano o más tarde; se pueden masturbar e incluso tener orgasmos antes de ser lo suficientemente mayores como para eyacular; sin embargo, para la mayoría de los hombres, se produce una mayor sensación en los orgasmos cuando son acompañados por la eyaculación de una buena cantidad de sémen. Años atrás era comúnmente creído que la masturbación causaba ceguera, locura, palma de la mano peludas, u otros desordenes, pero aún en aquellos tiempos como ahora, masturbarse fue extremadamente común; todas estas creencias han sido refutadas por la ciencia moderna, aunque aún hoy esos rumores y mitos persisten. (Si esas historias fueran verdaderas, el mundo estaría repleto de gente ¡ciega, loca y con las palmas peludas!). La masturbación no es "de enfermos", no es solamente para los homosexuales, no es dañino en ningún aspecto. Durante los primeros años después que ellos descubren la masturbación, casi todos los chicos se masturban más de lo que lo harán en toda su vida. No es atípico para un chico de 13-14 años masturbarse 3, 4, incluso 5 o 6 veces por día; no es sorprendente, entonces, que algunos chicos estén preocupados por si lo están haciendo demasiado. Es posible que el tiempo usado en masturbarse podría usarse para cosas más productivas, pero si se va a utilizar ese tiempo para ver televisión o algo así, entonces no hay de que preocuparse; dentro de unos años, probablemente van a dejar los hábitos masturbatorios en algún momento. No hay una frecuencia "normal" de masturbación, pueden masturbarse tanto como quieran; lo peor que puede pasar es que el pene se torne un poco sensible (cuando se frota de igual manera cualquier parte del cuerpo pasa lo mismo). En cualquier grupo de adolescentes, algunos se masturban varias veces al día, otros una vez al día o solamente una o dos veces a la semana o menos; también hay unos pocos que nunca lo hacen, ya sea porque no tienen el deseo, o porque por alguna razón ellos no piensan que la masturbación es saludable y tienen el control de resistir al deseo. Muchos hombres descubren la masturbación por accidente, cuando un día ellos están frotando sus penes y sienten algo tan bueno que no quieren detenerse hasta que tienen un orgasmo.

Cagne (1997), dice que definida como autoestimulación sexual, la masturbación es una de las conductas más frecuentes durante la adolescencia de personas de educación especial con o sin discapacidad, ya que al no poder experimentar (en algunos casos, ya que otros tienen relaciones sexuales con personas de su mismo círculo <compañeros de clase, de cuarto –si viven en

internados o en hospitales-, conocidos, vecinos, hasta familiares, etc.), aunque no se limita a esta etapa de la vida. Por razones predominantemente ideológicas –morales y religiosas-, tradicionalmente se han atribuido a la masturbación consecuencias no saludables (tanto físicas como psíquicas), lo que ha motivado que durante muchos años se la considerara una conducta peligrosa, pecaminosa y, por lo tanto, no deseada y tabuizada socialmente. En la actualidad, la masturbación se considera, más bien, como una práctica sexual normal y natural, que no conlleva ningún tipo de riesgos y que, aun siendo muy habitual entre los/as adolescentes, es una opción posible para personas de cualquier edad. En algunas ocasiones, se puede dar un tipo de masturbación reactiva y/o compulsiva, donde no hay un control sobre su apetencia, pero que, generalmente, responde a otros conflictos familiares, escolares o sociales, que constituirían la problemática real y por lo tanto, la que habría que abordar. Pero, en general y en condiciones normales, la masturbación se autorregla y es perfectamente saludable. Además, a través de ella se satisface el deseo sexual, se incrementa la autoestima y la sensación de valía personal, se conoce mejor y se valora más el cuerpo sexuado como fuente de placer, satisfacción, etc. Por otra parte, la masturbación frecuentemente es acompañada por fantasías sexuales, de forma que ésta adquiere un carácter “relacional” (en las fantasías, se ejerce un rol y se otorga otro, se puede adoptar la perspectiva del otro, etc.). Además, las fantasías sirven como evasión de la soledad y, a través de ellas, se escenifican relaciones presentes o se anticipan relaciones futuras, se satisfacen deseos posiblemente irrealizables, se construyen escenarios sexuales “ideales”, se facilita el acercamiento a otras partes, etc. En ocasiones puede ocurrir que los adolescentes se sientan culpables cuando entiendan que sus fantasías son “peligrosas” o no se acomoden a situaciones aceptadas socialmente. En este sentido y desde un punto de vista educativo, es necesario abordar este tema, con el fin de tranquilizarles y desculpabilizarles en la dirección de que <<lo bonito de las fantasías es eso: que sólo son fantasías>>.

Pepin (1994), menciona que después de estas consideraciones generales sobre la masturbación, se analizarán cuáles son las actitudes de los jóvenes actuales hacia la misma, su incidencia y los sentimientos que, en general, provoca en ellos. Las actitudes van a condicionar sobremanera tanto la conducta masturbatoria como los sentimientos asociados a ella, las actitudes

posibles de los adolescentes hacia la autoestimulación pueden variar considerablemente: algunos/as la pueden considerar como algo sucio y reprobable (actitudes de rechazo), para otros responderá a una necesidad biológica que se especifica como deseo, placer... pero que no se debe buscar conscientemente (sentimientos de culpa) y, finalmente, para otros será algo positivo y necesario (actitudes de aceptación). La adopción de una actitud u otra dependerá de un gran número de factores, como la edad, el sexo, las creencias, etc.

López (1999), comenta que de diversos estudios llevados a cabo en los últimos años, se concluye que, en general, la masturbación es una conducta sexual muy aceptada por los adolescentes (aproximadamente el 80% de los chicos y el 70% de las chicas considera la masturbación como una conducta normal y natural), aumentando esta aceptación con la edad en ambos sexos. En cuanto a la incidencia, se puede decir que, aproximadamente, el 80% de los chicos y el 60% de las chicas se han masturbado alguna vez antes de los 18 años, lo cual representa un claro aumento (sobre todo en las chicas) respecto a décadas pasadas. Asimismo, se ha incrementado la frecuencia de masturbación (siendo mayor en los más jóvenes), y se inicia en edades cada vez más tempranas. En un estudio de 1993 realizado por Oliva (Fundación Bartolomé Carranza), a los 15 años se habían masturbado el 76% de los chicos y el 28% de las chicas; en 1996, la misma autora encontró que el 88% de los chicos y el 38% de las chicas con experiencia masturbatoria habían iniciado esta conducta antes de los 15 años. Igualmente, los chicos inician antes esta actividad que las chicas, si bien esta diferencia actualmente es menos acentuada que hace unos años.

Pepin (1994), dice que el acceso a otro tipo de conductas heterosexuales va a influir en la frecuencia de la masturbación. El hecho de tener pareja y participar con ella en una mayor variedad de actividades heterosexuales pueden ser los factores más determinantes en los cambios que pueden experimentar respecto a las tasas de masturbación: en las parejas que limiten sus actividades al coito, probablemente los chicos disminuirán sus tasas de masturbación y las chicas la incrementarán (por la mayor facilidad en las chicas de lograr el orgasmo a través de la autoestimulación que durante el coito); pero en las parejas donde la actividad sexual sea más

variada y diversa, seguramente la frecuencia de la masturbación disminuirá, tanto en chicos como en chicas. Respecto a los sentimientos asociados a la masturbación, la mayor parte de los adolescentes, tanto chicos como chicas, dicen sentirse bien después de masturbarse. Un aspecto importante en las chicas es que las que tienen pareja se sienten mejor que las que no la tienen, probablemente debido a una mejor aceptación de su propia sexualidad.

Bach (1999), menciona que desafortunadamente para los padres, los hijos raramente evitan masturbarse cuando están en la escuela, en el centro de apoyo, en el módulo, en el trabajo o en el instituto; esto es, en medio de los demás, sin embargo, es precisamente la exigencia de descargar una tensión fisiológica, que si no fuera así podría ser causa de situaciones agresivas, la motivación que acaba haciendo aceptar la masturbación. Pero no todos los padres reaccionan de la misma manera, algunos, justamente por aquel cálculo económico que se ha indicado anteriormente, enseñan ellos mismo y de modo directo a los hijos a masturbarse. Es evidente que el sexo entendido de esta manera, tiene poco que ver con el gusto y el afecto: será pura fisiología. Pero también hay padres que padecen perturbaciones emocionales, concretamente cuando el padre o la madre están solos, puede aparecer un apego visceral compensatorio para el adulto de la soledad existencial, en estas situaciones, “aún sin quererlo de modo consciente”, se crean condiciones de intimidad tales que pueden crear fantasías de unión incestuosa, al crecer, los hijos continúan exigiendo las mismas prestaciones para no perder nada de lo que tenían antes y para impedir a los padres que se ocupen de cosas exteriores, y llegan a hacer preguntas que son un verdadero control de la vida extradoméstica y sexual del progenitor; acaban siendo una cuña entre este progenitor y eventuales amantes que son considerados como peligrosos rivales y contras, los cuales desarrollar unos celos enojosos y dolorosos para ellos; nunca se sabe con claridad si de parte del progenitor hay colaboración y, directamente, inducciones a hacerse controlar y, bien que bajo unas apariencias especiales, a hacerse desear con tanta intensidad, es cierto que para él la condición de cortejado puede provocar estados de sofocación, pero es sobre todo gratificante, si, además aquel padre ha tenido una historia afectiva desagradable o, peor aún, llena de rechazos, se puede comprender que la actitud del hijo/a sea tomada como reparadora de ulteriores desdichas, pero también es verdad que el objeto de esta entrega total es la

renuncia de sí mismo para centrarse en el otro: es la autotrascendencia en el hijo/a de educación especial con o sin discapacidad; modalidades de apego morbosos con todas las ambigüedades que de él se siguen pueden también aparecer cuando hay un hermano (que tenga el papel de padre) o una hermana (con el papel de la madre), en estos casos los intereses y celos se orientarán hacia los hermanos. El siguiente cuadro resume lo anterior:

MASTURBACIÓN

García

Siglo XIX y XX Considera la masturbación como algo perverso, provocando la creación de aparatos para que los adolescentes “no se tocan” y se condenaran, sin darse cuenta que

a partir de la exploración corporal se conoce uno.

Pasquel

La masturbación como medio de expresión de la sexualidad

La masturbación no exclusiva de los homosexuales

La masturbación no provoca enfermedad o discapacidad

Cagne

Es una manifestación propia de los adolescentes la masturbación

Propia de personas de necesidades educativas especiales

Al coartarse la relación con otras personas se da la masturbación

Pepin

Retoma dos posiciones: 1) Las personas que rechazan la conducta masturbatoria

2) Las que aceptan la conducta como una descarga hacia una necesidad biológica

3.5 La eyaculación

Kelley y Vita (2000), dice que los órganos más responsables de la estimulación sexual en el hombre son el pene y el escroto. La respuesta inicial a la estimulación sexual es la erección del pene, que se desarrolla con extrema rapidez. Esta reacción es paralela a la de la lubricación vaginal. La erección se debe a la repleción sanguínea de los cuerpos cavernosos del pene y cuerpos esponjosos de la uretra, producida por la dilatación de las arterias aferentes. A medida que la tensión sexual progresa, se ha podido demostrar un engrosamiento del tegumento escrotal provocado por una vasodilatación, que se acompaña del acortamiento de los cordones espermáticos por un proceso de contracción de los cremásteres, con elevación testicular. La fase orgásmica se manifiesta como una contracción de los músculos bulbo e isquiocavernosos, reacción que provoca la eyaculación del líquido seminal. La eyaculación, los espermatozoides, cuya formación es continua, avanza posteriormente mediante movimientos propios y ayudados además por las cilias de los epitelios y conducto deferente, que producen una secreción que los diluye y acompaña. Recorre así unos 5 a 7 metros y se deposita en la ampolla del canal deferente. La vesícula seminal los contiene o no, según las especies; sin embargo, a pesar de su nombre no es esencialmente un depósito del esperma, sino una glándula cuyo contenido se mezcla con el esperma durante la eyaculación. Durante la eyaculación, el esperma llega a la uretra prostática impulsado por la contracción del canal deferente, al mismo tiempo que la contracción de las glándulas de Cowper, de las vesículas seminales y de la próstata expulsa el contenido de estas estructuras, que pasa entonces al esperma. El esperma llega a la uretra posterior por los dos canales eyaculadores, que se abren a ambos lados del verumontanum turgente y un poco por delante de él, pero no sale inmediatamente por que el esfínter uretral se contrae y oblitera la parte membranosa. El líquido seminal se acumula entonces en la uretra, entre el verumontanum y el esfínter uretral, en donde es retenido bajo presión que se debe a la concentración de los músculos lisos y la próstata. El ritmo entrecortado de la eyaculación se debe a las contracciones y

relajaciones rítmicas, en especial del esfínter uretral, que obra como una esclusa que deja salir con intermitencia el líquido acumulado a presión por detrás de ella. Los espermas, la cantidad de espermas expulsados en cada eyaculación varían de 2.0 a 5 ml. (término medio, 3.2 ml.) con un contenido entre 40 y 300 millones de espermatozoides por mililitro (término medio, 90 millones por ml.). Su cantidad es mayor después de tres a cinco días de abstinencia y disminuye si el coito es frecuente. El acto de frotar el pene naturalmente hace que se excite más y más; se comienza a sentir un ardor dentro de la pelvis que se incrementará en intensidad; esto puede sentirse como si se estuviera por orinar, es sólo la sensación del sémen comenzando a entrar en la uretra (el conducto que corre a través del pene). Cuando se alcanza el momento justo antes de la eyaculación, los músculos del cuerpo comienzan a endurecerse, y en ese momento se producirán una serie de contracciones en los músculos de la pelvis; una cucharita de té o dos de sémen (un fluido blancuzco o amarillento sale del pene); este puede sencillamente gotear, pero si se es un poco mayor de edad (14, 15 o más años), puede dispararse con mas fuerza; después de 5 o 10 segundos, se detendrá la salida del sémen, probablemente el pene se torna muy sensible.

