



**CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRÉS DE URDANETA"**

NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN
UNAM 8853 – 25
PSICOLOGÍA

**LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CON
RETRASO MENTAL LEVE: GUÍA PARA PADRES**

T E S I S P R O F E S I O N A L

P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E :

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A N :

ETHEL MICHELINE SILVA MIRANDA

HILDA MELANIA SUÁREZ RECHY



ASESOR: LIC. RICARDO POPOCA PASTRANA

COACALCO, ESTADO DE MÉXICO

2011



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.

AGRACEDIMIENTOS

*A ti **mi Dios**, que eres el motor que impulsa mi vida, quien ha alumbrado mi camino y me guía por sendas por las que nunca imagine transitar.*

*A ti **papá**, quien siempre me ha llenado de amor y sabios consejos, que con tu ejemplo de servicio me enseña como ser mejor persona.*

*A ti **mamá**, siempre dispuesta a escuchar y atender mis palabras y quién me enseña a ser hija, esposa y madre.*

*A cada uno de ustedes: **Claudia, David, Elsa, Dulce, Jonathán y Enrique**, quienes han estado conmigo en las buenas y en las no tan buenas, pero siempre juntos, sería difícil la vida sin uno de ustedes.*

*A ti **Alejandro** quien con sus enseñanzas me abrió el panorama no sólo en lo académico sino en mi vida personal.*

*A ustedes que han marcado mi vida de manera especial: **Verónica, Alejandra y Adriana**.*

*A ti **Miche**, mi amiga, mi confidente y la otra parte importante de todo este proyecto que hoy logramos finalizar.*

*A ti **Ricardo Popoca**, quien nos ayuda a culminar este sueño largamente esperado.*

*Y sobre todo a **ustedes**, esas personas con diferentes capacidades pero con un gran corazón que me han enseñado determinación, paciencia y entrega.*

GRACIAS.

MELANIA

AGRADECIMIENTOS

*A **Dios** por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.*

*A mis **Padres** por todo el amor, la paciencia, su respeto hacia mí, por todos sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y sobre todo por el apoyo incondicional, tanto para la elaboración y culminación de este proyecto, como para mi vida personal. Por todo esto, les dedico mi tesis. Gracias*

Los Amo.

*A mi **esposo** a ti por ser parte fundamental en mi vida, porque me impulsas a lograr mis metas, porque has hecho de mí una persona más fuerte, en el aspecto emocional, porque te admiro como persona y como mi pareja, por el apoyo incondicional para la culminación de mi tesis y por todo lo que tú eres conmigo. Gracias y sabes que **TE AMO**. Te dedico este logro, porque tú más que nadie sabe lo mucho que me costó terminarlo.*

*A mis **hijos, Victor y Brian**, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor, porque son dos angelitos que llegaron a mi vida, gracias a ustedes logre este objetivo y por eso les dedico la culminación de mi tesis, y a pesar de que son muy pequeñitos, me agradecería que con el paso del tiempo, ustedes me dediquen todos sus logros. **GRACIAS** por existir y los **AMO** bastante.*

*A mis **abuelitos** a ustedes porque para mí fueron unos padres, estuvieron conmigo desde que yo nací, en enfermedades, alegrías y tristezas, y por todo el apoyo que recibí y seguiré recibiendo incondicional de su parte sin esperar nada a cambio. GRACIAS por toda esa motivación para la culminación de este proyecto. También les dedico mi tesis, porque para mí al igual que mis padres han sido un ejemplo a seguir. LOS AMO MUCHO.*

*A mis **hermanas** por creer y confiar siempre en mí, apoyándome en todas las decisiones que he tomado en la vida. Y quiero decirles, también, que creo y confié en ustedes, son muy capaces de realizar cualquier meta que se propongan, pero confíen en ustedes mismas. GRACIAS por el apoyo incondicional que recibí para la elaboración de mi proyecto.*

*A mis **tías (os)** porque han sido fuerza y perseverancia en mi vida, aunque cada uno de ustedes ha luchado por la vida de diferente manera, cada uno de ustedes me ha enseñado cosas distintas pero muy buenas.*

*A mis **primas (os)** por su comprensión, apoyo y amistad incondicional, por ser como son, GRACIAS. Saben que en mí tienen una amiga y una confidente.*

*A mis **sobrinos (as)** porque cada uno me ha enseñado a enfrentar la vida de diferente manera, y porque nunca hay que olvidar que lo más importante del ser humano que es la **niñez**; no hay que dejar de ser nunca niños y dejar de ver las cosas buenas de la vida.*

*A mi **amiga y compañera de tesis Melania** a ti por demostrarme que la amistad se conserva a pesar del tiempo y la distancia, por ser mi gran amiga, mi cómplice en la alegría, y por el apoyo en mi vida personal. Te quiero mucho.*

A mis suegros por apoyarme, por confiar en mí, por respetarme y porque cada uno me ha enseñado algo distinto de la vida. Les puedo decir que para mí, también son un ejemplo a seguir.

A mis cuñadas por apoyarme, por escucharme, por ser buenas personas, por todas las alegrías que hemos vivido juntas y sobre todo por ser GRANDES AMIGAS.

LAS QUIERO MUCHO.

A mis amigas Yoshi y Ceci, porque me impulsaron a terminar este proyecto, y sobre todo porque siempre están conmigo cuando las necesito. GRACIAS; LAS QUIERO MUCHO.

Al profesor Ricardo Popoca Pastrana por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta tesis. MUCHAS GRACIAS.

Principalmente a los padres de familia que participaron en el taller porque sin ellos este proyecto no hubiese sido posible, por el gran amor hacia sus hijos, porque son guías de vidas maravillosas como lo son esas personitas con retraso mental leve (nuestros adolescentes de AMPAC).

Y sobre todo a esas personitas con necesidades educativas especiales, porque me han enseñado que tienen un enorme corazón y mucho amor para dar, porque para ustedes a pesar de las necesidades que presentan, no hay limitantes que les impidan realizar sus sueños, y para todos ustedes recuerden algo, un sueño nunca deja de ser sueño hasta que se vuelve realidad, luchen por lo que realmente desean.

GRACIAS POR TODO

MICHELLE.

Í N D I C E

I N T R O D U C C I Ó N

C A P Í T U L O I.

EL RETRASO MENTAL: CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS.

1.1	CONCEPTO DE RETRASO MENTAL LEVE.....
1.2	CAUSAS DEL RETRASO MENTAL.....
1.3	DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL.....

C A P Í T U L O II

LA SEXUALIDAD EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL.

2.1	A N T E C E D E N T E S.....
2.1.1.	PRIMEROS ESTUDIOS ACERCA DE LA SEXUALIDAD.....
2.2	DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y SEXUALIDAD.....
2.2.1	ASPECTO BIOLÓGICO.....
2.2.2	ASPECTO SOCIAL.....
2.2.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....
2.2.4.	FINES DE LA SEXUALIDAD.....
2.3	LA SEXUALIDAD EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL.....
2.3.1	DIFERENCIAS ENTRE LA ADOLESCENCIA DE PERSONAS CON RETASO MENTAL Y LAS QUE NO LO TIENEN.....
2.4.	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS PERSONAS CON RETASO MENTAL.....

C A P Í T U L O I I I

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

- 3.1 LA ENSEÑANZA COLABORADORA.....
- 3.2 EL APRENDIZAJE SEXUAL EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL LEVE.....
- 3.3 EL TRIÁNGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.....

C A P Í T U L O I V

METODOLOGÍA.

- 4.1 JUSTIFICACIÓN.....
- 4.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....
 - 4.2.1 OBJETIVO GENERAL.....
 - 4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....
- 4.3 HIPÓTESIS.....
- 4.4 VARIABLES.....
- 4.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....
 - 4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....
 - 4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....
 - 4.5.3. MÉTODO.....
 - 4.5.3.1 ESCENARIO.....
 - 4.5.3.2 MATERIALES.....
 - 4.5.3.3 SUJETOS.....
 - 4.5.3.4 FASES.....
- 4.6 INSTRUMENTO.....
- 4.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS.....
- 4.8 CONCLUSIONES.....**

R E F E R E N C I A S

ANEXOS

I N T R O D U C C I Ó N

Hoy en día conforme nuestra sociedad se aproxima hacia una actitud más positiva de la sexualidad, se reconoce la sexualidad infantil; la importancia del aprendizaje de la conducta sexual y, por lo tanto, la importancia de la educación sexual.

No se pretende hacer una revisión amplia sobre la sexualidad, ya que actualmente la literatura sobre este tema se ha multiplicado. Básicamente, el objetivo de este trabajo es el de elaborar una guía dirigida a padres de personas con retraso mental leve para facilitar el manejo de la educación sexual de sus hijos, acerca de lo cual se ha investigado y escrito poco.

Si partimos del cuestionamiento referente a la posibilidad de que exista alguna diferencia sobre la sexualidad de personas con retraso mental leve y personas sin ningún tipo de discapacidad, se podría contestar que no existe ninguna diferencia en cuanto el origen, constitución y desarrollo de su sexualidad y que ambos "tipos" de personas siguen el mismo proceso de desarrollo de toda conformación humana, por tal motivo es conveniente que la educación sexual sea parte integrante de su formación.

Por ello, con mayor frecuencia se reconoce la necesidad de la educación formal de la sexualidad para individuos con retraso mental leve.

Sabemos que tanto la persona con retraso mental leve, por considerarlo un ser asexual e incontrolable sexualmente; como la educación formal de la sexualidad, han estado tradicionalmente asociadas a actitudes negativas que dificultan su abordaje. Sin embargo, las limitaciones de las capacidades de estos individuos, así como también, la limitada y distorsionada socialización de que son objeto, los coloca en una posición de mayor necesidad de apoyo formal en esta área de la educación.

Hasta hace relativamente pocos años, la atención, que la comunidad científica prestaba a esta área, era muy reducida. A pesar de ello, en muchos países, ha ocurrido un cambio de actitudes hacia esta área. Se reconoce el derecho que tienen los individuos con retraso mental leve, de expresarse en una forma adecuada, su sexualidad, así como la necesidad de educar, orientar y apoyar a éstos.

Es por ello que después de haber realizado una revisión bibliográfica sobre el tema de la sexualidad en sujetos con retraso mental leve, y encontrar que la mayor parte de información proviene de otros países como Venezuela, Argentina, España, etc., se ha decidido elaborar una guía para padres, sobre cómo educar a sus hijos con retraso mental leve, teniendo como base dichas fuentes, sobre todo porque se tienen conocimiento de que existen problemáticas de educación especial, en general y en AMPAC, "Asociación de Motivación Pro Parálisis Cerebral", específicamente

Para analizar esta temática se ha considerado apropiado hablar acerca de retraso mental y en particular del retraso mental leve, se marca la diferencia de sexo y sexualidad; se dan a conocer algunos conceptos básicos como son los nombres apropiados de las partes que integran el cuerpo humano, la masturbación, entre otros.

También se habla de la importancia del afecto y los límites que se deben establecer con las personas con retraso mental leve; así como la importancia que tienen de adquirir habilidades sociales apropiadas.

Por otro lado, se dan a conocer métodos terapéuticos encaminados a la educación sexual. Se contempla la importancia del compromiso que tengan los padres con hijos con retraso mental leve, hacia el trabajar conjuntamente con ellos y así permitir un manejo adecuado de la sexualidad y por lo tanto una mejor calidad de vida para sus hijos.

Asimismo, se hace una descripción del método en donde, a manera de sugerencia, se propone el lugar de trabajo, material, procedimiento; en el cual se explican las fases de pre-evaluación, de entrenamiento y post-evaluación.

Es por ello, que el presente trabajo está dirigido a los padres de familia cuyos hijo (os) hayan sido diagnosticados con la discapacidad llamada retraso mental leve.

Aunque lo puede retomar toda persona que tenga interés en contribuir con la educación y apoyo de personas con retraso mental leve, tales como profesionales involucrados en la atención del problema de retraso mental leve.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Como parte inicial de este trabajo de investigación, se requiere que se fundamente en una pregunta la dirección que debe seguir el investigador y los objetivos por cumplir. El problema se estructuró de la siguiente manera:

¿Puede una guía de trabajo facilitar, a padres de adolescentes con retraso mental leve, la enseñanza de una educación sexual?

Como verá el lector, en este problema de investigación intervienen dos variables como son: a) guía de trabajo para padres de adolescentes con retraso mental leve y b) enseñanza de una educación sexual. La primera variable que mencionamos se consideró como una variable independiente (V.I) y la segunda como una variable dependiente (V.D).

Al elaborar una guía de trabajo sobre los procedimientos básicos de educación sexual para padres de adolescentes que han sido diagnosticados con retraso mental leve, se pretende promover la educación sexual en las personas discapacitadas, así como dar a conocer a los padres de dichos adolescentes, el manejo de alternativas que ayudarán a su hijo a tener una mejor calidad de vida.

C A P Í T U L O I .

EL RETRASO MENTAL: CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS.

A través del tiempo se ha tenido conocimiento de que nacen personas con capacidades diferentes al resto de los seres humanos. A estos individuos con capacidades diferentes, se les ha hostilizado, marginado, ignorado y como fue el caso en la Antigua Grecia, se les ha eliminado directamente. No se puede olvidar la sentencia clásica "Mente sana, en cuerpo sano".