3.6 Los comportamientos heterosexuales

Cagne (1997), dice que como consecuencia de una mayor liberalización de las normas y las costumbres sexuales en la sociedad, los adolescentes muestran actitudes cada vez más tolerantes y permisivas hacia las relaciones sexuales heterosexuales, el acceso a ellas se producen en edades más tempranas, y a la vez tienden a ser más frecuentes y diversas, que así debería ser si el adolescente de educación especial con o sin discapacidad lo desea y sobre todo que los padres y la sociedad tengan una cultura en donde se le permita esto, ya que son seres humanos como cualquiera, capaces de sentir, amar, desear. No obstante, conviene hacer algunas precisiones de interés, por ejemplo, a nivel actitudinal, los chicos muestran actitudes más liberales hacia las relaciones sexuales que las chicas y las valoran más por sí mismas que por el significado que puedan tener; por su parte, las chicas las aceptan mejor en un contexto emocional y afectivo más amplio, aunque, las mayores, aún manteniéndose en esa línea, son más permisivas con las relaciones sexuales sin amor y esto se podría decir que solo ocurre con los adolescentes

“normales”, pero no es así, ya que son adolescentes (los cuales podrán presentar o no cambios físicos y psicológicos como los demás de su edad), pero que viven en la misma sociedad (aunque es triste y vergonzoso decir que se les trata como si siguieran siendo niños, más que con los “normales”) y sienten y piensan y desean (la mayoría) igual. En relación con el tipo de conductas que pueden ponerse en juego, se observa un cambio importante de actitudes respecto a décadas pasadas: los jóvenes de hoy manifiestan una menor dependencia del coito, aceptando en mayor medida las actividades no coitales (besos, abrazos, caricias de genitales, etc.), que la relación coital <<cuando éstos tienen una formación e información, porque cuando no, el deseo puede más>>. Esto ha cambiado el significado que tradicionalmente se le atribuía al petting: lo que antes se consideraba un medio, hoy se considera un fin en sí mismo, seguramente este cambio esté relacionado con una mayor reivindicación de la sexualidad femenina (fisiológicamente menos dependiente del coito para su gratificación) o por los temores a las posibles consecuencias derivadas del coito. Analizando los primeros contactos (siempre como punto de referencia el intervalo de edad 14-29 años), la media de edad para chicos y chicas está entre 13 y 14 años o puede ser más, desde estos primeros contactos hasta la primera relación coital transcurren 4 años aproximadamente, menos o más y esto dependerá de que si se les permita tener relaciones (que lo más probable es que dependiendo la “discapacidad” que tengan, o aunque solamente sean de educación especial sin tener discapacidad cognitiva como se comentaba anteriormente sea esa permisividad) y si lo desean ellos, aunque no les permitan buscarán donde, y a lo largo de estos años también se presentará otro tipo de conductas como besos, abrazos, caricias corporales, estimulación genital, sexo oral, etc. Los chicos se muestran mucho más activos sexualmente que las chicas; es mayor el porcentaje de chicos que de chicas los que dicen haber experimentado mayor cantidad y variedad de actividades sexuales; si bien estas diferencias aparecen cuando se refiere a conductas genitales (caricias, masturbaciones mutuas, prácticas buco genitales, relaciones coitales, etc.), desaparecen al referirse a besos, abrazos, caricias de pechos, glúteos, etc. Dependiendo también el tipo de “discapacidad” si hay deseo, si se presentan los cambios físicos y psicológicos.

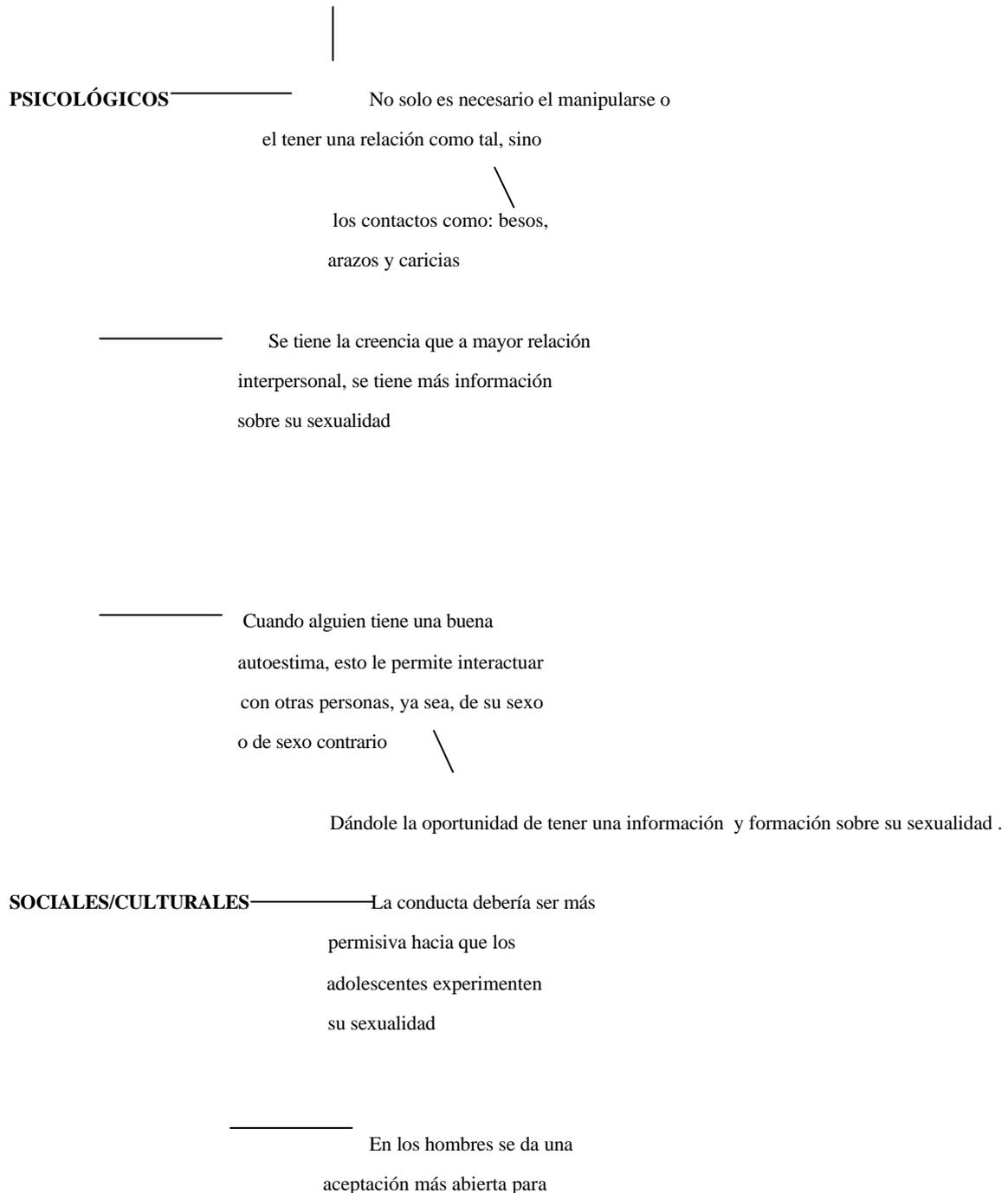
Hooker (1998), menciona que sin embargo, en cuanto a las diferencias encontradas entre chicos y chicas (edad de inicio, frecuencia, tipo de conductas, número de compañeros sexuales, etc.), la mayor parte de los estudios han encontrado numerosas contradicciones, lo que puede responder a una tendencia en los jóvenes a contestar más según estereotipos sociales que sobre su conducta real y sobre todo la influencia de la familia, sociedad (mitos y tabúes) y la “discapacidad” presentada. Las chicas conceden una mayor importancia a la vinculación afectiva con otra persona, mientras que los chicos valoran más el placer sexual que pueden obtener de sus relaciones (las chicas, en mayor porcentaje que los chicos, tienen sus experiencias sexuales en un contexto de pareja). Que esto también depende por todos los factores que comentábamos anteriormente, y sobre todo que no podemos generalizar en que los chicos con capacidades distintas no se vayan por la vinculación afectiva (por cultura tanto a los chicos “normales” como no), se les enseña a que los hombres deben irse por lo sexual (que más bien es sexo) y las mujeres por lo afectivo; pero en los chicos de educación especial tienen relaciones sexuales en ocasiones por esa parte afectiva que les está faltando. En relación con el primer coito, se extraen dos grandes conclusiones: que son los chicos, en mayor medida, quienes toman la iniciativa en la primera relación coital, y que este primer coito la mayor parte de las veces no se planifica (el 63% de los jóvenes –tanto chicos como chicas- reconocen no haberlo previsto). Dado que actualmente la sociedad no ofrece a los jóvenes una educación sexual formal, los jóvenes tienen un conocimiento escaso y muchas veces inadecuado sobre su funcionamiento sexual o de plano, no lo tienen y las posibilidades anticonceptivas. La consecuencia lógica es que en esta primera relación la mayor parte de jóvenes o no utiliza ningún método anticonceptivo o utiliza los menos eficaces. Por último y respecto a los sentimientos asociados a este tipo de conductas, cabe decir que aunque los jóvenes tienen sus primeras experiencias cada vez más pronto, y participan en un mayor número y variedad de actividades sexuales, no se garantiza que todas ellas sean vividas de forma satisfactoria, por la mala formación e información que tienen (ya que ellos sienten deseos y buscan el afecto de alguien sin saber qué está pasando o qué están haciendo).

López (1999), comenta que finalmente, es necesario hacer una breve referencia sobre algunos de los factores que pueden determinar tanto las actitudes hacia los comportamientos

heterosexuales como la incidencia y los sentimientos asociados a ellos. Además de los cambios económicos, políticos, ideológicos, etc., acontecidos en nuestra sociedad, que, sin lugar a dudas, han condicionado los diferentes comportamientos sexuales de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, otros factores relacionales y personales también contribuyen a la mayor o menor participación en actividades sexuales. La variable relacional más importante es el hecho de que por querer tener afecto y saciar sus deseos (sin estar seguro, ni saber qué son) lo hacen.

El Doctor Gustav (1999), en su editorial de la revista *Muy Interesante*, dice que en cuanto a las relaciones familiares, cuando éstas son conflictivas, parecen facilitar el acceso de los jóvenes a la actividad sexual, probablemente por una necesidad mayor de afecto y de independencia familiar y por la falta de formación e información de el adolescente con lo que respecta a su sexualidad (y a otros temas también, pero ahorita solo se está evocando nada más a éste), pero si existe una educación, tanto para padres, como adolescentes acerca de lo que está bien y lo que no, con respecto a educación sexual, no habrá vida conflictiva como tal, aunque si se pregunta que hacen los padres con respecto a la sexualidad de sus hijos; pero sin lugar a dudas, han sido los factores personales los más estudiados en relación a los comportamientos sexuales de los jóvenes de educación especial con o sin discapacidad. Entre los factores más importantes están la edad, el sexo, el nivel cultural (propio y de los padres), la ocupación (trabajo o estudio), el sistema de creencias personales (políticas y religiosas), el vivir en un ambiente rural o urbano, los momentos evolutivos en el desarrollo individual (continuidad o transición), etc. A pesar de que habría que hacer numerosas matizaciones, se puede decir que los jóvenes de mayor nivel cultural, los menos dependientes de creencias religiosas, los que políticamente se definen de izquierdas, los que están en períodos de transición (del colegio al instituto, del estudio al trabajo, etc.), los que viven en ciudades, etc., se supondría que están más educados con respecto a lo sexual. En efecto, se concluye que el determinante más fuerte de la actividad sexual en los adolescentes es el deseo y la necesidad de relacionarse con una pareja, estando asociado este hecho con los adolescentes que tienen una mayor autoestima, mejores habilidades para relacionarse con personas del otro sexo y sobre todo, algo ya mencionado antes, que es la formación e información que tengan estos

chicos acerca de la sexualidad. El cuadro sinóptico que se presenta a continuación, marca los aspectos más importantes de este apartado:



que tengan relaciones solo por placer.

En las mujeres tiene que darse la relación por un aspecto emocional

La sociedad no ofrece información adecuada para los adolescentes de necesidades educativas especiales

BIOLÓGICOS Los contactos sexuales y la manipulación de los órganos sexuales se dan aproximadamente a partir de los 13 años

Y aproximadamente a partir de los 17 años se da una relación sexual

3.7 Los comportamientos homosexuales

Lo que define la orientación sexual es la atracción, más no la conducta

Los padres lo ven como una actitud negativa

No aceptada y visto como algo "anormal"

Curiosidad

HOMOSEXUALIDAD

Hay una mayor aceptación cuando el adolescente no tiene alguna “discapacidad”	Es más frecuente antes de los 15 años, ya que, por lo general lo hacen por experimentar algo nuevo.
---	---

Las personas de necesidades educativas especiales pueden caer en la homosexualidad debido a la falta de relación con personas de otro sexo

Olveros (1998), menciona que las conductas sexuales con personas del mismo sexo, lejos de ser algo raro, forman parte de la experiencia de un buen grupo de adolescentes. Las dificultades reales para acceder a conductas heterosexuales (timidez, vergüenza, falta de oportunidades, etc.), la curiosidad por conocer otro cuerpo, la tendencia a intimar, etc., están en el origen de estas conductas. A pesar de ser escasas las investigaciones sobre las conductas homosexuales de adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, sí se pueden extraer algunas conclusiones respecto a ellas. En relación a las actitudes hacia la homosexualidad, y a pesar de las divergencias que todavía suscita, en los últimos años se observa un importante cambio hacia una mayor aceptación de la homosexualidad en los chicos/as “normales”, pero en los que son de educación especial con o sin discapacidad no. Entre los padres y la sociedad existen actitudes negativas, (<<es una enfermedad, quizá por su problema>>, <<es un vicio>>, <<una aberración>>, <<una degeneración>>, etc.). Respecto a la incidencia se pueden extraer varias conclusiones: A pesar de tener actitudes más negativas, la incidencia en los chicos es mayor que en las chicas: aproximadamente el 15% de los chicos y el 10% de las chicas ha tenido algún contacto homosexual durante la adolescencia. En cuanto al tipo de conductas, en los chicos están focalizados en los genitales, mientras que en las chicas tienen que ver con besos, caricias, abrazos, muestras de afecto, etc. (por lo cual pueden pasar más desapercibidas). Los contactos homosexuales son más frecuentes antes de los 15 años, tendiendo a disminuir con la edad y esto es relativo, si los chicos/as no tienen relaciones sexuales luego con su sexo opuesto lo más probable es que sigan así. La presión social, la formación de parejas, las mayores posibilidades

de relaciones heterosexuales pueden explicar esta tendencia (cuando se llega a aceptar que estas personas de de educación especial con o sin discapacidad tengan pareja, porque si no se acepta que la tengan, ni se mencione). Aunque algunos chicos y menos chicas han tenido algún contacto homosexual, aproximadamente sólo un 3% de ellos y un 2% de ellas son exclusivamente homosexuales, porcentaje que se ha mantenido constante en las últimas décadas. Estos datos sugieren que el hecho de tener alguna conducta homosexual no significa ser homosexual, del mismo modo que una persona homosexual, por tener algún contacto heterosexual no implica que sea heterosexual: lo que define la orientación del deseo es la atracción no la conducta y en el caso de las personas de educación especial con o sin discapacidad la necesidad de saciar sus deseos y donde lo encuentren (ya sea con alguien de su mismo sexo o no, lo harán si lo sienten. Finalmente, y en relación a los sentimientos asociados a estas prácticas, es necesario decir que, si bien para muchos adolescentes pueden resultar completamente satisfactorias, otro número de ellos/as pueden tener sentimientos negativos (vergüenza, culpa, ansiedad, etc., cuando tienen consciencia de ello, porque la mayoría de las veces ellos por no tener información, ni formación de nada respecto a su sexualidad no lo sienten, no es que sean desvergonzados, simplemente no saben qué es eso, ni qué está pasando), y cuando ya tienen la información y formación, después de tener algún contacto homosexual, por el significado que dichas relaciones puedan tener respecto a su identidad sexual. Este aspecto tiene una gran relevancia educativa: tranquilizar y desculpabilizar a las personas heterosexuales respecto al hecho de que estas conductas no determinan la orientación del deseo hacia la homosexualidad y el mejorar la aceptación de estas conductas en los homosexuales deben ser objetivos educativos importantes en estas edades.

3.8 Normas de higiene

Macías (1998), comenta que a través de la historia se ha demostrado que en muchos pueblos, la educación sexual ha sido prohibida, mala e indebida. Hablar de sexo es todavía para muchas personas, despertar a los jóvenes adolescentes, ideas y pensamientos malsanos y creen que el callar y no mencionar temas sexuales, dejan de existir los problemas relativos a ello. Es curiosa la costumbre de algunas familias de asombrarse y preocuparse demasiado para evitar por

todos los medios posibles tratar temas de amor; el amor existe en todos los períodos de la vida, el amor existe en el hogar, en la escuela, en la sociedad, sin amor las relaciones humanas serían insoportables. Es preciso hacer notar que la pubertad y la adolescencia son períodos consecuentes de un desarrollo normal y que además de los cambios físicos y psicológicos, se presenta la madurez de los órganos sexuales (dependiendo la “discapacidad” o inclusive aunque solo sean jóvenes d educación especial sin discapacidad cognitiva). La madurez sexual permite al ser, proyectarse ante la sociedad en forma muy especial y diferente a la conducta observada en la infancia y con los adultos. Los cambios físicos del adolescente le ayudan a afirmarse y a tener consciencia del sexo, es cuando las personas del sexo opuesto se identifican y la atracción por el sexo contrario se manifiesta y se intensifica. Evitar la educación sexual puede causar trastornos y anormalidades, debe orientarse oportunamente a los adolescentes, proporcionando lecturas adecuadas, organizarles conferencias, seminarios, pláticas familiares para proyectar su inquietud y tener la oportunidad de transmitir valores higiénicos sobre la necesidad de conocer y de comprender que el proceso de madurez sexual es algo natural, regular y sano. Las personas encargadas deben tener un amplio respeto hacia los sentimientos de los jóvenes y expresarse con sinceridad, sin mentiras, ni prejuicios, ya que los secretos y las cosas ocultas sólo pueden crear curiosidad y malicia. Una actividad franca, sincera, sin falsos pudores, realista y sana hacia el sexo opuesto, es recomendable siempre que no se interfiera a la moral, ni se pierda la consideración, el respeto, la cortesía, atención y compostura en la vida social. Es grato tener con quien compartir horas libres en la escuela o en el trabajo, pero comprometerse cuando se es demasiado joven limita las oportunidades de conocer a otras personas. Los noviazgos que son resultado de decisiones inmaduras no son duraderos y su rompimiento da lugar a penas y dificultades en todos los grupos sociales. La conducta de los jóvenes antes del matrimonio ofrece algunos problemas sexuales complejos, cuya solución requiere un juicio maduro. Un cuerpo sano sin enfermedades transmisibles y una mente sana sin sentimiento de culpa, son factores importantes para el matrimonio estable; la abstinencia o castidad antes del matrimonio dependen de los juicios de los adolescentes y de lo que les enseñen sus padres, pero si van a tener relaciones sexuales antes del matrimonio, porqué no hacerlo con cuidado y protección, pero para esto antes con información. La comprensión y la consideración hacia las necesidades sexuales son importantes y básicas para

el matrimonio. La promiscuidad ofrece como excusa una necesidad física, pero debe tenerse presente que ninguna persona sufre un daño físico o mental al posponer su vida sexual hasta el momento oportuno o que cuando sea ya ese momento y tengan relaciones sexuales tampoco habrá un daño físico o mental si se tiene formación e información. La falta de educación sexual acarrea graves problemas sociales (embarazo en madres adolescentes, abortos), no es fácil evitar la diseminación de enfermedades venéreas (gonorrea, sífilis, herpes, SIDA) o de evitar el embarazo en relaciones sexuales clandestinas e incluso hasta infecciones cuando se masturban los jóvenes y se llegan a lastimar (erosionándose sus genitales y creando desde leves hasta fuertes infecciones).

3.9 Cuidados de la salud

Kelley y Vita (2000), menciona que la evaluación y desarrollo es esencial para el cuidado de pacientes adolescentes. Los cambios somáticos y sexuales de la pubertad: la medida clínica más útil en la edad de desarrollo de un adolescente es su índice de madurez sexual. En las niñas se basa sobre el desarrollo de las mamas y el crecimiento del vello pubiano, en los varones se basa sobre el desarrollo de los genitales externos y el crecimiento del vello pubiano. Uno de los cambios más llamativos de la pubertad es el rápido aumento de estatura, en las niñas esto sucede a la edad promedio de 11,5 años y en los varones se produce a una edad cronológica media posterior de 13,5 años y a una madurez sexual también posterior. En el Desarrollo Psicosocial, las metas del desarrollo de la adolescencia se dividen en tres categorías principales: establecimiento de la autonomía, desarrollo psicosexual y orientación futura. Los adolescentes de 10 a 14 años luchan por su independencia pero se refugian en sus padres durante las crisis percibidas como tales. A menudo se preocupan por sus cambios corporales y necesitan que se los tranquilice asegurándoles que su desarrollo es normal. Los adolescentes medios de 15 a 17 años están generalmente cerca del final de la pubertad y se sienten más cómodos en sus cuerpos adultos. Los padres deben estar con sus hijos cuando vayan al médico en sus exámenes físicos, ya que esto permitirá la obtención de antecedentes adicionales de los padres y de explicar su plan de tratamiento simultáneamente a éstos y al adolescente. El comentario inicial sobre la familia del adolescente, su desempeño escolar, su medio social y sus intereses pueden guiar el resto de los

antecedentes y este puede ser también el momento de hablar acerca de la actividad sexual. Los padres deben desde el principio comprender que es preciso abordar estos temas sin prejuicio y que el carácter confidencial se protegerá en lo posible. Los antecedentes de desarrollo e inmunización del paciente deben obtenerse de los padres o de los registros pediátricos, así como de hablar de nutrición y hábitos de alimentación es otra parte importante de los antecedentes.