En la actualidad se conoce un poco más acerca de estas personas con capacidades diferentes, se les ha ido cambiando el nombre estereotipado que se les había asignado, así de inútiles o idiotas, ahora se les da un nombre menos prejuicioso como es el de personas cuya discapacidad o diferencia es la de tener un retraso mental.

1.1 CONCEPTO DE RETRASO MENTAL LEVE.

Lo primero que debemos marcar es la diferencia entre retardo mental y retraso mental. En algunos casos se utilizan como sinónimos cuando realmente no lo son.

El **retardo mental** se da cuando un niño no alcanza el nivel intelectual esperado para su edad cronológica, esto se puede deber a distintas causas como por ejemplo una traba emocional. También es un término que se usa cuando

una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en destrezas tales como aquellas de la comunicación, cuidado personal y en destrezas sociales. Pero con un tratamiento, con estimulación o luego de un tiempo el niño es capaz de alcanzar el nivel medio esperado, es decir que el retardo mental es de carácter reversible.¹

El **retraso mental** se debe a una lesión cerebral. Su esencia es la presencia de un coeficiente intelectual bajo y un problema considerable en la adaptación a la vida diaria. Presentando alteraciones a nivel orgánico, psíquico y socio-cognitivo. Se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

La naturaleza del retraso mental sigue siendo controvertida. Según el punto de vista de Ellis y Cavalier (1982), las personas con retraso mental son deficientes en al menos uno de los procesos cognitivos necesarios para una conducta inteligente.

¹ Speck O. y Thalhammer M. (1990) Rehabilitación de los insuficientes mentales Editorial Herder, Barcelona.

Detterman (1987), considera que el retraso mental se define por déficits de aquellas capacidades importantes para el funcionamiento del complejo sistema de características que conforman la inteligencia humana. Una aproximación desde el punto de vista del desarrollo (Zigler y Balla, 1982) señala que el problema central del retraso mental es el desarrollo más lento y el nivel final más bajo que alcanza el individuo, antes que una deficiencia en los procesos cognitivos básicos. Whitman (1990), concibe el retraso mental como un trastorno autorregulado en el sentido de que las personas con esta enfermedad son incapaces de aplicar su conocimiento a situaciones generales, fuera de las de su aprendizaje. Szymansky (1989), conceptualiza el retraso mental como un camino final en el que desemboca una disfunción del sistema nervioso central debido a causas diversas.

Anastasi (1983), considera que es importante distinguir entre trastornos de la personalidad o emocionales y la deficiencia mental, dice que esta última se refiere a la subnormalidad de una persona que nunca ha alcanzado una inteligencia normal.²

Todos estos autores dan relevancia a los factores etiológicos para poder explicar la causa del fenómeno, señalando la posibilidad de rehabilitación en términos de la evaluación inicial y en base a este nivel se puede considerar si es educable o no.

² Citado en Davison, Gy Nelae, J, (1983) Psicología de la Conducta Anormal. Editorial Limusa, México

En 2002, la AAMR (American Association on Mental Retardation) publicó la siguiente definición: "el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el rendimiento intelectual como en la conducta adaptativa que se expresan en las capacidades conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se inicia antes de los 18 años".

Para que se aplique el diagnóstico de retraso mental, el resultado de las pruebas realizadas con una herramienta normalizada debe ser de al menos 2 desviaciones típicas por debajo de la media. Las limitaciones significativas deben ser documentadas, tanto al rendimiento intelectual como en las conductas adaptativas.

De este modo, una persona puede recibir un diagnóstico de retraso mental de mayor o menor gravedad que la indicada por su CI, según su nivel de capacidades adaptativas.³

La definición de la AAMR, emplea una aproximación multidimensional al retraso mental, que incluye 5 dimensiones:

- 1 Habilidades intelectuales.
- 2 Conducta adaptativa.

³ Wiener, M y Dulcan, K (2002) Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia Editorial American Psychiatric Publishing.

- 3 Participación, interacción y roles sociales.
- 4 Salud (física y mental)
- 5 Contexto (incluidos cultura y entorno).

La definición del DSM - IV- TR es similar a la definición de 1992 de la AMMR utiliza un límite de CI de 70, mantiene la subdivisión en cuatro niveles: leve, moderado, grave y profundo, basada en la puntuación de CI y enumera 10 tipos de conducta adaptativa. No se dispone de un diagnóstico general ni codificación del retraso mental.

Los criterios del DSM - IV - TR para el diagnóstico del retraso mental son:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente (en el caso de niños pequeños), un juicio clínico de capacidad intelectual significativamente inferior al promedio.
2. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual (esto es, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio y seguridad.
3. El inicio es anterior a los 18 años.

Según Speck O y Thalhammer M (1990), la descripción clínica del retraso mental sería como sigue:

En el retraso mental se aprecia un enlentecimiento del desarrollo, en general en todas las áreas del funcionamiento, que se pone de manifiesto en las siguientes áreas:

Cognitivamente: puede existir una orientación hacia lo concreto, egocentrismo, distractibilidad y poca capacidad de atención. La hiperactividad sensorial puede conducir a conductas desbordantes, a la evitación de estímulos, y a la necesidad de procesar estímulos a través de intensidad baja.

Emocionalmente: tienen dificultades para expresar sentimientos percibir afectos tanto en sí mismo como en los otros. La expresividad de la afectividad puede estar modificada por los impedimentos físicos (hipertonía, hipotonía).

- a) Retraso del habla: que pueden inhibir la expresión del afecto negativo, lo que conduce a instancias de una hiperactividad afectiva aparente que incluye una ira impulsiva.
- b) Dificultades adaptativas: las complejidades normales de las interacciones diarias pueden poner a prueba los límites cognitivos de la persona con retraso mental. En casos extremos, el descontrol impulsivo puede conducir a la violencia y la destructividad. Los cambios en la vida diaria pueden forzar las capacidades cognitivas y las habilidades de afrontamiento, lo que a veces conduce a la frustración.

Reacciones emocionales primitivas: a la frustración y a la tensión pueden implicar conductas agresivas, autolesivas o autoestimulantes.⁴

Los niños con retraso mental pueden disfrutar la vida al igual que todo el mundo. No nos debemos olvidar que un niño con retraso mental puede llegar a ser un infante normal excepto en el plano de la inteligencia.

⁴ Speck O. y Thalhammer M. (1990) Rehabilitación de los insuficientes mentales Editorial Herder, Barcelona.

Las personas cuyo diagnóstico es el de retraso mental leve tienen un coeficiente intelectual - C.I. - entre 55 - 70, cuando están en la etapa de la niñez son independientes, suelen ser tranquilos, son capaces de sonreír, conseguir los movimientos oculares adecuados y mirar con atención, al menos en apariencia. Pueden desarrollar aptitudes sociales, de relación y de comunicación, presentando un mínimo retardo sensoriomotor. Las diferencias con el niño normal son poco notables durante los primeros años de su evolución, pero es el inicio de la escolaridad cuando los padres comienzan a apreciar las diferencias existentes a través de las dificultades que el niño presenta. El niño mantiene las habilidades sociales y de comunicación durante la escolarización preescolar.

No se aprecian diferencias significativas en la coordinación general ni en la coordinación óculo-manual; tampoco en los trastornos de la lateralidad. En cambio, el equilibrio en relación con los trastornos posturales, la orientación espacio-temporal y las adaptaciones a un ritmo (especialmente precisión -rapidez) suelen ser dificultosos.

Algunos niños con retraso mental se expresan utilizando palabras correctamente, sin trastornos en la articulación; su lenguaje presenta cierta organización y en ocasiones, aparece más evolucionado de lo que podría preverse atendiendo al coeficiente intelectual; pero en otras se crean retrasos intelectivos del lenguaje, tales como disminución de la comprensión, pobreza de razonamiento, falta de autocrítica y dificultades del

pensamiento abstracto, especialmente en los niños que presentan trastornos emocionales asociados.

Como trastornos intelectivos propiamente dichos, se presentan disminución de la comprensión, pobreza de razonamiento, falta de autocrítica y dificultades del pensamiento abstracto.

La persona con retraso mental pasa por los estadios del desarrollo cognitivo, dadas por Piaget (Véase tabla 1), a un ritmo más lento que el individuo sin el, sin acabar de desprenderse del todo de las formas anteriores de su razonamiento. También los resultados de las operaciones concretas son muy semejantes; pero en los primeros no aparecen indicios de las operaciones formales. Evidentemente, cuanto más profundo sea el retraso, las dificultades se acrecentarán hasta llegar a la incapacidad.

PERÍODO	ESTADIO	EDAD
<p><u>Etapa sensoriomotora</u> La conducta del niño es esencialmente motora, no hay representación interna de los acontecimientos externos, ni piensa mediante conceptos.</p>	<p>a. Estadio de los mecanismos reflejos congénitos. b. Estadio de las reacciones circulares primarias. c. Estadio de las reacciones circulares secundarias. d. Estadio de la coordinación de los esquemas de conducta previos e. Estadio de los nuevos descubrimientos por experimentación. f. Estadio de las nuevas representaciones mentales.</p>	<p>0 - 1 mes 1 - 4 meses 4 - 8 meses 8 - 12 meses 12 - 18 meses 18 - 24 meses.</p>
<p><u>Etapa preoperacional.</u> Es la etapa del pensamiento y la del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estadio preconceptual. - Estadio intuitivo 	<p>2 - 4 años. 4 - 7 años</p>
<p><u>Etapa de las operaciones concretas.</u> Los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. En el aspecto social, el niño ahora se convierte en un ser verdaderamente social y en esta etapa aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de casualidad, espacio, tiempo y velocidad.</p>		<p>7 - 11 Años</p>
<p><u>Etapa de las operaciones formales.</u> En esta etapa el adolescente logra la abstracción sobre conocimientos concretos observados que le permiten emplear el razonamiento lógico inductivo y deductivo. Desarrolla sentimientos idealistas y se logra formación continua de la personalidad, hay un mayor desarrollo de los conceptos morales.</p>		<p>11 años en adelante</p>

Tabla 1. Estadios del desarrollo cognitivo de Piaget.

En los aprendizajes escolares, las personas con retraso mental leve pueden alcanzar niveles aproximados en la enseñanza primaria, aunque a un ritmo más lento que el normal. En la secundaria presentan dificultades en los temas generales y necesitan de una enseñanza individual o especializada. Posteriormente, pueden alcanzar una adaptación social adecuada y conseguir aptitudes vocacionales que les permitan desenvolverse durante la adultez con cierta independencia.

Frente a situaciones nuevas o extrañas, aparecerán dificultades para adaptarse, pudiendo llegar a necesitar ayuda cuando se encuentren bajo un fuerte estado de tensión.

María Helena Viana (2000), también menciona que los niños con retraso mental leve presentan una mayor sensibilidad ante el fracaso y una baja tolerancia a las frustraciones, especialmente las afectivas. Tienen mayores dificultades en las relaciones con otras personas y posteriormente en las situaciones sociales en general y sus juegos pueden ser más estereotipados y menos estructurados.⁵

El retraso mental no es una condición, cuya principal característica es un déficit de la función intelectual (C.I. entre 55 - 70), que hace que la capacidad general de estas personas para aprender y adaptarse a una vida social se vea reducida. La persona con retraso mental leve, si recibe el estímulo necesario será un adulto responsable,

⁵ Viana, María H, (2000) La intervención del niño con necesidades educativas especiales en el aula. Evaluación psicopedagógica: definición de retraso mental. Uruguay.

podrá bastarse por sí mismo, con un trabajo productivo y una vida independiente.

1.2 CAUSAS DEL RETRASO MENTAL.

La etiología del retraso mental basada en una grave insuficiencia del sistema nervioso central se explica por la existencia de una perturbación del desarrollo durante el embarazo (factores prenatales), por lesiones producidas en el nacimiento (factores perinatales) o por la acción de factores exteriores que afectan al proceso de diferenciación del sistema nervioso central durante los primeros tres años de vida o incluso más tarde, hasta el sexto año, según Gollnitz (1973)⁶.

Speck O. y Thalhammer M. presentan los siguientes datos que proporcionan información que contribuirá a la comprensión de los componentes del retraso mental:

La etiología depende en parte del nivel de retraso mental. El retraso mental leve es generalmente idiomático o familiar, es decir, está asociado a dificultades socioculturales o psicosociales (Véase tabla 2). Estos individuos viven en condiciones socioeconómicas precarias, y su funcionamiento se ve influido por la pobreza, la enfermedad, las deficiencias en el cuidado de la salud, y el deterioro en la búsqueda de ayuda.

⁶ Gollnitz G. (1973) Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters. Stuttgart.

POBREZA	PADRES	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda precaria - Escasa higiene - Desnutrición - Enfermedades e infecciones - Tratamiento médico inadecuado - Asistencia médica insuficiente - Carencias socioculturales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: embarazos no deseados. - Educación de los padres - Ingresos y trabajo - Trastornos psiquiátricos - Deficiente cuidado de los niños - Pobre estimulación psicosocial - Abusos y negligencias con los niños 	<ul style="list-style-type: none"> - Vivienda - Pobre Atención médica - Inseguridad en el barrio - Fondos públicos - Actitudes políticas - Estabilidad económica del país.

Tabla 2. Determinantes psicosociales del Retraso mental.

Sin embargo, la presentación de varias anomalías genéticas, físicas y neurológicas en las personas con retraso mental leve, recuerda que las fuerzas sociales pueden no ser un factor etiológico dominante.

En el 25% de las formas grave y profunda del retraso mental pueden identificarse etiologías biomédicas conocidas, entre las que se incluyen las alteraciones genéticas como trastornos deteriorantes con errores congénitos del metabolismo. En cada uno de ellos ocurre un defecto enzimático que produce el trastorno. (Véase tabla 3)

I. Metabolismos de los lípidos	a) Enfermedad de Niemann - Pick, Enfermedad de Gaucher infantil, Enfermedad de Tay Sach, Gangliosidosis, enfermedad de Krabbe, enfermedad de Fabry, entre otros trastornos.
II. Metabolismo de los mucopolisacáridos	b) Síndrome de Hurler MPS I, Enfermedad de Hurler, Síndrome de Sanfilippo III, Enfermedad de Morquio IV, Síndrome de Maroteaux - Lami VI.
III. Metabolismo de oligosacáridos y glicoproteínas	c) Enfermedad celular, Manosidosis, Fucosidosis
IV. Metabolismo de los aminoácidos	d) Fenilcetonuria, Homocistinuria, Tirosinosis, Enfermedad de orina de jarabe de arce, Academia metilmalónica, Hiperglicemia no cetósica, Trastornos del ciclo de la urea, Enfermedad de Hartnup.
V. Otros	e) Galactosemia, Degeneración hepatolenticular de Wilson, Enfermedad del pelo ensortijado de Menkes, Síndrome de Lesch-Nyhan.

Tabla 3. Trastornos deteriorantes con errores congénitos del metabolismo.

Las alteraciones tempranas prenatales que dañan el cerebro son determinantes en el desarrollo temprano, dado que el feto no tiene una respuesta inmunológica en la gestación temprana. Así, las infecciones en la madre (toxoplasmosis, SIDA congénito, rubéola en el primer mes de embarazo), exposición intrauterina a toxinas (alcohol, cocaína, plomo), a los medicamentos y a la radiación X, pueden tener como resultado un retraso en el crecimiento uterino. Más de 200 síndromes biológicos reconocidos que implican retraso mental suponen la desorganización de todos

los sectores del funcionamiento bioquímico o fisiológico del cerebro (tabla 2). En el momento del nacimiento, el trauma obstétrico y la isoimmunización Rh pueden causar lesión cerebral. Normalmente, el nacimiento prematuro a no ser en los casos extremos (menos de 28 semanas de gestación o menos de 1500 g). La falta de oxígeno, puede poner en peligro la vida del niño al nacer. Las causas son diversas: figuran entre ellas las que actúan sobre el cordón umbilical. El retraso en la aparición del parto, de más de diez días después del término, predispone a la asfixia. Como en la ausencia de la respiración de unos pocos minutos de duración, la atención dedicada al desarrollo del parto es de importancia decisiva para la prevención de consecuencias que para la función mental tiene una privación de la aportación de oxígeno.

Algunas formas de alteración neuroevolutiva pueden tener lugar después del nacimiento. Los factores ambientales son especialmente importantes en países subdesarrollados, en los que la asistencia médica puede ser limitada. También pueden contribuir las alteraciones e infecciones neurológicas, incluyendo las convulsiones, las acciones traumáticas: choques, presiones, torpe manejo del niño, violentas sacudidas en accidentes de circulación, etc.; algunos trastornos nutritivos pueden ocasionar lesiones o contusiones cerebrales, que pueden ser causa de retraso mental, parálisis, convulsiones. Deben mencionarse también las quemaduras graves producidas en esta sensible fase del desarrollo como una de las causas en que es preciso pensar cuando se trata de determinar la etiología de un retraso mental (Véase tabla 4).

<p><u>Factores hereditarios</u></p>	<p>Defectos de un único gen; dominante (esclerosis tuberosa). Errores metabólicos innatos; recesivo (fenilcetonuria). Aberraciones cromosómicas (síndrome de cromosoma X frágil) Herencia poligénica (retraso familiar asociado a desventajas psicosociales).</p>
<p><u>Factores prenatales:</u> Desde la concepción y durante el embarazo.</p>	<p>Alteraciones del desarrollo tempranas (embrionarias) Defectos en los genes, pero no heredados (Trisomías par 21/Síndrome de Down) Infecciones maternas (ETS, rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus) Exposiciones a tóxicos (alcohol, crack o cocaína, plomo) Exposiciones médicas (convulsivos, radiación) Alteraciones del desarrollo más tardías (fetales) Malformaciones cerebrales Nacimiento extremadamente prematuro (bajo peso al nacer) Pequeño para su edad gestacional. Desnutrición extrema Anormalidades neurológicas (traumatismo, enfermedad) Convulsiones intrauterinas (cuestionable) Trastorno de la gestación, enfermedad materna (toxemia, diabetes, hipoglucemia)</p>
<p><u>Factores perinatales:</u> Desde el momento del parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento y por causas directamente relacionadas con él.</p>	<p>Isoinmunización Rh o ABO Traumatismo cerebral relacionado con el nacimiento (cuestionable) Asfixia relacionada con el nacimiento (cuestionable) Ansiedad respiratoria (cuestionable)</p>
<p><u>Factores postnatales:</u> A partir del décimo día después del nacimiento.</p>	<p>Infección cerebral (encefalitis, meningitis) Traumatismo craneal (malos tratos o negligencia, accidentes) Enfermedad o lesión neurológica Trastorno metabólico o endocrino (hipotiroidismo) Exposición a agentes tóxicos (plomo, radiación) Desnutrición extrema.</p>

Tabla 4. Mecanismos biológicos que causan retraso mental.

1.3 DIAGNÓSTICO DEL RETRASO MENTAL.

El diagnóstico debe determinarse mediante un estudio multidisciplinario (médico, psicológico, pedagógico y social). Para aprovechar todas las posibilidades terapéuticas, es necesario que se diagnostique lo más pronto posible la presencia en un niño de retraso mental o la amenaza de su aparición. Con esta condición, pueden tomarse medidas que impidan el desarrollo de la insuficiencia mental o lo contengan.

Los criterios diagnósticos del retraso mental no incluyen ningún criterio de exclusión, por lo tanto el diagnóstico debe establecerse siempre que se cumplan los criterios diagnósticos (tabla 2), prescindiendo de la presencia de otro trastorno.

Son útiles los exámenes previos generales. Durante el embarazo, es posible reconocer la existencia de peligro para el niño. Por ejemplo la incompatibilidad entre la sangre de la madre y del feto y las complicaciones del parto, que pueden prevenirse (medicina perinatal); también pueden diagnosticarse y tratarse enfermedades prenatales.

Mediante exámenes preventivos en lactantes y niños pequeños, especialmente necesarios en los casos en que se sabe que está el niño más expuesto, pueden descubrirse y tratarse alteraciones en el desarrollo del cerebro debidas, por ejemplo, a trastornos del metabolismo.

El diagnóstico precoz de un retraso mental debería poderse efectuar al nacer el niño o en las primeras semanas

o los primeros meses de vida. No basta que se diagnostique la existencia de factores perinatales. Es imprescindible la continuada observación del desarrollo del niño. Esta observación puede facilitarse mediante la asistencia al consultorio médico, psicológico y pedagógico.

La causa de que se tarde frecuentemente bastante tiempo en reconocer la presencia del retraso mental es en buena parte la resistencia de los padres a aceptar la realidad, debido a lo cual se forjan intentos de explicación y falsas esperanzas; piensan que la situación se normalizará por sí sola. O bien caen en una actitud pesimista pensando que de nada sirve el diagnóstico.

Considerado desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, se dice que el retraso mental consiste en un considerable retraso del desarrollo mental.⁷ Debe señalarse por una parte que no se trata de un desarrollo retrasado, en el que determinadas fases del desarrollo transcurrían con excesiva lentitud, que podría compensarse luego con una aceleración. Por otra parte, el retraso mental no resulta de una mera condición biológica o patológica.

En el desarrollo del individuo con retraso mental se observan tres características⁸, que consisten esencialmente en:

- Limitación o estrechamiento del desarrollo que puede interpretarse como una limitación de las posibilidades

⁷ Op. cit

⁸ Molina, A. (1999) Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales. SEP. México.

de cambio o, como una limitación de la diferenciación de funciones y conductas.

- Está obstaculizado el desarrollo de la conducta y la capacidad de aprender en los ámbitos: motor, afectivo, motivacional, social, cognitivo y verbal, aunque de modo variable en las diversas funciones y con diferencias individuales.
- Retraso en la aparición de la sonrisa, de la prensión, de la fijación de la mirada, de la reacción a los sonidos, de la capacidad de levantar la cabeza, de sentarse, de permanecer de pie y de andar. Los primeros estadios del desarrollo de la inteligencia establecidos por Piaget se alcanzan mucho más tarde que en el niño normal.
- Irregularidad del desarrollo de la persona con retraso mental que se manifiesta con discontinuidades: detenciones prolongadas y bruscos cambios y aún a veces retrocesos, estancamientos parciales, determinadas funciones se desarrollan de un modo diferente al de otras, se diferencian más. En la pubertad pueden producirse discrepancias entre el desarrollo corporal y el desarrollo psíquico.

Joan Romeau (2002), menciona que cualquier evaluación para diagnosticar el Retraso mental debe comprender dos cosas, estas son:

- a) La habilidad de la persona para aprender, pensar, resolver problemas, es decir del funcionamiento intelectual.

- b) Si acaso la persona tiene las destrezas que él o ella necesita para vivir independientemente, esto es la conducta adaptativa o funcionamiento adaptativo.

Romeau, comenta que la detección del retraso mental exige la realización de una prueba estandarizada que explore entre 6 y 12 habilidades específicas: para niños de 2 años existen pocas pruebas estandarizadas que no sean los denominados baby-test, cuya utilidad es medir el grado de desarrollo madurativo. A partir de los 2 años disponemos del test de Binet-Simon y de sus adaptaciones (Zazzo, Terman-Merril) y a partir de 4 años, de la escala de Wechsler para niños en edad preescolar (WPPSI). No es sino a partir de los 6 años cuando disponemos de pruebas muy trabajadas y estandarizadas, como la escala de Wechsler para niños en edad escolar. (Véase tabla 5).

Edad	Prueba	Evaluación efectuado por:
Menor de 2 años	Escalas de tipo "baby - test" Escala de Denver, escala de Gessel, escala de Brunet-Lezine)	Pediatra y personal especializado.
Mayor de 2 años y menor de 6	Escala de Terman-Merril o la escala de Wechsler en su forma WPPSI (esta última a partir de los 4 años)	Personal especializado.
Mayor de 6 años	Escala WISC, el test de Terman-Merril o la "Nueva escala métrica" de Zazzo (NEMI)	Personal especializado.

Tabla 5. Pruebas estandarizadas para medir el grado de desarrollo madurativo.

Speck O. y Thalhammer M, mencionan que para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el niño puede hacer en comparación a otros niños de su edad, las destrezas importantes para la vida adaptativa son:

- c) Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño y comer.
- d) Las destrezas para la comunicación, como son comprender lo que se dice y poder responder.
- e) Las destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos y otras personas.

Para diagnosticar el retraso mental, los profesionales estudian las habilidades mentales de la persona

(inteligencia) y sus destrezas adaptativas.⁹ Una vez determinado el C.I. de la persona y obtenido un resultado de C.I. inferior a 70 - 75, no debe ser aceptado el diagnóstico sin antes confirmarlo mediante la administración de algún test distinto al que ya se ha hecho. Se debe completar la exploración mediante una batería madurativa y una evaluación del nivel del lenguaje.

Es pertinente agotar las exploraciones (biológicas, genéticas, neurológicas) para investigar si es posible la etiología. Un estudio psicológico completo debe comprender una entrevista con los padres, historia clínica del niño, la observación de su conducta adaptativa y la aplicación de una batería (serie) de evaluaciones que incluye las siguientes pruebas: **psicomotoras**, aportan datos sobre habilidades de movimiento, esquema corporal, lateralidad, ubicación en espacio y tiempo, entre otras; de **inteligencia**, miden el rendimiento intelectual utilizando dos tipos de unidades: **edad mental (EM)**, que se refiere al nivel de ejecución de la persona en relación con tablas de calificación estandarizadas, es decir, con el nivel de ejecución de la persona en relación con las tablas de calificación estandarizadas, el promedio de la población y la edad cronológica (EC), o edad real de la persona.¹⁰

Por lo que es importante dar a conocer la existencia de factores que originan el retraso mental hasta ahora conocidos, e investigar los determinantes todavía no conocidos de la perturbación del desarrollo mental,

⁹ "Individuals with Disabilities Education Act" o IDEA (Acta para la Educación de Individuos con discapacidades).