Los exámenes físicos del adolescente difieren del de un adulto. Los aspectos que se evalúan son:

- **Crecimiento y desarrollo:** la estatura y el peso deben medirse anualmente y representarse en una escala normativa para indicar el percentilio de la edad cronológica. Los índices de madurez sexual deben tomarse en cada visita y la progresión a través de las etapas debe representarse en una escala normativa.
- **Presión arterial:** las normas de distribución de presión arterial durante la infancia deben usarse cuando la presión arterial del adolescente es 130/80 o más. La definición de hipertensión en adolescentes requiere tres lecturas que excedan el percentilio 95° para la edad respectiva durante un período de tres meses.
- **Escoliosis:** En general la escoliosis se hace clínicamente evidente durante el aumento repentino de estatura y puede avanzar en forma rápida durante este tiempo. Se encuentra en 10% de adolescentes y diez veces más común en las niñas. El paciente debe ser examinado en busca de asimetría de los hombros, omóplatos, pelvis y mamas. Cuando el paciente con escoliosis se inclina hacia delante flexionando el tronco, la caja torácica sobresale hacia el lado convexo de la curva.
- **Examen de mama:** La ginecomastia se observa en hasta 60% de los niños de 14 años y es más común en la fase genital. En más del 75 % de los casos es bilateral y desaparecen en 12 a 18 meses. La que persiste durante más de dos años requiere una evaluación. Los fibroadenomas de mama son comunes en las adolescentes y representan hasta 90% de las lesiones mamarias a esta edad. En cambio la enfermedad fibroquística no es común hasta el final de esta etapa del desarrollo y por lo general presenta más hipersensibilidad y fluctuación que los fibroadenomas. Aunque el carcinoma de mama es muy raro durante la adolescencia, muchos

médicos han comenzado a recomendar el autoexamen es este período para establecerlo como un hábito saludable en la adultez.

- **Examen pelviano:** las adolescentes sexualmente activa deben someterse a exámenes de la pelvis cada 6 o 12 meses por enfermedad de transmisión sexual. Cada tres meses debe hacerse una visita para verificar el uso efectivo de métodos anticonceptivos. La recomendación de frecuencia de frotis de Papanicolau varían de uno a tres años. La edad del primer examen pelviano en adolescentes vírgenes no está definida, pero sea cual fuere el examen debe hacerse en caso de dolor pelviano, secreción vaginal o anormalidad menstrual.
- **Evaluación de Laboratorio:** El adolescente asintomático requiere pruebas de laboratorio. La prevalencia de anemia sideropénica debida a crecimiento rápido y deficiencias nutricionales justifica el estudio de hemoglobina o hematocrito en la primera visita. Esta debe incluir también un análisis de orina, una prueba cutánea de tuberculina y estudios de colesterol, triglicéridos. Si no se conoce el registro de inmunización debe hacerse inmunizaciones(difteria, tétanos, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubéola) o deben verificarse los títulos (sarampión, parotiditis, rubéola). En adolescentes asintomático no es necesario el chequeo de rutina de heces por sangre oculta, ni el análisis de electrolitos, exámenes de función hepática, radiografías y electrocardiograma.

CAPITULO IV

CONCEPTO DE LA FAMILIA CON UN HIJO ADOLESCENTE DE EDUCACIÓN ESPECIAL.

Baldaro, Golvigli & Valgimigli (1988), mencionan que basta con remontarnos a las sociedades primitivas para vislumbrar el porqué la sociedad y en específico: la familia con un hijo adolescente con discapacidad, conoce que existen leyes naturales, como: la puesta del sol, el viento, el frío y que cuando existe un fenómeno excepcional, esto causa expectación, asombro y en general tabúes y sobre todo, negación; ésta tanto por el hecho de tener un hijo con estas características, como, hablar de la sexualidad del mismo (en este caso en específico, por el tema que se toca en esta tesis).

Montalvo (1997), dice que en la cultura, la familia ocupa un lugar central, es como el centro fundamental de sus actividades y de sus referencias; aunque la familia tome diferentes formas, tenga mayor o menor existencia y esté sujeta a permanente evolución, se conserva en lo fundamental un concepto o imagen de ella, que puede considerarse como un común denominador. En primer lugar, la familia constituye por lo general la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia, aunque los tipos de organización del grupo familiar difieran de región a región, de estrato social a otro, si se tiene un/a hijo/a de educación especial con o sin discapacidad o no, la familia permanecerá como organización básica de las actividades, tanto a nivel individual como de grupo; siendo el marco de referencia del sujeto, la familia constituye también la base del reconocimiento social para aquél. La propia familia es fundamental para el reconocimiento social, este reconocimiento y la consciencia de pertenecía a tal o cual grupo, significa asimismo, aceptar la constitución de una clase social (con todo lo limitante y específico en la determinación de la identidad personal) y aceptar también el hecho de pertenencia a esa misma clase. Actualmente existe una fuerte tendencia a franquear las fronteras

de clase basadas en el origen familiar, las oportunidades que se presentan a la persona para la movilidad social son cada vez más amplias, de tal forma que el origen familiar ejerce una influencia cada vez más relativa, esto quiere decir que, con base en el hecho de la movilidad social, también se producen cambios en la conducta reproductiva, la movilidad implica, además del elemento económico, un cambio en la concepción de la vida y en la práctica de la sexualidad que se ajusta a la nueva situación. Más cualquiera que sea el estrato social o grupo de pertenencia, los estudios e investigaciones sobre la familia señalan ciertas características y funciones que en su conjunto delimitan su concepto, en cuanto a su estructura, la familia debe ser considerada como una organización compleja. Aunque los elementos centrales que la componen (padre, madre, hijo), puedan ser considerados los fundamentales, la familia no se limita a esta triada, si bien cada vez se hace más lugar a la existencia de la familia nuclear, la noción de familia extensa, compuesta y compleja es todavía vigente y conducta. Es importante señalar aquí el interjuego permanente entre lo individual y lo social, especialmente en materia de sexualidad, estos condicionamientos de la conducta individual van más allá de la simple limitación práctica de hacer o no hacer ciertos gestos o acciones, las razones últimas de una determinada conducta, están dadas por el tipo de pertenencia a una clase, por la clase, por la posición de esa clase y por la situación del individuo dentro de su clase. Como hemos observado a través de esta tesis, si es importante lo cultural, lo que diga la sociedad, los demás, pero también que la familia entienda que así como cada uno de los individuos que la conforma y que conforma cada familia o principal núcleo de la sociedad, tienen necesidades, inquietudes, gustos, deseos, objetivos diferentes y quizá algunos parecidos, pero que cada uno somos diferentes y que la función del psicólogo es formar consciencia a las familias que tienen un adolescente con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, a que comprendan que tiene todo el derecho, como cualquier otro, de explorar y entender los cambios que está teniendo su cuerpo, nuevas sensaciones, esto con el fin del autoconocimiento y una salud mental, esto también provocando más cercanía, comunicación y contacto con el primer grupo al que pertenece, su familia.

Para especificar más lo anterior, a modo de resumen algo que ya se había comentado y es el hecho que Baldaro, Golvigli & Valgimigli (1988), dicen que desde que nace un hijo/a de

necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, se da un tipo de ciclo, en donde la madre no puede aceptar el haber tenido un hijo/a “no normal o discapacitado (como se les suele llamar)”, con el cuál no se siente identificado, no se siente reflejado en él, no lo siente como su propia imagen; tiene miedo de llorarle, por el hecho de que la lleguen a considerar mala madre, y por esto, no logra separarse de su hijo/a (lo cual se da regularmente en el nacimiento de un hijo), la ata una doble ligadura a él; por un lado, no puede odiarlo por ser de su propia sangre, pero tampoco logra aceptarlo; por otro lado, el padre no logra ayudar a la mamá, ya que, también se siente herido en su virilidad y para terminar este ciclo familiar, los abuelos, sufren por ver a sus hijos que no pudieron conseguir un hijo “sano”, como ellos lo hicieron y este ciclo lo concluyen las personas externas a la familia, las cuales retroalimentan esta situación, ya que, les dicen: “si no han consultado a un especialista, que han oído hablar de cierto tratamiento, que hagan todo lo posible por “curar a su hijo...” Así algunas familias, en vez de sentirse apoyadas, se sienten culpabilizadas y esta situación logra el aislamiento con personas externas, cerrando cualquier tipo de relación, creyendo que eso es “un castigo de Dios, por algún pecado cometido”. Así que, la familia se integra de la siguiente manera: no es un padre o una madre, sino un padre de un hijo de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad y/o una madre de un hijo de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, todo gira en torno a esta angustia, el hijo/a se vuelve, como un hijo/a fantasma que existe, pero no es aceptado como tal y la familia también se vuelve una familia de una persona de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad; todo esto, se vuelve “angustiante”, “sufrible” y en esta situaciones por consecuente, también la sexualidad se vuelve angustiante, y esto da por ende, en algunas familias que se de el incesto, como fuga de dicha ansiedad y esto se convierte como un “acto de piedad”.

Ingalls (1978) menciona que mucho de lo que se escribe sobre el retraso se enfoca por completo a los problemas que afronta el individuo de necesidades educativas especiales, pasando por alto los problemas muy diferentes pero igualmente serios que tienen que afrontar sus padres y sus hermanos. Todo lo que le sucede al niño retrasado, los servicios que le proporcionan o que le niegan, afectan también al grupo familiar inmediato; e inversamente, hay que tomar muy en cuenta la dinámica de la familia del niño siempre que se trata de establecer un tratamiento o una vida especial para el sujeto. Prácticamente todos los padres reaccionan con una emoción y tristeza

profunda a la noticia de que su niño es de necesidades especiales. Hay tres tipos de crisis por las cuales los padres suelen pasar: la crisis de lo inesperado es aquella que resulta de un cambio substancial y previsto en la propia vida y en el concepto que se tiene de sí mismo ; por lo tanto, ésta no es una reacción al retraso por sí mismo, sino al cambio tan repentino que causa en la vida propia, el segundo tipo de crisis es la de valores personales. La mayoría de la gente a crecido con la idea de que la competencia y el triunfo son valores muy especiales; por lo tanto, cuando de pronto los padres se ven obligados a amar a una persona que tiene poco de estos rasgos tan deseables, se encuentra de inmediato en una situación conflictiva de la cual suele resultar una angustia muy profunda. La de tercer tipo es una crisis de la realidad, esta crisis brota del hecho de que ante los ojos de los padres del niño de educación especial se presentan problemas que antes no tenían, por ejemplo, preocupación de orden económico, obstáculos para tomar vacaciones, el tiempo adicional que se va a necesitar para cuidar a un niño como éste, etc. Estas tres crisis: la de lo inesperado, la de valores y la de la realidad, nos proporcionan un esquema básico de las reacciones de los padres ante el problema que tendrán sus hijos de educación especial.

La crisis de lo inesperado resulta del cambio repentino que sufre el concepto que los padres tienen de sí mismo, de su familia y del futuro. Casi todos los padres tienen grandes planes y perspectivas para sus hijos; esperan con ansia el momento en que puedan contemplar dando sus primeros pasos, pronunciando sus primeras palabras, obteniendo puras "AS" en la escuela, entrando al bachillerato y por qué no llegando a la presidencia de la república. Parece que todos los padres dan por supuesto que su niño va a ser el más inteligente, el más bonito y el de mejor conducta de todo el barrio, con estas expectativas, es fácil imaginar el profundo choque y desilusión que experimentan los padres ante la noticia de que su niño no solamente va a ser presidente, si no que ni siquiera va a ser autosuficiente. Naturalmente que la gravedad de la reacción emocional primera varía enormemente de unos padres a otros. Algunos padres son calmados por naturaleza y poco emotivos y aceptan el hecho de que su hijo es especial sin inmutarse exteriormente. Otras personas, emotivas por naturaleza, suelen reaccionar exageradamente ante esta situación, culpándose a sí mismo o culpando a otros en una forma irracional. Un elemento determinante en cuanto a la importancia de la reacción de los padres es el

de las circunstancias en que reciben la noticia de que su niño será especial. La mayoría de los casos de síndrome de Down se diagnostican en el momento de nacer o poco tiempo después y por lo tanto, en estas circunstancias ocurren reacciones muy severas, porque los padres ni siquiera sospechaban que pudiera haber algo muy mal. Además, el momento del parto ya por sí sólo suele ser un momento de grandes emociones para los padres. Sin embargo, todos los demás tipos de retraso no se diagnostica al nacer el niño, y ni siquiera se sospecha de ellos en ese momento; el diagnóstico viene bastante después, generalmente con base en el lento desarrollo motor del niño o en que el niño no aprende a hablar a su debido tiempo. En muchos de estos casos, los padres empiezan a sospechar que algo anda mal aun antes de que se confirme el diagnóstico. Este proceso gradual de un descubrimiento suele tener el efecto de reducir la reacción emocional, aunque con alguna frecuencia la idea de retraso mental no se les ocurre a los padres, sino hasta cuando lo dictamina el médico o pediatra de la familia.