¹⁰ Antología "Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales". SEP. 1997.

estudiar y precisar en los consultorios para los padres, los riesgos y predisposiciones, son actividades que pueden ayudar a liberar a los padres de un niño con retraso mental de los sentimientos de culpabilidad, latentes o manifiestos, mediante formaciones concretas sobre la génesis de esta afección.

El hecho de que los padres tengan la mayor información posible, en este caso la definición del trastorno, sus causas (etiología) y la manera en que se determina el diagnóstico de retraso mental, les permitirá que traten a su hijo o hijos con dicho trastorno como a una persona con los mismos derechos a ser respetado, a ser educado, a proporcionarle vestido, calzado y a proporcionarle una educación sexual, (entre muchos otros derechos), como cualquier persona sin el trastorno y así proporcionarle una mejor calidad de vida.

C A P Í T U L O I I

LA SEXUALIDAD EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL.

El desarrollo humano es un proceso complicado, lleno de cuestiones y retos. La vida del ser humano es de gran complejidad, no sólo depende de la sobrevivencia sino de otros factores. De esta manera a lo largo de las etapas del desarrollo (periodo prenatal, lactancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez) se dan cambios dentro de los aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Cada etapa tiene sus características propias, sin embargo algo que no se puede desligar del ser humano es la sexualidad que está implicada de manera directa o indirecta en todo el ciclo vital del ser humano.

Por lo tanto, la sexualidad constituye una dimensión fundamental de la persona, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante en la estructuración de la personalidad y en

las diversas relaciones que se establecen en los individuos.¹¹

Sin embargo, aunque la sexualidad forma parte del sujeto, al hablar acerca de ésta nos encontramos con diversos problemas debido a los diferentes enfoques que la tradición ha impuesto a lo largo del tiempo, pues por una parte el referirse a la sexualidad algunos lo podrían tomar como sinónimo de procreación, de genitalidad, de orgasmo, de relaciones coitales, etcétera, y muchos otros hablarán de un sentimiento entre personas como el amor, la comunicación, la unión, el compartir, el tocar, lo cual no deja de ser cierto, pero si sólo se hablará de esto en forma aislada se reduciría el concepto.

A continuación se analizará algunos de éstos enfoques que tratan el tema de la sexualidad remontándonos hacia los primeros estudios en este campo para posteriormente entrar específicamente a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la sexualidad humana.

2.1 ANTECEDENTES

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los hombres era básicamente de tipo instintivo. En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Los

¹¹ CONAPO, (2005) Hablemos de sexualidad. Vol. 1.

tabúes sociales o religiosos - han tenido su función en algunas culturas o tiempos históricos, pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico.

Gotwalt y Holtz (1984), nos brindan un panorama amplio acerca de los cambios evolutivos que ha tenido el concepto de la sexualidad humana, mencionan que El Antiguo Testamento hace hincapié en el sexo, "considerando el matrimonio una obligación y una alegría que celebra la relación espiritual, además de física entre la mujer y el varón". Posteriormente, cuando la iglesia asume la "jurisdicción" del matrimonio se establecen reglas acerca de la conducta sexual que incluyen al sexo como "un asunto grave y pecaminoso". Durante el periodo del siglo XVI al XVII, al comenzar la Reforma se criticaban las ideas y creencias de la iglesia, de esta manera se restablece el matrimonio como un "estado de alegría" y por lo tanto al sexo se le aceptó dentro de éste: "si el sexo no era meramente una concesión de la naturaleza malvada del hombre sino más bien un mandamiento divino y una celebración de la unión, debería practicarse con entusiasmo" siempre y cuando se realizará dentro del matrimonio. Pero las costumbres y actitudes de la era Victoriana (1834 - 1901) adoptaron un matiz muy diferente pues la religión ocupa un sitio secundario y la ciencia y los conocimientos intelectuales se volvieron el objeto principal de estudio, por lo tanto se creía que el sexo era un "desperdicio" de energía. Al llegar al siglo XX con la primera y segunda guerra mundial ocurrió un cambio en los papeles sexuales tradicionales "cuando los hombres regresaron de la guerra, habían aprendido que la vida era demasiado valiosa como

para desperdiciar el tiempo al suprimir uno de sus mayores placeres: el sexo”.

Este panorama nos brinda una idea de las creencias acerca de la sexualidad a lo largo de la historia y cómo dependiendo del momento histórico y del lugar en dónde nos situemos el concepto va evolucionando hasta llegar a la actualidad donde el sexo aún con limitaciones, es una práctica más libre fuera y dentro del matrimonio, además de la apertura de información acerca de todos los conceptos que tengan que ver con la práctica sexual.

2.1.1. PRIMEROS ESTUDIOS ACERCA DE LA SEXUALIDAD.

El sexo y la sexualidad así como todas sus formas de expresión son conceptos que se han tratado a lo largo del tiempo con mucho tacto pues siempre ha sido tema de controversia por catalogarlo como algo “pecaminoso y perverso” para algunos y como un proceso normal que incluye no sólo el aspecto biológico sino todo un aparato psicológico y social inherente del ser humano para otros. Obviamente estas concepciones han ido evolucionando con el tiempo, sin embargo nos remontaremos hacia los primeros estudios que se han hecho de estos conceptos.

Fuertes y López (1997), dividen este análisis en dos partes, el periodo precientífico y los primeros estudios sobre sexualidad. A este respecto al hablar del periodo precientífico, se refieren a los estudios realizados por autores aún impregnados de fuertes prejuicios morales e

ideológicos y con formas de estudio primitivas que sus aportaciones no pueden considerarse científicas, éste periodo está marcado hasta finales del siglo XIX. (Ver tabla 1).

Ya durante la transición del siglo XIX al XX los primeros estudios tuvieron una influencia decisiva en la consideración actual de la sexualidad creando las condiciones para el estudio científico y el nacimiento de la sexología.

ESTUDIOS PRECIENTÍFICOS DE LA SEXUALIDAD.			
Autor	Año	Publicación	Síntesis
Charles Auguste Tissot	1758	Libro sobre la masturbación « L'onanisme: dissertation sur les maladies produites par la masturbación »	Toda actividad es peligrosa, porque desnutren los nervios y atrae la sangre al cerebro haciéndolo más vulnerable a la locura, y la masturbación dado que puede practicarse desde la infancia, lo es más aún.
Heinrich Kaan	1843	"Psicopatía Sexuales"	Clasifica las enfermedades mentales sexuales.
Morel y Maignan	1857	"Tratado de las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana"	La degeneración se entiende como una separación del proyecto de hombre diseñado por Dios a imagen suya.
William Acton	1857	"Funciones y trastornos de los órganos de reproducción"	Cualquier tipo de actividad sexual en la adolescencia es peligrosa, porque los órganos sexuales están inmaduros y especialmente lo es la masturbación que puede convertir a los adolescentes en "idiotas babosos".
Henry Maudsley	1867	"La insania del autoerotismo"	Llega a relacionar la masturbación con la mayor probabilidad de cometer suicidio u homicidio.
Hrafft - Ebin	1886	"Psicopatía Sexual"	Juzga como perversos todos los actos concretos que se separan del coito heterosexual o meta final de la sexualidad.

Tabla 1. Estudios precientíficos de la sexualidad. Breve análisis histórico de los estudios realizados haciendo referencia al tema de la sexualidad humana. Fuente: Fuertes y López (1997).

Dos autores importantes pueden mencionarse durante este periodo: Havelock Ellis y Sigmund Freud (citados en Fuertes y López, 1997).

Ellis (1896), médico y educador inglés, publicó su obra titulada "Estudios sobre psicología del sexo", defendiendo la existencia de la sexualidad infantil y su importancia en la vida posterior, reconoció la existencia del deseo sexual y el placer en la mujer y consideró necesaria la educación sexual en la infancia con el fin de fomentar una actitud positiva hacia la sexualidad (Véase tabla 3).

Posteriormente el médico Sigmund Freud (1856- 1939), citado en Gotwald y Holtz (1983) y Fuertes y López (1997), postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo en el niño, con la que pretendía explicar el desarrollo de la personalidad normal y anormal del mismo (Véase tabla 2). Según Freud, el desarrollo sexual se inicia con la fase oral, caracterizada porque el niño obtiene una máxima satisfacción al mamar, para continuar con la fase anal, en la que predominan los impulsos agresivos y sádicos. Después de una fase latente o de reposo, se inicia la tercera fase del desarrollo, la genital, con el interés centrado en los órganos sexuales. La alteración de una de estas tres fases conduce, según la teoría de Freud, a la aparición de trastornos específicos sexuales o de la personalidad.

Tabla 2. Teoría sobre el desarrollo progresivo de Sigmund Freud.	
Fases	Características
Oral (0 - 1 años)	Durante los primeros meses, la pulsión sexual del niño, va ligada a su evolución afectiva, y al entorno (al ambiente donde viva, sus padres) siendo especialmente su madre el elemento primordial. A partir de los 6 meses el niño empieza a distinguir su cuerpo del ambiente que lo rodea. Las experiencias placenteras se centran en los labios y en la succión, la boca pasa a ser la zona erógena del niño.
Anal (1 - 3 años)	Las zonas erógenas del niño se extienden al ano y parcialmente a los genitales, el niño siente placer defecando o reteniendo las heces, es la fase anal del niño.
Fálica (3 - 5 años)	El niño se interesa por sus genitales y los usa para obtener placer, los genitales van adquiriendo la principal zona erógena. El niño pasa a proyectar su sexualidad sobre otros individuos, se identifica con su progenitor de sexo contrario, lo que tendrá que superar para descubrir su propio sexo.
Latencia (6 - 11 años)	Durante este período, la pulsión sexual tiene un repliegue al servicio del aprendizaje.
Genital (12 - ... años)	Empieza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales.

TABLA 2. Teoría sobre el desarrollo progresivo de Sigmund Freud. Fuente: Fuertes y López (1997)

Otro autor que estudio la sexualidad fue Eric Erikson (1950), citado en Gotwald y Holtz, (1984). Erikson tomó en cuenta los papeles que desempeñan el medio y la cultura

sobre las fases de la formación por la que pasa toda persona, de esta manera divide la vida en ocho fases elaborando un punto de vista "epigenético" de la formación psicosocial haciendo hincapié en la fijación de la libido y los cambios que ocurren en ésta pero dentro del contexto del medio y la cultura.

A partir de la década de 1930 comenzó la investigación sistemática realizada de los fenómenos sexuales. Posteriormente la sexología, rama interdisciplinaria de la psicología, relacionada con la biología y la sociología, tuvo un gran auge al estar apoyada, en algunos casos, por la propia sociedad (principalmente durante la denominada "ola sexual" de la década de 1970). Los primeros estudios científicos sobre el comportamiento sexual se deben a Alfred Charles Kinsey y a sus colaboradores (citado en Fuertes y López, 1997). En ellos pudo observarse que existen grandes diferencias entre el comportamiento socialmente deseado y exigido, y el comportamiento real, asimismo se preguntaron porque las personas deseaban tener una relación sexual, de dónde provenía ese deseo y como los deseos pueden satisfacerse.

En la década de 1960, William H Masters y Virginia E. Johnson investigaron por primera vez en el laboratorio los procesos biológicos de la sexualidad, emitiendo su famoso "informe de Masters y Johnson". Además de fundar el "Instituto Masters y Jonson" en donde se estableció un marco para muchas investigaciones en el campo de la sexualidad humana.

Tabla 3. Estudios científicos acerca de la sexualidad.	
Autor	Estudios realizados
Havelock Ellis (1859 - 1939)	Placer sexual, considerando que el placer sexual recobra todo su sentido en un contexto de ternura.
Sigmund Freud.	La sexualidad es la principal fuerza motivadora de la conducta humana y particularmente de la conducta afectiva y social.
Eric Erikson	La utopía de la genitalidad debe incluir orgasmo mutuo con una pareja amada del sexo opuesto con la cual se sea capaz y esté dispuesto a compartir la confianza mutua, a regular posciclos de trabajo, procreación y recreación, para asegurarle a la progenie todas las fases de una formación satisfactoria.
Bloch (1972 - 1922) y Hirschfeld (1866 - 1935)	Defienden la posibilidad de crear una nueva ciencia cuyo campo de estudio específico fuera la sexualidad. La sexología es el estudio de las manifestaciones y efectos de la sexualidad en sus dimensiones físicas, psicológicas, individuales y sociales.
Mas Marcase	Publicación del primer Diccionario de Sexología (1926) y organizador del primer congreso Internacional de Sexología en Berlín (1921).
Wilhelm Reich (1897 - 1957)	Crea una asociación juvenil denominada Sex - Pol (Sexualidad y Política) proponiendo ideas básicas sobre sexualidad: poner en relación la miseria sexual de las masas y el orden social capitalista dominante, hacer las reivindicaciones concretas en base a esta relación y por último agrupar a las masas en la lucha contra la represión sexual y la represión social.
Alfred Kinsey (1894 - 1956)	Fundador del Institute for Sex Research cuyo objetivo era suministrar información exacta fundamentada en la investigación, con la cual las personas y la sociedad pudieran tomar decisiones acerca de la conducta sexual.
William Masters	Estudios acerca de lo que le sucede al cuerpo humano durante la excitación sexual y fundador en 1964 de la Reproductive Biology Research Fundación hoy en día Masters & Johnson Institute.

Tabla 3. Estudios científicos de la sexualidad. Principales autores que estudiaron el tema de la sexualidad creando condiciones para un análisis científico de la misma. Fuente: Fuertes y López (1997) y Gotwald y Heltz (1984)

Después de esta revisión histórica acerca del concepto de sexualidad se analizarán las cuestiones teóricas acerca del sexo y sexualidad.

2.2 DIFERENCIAS ENTRE SEXO Y SEXUALIDAD.

Según Craig (1988), el individuo es un ser sexual desde el nacimiento hasta su muerte, en este sentido se puede afirmar que la sexualidad es una característica inherente del individuo, por lo tanto comparte con él, el carácter biopsicosocial propio de su naturaleza.

Una definición de diccionario encontrada en Encarta (2007), nos dice que la sexualidad es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Pero el concepto de sexualidad, según Gotwalt y Holtz (1984), comprende tanto el impulso sexual, dirigido a la reproducción y al goce inmediato, como a los diferentes aspectos de sentimiento corporal (sentirse hombre o mujer) y de expectativas de rol social. En la vida cotidiana la sexualidad cumple un papel muy destacado, ya que en sus aspectos emocionales y sociales va mucho más allá de la simple procreación y de su condicionamiento social.

Katchadourian (1979), citado en Fuertes y López (1997), habla acerca de los significados del sexo y la sexualidad los cuales considera que podían agruparse en dos categorías:

- 2 La que hace referencia a la división orgánica como hombre y mujer y a las cualidades que las distinguen.
- 3 La que hace referencia al comportamiento erótico y a determinados aspectos físicos o de personalidad, asociados o relacionados con lo erótico.

Por lo tanto la sexualidad comprende aspectos biológicos, sociales y psicológicos. Esto se puede observar en la definición hecha por Roberts (1997) citado en Fuertes y López, pp. 241 -242), que dice "...el significado profundo de la sexualidad en nuestra vida, no se limita al dormitorio, a la noche ni a ninguna parte específica del cuerpo. Nuestra sexualidad es parte de nuestra identidad básica; se expresa en nuestro estilo de vida, en nuestros papeles masculinos o femeninos, en los modos que tenemos de expresar nuestro afecto y también nuestro comportamiento erótico".

La Comisión Nacional de Población (2005), considera que la sexualidad es "un producto cultural, evoluciona con el ser humano y ha reflejado la ideología predominante de los diversos momentos históricos por los que ha pasado la humanidad; a su vez posee una dinámica propia que se manifiesta en las diversa etapas del desarrollo individual, que imprime características específicas a la sexualidad que se juzga adecuada en el niño, en el joven, en el adulto y en el anciano.

Todas las definiciones mencionadas nos llevan a conocer el aspecto biopsicosocial para entender mejor el término "sexualidad".

2.2.1 ASPECTO BIOLÓGICO.

La CONAPO menciona que dentro del aspecto biológico es importante considerar como parte de la sexualidad el concepto de sexo, que hace referencia al "conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en el ser

humano diferencian al varón y a la mujer y que al complementarse tienen en sí, la potencialidad de la reproducción.

En el ser humano, la reproducción sexual exige que exista un proceso de diferenciación sexual, que comienza en el momento de la fecundación con el establecimiento de un sexo cromosómico o genético.

Este proceso funciona de acuerdo a la carga genética que acompaña a los gametos tanto masculinos como femeninos: los espermatozoides portan un cromosoma sexual X o Y, mientras que el óvulo contiene sólo el cromosoma sexual. En el momento de la fecundación, el cromosoma X o Y del espermatozoide se une al cromosoma X del óvulo y de esta forma se determina genéticamente el sexo del embrión. La mujer tiene dos cromosomas X y el varón cuenta con un cromosoma X y otro Y.

El consejo de Información y educación sexual de los Estados Unidos (1970) enumera ciertos criterios a parte del sexo genético o cromosómico para hacer la diferenciación entre masculino y femenino:

1. El sexo gonadal: el varón tiene testículos y la mujer tiene ovarios.
2. El sexo hormonal: la acción de las hormonas llamadas masculinas y femeninas pueden ejercer marcada influencia sobre la feminización y virilización.
3. Las estructuras reproductivas internas: la mujer tiene matriz, trompas de Falopio, ovarios, etcétera; en tanto que el varón tiene glándula prostática, conductos espermáticos, vesícula seminal, etcétera.

4. Las estructuras genitales externas.

En el plano biológico, cuando se producen alteraciones en el proceso de sexuación, existe una clara diferencia sexual a tres diferentes niveles: a nivel anatómico, a nivel fisiológico y a nivel cerebral. Esta diferenciación sexual condiciona en gran medida, lo que somos, en ella se asienta la identidad sexual y a partir de esto, se generan diferentes roles de género.

2.2.2 ASPECTO SOCIAL.

Los seres humanos se conciben agrupados, asociados entre sí y con múltiples relaciones formando los diversos grupos donde satisfacen sus necesidades sociales básicas, para lograr la convivencia social, la cultura a través de los valores, las normas, las creencias y las instituciones moldea el comportamiento de los miembros de la sociedad.¹²

Es importante mencionar que cada sociedad modela, estructura y controla el desarrollo y la expresión de la sexualidad en todos sus miembros. La cultura del sexo es extremadamente variable en términos de las ideologías y valores contenidos en ellas y en las formas en que estas ideologías y valores se integran en el resto de las culturas de las que forman parte.

¹² CONAPO, (2005) Hablemos de sexualidad. Vol. 1.

Fuertes y López, dicen que no se puede entender la sexualidad, sin hacer una referencia a los valores e ideas que rigen en una cultura determinada y que constituyen la base sobre la que ésta regula la expresión y el comportamiento sexual de todos los individuos. Lo anterior viene a dictaminar, el tipo de conductas que son inapropiadas, el tipo de conductas que son apropiadas, pero no necesarias o requeridas, el tipo de conductas que se espera lleven a cabo los miembros o determinados miembros de la sociedad.

Un elemento presente en la sociedad, es la división de funciones para varón y para mujer, hecho que da lugar a la formación de guiones sexuales bien diferenciados. Según la CONAPO, un guión sexual da la pauta de cómo organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenecen; es el reflejo de la ideología social, siendo este introyectado en forma individual y paulatina desde el momento del nacimiento.

En este sentido, la familia juega el papel más importante en la conceptualización de la sexualidad, pues es dentro de esta donde se forman los primeros esquemas normativos correspondientes a cada individuo y cuenta con funciones específicas que expresan las características de la organización social a la que pertenecen.

2.2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

El individuo estructura su identidad, es decir, encuentra una forma individualizada de ser, sentir, pensar que lo hace único y original dentro de su grupo, esto se da a través de la socialización. De esta manera también se forma la identidad sexual, que es uno de los aspectos psicológicos a tomar en cuenta.

En cuanto a la identidad sexual, la CONAPO hace referencia a que esta comprende tres aspectos básicos.

- La identidad de género, se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es decir, pensar y sentir como mujer o como hombre.
- El rol de género, se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y asimismo el sexo al que pertenece.
- La orientación sexual es la atracción, el gusto o referencia del individuo para elegir compañero en la relación costal, en la afectiva y en la fantasía.

Otro de los aspectos psicológicos que es importante tomar en cuenta es la dimensión interpersonal que se da a través del proceso de socialización. Las relaciones interpersonales más relevantes o significativas son una fuente central de aprendizaje y de experiencias respecto a las actitudes, los valores y la expresión sexual. Por tanto, las relaciones interpersonales son un medidor a lo largo de todo el ciclo vital, de la forma en que el individuo vive su propia sexualidad.

La atracción erótica es uno de los inductores más evidentes de la motivación sexual con el objeto de atracción. El sentimiento de intimidad con la pareja sexual conduce a las personas a buscar la proximidad tanto emocional como física, contexto en el que la relación sexual se convierte en una de las formas de relacionarse más especiales e íntimas.

Por otra parte, los procesos cognitivos toman un papel importante pues son un mediador decisivo de la vivencia sexual, pues a través de ellos el sujeto construye el conocimiento de la realidad y la interpreta de un modo u otro en función de éste conocimiento. El tipo de creencias, la información y las expectativas pueden determinar el acercamiento o la evitación de ciertos estímulos o situaciones sexuales y asimismo, los resultados o consecuencias de la conducta, cuando ésta se pone de manifiesto.

De esta manera, el ser humano nace con un sexo determinado biológicamente y su socialización se inicia en el momento en que se establece el primer contacto con la sociedad a través de su familia. Esta socialización facilita la estructuración de la identidad sexual que brinda la posibilidad de manifestar la sexualidad en forma particular.

2.2.4. FINES DE LA SEXUALIDAD.

Tradicionalmente se ha considerado que la sexualidad debía ir ligada a la reproducción, sin embargo, la aparición de los métodos anticonceptivos modernos, han contribuido a la separación definitiva entre sexualidad y procreación (Moreno y López, 2001).

Desde el punto de vista biológico parece claro que el fin último de la sexualidad es la reproducción, pero aún cuando la reproducción sigue siendo una de las funciones de importancia como el placer, la comunicación y el amor; la búsqueda de placer se halla en la base de muchas de las expresiones y comportamientos sexuales, aparte del placer que conlleva la excitación y el orgasmo, y también el placer de dar y recibir en toda relación sexual positiva. Las relaciones son una oportunidad para obtener placer y para enriquecer la comunicación entre la pareja.

Fuertes y López, mencionan que la sexualidad tiene una función relacional indiscutible: el deseo sexual lleva a buscar a otras personas, a tomar contacto con ellas y la atracción sexual y el enamoramiento suponen dicho deseo sexual. Parece evidente que la sexualidad se convierte en una forma privilegiada de expresar cariño, afecto o amor hacia otra persona, puesto que la relación sexual probablemente es una forma de las más íntimas y excitantes de relacionarse y comunicarse con la persona a la que se quiere.

El escritor Isaac Bashevis Singer ganador del Premio Nobel (citado en Gotwald y Holtz, 1984 pp. 17) expresó lo siguiente relacionado con la sexualidad, amor y sexo: "El mejor contacto con la humanidad es a través del amor y el sexo. En realidad en este campo se aprende todo sobre la vida, pues en el sexo y en el amor se muestra el carácter humano más que en ningún otro campo...Los órganos sexuales son los órganos más sensibles del ser humano. El oído y el ojo rara vez nos sabotean. El ojo no dejará de observar porque no le gusta lo que ve, pero el pene dejará de funcionar si no le gusta lo que ve. Diría que los órganos sexuales expresan el alma humana mucho más que cualquier otra extremidad del cuerpo humano. No son diplomáticos. Dicen la verdad sin compasión."

Esto nos da cuenta de cómo la sexualidad es inherente a la humanidad, se manifiesta desde el momento de la concepción y se encuentra presente a lo largo de toda la vida, desarrollándose en cada etapa del ciclo vital de acuerdo a las características y necesidades de cada momento. No se puede ocultar, vivimos con ella día con día.

2.3 LA SEXUALIDAD EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL.

Como ya se mencionó, la sexualidad es entendida desde diversos puntos de vista, pero es innegable su presencia e importancia para el ser humano. La sexualidad al jugar un papel fundamental en la vida del ser humano no se puede dejar de lado para ningún individuo.

Es así que en la Educación Especial es un tema de gran importancia, ya que las personas con alguna Necesidad Educativa Especial manifiestan su sexualidad, aunque no sea entendida y mucho menos aceptada por la sociedad, por tal motivo surgen mucho mitos y creencias que van desde una sexualidad exacerbada hasta pensar en seres asexuados.

Ocuparse de la sexualidad de las personas con retraso mental es nuevo. Fue cuidadosamente evitado a lo largo de la historia. Si ya, la sexualidad humana fue deformada, ocultada, combatida e ignorada, imaginemos lo que fue esta en las personas con necesidades especiales; es más compleja ya que en las circunstancias en las que se desarrolla se ve más como un problema que como algo natural y esta se agrava cuando los niños que son más tolerados crecen y son adolescentes o adultos.

Los mitos y tabúes, arraigados en miles de años, tienen plena vigencia.

Chipouras 1979 (citado en Masters, Jonson y Kolodny, 1995) enlista algunos mitos y prejuicios más comunes: sobre la sexualidad de las personas con problemas físicos y/o mentales:

- Los discapacitados son asexuales.
- Los discapacitados dependen de los demás, y son como niños, por tal motivo, necesitan que se les proteja.
- La discapacidad, genera incapacidad sexual.
- Los padres de los niños discapacitados, no quieren darles educación sexual.

- Si una persona con discapacidad tiene un problema sexual, casi siempre es producto de su padecimiento físico o mental.
- Las personas con discapacidad intelectual son "asexuales", "hipersexuales".

Green (1981), menciona que uno de los mitos que crea más tabúes, es que este tipo de necesidades especiales, son hereditarias, y que por tanto los progenitores transmitirán a su descendencia. Es por esta razón que se trata de mantener alejados de cualquier relación sexual, para que ya no exista carga alguna para la sociedad, por esta razón, en algunas ocasiones se prohíbe el matrimonio, y aún hay casos en los que éstas personas son sometidos a operaciones para no procrear.