La crisis de lo inesperado dura poco tiempo, pero una vez que los padres se reponen del choque inicial, empiezan a sentir otras muchas tensiones. La crisis de valores sobreviene porque los padres se encuentran repentinamente en una situación de valores conflictivos. Prácticamente todos los padres viven en un ambiente social en el que prevalece la idea de que tiene que amar, acariciar y proteger a su hijo, sin que importen los caracteres del niño. Se dan varias reacciones características a esta ambivalencia. Algunas de estas reacciones son señales de una adaptación deficiente, por ejemplo, la culpa o dolor excesivo, el uso exagerado de mecanismos de defensa como la negación o la protección exagerada. Por el contrario muchos padres si son capaces de resolver el conflicto y aceptar plenamente a su hijo tal como es. Muchos padres se sienten culpables, no por tener un hijo retrasado, sino por las reacciones que sienten hacia él. Un padre que tiene dificultades para resolver el conflicto de valores y que alguna vez siente cierto resentimiento hacia el niño o se enoja con él, suelen sentirse profundamente culpable de sentir emociones negativas tan intensas hacia un individuo tan indefenso. Una segunda reacción muy común en los padres al descubrir que su hijo es especial, es el mecanismo de defensa de la negación. Esta negación del hijo o de la hija como de un niño de lento aprendizaje, inclusive con un retraso mental tiene connotaciones más negativas que las otras etiquetas. Un tipo más serio de

la negación es la renuencia a admitir que el trastorno de su hijo muy probablemente no tiene remedio y que el niño nunca será autosuficiente. Protección excesiva en algunos padres, dedican todo su tiempo a su hijo especial hasta olvidarse casi totalmente de sus demás hijos, constantemente tratan al niño como si estuviera más incapacitado de lo que realmente está. Otro caso es el de la pena en el cual casi todos los padres que tienen un niño especial, padecen una pena crónica durante toda su vida. El grado de este dolor suele variar de unos padres a otros, pero la mayoría de ellos dan muestras de ello en un grado o en otro. Advierten claramente esta pena de ninguna manera es una reacción neurótica, sino una reacción perfectamente natural y normal, aunque muchos padres procuran ocultar en público su depresión y su dolor. Con esto sugiere que en cierto sentido la reacción de los padres a la noticia de que su hijo está retrasado se asemeja mucho a la reacción de la muerte de un hijo.

4.1 Conducta sexual

Como se comentaba anteriormente, López (1999), dice que la conducta sexual era entendida como toda manera de proceder en orden a la sexualidad con o sin intencionalidad reproductiva. Y aquí surgen varias preguntas como: ¿Cómo se relacionan los miembros de la familia entre sí?, ¿cuáles son sus comportamientos sexuales y qué significado tienen? y ¿han cambiado o están modificándose los criterios de la familia en relación a la sexualidad?

Baldaro, Golvigli & Valgimigli (1988), mencionan que conforme el hijo de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad crece, esta familia va tomando un reequilibrio aparente a base de “sufrimiento”; ya que, se encuentra que el hijo/a a pesar de haber crecido, de asistir a la escuela (en caso que vayan), de ser un adolescente, inclusive quizá hasta de trabajar, se le sigue viendo como un niño/a (lo cual se ha venido comentando), al cual se le coarta y la propia familia también se coarta la posibilidad de explorar y conocer sus habilidades, sus potencialidades, privándole la oportunidad de tener cambios evolutivos y en estos casos, la sexualidad se ve como un trauma, un despertar a la ansiedad, se niega rotundamente, así como, el crecimiento del hijo de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

Como se había comentado, la sociedad considera “anormal”, todo lo que no entre dentro de lo “normal”, y esto la misma sociedad lo establece (que es normal y que no), por lo cual, si de por si el adolescente con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, resulta estar fuera de la norma, por ende su sexualidad también. En el caso de su familia, cuando un padre o madre sabe que su hijo/a está próximo a querer conocer y disfrutar su sexualidad, se ve inmerso en una angustia ante tantas situaciones, como lo son: enfermedades venéreas, perversiones sexuales, o inclinaciones por su mismo sexo, entre otros; las cuales podrían sufrir sus hijos, pero llega un momento donde logra entender que es una ley natural y hasta se siente orgulloso de ver a su hijo/a que está viviendo la aparición de su sexualidad, igual que él lo hizo alguna vez...; pero qué pasa con un hijo de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad: que esta “discapacidad será para siempre” y como será el “niño eterno”, no la experimentará. Solamente en los casos, donde el padre o madre tengan una “comunicación” como tal con el especialista que atienda a su hijo/a, se podrá llegar a crear condiciones que faciliten la escucha, la no intervención y al mismo tiempo, la percepción de señales que revelen cuáles son los verdaderos problemas.

4.2 Relaciones entre miembros de la familia

Para entrar de lleno en el tema, se empezará con lo comentado por Baldaro, Golvigli & Valgimigli (1988), acerca de lo que han observado y determinado algunos psicólogos (lamentablemente pocos), que se han dedicado a investigar acerca de los cambios psicológicos, así como, comportamientos que se van presentando en las familias donde existe un adolescente de educación especial con o sin discapacidad, en general, cuál es su situación con su familia, diciendo que el primer problema que encuentra hoy el hijo/a de educación especial con o sin “discapacidad” en su inserción en la sociedad es que, en el momento en que trata de vivir de modo más autónomo en relación con su familia, la sociedad muchas veces no está muy bien dispuesta a acogerlo en cuanto persona humana, sujeto de derechos inviolables. En realidad, la persona de educación especial con o sin “discapacidad” encuentra a menudo dificultad para ejercer su derecho a vivir en la sociedad, a compartir espacio, trabajo y vivienda con los que no padecen discapacidad mental; esa falta de disposición a acoger a estas personas por parte de la

sociedad parece vinculada, en parte, a una percepción ofuscada de la dignidad intrínseca de estas personas. Un documento en 1981 ponía, con razón, como principio fundamental el hecho de que la persona de educación especial con o sin “discapacidad” es «un sujeto humano con pleno derecho», revestido de la «dignidad única, propia del ser humano». Afortunadamente, con respecto a estos chicos, hay también muchas familias que tienen cada vez mayor responsabilidad y capacidad de amor. Aunque existen motivos de preocupación por lo que respecta a la capacidad actual de la sociedad de acogerlos, también se encuentran motivos de esperanza e impulso a la acción positiva en recientes desarrollos de los conocimientos médicos, neurológicos, pedagógicos y educativos en relación a este tema; la demostración de la «plasticidad cerebral», es decir, de la posibilidad de recuperación y desarrollo del cerebro a pesar de un defecto, de una lesión de los centros superiores del cerebro, hace esperar un buen futuro para los hijos/as con “discapacidad”; la ciencia neurológica ha puesto de relieve que en el cerebro, durante los primeros años de vida, las relaciones que serán responsables de muchas funciones importantes del cerebro, como las emociones, la memoria y el comportamiento, siguen desarrollándose; asimismo, diferentes estudios han demostrado que la comunicación no verbal entre el adulto responsable del cuidado del chico/a (por lo general, la madre; pero este papel puede ser asumido por cualquier adulto cercano él/ella) y ella/él mismo tiene un influjo importante en el desarrollo de esos procesos mentales; un aspecto que merece destacarse a este propósito es la importancia, hoy reconocida, que tiene la adquisición -es decir, la «cultura»- con respecto al dato biológico -es decir, la «naturaleza»- en el desarrollo de la personalidad. Lo que en el nacimiento se recibe como predisposición, de ningún modo determina la formación de la personalidad, del comportamiento; las «propensiones», aunque influyen, no impiden el desarrollo de las virtudes; este mensaje de las ciencias humanas es claramente positivo, pues garantiza la posibilidad de un desarrollo personal y moral del chico/a de educación especial con o sin “discapacidad”. Con respecto, a la afectividad y la sexualidad de estas personas; el desarrollo de los conocimientos relativos a ellos, pone de relieve otro aspecto positivo: no les resulta imposible desarrollar una auténtica vida afectiva y una vida sexual correspondiente a su capacidad relacional; a este respecto, hoy la mentalidad ha cambiado, se reconoce que el adolescente de educación especial con o sin “discapacidad” posee una predisposición a la vida relacional, una predisposición que es preciso impulsar en la medida

en que lo permitan la gravedad de su “discapacidad”, el grado de desarrollo de su personalidad y los límites de su libertad; la educación para la vida afectiva y sexual debe comenzar muy pronto en estos chicos/as, porque pasa a través del conocimiento de su propio cuerpo; su educación sexual comienza con una educación para la vida de relación con los demás, para el respeto de las demás personas, de su intimidad y de su cuerpo, luego, las respuestas a sus preguntas, cuando piden información específica, deben ser pedagógicas, adecuadas a su capacidad intelectual de integrar esa información; es importante enseñar a estos chicos/as a tener disciplina en su comportamiento, a hacer opciones responsables, también es importante que los padres sepan escuchar a su hijo/a para darle la oportunidad de expresarse con respecto a su deseo de una relación de amistad o de amor, pero también es evidente que se le debe informar de los verdaderos límites que pone su “discapacidad”, más o menos grave, a un posible proyecto de matrimonio; someter a esas personas -que a menudo no son capaces de dar un verdadero consentimiento informado- a una anticoncepción o a una esterilización impuesta, o, peor aún, al aborto, constituye una práctica que no sólo es contraria a la ética, sino que también podría poner en peligro su desarrollo psíquico. En la educación del adolescente de educación especial con o sin discapacidad, incluso en los casos graves, gracias al aliento que les da la ternura de los padres y al estímulo que les ofrece una familia atenta a ellos, los chicos/as pueden desarrollarse en el ámbito psico-motor para adquirir un grado de autonomía, se debe subrayar al respecto la importancia de esta comunicación no verbal que una madre, presente permanentemente en el hogar, es capaz de mantener con el adolescente de educación especial con o sin discapacidad, a través del intercambio de miradas, la atención prestada a este adolescente y las caricias que expresan el afecto, es importante en la integración de éste/a en la sociedad. Los medios de comunicación pueden influir de modo muy positivo en el desarrollo del chico/as de educación especial con o sin discapacidad, facilitando su formación y su integración en la vida de familia y, luego, en la vida social, sin embargo, la calidad de este influjo dependerá mucho del uso que se haga de estos medios en la familia. si en la familia no se acostumbra a seleccionar los programas, éstos pueden tener efectos negativos sobre todos los miembros de la familia y especialmente sobre estos adolescentes. Por la información que se ha venido difundiendo de las personas de educación especial con o sin discapacidad, así como la consciencia que se ha generado en los padres de estos chicos/as, ha habido un poco más de

comprensión hacia ellos; la familia constituye el principal ambiente para el desarrollo personal del hijo/a, especialmente cuando es más frágil, más limitado en sus capacidades y, por tanto, más necesitado de cuidado, de atención, de ternura y de comunicación, no sólo verbal, con su ambiente inmediato; pero también no hay que olvidar que las atenciones “extremas” provocan dependencia y que desafortunadamente no les vivirán para toda la vida; la responsabilidad de la educación de todos los hijos, incluidos los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, corresponde a la familia, la constitución de la familia no es sólo un hecho biológico o sociológico, sino también psicológico, en cuanto a que es importante (como lo hemos venido comentando), saber qué piensan, de qué manera lo hacen, con respecto a sus necesidades, por esta razón, se puede decir que el compromiso principal de los cónyuges en esta labor de educación del hijo/a consiste en ver que éste/a al ser de educación especial con o sin discapacidad, no lo/a hace un/a inútil; El hijo/a, en su familia, debe sentirse comprendido/a, en comunicación, amado/a, buscado/a, valorado/a por sí mismo/a, en su realidad irrepetible, así pues, es preciso aprovechar todo el enorme «capital humano» de la familia, al que la sociedad debe contribuir, los padres deben procurar que la vida en familia sea gratificante para todos sus miembros, mediante su ejemplo, su alegría, su afabilidad, deben comportarse en familia de modo que las cualidades y los defectos de cada uno de sus miembros sean conocidos y aceptados por todos los demás, la comunicación entre los cónyuges es fundamental para sus hijos, éstos aprenden y viven en su dimensión personal, participando en la comunicación entre sus padres, y comunicándose entre sí con una naturalidad que deriva de la misma naturalidad de la relación filial, la familia da sentido de seguridad al hijo/a, le enseña las nociones del bien y del mal, le presenta el valor de su existencia en el mundo, le comunica la alegría que deriva del amor dado y recibido, corresponde también a la familia enseñar al hijo/a el significado del dolor, del sufrimiento, de las limitaciones físicas y de la pobreza, este es el «código» antropológico de la familia, por consiguiente, la familia no puede renunciar a esta responsabilidad y entender que debe existir un trabajo en conjunto con instituciones (profesionistas) que lo apoyen en esa educación del hijo/a de educación especial con o sin discapacidad –educadores especiales, psicólogos, agentes sanitarios y sociales- la asuman en la educación de éste hijo/a, actitudes negativas y positivas «Compete, ante todo, a la familia, superado el primer momento de desconcierto ante la llegada de un hijo/a