Es escasa la literatura científica sobre los discapacitados. Porque si es un problema aún la sexualidad general, pensemos lo que es la sexualidad de las personas con una deficiencia física y / o mental, es el tabú de los tabúes.¹³

Esos mitos que consideran a las personas con discapacidad intelectual como "asexuales", impiden que otros les enseñen estrategias apropiadas a su edad en los temas de los contactos y de los límites. Si los padres o los profesionales tienen la percepción de una persona con discapacidad del desarrollo como ser asexuado, por ejemplo, terminarán creyendo que esa persona no necesita información y formación acerca de los contactos apropiados, los

¹³ Kusnetzoff, J. www.e-sexología.com

límites, y otros aspectos de la sexualidad. Y si se piensa que las personas con discapacidad son "hipersexuales" o "incontroladas", la consecuencia será una supervisión constante y un escrutinio riguroso e hiperanálisis de cualquier conducta sexual, o la percepción de que el individuo que madura, y que necesita habilidades para pasar de una conducta propia de la infancia a otra más adecuada a su edad.

La imagen corporal, la autoimagen que tienen las personas con necesidades especiales de sí mismas, coincide con la que posee la sociedad misma. Se sienten diferentes, en un mundo donde se subraya que lo bueno, es bello, es ser joven, fuerte, apuesto, educado, limpio, contar con capacidades para tener un buen empleo, estar casado y tener hijos sanos. Quienes carecen de estos requisitos, corren el riesgo de ser marginados. La opinión que posee la gente, influye en forma decisiva en la autopercepción de ese individuo y que las opiniones se expresan, no sólo a través del lenguaje hablado, sino también por las actitudes, las normas, los dichos y los servicios que se brindan a alguien. En los discursos, se habla permanentemente de la igualdad de las oportunidades, del respeto, de la normalización y la integración. La realidad, es muy diferente.

A nuestra sociedad en general le incomoda la idea de que las personas con necesidades educativas especiales desarrollen su sexualidad y al igual que todos demuestren impulsos sexuales, debido a esto se redacta una "carta de derechos sexuales". Chipouras (1979) citado en Masters, Jonson y Kolodny (1995), menciona los siguientes:

- Derecho a la expresión sexual.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a ser informado.
- Derecho a poder acceder a los servicios sanitarios, como son el asesoramiento sobre anticonceptivos, atención médica, asesoramiento genético y sobre sexualidad.
- Derecho a escoger el estado civil.
- Derecho a tener o no hijos.
- Derecho a tomar las decisiones que afectan a la vida de cada uno.
- Derecho a intentar el desarrollo de todo el potencial del individuo.

En lo que respecta a nuestro país tenemos que en el artículo 3º, capítulo 1º "Asuntos generales", de la "Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal", en el periodo correspondiente al gobierno de Ernesto Zedillo Ponce de León, se decretó lo siguiente¹⁴:

Constituye una prioridad para el desarrollo integral de las personas con discapacidad, promover e impulsar:

I.- Los programas de prevención;

II.- La asistencia médica y rehabilitadora;

III.- La orientación y gestión para la obtención de prótesis, órtesis y ayudas técnicas para su rehabilitación e integración;

IV.- La orientación y rehabilitación sexual;

V.- La orientación y capacitación a las familias o a terceras personas que apoyan a la población con discapacidad;

¹⁴ Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal (1995)

- VI.- La educación especial;
- VII.- El fomento del empleo y la capacitación para el trabajo;
- VIII.- Las bolsas de trabajo;
- IX.- La promoción, protección y defensa de los derechos de las personas con discapacidad;
- X.- Las facilidades urbanísticas y arquitectónicas, así como la eliminación de las barreras físicas;
- XI.- Los servicios de transporte público;
- XII.- Los programas de vialidad;
- XIII.- Las guarderías para menores con discapacidad;
- XIV.- Los servicios de turismo;
- XV.- La construcción de vivienda.
- XVI.- Las actividades deportivas, recreativas y culturales.

En el capítulo II "De la salud y rehabilitación", de la Ley arriba citada, en el artículo 8° se menciona lo siguiente:

En los servicios de salud del Distrito Federal, se impulsará y promoverá:

- I.- El desarrollo de programas para la prevención, detección temprana, atención adecuada y rehabilitación de las diferentes discapacidades;
- II.- El establecimiento de centros de orientación, diagnóstico y atención temprana a las personas con algún riesgo de discapacidad; y

III.- Los programas especializados de capacitación, orientación y rehabilitación sexual para las personas con discapacidad.

Y en el capítulo IV "De la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad" en el artículo 14 se menciona lo que sigue:

Sin perjuicio de los derechos que consagran la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otras disposiciones legales, la Secretaría impulsará con las autoridades competentes la promoción y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Al efecto se integrará un cuerpo de especialistas que asista, oriente y defienda a las personas con discapacidad.

Con relación a la sexualidad, se puede decir que hasta el advenimiento de la moderna sexología - a finales del siglo XIX se circunscribió al aspecto reproductivo. Todo aquello que se apartase de ese aspecto, era considerado pecaminoso.

Es sabido que las actitudes represivas hacia la sexualidad, de la tradición occidental, se han aplicado en forma intensa a los discapacitados. No es de extrañar entonces, que estas personas estén convencidas que no serán aceptadas y se sienten incapacitadas para poder tener una relación de intercambio con los demás. Llama la atención que a estas personas se las trate como niños, independientemente de su edad cronológica. Esto alcanza no sólo a los familiares directos, sino también a los profesionales y especialistas. Se les califica, etiqueta y

considera, como menores de edad, como seres asexuados, dependientes y, por lo tanto, incapaces de tomar decisiones. Toda esta concepción, "justifica" las medidas que se adoptan para garantizar su protección y control. Es muy popular y está muy difundido el concepto de integración, prevención integral, tratamiento integral, rehabilitación integral, etc. Resulta oportuno señalar, que un individuo no puede conceptualizarse como tal, si le falta o se le amputa la sexualidad, sin importar la forma que la practique.¹⁵ La gente común y corriente, se resiste a creer y a aceptar que estas personas puedan y deban ejercer su potencial erótico sexual. Los familiares de las personas con discapacidad, observan con temor y preocupación, el desarrollo físico y sexual de los jóvenes. Observamos que la sexualidad de las mujeres es impedida, debido a la existencia de miedo a que queden embarazadas. De allí la negativa a la expresión de la sexualidad.

Si queremos comprender en forma integral al ser humano, debemos partir de que es el resultado de la interacción de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, es decir que se encuentra conformado como una unidad biopsicosocial y que por lo tanto la manera de pensar, sentir y comportarse se debe a esta interacción.

De acuerdo a lo anterior, debemos decir que "la sexualidad es la expresión psicosocial de los individuos como seres que presentan un sexo determinado

¹⁵ Kusnetzoff, J. www.e-sexología.com.

biológicamente, en su grupo social”¹⁶. Sabemos que cada persona nace con una carga de potencialidades y su desarrollo dependerá de las experiencias personales que le brinde su medio ambiente y las exigencias de su grupo social.

El sexo se define como el conjunto de características orgánicas que presenta un individuo; al nacer la persona y según la apariencia de los genitales externos se le otorga un sexo de asignación que puede ser masculino o femenino, así la sociedad determinará el comportamiento que esta asignación conlleva.

En nuestra sociedad están perfectamente estipulados los guiones sexuales, los cuales dan la pauta del comportamiento y rol sexual del individuo. Estos roles se comienzan a formar desde el momento del nacimiento, según el sexo del individuo, esto se hace obvio en conductas tan simples como la forma de vestir, al hablarles, al acariciarlos, etcétera.

El papel que desempeñen los padres es fundamental para que el niño adquiera su identidad y desempeñe su rol sexual.

Cabe mencionar que vivimos en una sociedad en donde los derechos ya mencionados no se llevan a cabo con total libertad y que aunque es probable que nunca se aplique por los padres, los maestros y por la sociedad en general son pequeños pasos que se deben ir tomando en cuenta para que

¹⁶ Pérez, G. (1982) La sexualidad en el deficiente mental.

las personas con necesidades educativas especiales en general y en particular las personas con retraso mental gocen como la mayor parte de una sexualidad libre.

2.3.1 DIFERENCIAS ENTRE LA ADOLESCENCIA DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL Y LAS QUE NO LO TIENEN.

La mayoría de las personas con deficiencia mental están en las categorías de leve y moderado, y en ellos el desarrollo sexual es física y fisiológicamente igual al de las personas con deficiencias; se considera que cuanto mayor sea el daño a las capacidades intelectuales, mayor es la probabilidad de que el desarrollo sexual biológico se vea afectado, así que una persona con retraso mental cuya categoría cae en el nivel profundo o severo tienden a mostrar retraso en la maduración sexual característico de la pubertad.

Cuando el deficiente mental, cuyo nivel de retraso es leve, llega a la adolescencia, generalmente ha pasado por la gran influencia familiar que es determinante y en algunos casos por un programa educativo especializado que forma en él los hábitos, habilidades y comportamiento, además de proporcionarle conocimientos básicos.

La persona con retraso mental leve, en su adolescencia, manifiesta los mismos intereses que tiene una persona sin la deficiencia en la misma etapa, como son: sentirse atraído hacia personas del sexo opuesto, recibe la influencia del medio que los rodea, además de tener

manifestaciones propias de la etapa física y fisiológica por la que atraviesa, presentando periodos de pereza, somnolencia, irritabilidad, masturbación, cambios de humor y estado de ánimo.

Los científicos dividen el proceso de transformarse en adulto en tres fases, que son la consecución de la madurez sexual, la psíquica y la social.¹⁷

a. La madurez sexual depende del estado personal de salud, de la alimentación y del clima. Cuando las mujeres empiezan a menstruar y los hombres tienen la primera eyaculación. En teoría, estos muchachos ahora podrían tener hijos. Biológicamente no es tan sencillo, porque muchas niñas de esta edad están menstruando ya que ocurre una ovulación regular, en tanto que los niños todavía no tienen la cantidad de esperma necesaria para procrear.

La mayoría de los jóvenes discapacitados mentales alcanza la madurez sexual a la misma edad que los no discapacitados. El desarrollo físico de los discapacitados mentales corresponde a su edad biológica y es independiente de los factores intelectuales. Esto tiene como consecuencia que el estado de madurez sexual no coincide con su nivel de inteligencia, sino casi siempre corresponde a sus años de vida.

b. Por madurez psíquica se entiende la independencia psíquica. De ella forman parte la separación de la casa paterna, el pensamiento crítico, el sentido de la responsabilidad al actuar. La mayoría de los jóvenes

¹⁷ Walter, J (2002) Sexualität und geistige Behinderung. Schindele

no adquiere esta madurez psíquica hasta los 18 o 19 años, algunos incluso más tarde. En el proceso les ayuda contar con modelos (un maestro, por ejemplo), ídolos (admirar a una estrella de la música moderna), informaciones extraídas de libros, revistas, películas y la televisión y, sobre todo, un grupo de amistades estables. La convivencia con otros muchachos de su edad permite a los jóvenes examinar su propio comportamiento y punto de vista, adaptarse o fijar límites.

Para la gran mayoría de los discapacitados mentales, alcanzar la madurez psíquica es extraordinariamente difícil, si no es que imposible, así como la separación de la casa paterna debido a la dependencia de cuidados y ayuda ajenos que suele prolongarse durante toda la vida.

c. La madurez social se alcanza cuando un joven es independiente también en el aspecto económico.

La mayoría de los discapacitados mentales no llegan nunca a este grado de madurez o sólo gracias a la circunstancia de trabajar en un taller para discapacitados, vivir en un asilo especial para los mismos y recibir ayuda económica de sus padres.

El incremento en la producción hormonal de los jóvenes provoca cambios extremos de humor y físicos. Las manos y los pies les crecen primero, su cuerpo deja de estar bien proporcionado, la piel y el cabello (y en los hombres también el cambio de voz) causan problemas.

Los discapacitados mentales sufren aún más por todo ello porque el cuadro clínico se vuelve más tosco, se hace más fácil de reconocer la discapacidad por parte de los extraños.

Los padres se irritan debido a diversos comportamientos chocantes de los adolescentes. Se quejan de que sus hijos son escandalosos y volubles y que sus modales son pésimos. Durante la pubertad los jóvenes ejercitan sus sentidos por segunda vez. De la misma manera en que de bebés exploraron su medio a través del tacto, el gusto, el olfato, la vista y el oído, ahora lo vuelven a conquistar.

- El tacto. Los jóvenes lo agarran todo, la experiencia del movimiento también forma parte del sentido del tacto. Los adolescentes no pueden estarse quietos.
- El gusto. De la misma manera en que un niño pequeño se lo mete todo a la boca, así el joven también siente el impulso de siempre tener algo entre los dientes: chicle, cerrillos, tallos de hierba.
- El olfato. Las niñas hacen experimentos con jabones, sprays el perfume de mamá. Los niños disfrutan el "aroma" de su cuerpo, a algunos parece agradales tanto que cuesta trabajo que se bañen. Otros exageran su aspecto personal.
- La vista. Además de estar susceptibles al estímulo de la luz, los jóvenes también tienen una gran sed de imágenes. Están en su apogeo las fotos, el cine, las revistas.
- El oído. El ruido es lo mejor de todo. Aunque de veras se esfuercen, los adolescentes no pueden evitarlo. No consiguen pisar con suavidad ni cerrar la puerta sin

azotarla. La música que escuchan y que les encanta debe resonar por todas las habitaciones de la casa.