de educación especial con o sin discapacidad, comprender que el valor de la existencia trasciende el de la eficiencia», pero que aún así puede haber profesionistas junto con ellos, que impulsen al hijo/a, por consiguiente, la familia debe buscar a tratamientos que ayuden al hijo/a, pero sin caer en la idea de que lo van a “curar” o “quitar lo que tiene”, pues corre el peligro de quedar defraudada, desilusionada, cerrada en sí misma, si no se logran los resultados de curación o recuperación esperados, ya que los van a ayudar a desarrollar; hay varias actitudes que los padres deben evitar para un mejor desarrollo de su hijo/a de educación especial con o sin discapacidad, se ha dialogado sobre algunas: - La primera actitud negativa es el rechazo, la negación de la realidad, este rechazo nunca es totalmente abierto, pero se vislumbra a través de las explicaciones que los padres tratan de dar a su mala suerte, en efecto, de forma inconsciente, se sienten culpables del resultado y tratan de echar la culpa a otros. - Otro comportamiento negativo es el temor: se refiere a un peligro imaginario y pone de manifiesto la incapacidad de una persona de afrontar la realidad, este temor va acompañado de una incapacidad para tomar decisiones, para adaptarse a la nueva situación, para buscar los medios necesarios a fin de resolver las dificultades. - Menos conocida, pero no menos negativa, es la actitud de sobreprotección del hijo/a de educación especial con o sin discapacidad, a primera vista, esta actitud muestra una loable solicitud y dedicación a ese hijo/a, pero los padres, al hacerlo todo en vez del hijo/a, le impiden cualquier grado de autonomía. - Por último, la actitud de resignación es también negativa, porque impide a los padres asumir una actitud positiva, activa, hacia el hijo/a de educación especial con o sin discapacidad, y por consiguiente entorpece el desarrollo del chico/a hacia la autonomía, cuando los padres aceptan la realidad del problema de educación especial con o sin discapacidad de su hijo/a empiezan a tener la posibilidad de ser felices en su prueba, cuando los padres se muestran alegres a pesar de las dificultades de su situación, pueden hacer feliz a su hijo/a. La ayuda que los padres deben recibir de los profesionales para poder cumplir la misión de educar a sus hijos: La familia necesita recibir de profesionales que se ocupan de los chicos/as de educación especial con o sin discapacidad la información y la ayuda adecuada a su condición, los profesionales pueden y deben ayudar a los padres a salir de su bloqueo afectivo, para afrontar con realismo su situación, los científicos, los médicos y los investigadores deben ser especialmente sensibles a la situación de dificultad en que vive una familia al tener un hijo/a de

educación especial con o sin discapacidad; el papel de los profesionistas consiste en ayudar a esta familia a encontrar la actitud correcta frente al hijo/a de educación especial con o sin discapacidad, por esto, los médicos y los especialistas tienen el deber de comunicar a los padres los conocimientos y adquisiciones relativos a la situación de sus hijos, deben hacerlo con espíritu de servicio y solidaridad, de modo humano, usando un lenguaje accesible e inteligible, con paciencia y comprensión, y con plena honradez profesional, los padres necesitan esa permanente comunicación del saber científico para afrontar la realidad de la situación de su hijo/a, una vez informados, podrán dar al hijo/a el tipo de educación y el tratamiento más conveniente a su situación, la familia necesita un apoyo adecuado por parte de la comunidad, aunque la familia es indispensable para acoger al hijo/a de educación especial con o sin discapacidad y para educarlo/a, no podrá conseguir con sus solas fuerzas resultados plenamente satisfactorios, aquí se abre el espacio para la intervención de asociaciones especializadas y para otras formas de ayuda extrafamiliar, que aseguren la presencia de personas con las que este adolescente pueda instaurar relaciones educativas, esos sistemas de ayuda son aún más necesarios en los momentos críticos de la vida familiar, cuando la convivencia en la familia resulta difícil, si no imposible, por esto, es importante el desarrollo de estas pequeñas estructuras de comunidad que pueden acoger a estos chicos/as durante un período de tiempo, o acogerlos/as como miembro permanente después de la muerte de uno o de ambos progenitores; por último, muchos progresos se han logrado para la integración de los “discapacitados” psíquicos en la vida de la sociedad, sin embargo, dado el número cada vez mayor de personas de educación especial con o sin discapacidad adultas en esta sociedad, se ha producido en estos últimos años una congestión en los centros de acogida para estas personas; así, tienen pocas posibilidades de vivir el resto de su vida en condiciones dignas, al mismo tiempo, gracias a la creación de redes de asociaciones al servicio de las personas de educación especial con o sin discapacidad y de sus familias ha mejorado la condición de estas personas en sus familias. Por último, la verificación de la posibilidad de lograr un grado notable de desarrollo psico-motor e intelectual en el hijo/a de educación especial con o sin discapacidad gracias al estímulo de la subjetividad de estos adolescentes, en un ambiente alegre, donde se le hace sentir que es objeto de atención y amor, ha cambiado la previsión de vida de este último, por todas estas razones, es importante, hoy más que en el pasado, desarrollar las

redes ya existentes de información y acogida para los padres de estos chicos/as, y también crear nuevas redes, de modo que los padres puedan afrontar lo más pronto posible la verdad y ofrecer a su hijo/a las mejores condiciones de desarrollo, al mismo tiempo, parece necesario influir sobre la opinión pública mediante los medios de comunicación para facilitar la integración en la sociedad de las personas de educación especial con o sin discapacidad, compatible con una vida de relación con los demás.

Montalvo (1997) menciona que frente a los fenómenos de la sexualidad, el comportamiento de los miembros de las familias con hijos adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, parece caracterizarse por estos elementos: falta de comunicación, de información, clandestinidad, complicidades, insatisfacción en la vida sexual para la mujer, doble moral, morbosidad generalizada. Las investigaciones realizadas por psicólogos hacen resaltar el hecho de la falta de comunicación entre pareja y entre los padres e hijos, en materia de sexualidad, así como la negación de ésta misma en los hijos (como se comentaba en el párrafo anterior). La opinión generalizada y las prácticas aún perdurables sobre el tabú de lo sexual, han deformado las mentes y comportamientos de las gentes e impiden una vida sexual adecuada, el tabú de lo sexual impide con frecuencia que entre los miembros de las familias exista un diálogo abierto y franco sobre materia sexual, las prohibiciones pueden llegar al extremo de insalvables frustraciones y conflictos a nivel de pareja, no comunicándose la pareja en algo tan fundamental de su vida de relación, se desencadenan otros mecanismo compensatorios pero distorsionados. Entre padres e hijos adolescentes de educación especial con o sin discapacidad media por consiguiente, una barrera de incomunicación y falta de información y no se proporciona una orientación sexual oportuna y adaptada, así se movilizan diferentes factores que son agentes satisfactorios, se inicia una práctica clandestina, se instauran complicidades, prejuicios y sobreentendidos que desajustan y obstaculizan una relación sexual equilibrada. La falta de comunicación entre los padres provoca asimismo una falta de comunicación con los hijos, estos elaborarán sus conductas sexuales de acuerdo a marcos de referencia extrafamiliares, aunque reproducirán inconscientemente los modelos y comportamientos de sus padres.

4.3 Cambios de la familia respecto a la sexualidad

Montalvo (1997), dice que una vez más hay que notar que nada es estereotipo absoluto en sexualidad. La comprensión de ciertos fenómenos, su frecuencia, su caracterización, exige elaborar tipologías, pero éstas serán siempre medios y fines en sí. En la actualidad, se registran y deben registrarse en la sociedad cambios notables en orden a la sexualidad dentro de las familias, estos cambios deben estar dados en los dos niveles: reproductiva y conducta sexual. En cuanto a la conducta reproductiva, las transformaciones son prácticas y teóricas, y se deben estar dando en cuanto a los valores sustentados en las familias con respecto a la maternidad, la paternidad, los hijos y el concepto mismo de familia; luego, se observan en la práctica cambios en las actitudes respecto a la planeación familiar. La época moderna, la interinfluencia de múltiples factores, sobre todo aquellos creadores de opinión, lo que le sucede a varios muchachos de educación especial con o sin discapacidad y no en la calle (referente a prostitución, violación, en general a una mala educación sexual) y la estructura misma de la economía, han provocado, que en el interior de las familias, los padres participen más en la educación de los hijos y son y deben ser más flexibles en aceptar funciones repartidas por igual, tanto a nivel de responsabilidad como de ejecución. En cuanto a la conducta sexual “relacional”, los desequilibrios y la desigualdad tradicionales están adquiriendo un carácter menos estandarizado; las familias, obligadas a responder a nuevos problemas y planteamientos de la juventud, van siendo más flexibles en el tratamiento de la temática sexual. Por lo antes mencionado, este autor se formula una pregunta, que todos los padres o la mayoría de ellos, se hace cuando tienen hijos adolescentes de educación especial con o sin discapacidad y es que si ¿será más promiscuo para el adolescente si no le ajustan los padres las riendas? A lo que éste autor realizó una investigación con profesionistas en el área, específicamente psicólogos, los cuáles respondieron que no lo será, el ser promiscuo –o casual y no muy exigente- sobre las actividades sexuales, es generalmente un signo de trastorno y desequilibrio emocional que se mantendrá ya sea los padres rígidos o lenitivos, sin embargo, cuanto más amplio sea el conocimiento sobre la sexualidad del joven, menos probable es que se comporte ligero y tontamente, y tiene más posibilidades de aprender a vivir con este elemento que le pertenece, ser estrictos no es la manera de ayudarlos en su búsqueda por comprender, el joven promiscuo no es una persona feliz, él o ella, busca por medio

del sexo la admiración, aprobación y sobre todo necesidad y afecto que no puede encontrar en el hogar o en sí mismo, es, por supuesto, un esfuerzo frustrante porque el hecho de ser sexualmente atractivo, aunque pueda llamar la atención, no refleja la completa personalidad que es la base sobre la cual la gente establece usualmente relaciones duraderas; la promiscuidad es un problema bastante serio de autoadaptación. Los padres harían bien en obtener la ayuda profesional.

Macías (1995), realiza otra pregunta relacionada con la anterior y es que los padres en general se preguntan ¿cómo pueden ayudar a sus hijos en la adolescencia?, y a esto se puede decir que ante todo, no serán los padres también unos atormentados. Los problemas de la adolescencia causan preocupación porque abarcan aspectos importantes de la vida y porque aparecen poco antes de la época en que el joven debe desempeñar el papel de hombre o mujer, pero la preocupación sugiere prudencia. “Que lo tomen con calma”, “Que vayan a lo seguro”, “Que eviten las casualidades”, “Que se mantengan fuera de caminos peligrosos”, y sucede, que de esta manera el chico pierde la oportunidad de adquirir la experiencia que necesita para aprender las lecciones de la adolescencia. Los padres deben tratar de dar a sus hijos la libertad para encontrar su camino entre todas las posibilidades que se le ofrecen, y que traten de respetar sus elecciones porque a pesar de sus preocupaciones tienen un mayor deseo de ser adultos y decidir las cosas por su cuenta, que los padres no esperen de él o ella que sea muy conservador sobre sus sentimientos, especialmente los que se refieren al área del sexo. Generalmente los adolescentes guardan esto para sí, los padres se deben acostumbrar también a la idea de que pasará muchas horas soñando despierto, esto también es normal, es una de las maneras en que comprende sus sentimientos sobre las cosas y personas y mira en su imaginación, hacia el futuro que se acerca a pasos agigantados.