Los discapacitados y los no discapacitados son igualmente afectados por este fenómeno (ejercitar los cinco sentidos). Los padres pueden regañarlos hasta el cansancio pero sería inútil. Sólo les queda esperar con mucha paciencia y comprensión que termine esta fase.

Al entrenamiento de los cinco sentidos se agregan tres apetitos: tocar, mostrar y ver¹⁸:

- Apetito de tocar. Se entiende el interés de descubrir el propio cuerpo. El 95 por ciento de los hombres adolescentes no discapacitados y el 60 por ciento de las mujeres se masturban con tendencia creciente. Lo hacen a escondidas. Los adultos normalmente no se dan cuenta de ello.

Muchos retrasados mentales se masturban, al hacerlo no se fijan ni el lugar ni el momento. Tienden a subirse la falda o desabrocharse el pantalón cuando les da la gana. Esta fase es sumamente difícil para los padres. Tienen que convencer a su hijo o hija, explicarle que la masturbación no es nada malo, sino una cosa agradable y permitida, pero que sólo se puede practicar estando completamente a solas.

También el apetito de tocar a otras personas suele estar muy desarrollado entre los retrasados mentales durante la pubertad. Puesto que muchos de ellos no pueden expresar con palabras cuánto les simpatiza una persona, intentan hacerlo por medio del lenguaje

¹⁸ Op. cit

corporal; se acercan a esa persona, la tocan la acarician, le dan besos. Los padres que tienen hijas con retraso mental, con frecuencia temen que este deseo de tocar pueda interpretarse mal, que se tome como una invitación a tener relaciones sexuales.

- **Apetito de mostrar.** Se refiere a la exhibición del cuerpo. Las muchachas usan faldas cortas, pantalones pegados y blusas escotadas. Los muchachos visten ceñidos pantalones de mezclilla y después de hacer deporte se quedan más tiempo en las regaderas a fin de comparar el tamaño de sus penes y testículos. Las muchachas observan a quién le han crecido más rápido los pechos.

Walter J. (2002), dice que prácticamente no hay diferencia entre los retrasados y los no retrasados mentales en lo que se refiere al apetito de mostrar. El que puede hacerlo muestra lo que tiene.

- **El apetito de ver** se refiere a las imágenes eróticas o pornográficas presentadas por revistas, películas y la televisión.

Tampoco hay grandes diferencias entre retrasados y no retrasados en lo que se refiere al apetito de ver.

2.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL.

Las mujeres y los hombres que padecen retraso mental grave, rara vez tienen relaciones sexuales. Sin embargo, la mayoría de las personas que sufren de retraso mental leve, desean tanto tener relaciones sexuales como los miembros de

la población en general. Además, generalmente su fertilidad no ha sido afectada¹⁹

La necesidad de proporcionar anticonceptivos a las mujeres que tienen retraso mental leve, es muy grande, porque éstas pueden correr un riesgo mayor de ser víctimas de abuso sexual²⁰. Por otra parte, también se necesita capacitación para saber cómo asesorar y hacer que las mujeres aprendan a ser firmes, a fin de ayudarlas a evitar situaciones de abuso.

El asesoramiento referente a la anticoncepción para los retrasados mentales, es más efectivo cuando se adapta a la situación particular de la persona, cuando se repite a lo largo del tiempo con paciencia y comprensión y cuando se basa en material educacional concreto. Leavesley (1982) menciona que el seguimiento, la participación de los compañeros sexuales y la sensibilidad a las necesidades de anticoncepción por parte del personal del establecimiento de salud mental pueden hacer aumentar el cumplimiento.

Los métodos anticonceptivos adecuados para los retrasados mentales son²¹:

- La píldora. Se trata del método anticonceptivo más seguro. Su índice Peral es menor a 1 (El índice Peral

¹⁹ Leavesley G, Porter J. (1982) Sexuality, fertility and contraception in disability. *Contraception*

²⁰ McCormack B. (1991) Sexual abuse and learning disabilities.

²¹ Walter, J (2002) Sexualität und geistige Behinderung. Schindele

indica cuántas mujeres quedan embarazadas de cien, que durante un año aplican el método correctamente).

La píldora suprime la ovulación. Es posible ajustarla muy bien al estado hormonal individual de la mujer. Las píldoras de una sola etapa contienen todas las mismas mezclas de las hormonas sexuales femeninas estrógeno y progesterona durante la segunda.

Las píldoras de dos fases contienen sólo estrógeno durante la primera etapa de ingestión; y estrógeno y progesterona durante la segunda.

En el caso de la píldora de tres etapas, la mezcla de estrógeno y progesterona cambia durante cada etapa de ingestión, en forma correspondiente a las fluctuaciones naturales en la producción hormonal de la mujer.

Forma de aplicación: la mujer ingiere una píldora diariamente. Después de 21 o 22 días, la mayoría de los productos intercala de seis a siete días. Algunos productos proporcionan un placebo, es decir, píldoras sin agente activo, para estos seis o siete días para que las mujeres no pierdan el ritmo de la ingestión. Esto es una ventaja para las personas con retraso mental. Ellas (o las personas encargadas de cuidarlas) no tienen que calcular cuándo se debe reanudar la ingestión de las píldoras después de dicha semana de interrupción. Es necesario tomar la píldora puntualmente. Si se atrasa en más de 24 horas, puede ocurrir la ovulación y ya no habrá una protección anticonceptiva eficaz.

Desventajas: El consumo constante de hormonas puede provocar migraña, náuseas, nerviosismo, aumento de

peso, tensión en los senos y cambios en la actitud sexual (es decir, menos ganas de tener relaciones sexuales). Los productos modernos, las llamadas micropíldoras, contienen dosis muy bajas, de modo que rara vez se producen efectos colaterales. Las mujeres mayores de 35 años y las que fuman mucho sólo deben tomar la píldora después de haber consultado con su médico, puesto que puede aumentar el riesgo de angiopatías (trombosis).

- Los anticonceptivos inyectables de tres meses de duración. El índice Peral de estos anticonceptivos también está por debajo de 1, la mujer recibe cada tres meses una inyección intramuscular que contiene una elevada dosis de progesterona.

Puesto que sólo es preciso pensar en la necesidad de prevenir el embarazo cuatro veces al año, este método es muy práctico para las mujeres con retraso mental y es el que con mayor frecuencia se aplica. Muchas mujeres ya no menstrúan, hecho que es considerado como ventaja por algunos encargados de cuidarlas, pero que recae en la salud de la mujer.

- Dispositivo intrauterino. Su índice Peral se ubica entre 1 y 5, es decir, no es tan seguro como los métodos hormonales. Este dispositivo es insertado por el médico y permanece en el útero durante tres a cinco años. Impide una de dos cosas: que se unan el óvulo y el espermatozoide o que el óvulo fecundado anide en las mucosas intrauterinas.

Desventajas: en muchas mujeres que usan este método, las menstruaciones son más intensas, prolongadas y dolorosas que antes. El riesgo de infecciones

abdominales y de un embarazo extrauterino aumenta sobre todo en el caso de las mujeres muy jóvenes. Para las mujeres que aún no han dado a luz, la inserción del dispositivo puede resultar dolorosa.

- Cremas, óvulos y espumas espermaticidas. Estos preparados producen una espesa espuma en la vagina que inmoviliza a los espermatozoides. El índice Peral de este método anticonceptivo se ubica entre 1 y 30, todo depende de la fidelidad con la que se observen las instrucciones para su uso. Estos productos químicos deben introducirse en la vagina varios minutos antes del contacto sexual. Sólo las mujeres con retraso mental muy lúcidas, pueden manejar estos métodos. Otra posibilidad es que una pareja responsable (sin retraso mental) se encargue de la aplicación correcta de los productos.
- La píldora posterior. No se trata de un método anticonceptivo, sino de un discutido freno de emergencia. Si una mujer ha tenido relaciones sexuales sin cuidarse durante la fase de la ovulación, o sea, más o menos a la mitad de su ciclo, y teme haberse embarazado, puede pedir que le receten la píldora. Recibirá cuatro píldoras que debe ingerir dentro de un plazo de 48 horas después del coito. Las píldoras contienen estrógeno y progesterona e impiden que el óvulo fecundado anide en la mucosa uterina. La píldora posterior tiene efectos colaterales de consideración: náuseas, vómitos, dolores abdominales, sangrados más intensos. Es verdad que solo se debe aplicar en caso de emergencia.

Los siguientes métodos anticonceptivos no se consideran adecuados para las mujeres con discapacidades mentales:

- La minipíldora. Sólo contiene progesterona. No suprime la ovulación, pero hace más espesa la mucosa en el cuello uterino, de modo que los espermatozoides no pueden subir al útero. La minipíldora tiene que tomarse puntualmente cada 24 horas. Con sólo tres horas de retraso ya no se garantiza la protección anticonceptiva.
- El diafragma. Se trata de una membrana de hule provista de un borde elástico reforzado. El diafragma debe untarse con una crema espermaticida antes de la cópula e introducirse en la vagina hasta el cuello uterino. Ahí tiene que permanecer durante seis horas después del coito, para que la crema pueda surtir efecto sobre los espermatozoides. El diafragma es ajustado por el médico. Su manejo requiere más disciplina y habilidad de la que puede esperarse de una mujer con retraso mental.
- Las mujeres con retraso mental, tampoco son capaces de aplicar los llamados métodos anticonceptivos naturales, en los que se mide la temperatura del cuerpo por la mañana o se examina la mucosa vaginal para determinar el momento de la ovulación.

Para los hombres con retraso mental, en la actualidad, el método anticonceptivo adecuado es el condón. En vista de que incluso muchos hombres que no tienen retraso mental, tienen problemas para usarlo correctamente, sólo en casos

excepcionales es posible recomendarlo a los retrasados mentales.

El grado en que las personas, que sufren de retraso mental pueden regular su sexualidad depende en gran medida de la índole y la gravedad de la discapacidad, del tratamiento y del entorno en el que viven. Sin embargo, nunca se deben imponer los servicios de salud reproductiva a las mujeres o los hombres que sufren de discapacidades psiquiátricas o retraso mental.

Especialmente cuando se trata de anticonceptivos permanentes o a largo plazo (implantes, DIU y esterilización), los proveedores deben estar al tanto de los requisitos legales relativos a la obtención del consentimiento informado, incluida la explicación de los beneficios y los riesgos, las opciones y determinar si el paciente es capaz de entender la información.

C A P Í T U L O I I I

EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Como ya sabemos definir la palabra sexualidad, es difícil. Es un término amplio que abarca muchas facetas de lo que somos. No es tarea fácil definir la sexualidad en los programas para padres y profesionales. Conciérne a lo que creemos y a lo que sentimos sobre el ser hombre o mujer, a los papeles y expectativas asociadas a esas creencias y sentimientos. Involucra nuestras conductas y relaciones con los demás. Es un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo de nuestras vidas y forma parte activa e inseparable de quiénes somos. Han de trabajar conjuntamente, la persona con retraso mental leve, su familia y los profesionales. Son claves, la orientación y la preparación realizadas desde las primeras edades del niño: el concepto de intimidad, contacto, afecto y ser capaz de comunicar los sentimientos. Objetivo importante en esta educación temprana, es aprovechar al máximo la capacidad de la persona con retraso mental para interactuar y relacionarse con los demás: aplicar las habilidades sociales, algo que con frecuencia es de lo más desafiante para los niños con este tipo de discapacidad.

Lo que será como adulto una persona en el ejercicio de su sexualidad es, en buena parte, el resultado de la información que se haya recibido en la niñez. Para la mayoría de las personas, el aprendizaje sobre la sexualidad ocurrió de muy diversas maneras. Probablemente fueron los padres los primeros educadores de la sexualidad, ya que suelen ser los primeros y más frecuentes maestros y modelos. Después, los compañeros, los medios de comunicación, la enseñanza religiosa y las experiencias de vida han influido sobre el aprendizaje sexual de cada persona.

3.1 LA ENSEÑANZA COLABORADORA.

Para las personas con discapacidad, como es el retraso mental, las oportunidades de aprender sobre sexualidad se encuentran limitadas. El nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad.

Los padres, entienden la importancia de crear oportunidades para la socialización, estas oportunidades para las personas con retraso mental son escasas. Como resultado, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales que son particularmente importantes en la preadolescencia y en la adolescencia. Las personas con retraso, pierden con frecuencia los sutiles mensajes, miradas e insinuaciones con que bromean los preadolescentes y adolescentes en la televisión y en la escuela. Tienen dificultades para tomar decisiones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones. Todos estos factores subrayan una mayor

necesidad aún de educación de la sexualidad a niños con retraso que a los demás niños.