Rosario (1997), comenta que no se quiere dejar de apuntar que todos estos cambios en las actitudes y en los comportamientos sexuales, no se acompañan, sin embargo, de las condiciones mínimas necesarias para que el acceso a las relaciones sexuales pueda ser una experiencia positiva para los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad y no

conlleve riesgos innecesarios. De hecho, la OMS considera a los adolescentes como grupo de alto riesgo en materia de sexualidad.

Macías (1998), menciona que en este sentido, sería absolutamente necesario el reconocimiento por parte de la sociedad de la sexualidad de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, y de la necesidad, por tanto, de la educación sexual y de la asistencia sanitaria para todos los chico/as. Ello, sin duda, facilitaría que los propios adolescentes asumiesen la posibilidad de ser sexualmente activos, pudieran tener un mayor conocimiento y unas actitudes positivas y abiertas acerca de la sexualidad, pudieran planificar o prever sus relaciones sexuales y tenerlas en lugares adecuados, tuvieran un mayor conocimiento y un fácil acceso a los métodos anticonceptivos, fuesen capaces de hablar y comunicarse con el otro de forma más abierta y natural, considerasen otras posibilidades de disfrutar de la sexualidad que no sea exclusivamente la relación coital, etc., y este tipo de orientación la podrían dar psicólogos, en cuanto a colocar, tanto a estos chicos/as como a sus familias y porqué no, a personas que estén cercanas (físicamente a ellos o no), a que conozcan que son individuos como cualquier otro, con derechos y obligaciones, con necesidades, sentimientos, inquietudes, preguntas que requieren respuesta y también a formar una independencia (como se ha venido comentando), en cuanto a cuidarse física y psicológicamente.

En general, como dice Xocanostle (2000) en su editorial de la revista QUO y como también se comentó anteriormente: se pudieron observar los cambios físicos y psicológicos, por los que tiene que pasar un adolescente de educación especial con o sin discapacidad, en específico aquí se refirió a los cambios sexuales, pero sobre todo a un cambio y a algo que traspasa las barreras del entendimiento humano (y sin ellos), nada valdría la pena en lo relacionado a la comunicación, respeto, tolerancia, etc., que debe haber entre padres e hijos y esto es el amor que deben profesarse (padres e -hijos) y la educación (no sólo dirigida hacia una dirección, sino recíproca).

4.4 La familia como medio vital para informar al adolescente de educación especial sobre su sexualidad

Baldaro (1992), comenta que muchas personas piensan que si se quiere ser aceptado por los demás, si se quiere su simpatía, su aprecio, si se quiere obtener alguna cosa, se deben comportar siempre bien, se debe ser amable y bien educado y se deben reprimir los sentimientos y los impulsos; así que primero se comentará cómo se conforma una Familia con un hijo/a adolescente de educación especial con o sin discapacidad y sobre todo, el tema que aquí acontece: Su Sexualidad, y al respecto, como psicólogas podemos decir que todo lo que es insólito da miedo, por eso, se tienen costumbres y todo lo que es insólito se convierte en tabú, entonces, el chico/a de educación especial con o sin discapacidad también lo es y en consecuencia, quienes están ligados a él/ella: su familia; y por lo mismo, este adolescente queda en una especie de limbo, como Niño Eterno, ya que, quien no ha sido iniciado queda marginado; y por lo tanto, no se le acepta su paso a la adolescencia, así como, los problemas sexuales implícitos; entonces, se decide según las necesidades de quienes conviven con ellos, no las necesidades de estos chicos/as; por esto, estos adolescentes al estar involucrados en 3 sistemas que son: La Familia, la Escuela y la Asistencia (escuela, módulo, entre otros y en caso que lo estén), se encuentran en una paradoja, en la cual, hay ideas diversas y si cada uno afirma su derecho a decidir por encima del otro, el territorio del chico/a resulta ser una palabra vacía: un espacio robado, ocupado por otros. Con respecto a la familia, la función de ésta, es involucrar al hijo/a a ésta y por tanto, a la sociedad; así que, cada miembro de la familia se influye unos a los otros y dicha busca alcanzar un equilibrio consigo misma y con el exterior y para esto se codifican reglas, las cuales están sometidas a cambios, que “normalmente”, ocurren en la familia y éstos son:

1. Se forma la Pareja, donde hay 2 personas que deciden convivir, integrando su individualidad en una nueva identidad, para esto primero negocian (no de forma explícita), las reglas que regirán sus relaciones y luego, pondrán límites para respetar su individualidad (aquí incluyen la relación con las familias de origen).

2.- viene el Nacimiento de un hijo/a, dicho miembro vendrá a reforzar la nuclearidad de la familia, así como, multiplicará las intervenciones de la familia de origen, ya sea, en el rol del nieto ó por que se pida ayuda, así que, por parte de la pareja estará el definir nuevos límites con respecto a la familia de origen.

3.- El ingreso en la escuela, en donde por primera vez los padres cederán parte de la educación del hijo/a a una institución y esto conlleva a que los padres sean blanco de cómo han estado educando a su hijo/a (al ver el comportamiento de éste/a), tanto en la sociedad, así como, en la escuela.

4.- Se encuentra la entrada en la Adolescencia, donde es el paso de ser niños a ser hombres, de la dependencia a la independencia, este proceso lleva tiempo y aquí la sociedad juzgará, como la familia ha preparado al hijo/a para pasar a la independencia, empezándose a separar de su familia.

5.- La pareja se reforma, los hijos se casan o se van y la pareja queda como en un principio; llegan a la vejez los padres, se estructura una intimidad distinta de lo anterior, y hay interferencia de hijos y nietos.

Esto anterior regularmente ocurre en la familia (llámese) normal, pero qué ocurre cuando nace un hijo/a de educación especial con o sin discapacidad; a esto se le podría llamar un acontecimiento “excepcional”, ya que, no ocurre con tanta frecuencia y por esto, la familia se comportará de forma diferente a si hubiera nacido un niño/a “normal”. Entonces como se comentaba, primero se forma la pareja (con todo lo que se mencionaba que conlleva esto) y luego, nace un niño/a de educación especial con o sin discapacidad; hay una re-estructuración del equilibrio familiar, no nace lo que se esperaba: un hijo/a “sano”, como lo son su padre y madre; por lo tanto, en la familia hay una respuesta inesperada , dolorosa, una respuesta de angustia, aislamiento social, necesidad de un re-equilibrio interno y este proceso se explicará a continuación:

Para empezar, la persona que está más cerca del bebé, incluso antes de nacer, es la madre, la cual, sufre una herida en su autoestima, por el hecho de no engendrar un hijo/a “normal”, se siente culpable por ello y existe un rechazo sublime hacia el niño/a, no demostrándolo abiertamente, ya que, se le consideraría entonces una “mala madre”, por un lado no lo siente suyo (al ver que no es “normal”, como ella, no se ve reflejado en él) y sin embargo, por otro lado, comprende que no puede ser más que suyo. No se atreve a odiarlo, pero incluso no consigue aceptarlo. Por otro lado, el padre se angustia al ver el sufrimiento de la madre y no poder ayudarla, así como, ve sus expectativas derrumbadas y en cierto sentido, su virilidad. Los abuelos ven la frustración de sus hijos, al no haber podido tener un hijo/a “sano”, como ellos. Pero la angustia no disminuye con el tiempo, al contrario, aumenta al oír constantemente mensajes de los familiares, como: <<Es así, podría ser de tal u otra manera, ¿has consultado a aquel especialista?; se podría hacer esto...; hagan lo que está en sus manos para que se componga o crezca lo “mejor” posible...>> Esto ocurre en el interior de la familia, pero ésta se relaciona con gente del exterior y entonces, cómo se comporta la sociedad cuando nace un niño/a de educación especial con o sin discapacidad: Primero se siente impotente, por un lado hablan de integrar a las personas de educación especial y por otra parte, aceptan que tienen “limitaciones” y entonces... e incluso las prefieren ignorar ó les “tienen lástima”. Esta misma sociedad vuelve “suya” esa angustia que siente la familia, por lo tanto, en lugar de aceptar, aconsejan; en lugar de escuchar, huyen; en lugar de animar, ellos quieren ser alentados. Por todo esto, la familia se siente culpabilizada, (en lugar de ser alentados), cierran su relación con los “otros”, o sea con la sociedad y viene entonces, un pensamiento (que se puede escuchar desde los antepasados): “Es un castigo de Dios, por algún pecado cometido”.

Luego de esto, viene un re-equilibrio, al aceptar (aparentemente) que su hijo/a de educación especial con o sin discapacidad, este re-equilibrio “se consiguió” (aparentemente), a base de sufrimiento, el hijo/a debería pasar por ciertas etapas evolutivas (junto a su familia), el ir a la escuela, la “adolescencia”, el trabajo; pero el hijo/a no las vive como tal, la familia mantiene un cambio como tal, no se modifica; para la familia su hijo/a será el “niño eterno” y como lo ven de esta forma, no pueden observar sus potencialidades y por lo tanto, le “quitan” la posibilidad de

cambios evolutivos; y la Sexualidad (en este caso), es un trauma, un despertar a la angustia, algo que está cancelado inmediatamente, así como, el crecimiento mismo del hijo/a.

4.5 El psicólogo como orientador para informar y formar a la familia y al adolescente de educación especial respecto a su sexualidad.

Angel (1998), menciona que se han realizado investigaciones donde se manifiesta que el personal enseñante, (maestro/a de educación especial), rechazar cualquier tipo de Educación Sexual, porque existe la “idea”, de que esto le toca a los padres y por su parte, estos padres no hablan con sus hijos al sentirse incompetentes. El personal enseñante (maestro/a de educación especial), objeta que los padres pueden reaccionar con intolerancia hacia este tipo de interferencias educativas e incluso se protegen de la inquietud, de la curiosidad de los escolares, con el fin de preguntas que surgirían en los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, al abordar estos temas y el personal enseñante (maestro/a de educación especial), no está y no se siente preparado para esto... En esta situación, el psicólogo como profesionalista debe intervenir (en el caso de tener pleno conocimiento del tema o sino, junto con un especialista ó sexólogo), para conscientizar y sensibilizar primero con respecto, a la importancia de informar y formar tanto a los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, como a sus padres, sobre la Sexualidad de sus hijos, sobre cómo deben vivirla y experimentarla, pero lo más importante, cómo deben aceptarla (y esto es algo que a lo largo de estos capítulos se ha ido planteando). El profesionalista en Psicología sabe que para desarrollar una actividad educativa sexual con competencia y efectividad, no sólo son necesarias nociones precisas y detalladas, sino que sobre todo, hace falta ser dueños de la propia sexualidad, teniendo un conocimiento reflejo de las dificultades y goces que puede comportar; no existe una sola forma de sexualidad en los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad, sino que son numerosas y bien diferenciadas entre sí, en función que si son chicos/as de educación especial con o sin discapacidad y de que si la discapacidad es innata o adquirida, como de las circunstancias culturales de los educadores. La gente que está formando a estos chicos/as (padres, familiares, maestros, especialistas), junto con los psicólogos, deben aprender a conocerse mejor a sí mismos y los elementos culturales de su organización, porque también éstos forman parte de las variantes

que influyen de manera decisiva en la educación de éstos adolescentes y por tanto, también en las formas de la sexualidad. Se debe saber con exactitud si se está ayudando a que estos chicos/as manifiesten su sexualidad o se la inhiben. También se debe comprender la influencia que otras personas, especialmente los padres, ejercen (esto se pudo ver en el capítulo pasado). De esta manera, el psicólogo podrá conocer mejor y utilizar los medios de comunicación con aquellos que son al mismo tiempo, asistidos y colaboradores; así resultaría más eficaz el proyecto de rehabilitación y sobre todo, en este caso de formación e información sobre la sexualidad de los chicos/as de educación especial con o sin discapacidad.

Barragán (1999), comenta que aunque la educación sexual en la escuela o módulo, debería ser confiada a los maestros y estar integrada en el programa educativo general, como educación de las relaciones humanas, la utilidad del Psicólogo (así, como de algunos especialistas o expertos), que en determinados casos y por motivos bien definidos, ayuden al enseñante de clase (maestro/a de educación especial). Todo programa de este tipo debería implicar siempre a los padres; se ha visto como es contraproducente la incoherencia educativa que ocurre cada vez que se envían mensajes contradictorios acerca de un mismo tema, y lo mismo ocurre cuando mediante la comunicación verbal se dice una cosa que al mismo tiempo es negada por el tono de voz, la mímica, la postura. Esto es válido para todos los chicos de los niveles obligatorios, pero de una manera especial cuando se trata de chicos de educación especial, los cuales más que los otros acomodarán su conducta al trato afectivo que hayan recibido de sus padres o educadores.

Laguna (1999), dice que quizá lo que es más difícil de aceptar por parte de los padres y de los enseñantes (maestro/a de educación especial), y de lo cual los Psicólogos apoyan, es que no existen soluciones ideales, perfectas. Tal vez se acepte a nivel profundo e incluso consciente que los chico/as de educación especial con o sin discapacidad son personas que, aunque tienen los mismos derechos que los demás, se debe aceptar que cada uno de nosotros es <<distinto>> y que cada uno ha de renunciar a la llamada omnipotencia infantil, la cual hace creer que es posible reparar, resolver o modificar cualquier circunstancia, propia o ajena, que depende no de la voluntad propia, sino de la condición humana, que ve en el cuerpo, destinado a enfermar,

envejecer y morir una de las principales fuentes de frustración. La formación del Psicólogo lo encamina a formar e informar (en este caso, sobre la Sexualidad de los adolescentes de educación especial con o sin discapacidad), personas, seres humanos que sean de la siguiente manera :

- a) <<personas auténticas>> y sin representar un papel
- b) abandonar la omnipotencia y aceptar las “limitaciones”, así como las capacidades, impuestos por la condición humana; pero sin dejar a un lado la idea de “que cada vez exista menos ignorancia en esta sociedad, sobre el tema de la educación especial en general”.
- c) Y la disponibilidad, la comparación y el intercambio del profesionalista en Psicología, junto con otros...

CONCLUSIÓN

Para poder realizar la tarea de concienciar a especialistas como, médicos, psicólogos, así como a la comunidad, como los miembros de la familia, al revisar información, tanto bibliográfica, como hemerográfica de este tema, se encontraron dos problemas fundamentales:

- 1) Por una parte, la poca participación del psicólogo, en cuanto a interesarse en publicar de manera bibliográfica acerca de la Educación Sexual en adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, al igual que realizar investigaciones acerca del mismo tema (publicados en revistas especializadas); y esto, puesto que el psicólogo es especialista del comportamiento.
- 2) Y por otra parte, la dificultad para hacer participar a los diferentes sectores de la población, dentro de un programa donde se realice un taller (con un trabajo conjunto, donde participen, psicólogos, médicos, especialistas, padres de familia), en cuanto a Educar Sexualmente a estos adolescentes, como medio de prevención, formación, información (como se comentaba anteriormente), así como, conocimiento sobre los cambios físicos y psicológicos que está presentando su cuerpo.

Lo lamentable es que el psicólogo puede diseñar estos programas (pero por lo antes mencionado, no hay el suficiente interés para hacerlo o no hay el apoyo económico para realizarlo, lo cual se mencionará más adelante), así como también puede llevar también a cabo la capacitación de los paraprofesionales de la Psicología en el empleo de éste y a su vez a los no profesionales que van a emplearla, esto sin dejar de lado, que cada uno de los profesionales (antes mencionados), juega un papel muy importante en la labor de Educar Sexualmente a estos chicos, donde cada uno aportará conocimientos importantes en sus respectivos campos de aplicación dirigidos hacia un mismo objetivo a través de un trabajo multidisciplinario y principalmente el psicólogo, es quien tiene mayores herramientas en el manejo del ambiente y

modificación de conducta en la medida que diseña una tecnología de evaluación y prótesis, con respecto a la formación e información de la Educación Sexual en estos chicos (a esto nos referimos con la propuesta del taller), esto ajustándose a una metodología específica, así como, responder al necesario y requerido adiestramiento a los mismos paraprofesionales y no profesionales, como en el caso de los padres. Esto, tampoco significa que el psicólogo por sí solo logre los objetivos de formación e información con respecto al tema de esta tesis, sino que se requiere de un verdadero trabajo multidisciplinario.

Sin embargo, podemos observar que lamentablemente en la práctica real, todos los objetivos profesionales y laborales del psicólogo antes mencionados, no se cumplen del todo, ya sea, por la falta de apoyo económico hacia las investigaciones de este tipo (nos referimos al tema en específico que aborda la tesis) ó por la falta de consciencia e interés del psicólogo sobre sus actividades y participación en la Educación Sexual a adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad. No debemos perder de vista que la participación del psicólogo no sólo se queda a un nivel de conocimientos técnicos y científicos, sino que debe trascender a la aplicabilidad, a lo cual, tradicionalmente al psicólogo se le ha asignado sólo el rol y la tarea de evaluar, medir y curar las alteraciones conductuales, emocionales y sociales que han llevado a la elaboración de las técnicas más eficientes y científicas para eliminar uno a uno estos casos, dejando a un lado los factores de formación e información (que se han venido mencionando), con respecto al tema que compete en esta tesis; remarcando el rol del psicólogo, derivado del modelo médico y reduciendo su campo de trabajo a la terapia individual.

Es por esto, que el psicólogo debe conscientizarse y prepararse a esta labor, para tener el privilegio de elaborar y contribuir en dichos programas, apoyados en una metodología sistemática. En resumen puede decirse que el psicólogo poco se ha capacitado y relacionado en estas tareas y sus deficiencias se encuentran desde la formación profesional hasta el rol social que ha adquirido y heredado. Cabe señalar también, que dichas actividades del psicólogo se ven limitadas por el carente apoyo legal y los recursos humanos y económicos deficientes (esto antes mencionado) y más aún para cubrir aquellas necesidades que todavía no son palpables por la evidencia o que

parecen ser superficiales, pero que existen y tienen trascendencia en los adolescentes con necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

Para concluir podemos decir que en toda orientación o educación sexual se transmiten, además de información, valores y principios. El tono en que se habla, las cosas que se dicen y las que se ocultan o no se pueden decir, las que se enfatizan, las que se exageran y las que se consideran secundarias, son maneras de formar valores. Es fundamental reconocer y tener claro qué valores se están promoviendo y expresarlos con cuidado, pues de no hacerlo así, se corre el riesgo de caer en contradicciones que pueden confundir a los adolescentes de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

Algunos de los principios o valores que se promueven en la mayoría de los grupos dedicados a la educación sexual son los siguientes:

- El derecho a la información. Independientemente del sexo, si son adolescentes “regulares” o de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad, todos tenemos derecho a ser informados.
- La libertad. Las personas tenemos libertad de culto y libertad de creencia, así que, somos libres de ejercer nuestra sexualidad de acuerdo con los propios valores.
- Equidad. Las normas de la sexualidad, las oportunidades de información y los recursos para el desarrollo deben ser equitativos entre hombre y mujeres, adolescentes “regulares” o de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad de los diferentes grupos sociales.
- Respeto. Hay que aceptar que cada persona tiene su estilo de ser y de pensar y que nadie tiene derecho a imponer su propio criterio. Toda actividad sexual debe hacerse con el claro consentimiento de quienes participan en ella, así como, la orientación sexual que se

les de a éstas personas y a sus familias, pero teniendo en cuenta la importancia de respetar los derechos, y enseñar las obligaciones de su sexualidad a los adolescentes de necesidades educativas especiales con o sin discapacidad.

Cuando observamos las manecillas de un reloj, nos parecen inmóviles. Pero si volvemos a mirarlas después de una o dos horas vemos que se movieron. A veces en nuestra vida ocurre lo mismo. Tardamos en darnos cuenta de los cambios que se producen alrededor de nosotros y en nosotros mismos. Un ejemplo de esos cambios es nuestra sexualidad. El deseo de descubrir es un impulso natural; para ellos es necesario saber acerca del placer que perciben, pero que también desconocen. No siempre aparecen en forma clara, a veces es un beso, una caricia; otras un suspiro o una emoción indescriptible ante alguien que por razones desconocidas les parece especial. Y el desconocimiento, la falta de comunicación y el miedo provocan que las personas vivan una sexualidad como algo vergonzoso que debe negarse, algo que se vive pero de lo que no se habla.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aberasturi, A. (1998), La Sexualidad y el adolescente, Buenos Aires, Argentina, Paidós.

Angel, J. (1998), La Sexualidad y el adolescente discapacitado, Barcelona, España, Edit. CEAC.

Bach, L. (1999), “La masturbación del adolescente discapacitado y la familia”, El adolescente, Barcelona, España, Edit. Oikos-tav.

Baldaro, T.V., Golvigli, G, & Valgimigli, D. (1988), La Sexualidad del deficiente, Barcelona, España, Edit. CEAC.

Barragán, J. (1999), “Las diferentes disciplinas respecto a la adolescencia”, La adolescencia con capacidades distintas, Barcelona, España, Edit. Eunsa Pamplona.

Beltrán, M. (2002), Biología Humana, México, Edit. Fernández.

Cagne, M (1997), “El desarrollo de la sexualidad en el adolescente”, La sexualidad adolescente, México, Edit. Piados.

Calderón, K. (1999), “El proceso de menstruación”, la menstruación y la adolescencia, Barcelona, España, Edit. CEAC.

Consejo Nacional de Población, (1982), Educación y sexualidad. México.

Consejo Nacional de Población, (1998), La Educación de la sexualidad humana, México.

De la Fuente, R. (1998), Psicología Médica, México.

Edit. Fondo Cultural Económico.

Garcés, L. (1997), El enfoque cognitivo-conductual, Buenos Aires, Argentina, Edit. Eunsa Pamplona.

Hooker, S. (1998), “La sexualidad en el adolescente”, La conducta sexual del adolescente, México, Edit. Gedisa.

Houssay, B. (1999), Psicología Humana, México, Edit. El Ateneo.

Katchandurian, H. A., & Lunde, D. F., (1992), Las bases de la sexualidad humana, México, C.E.C.S.A.

Kelley, W & Vita, V. (2000), Medicina Interna, Barcelona, España, Edit. Panamericana.

Laguna, A. (1999), “Los padres, maestros y adolescentes con capacidades distintas”, La adolescencia y la discapacidad, México, Edit. Fondo de Cultura.

López, F. (1999), “La sexualidad en el adolescente”, Lo Sexual de adolescentes y jóvenes, Madrid, España

Edit. Siglo veintiuno.

Macías, R. (1998), “La familia y la sexualidad”, La sexualidad del adolescente, México, Edit. CONAPO.

Montalvo, J., (1997), “La sexualidad del joven”, La familia de un adolescente discapacitado, México, Edit. Fondo de Cultura Económica.

Olveros, F. (1998), “La sexualidad del adolescente”, El adolescente con capacidades distintas y la Sexualidad, Buenos Aires, Argentina, Edit. Eunsa Pamplona.

Pasquel, F. (1998), “Masturbación”, La masturbación del joven, México, Edit. Fondo de Cultura Económica.

Pepin, L. (1994), “Las relaciones sexuales en la adolescencia”, La Psicología de los Adolescentes, Barcelona, España, Edit. Oikos-tav.

Rosario, M. (1997), “El sexo en adolescentes”, La adolescencia, Barcelona, España, Edit. Eunsa Pamplona.

Satir, V. (1995), “El adolescente y su sexualidad”, La sexualidad del adolescente, Barcelona, España, Edit. Prensa Médica.

Savater, F. (1997), “El aprendizaje humano”, “Los contenidos de la enseñanza”, El valor de educar, México, Edit. Ariel.

REFERENCIAS DE INTERNET

García, N (2002) La masturbación: El placer en tus manos.
<http://euforia.com/masturbación.htm>

Hernández, J (2002) Aparato Reproductor: ciclo menstrual.
<http://embarazada.com/mujer012B.asp>

REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS

Alcalde J. (1998), "Editorial: ¿Y qué decir de el punto de vista social?", Muy Interesante, México, D. F., Edit. Televisa.

Gustav, A. (2001), "Editorial: El adolescente sexual con capacidades distintas y su familia "Muy Interesante, México, D. F., Televisa.

Xocanostle, R. (2000),"Editorial: ¿Qué pasa con el amor y la educación Familiar con capacidades distintas?", QUO, México, D. F., Edit. Televisa.