“Los estudios nos dicen lo que los padres ya conocen: el riesgo de abuso en las personas con discapacidad es mayor que en las que no la tienen”²². Algunas de las razones son:

- Los niños con retraso, tienen mayor probabilidad de depender de los demás para atender sus necesidades básicas. A causa de la naturaleza de su discapacidad.
- A veces no poseen las habilidades sociales necesarias para solucionar una determinada situación.
- Tienen dificultades en su modo de razonar y juzgar.
- Se encuentran expuestos a un mayor número de cuidados que los demás compañeros.
- Cada uno de los factores aumenta la vulnerabilidad de su hijo frente a algún tipo de explotación o de abuso.

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

- Su propio proceso de aprendizaje sexual. Algunos padres tienen modelos pobres de enseñanza y aprendizaje sobre la sexualidad.
- La edad o generación de los padres.
- La disponibilidad de recursos y apoyos.
- La discapacidad del hijo.

Con demasiada frecuencia en las familias con niños que tienen discapacidades en el desarrollo, la enseñanza de la sexualidad se desenvuelve alrededor de situaciones de

²² Couwenhoven, T. (2002) Educación de la sexualidad: cómo construir los cimientos de actitudes sanas. En Revista Síndrome de Down. Vol. 19 N° 72

crisis: cuando el retrasado ha manipulado sus órganos genitales en presencia de otras personas o ha tocado a otra persona de manera inadecuada. Todos los niños inician sus vidas entre personas que ejercen su sexualidad, de modo que el enseñar sobre sexualidad debería ser algo que ocurriera durante toda la vida. Los chicos con problemas de desarrollo no son una excepción. Al ofrecer información y abordar los temas en edades tempranas, le permite reforzar conceptos a lo largo de amplios periodos de tiempo y de una más amplia variedad de situaciones de la vida real.

Es aconsejable que los padres piensen a largo plazo sobre los proyectos y expectativas de sus hijos con retraso. Si se conocen los temas normales sobre la sexualidad que se presentan en las diversas etapas de la vida de la persona con retraso mental leve, se podrán concretar mejor las expectativas, planear los objetivos y pedir ayuda antes de que surjan los problemas.

Aunque probablemente los padres son los educadores con más influencias y constancia, en la educación sexual están implicados también otros profesionales. Terri Couwenhoven (2002), consultora de la sexualidad, en los Estados Unidos maneja un "triángulo de la educación sexual" que ayuda a recordar la importancia de la colaboración de profesionales y los padres en los programas de educación sexual, diseñados para los discapacitados.

"El triángulo que representaría una situación ideal es aquel en el que los padres y los profesionales trabajan conjuntamente para ayudar a una persona con retraso intelectual en su camino hacia una adultez sexualmente sana. El viaje requiere que tanto los padres como los profesionales examinen sus propios valores y actitudes en

una diversidad de temas sobre sexualidad. Con frecuencia este es un proceso doloroso”²³.

3.2 EL APRENDIZAJE SEXUAL EN LA PERSONA CON RETRASO MENTAL LEVE.

Con respecto al desarrollo sexual de las personas con retraso mental, al igual que el resto de los seres humanos, poseen un cuerpo con un sexo, que al momento del nacimiento lo determina como hombre o mujer, a partir de ello, recibirá una educación y un trato, que esté de acuerdo a su género lo que le permitirá incluirse en el terreno afectivo y sexual.

El desarrollo sexual, desde el punto de vista fisiológico es similar al desarrollo de las personas sin retraso, ya que al poseer un cuerpo con un sexo biológico, funciona adecuadamente. Amor (1997) concluye diciendo que su desarrollo sexual es normal en la mayoría de los casos: la edad de la pubertad son se suele retrasar, hay regularidad en la menstruación, etcétera.

Respecto a la parte afectiva, manifiestan sentimientos y deseos sexuales, anhelos de matrimonio, tener hijos, tener novio (a), ir a fiestas, al cine, ganar dinero, comprarse ropa y verse atractivos. Se sienten atraídos por el sexo contrario, desean agradarle, se emocionan cuando lo (a) ven.

²³ Op. cit.

La diferencia que podría existir respecto a la de los adolescentes con retraso mental y las que no tienen ninguna discapacidad es el contexto en el que ellos se desenvuelven ya que la sexualidad es un conocimiento y comportamiento social que sólo se puede aprender y manifestar en contacto con los otros, contacto que generalmente les es limitado, esto puede llevarlo a centrar su sexualidad en su propia persona dando origen a una mayor masturbación siendo esta la única manifestación sexual que se les permite, es así que mientras se les mantenga limitados no podrán comportarse de una manera adecuada en este terreno.

En general se puede afirmar que los caracteres biológicos que dan soporte a la sexualidad están presentes y se desarrollan en el individuo con retraso intelectual de la misma manera que ocurre a la mayor parte de la población, al igual que los aspectos psicológicos. Katz (1970), citado en Baldaro, Govigli y Valgimigli (1988) afirma que las manifestaciones de la sexualidad se encuentran bajo formas más o menos pronunciadas, prácticamente en todos los adolescentes con necesidades educativas especiales, pero en algunos casos con importantes variaciones debidas a la edad, al sexo, al grado de retraso intelectual y a otras diferencias individuales. En general, la sexualidad es menos, manifiesta en las personas con retraso mental profundo, sin embargo, si el retraso mental es leve, la sexualidad se acerca más a lo normal.

Es necesario, cuando se habla de adolescentes con retraso mental, activar o fortalecer la conciencia de que el cuerpo juega un papel esencial en la adquisición de la conciencia del sí y que en correlación con ésta última se desarrollan los procesos de autonomía y de relación.

De igual manera al desarrollo de la sexualidad, las características sexuales secundarias llegan en la adolescencia, dando paso a un problema que es muy común. Este es el hecho de la esterilización, ya que los padres temen que su hija sea violada y tenga un hijo, que sería otra carga más para ellos y con esta posibilidad el problema de la educación sexual queda resuelto.

Según Alvarado (1999), dice que las personas con retraso mental, no cuentan con los niveles de desarrollo normal del conocimiento sexual ya que sólo se puede aprender y manifestar en contacto con los otros, lo cual es un obstáculo pues muchas veces los padres no permiten el acercamiento afectivo con otras personas discapacitadas. Esta situación puede llevarlos a centrar su sexualidad en su propia persona ya que al encontrarse limitados sus contactos sociales, no logran ponerla en función, ya que pueden descentrarla, lo cual puede originar que se presente con mayor frecuencia la masturbación, siendo esta, generalmente, la única manifestación sexual que se les permite.

Terri Couwenhoven menciona que es importante tener conocimiento de algunos conceptos y temas sobre sexualidad que son:

- La información y la enseñanza sobre sexualidad, compartidas durante los primeros años del niño, proporcionan el comienzo de un sólido cimiento que necesitará que sea repetido, completado y reforzado conforme el niño crezca. Este cimiento proporcionará la base sobre la cual se seguirá construyendo, añadiendo conceptos sobre sexualidad más avanzados que van a enseñar al hijo conforme vaya madurando.

- La enseñanza del cuerpo: todos los niños pequeños muestran una curiosidad natural sobre sus cuerpos y sobre cómo funcionan. Los niños con retraso intelectual no son diferentes. Un aspecto fundamental de la enseñanza es ayudar al hijo a utilizar las palabras correctas para los genitales. Debe realizarse al mismo tiempo que se le enseñan otras partes del cuerpo y su funcionamiento. Sin embargo, la enseñanza de las partes que son íntimas ha de hacerse en un contexto de intimidad.
- El cuidado del cuerpo: la comprensión de la pertenencia del cuerpo y el saber cuidarlo uno mismo. Hay que enseñar al niño con retraso mental, a lavarse y a cuidarse, incluidas las partes íntimas. Otros modos de enseñarle y de reforzar estos conceptos son: leer y compartir con su hijo libros ilustrados con mensajes sobre el cuerpo, sus partes y las reglas sociales. Utilizar cada día momentos naturales para la enseñanza, de forma que refuerce los conceptos básicos.
- La enseñanza de las diferencias físicas entre el cuerpo del hombre y de la mujer: a los niños con retraso mental leve, esta misma curiosidad les llevará a lo mismo, o quizá a algún tipo diferente de conductas.
- El concepto de intimidad: El retrasado, ha de saber que tocar su pene o su vulva es una conducta íntima. Por tanto, esta conducta requiere que se mantenga en un lugar privado, preferentemente en su cuarto con la puerta cerrada. Muchos niños descubren pronto lo que sabemos como adultos: que al tocarse los genitales, uno se siente bien. Aunque los términos tocar los genitales y masturbación se usan con frecuencia de un

modo intercambiable, hay diferencias. La masturbación puede realizarse antes de la pubertad. Algunos chicos pueden no realizar la exploración genital ni la masturbación, lo que también es normal.

David Hingsburger, citado en Terri Couwenhoven (2002), autor y conferencista canadiense sobre sexualidad, aborda modos que se pueden practicar para contactos más íntimos. En su libro "I Openers: Parents Ask Questions About Sexuality with Children with Developmental Disabilities, describe un proceso de cuatro etapas que ayuda a los niños a diferenciar entre el contacto íntimo y necesario, como es la exploración de un médico, el cambio de pañales o la ayuda en la higiene.

- Pida "permiso" antes de tocar: pedir permiso ayuda a suscitar un sentimiento de propiedad. Adopte un tono "privado" de voz que sea más suave, más delicado, más silencioso que su tono habitual de conversación.

Si su hijo tiene limitaciones verbales, hay que darle tiempo para que responda a su manera. Pregunte primero, toque después.

- Describa lo que está haciendo: usando los mismos tonos suaves, describa lo que va a hacer y hable después mientras le toca. Explique lo que está haciendo y por qué. Esto anima a su hijo a hacer preguntas, a sentirse implicado en el proceso, enseña a su hijo el lenguaje sobre su cuerpo, y le causa una sensación de seguridad.
- Facilite la participación. como padres, nuestro objetivo para nuestro hijo con retraso tendrá que ser una participación parcial en el contacto necesario. Si, por ejemplo, le está enseñando las habilidades de

higiene, uno de sus objetivos sería dejar que el niño se lave mientras le dirige a través de las cortinas de la ducha.

- Comunicación. Hable a su hijo después de que haya tenido el contacto, descúbrale lo que ha hecho. Por ejemplo, "acabamos de lavar juntos todo el cuerpo, ahora ya está limpio y listo para empezar el día". Comentar los contactos y los sentimientos sobre el contacto facilita el camino para seguir haciendo comentarios en el futuro.

Resulta difícil ayudar a la gente con retraso intelectual para que se comprendan las reglas relacionadas con los contactos, el afecto y los límites. Diversos factores contribuyen a que esto suceda.

Las personas con retraso mental, están acostumbradas a que se les violen sus fronteras desde edades muy tempranas. En algunas culturas el retraso, se considera a menudo un castigo y genera sentimientos de miedo y vergüenza. Por esta razón, las comunidades a veces ocultan o desatienden a los niños con retraso. Ello hace que se privé a dichos niños de la posibilidad de llevar una vida digna y a veces incluso del derecho a la supervivencia.

Los niños con retraso, suelen quedar marginados del sistema escolar. Los obstáculos en el entorno físico, impiden a estos niños moverse libremente, jugar y disfrutar de la compañía de otros niños.

En los últimos años varios estudios han puesto de manifiesto que las personas con retraso, son más frecuentes a las experiencias de abuso sexual y otras formas de violencia y malos tratos. Por circunstancias especiales, a menudo estos problemas son difíciles de descubrir, puesto

que pueden suceder en entornos cerrados y a veces sus víctimas son niños y adultos que tienen dificultades para explicar lo ocurrido.

Eileen Girón (1999), directora ejecutiva de la Asociación Cooperativa del Grupo Independiente para la Rehabilitación (ACOGIPRI), en El Salvador, opina: "Las personas discapacitadas tienden a estar escondidas en sus hogares durante muchos años. Las barreras físicas fuera del hogar y la falta de medios de transporte, también les dificulta mucho salir. Como resultado de ello, sus necesidades se desconocen. Pero cuando hemos realizado talleres relativos a la sexualidad, las mujeres y los hombres con retraso, con quienes trabajamos, dicen que necesitan más servicios de salud reproductiva. Dicen que han querido aprender más desde hace mucho tiempo, pero que no sabían a quién pedir información"²⁴.

Los niños con retraso mental, están inmersos en circunstancias que pueden ser diferentes de las del resto de la población. Las actitudes de nuestra sociedad en relación con las personas con discapacidad intelectual como seres humanos sexuales, se encuentran todavía distorsionadas y son problemáticas.

Las reglas sobre contactos y límites son con frecuencia confusas y cambian en función de la cultura y el contexto, haciendo que la enseñanza resulte dura, y que sea una tarea difícil establecer reglas sencillas.

En el contexto de la educación de la sexualidad, ser capaz de comunicar los sentimientos es una importante habilidad interpersonal. Por ejemplo, ser capaz de identificar y responder a las emociones de un amigo o de la

²⁴ Girón, E (1999), Los discapacitados también necesitan anticonceptivos

propia pareja promueve la comunicación y la intimidad. También las personas con retraso han de luchar con esto. El niño puede tener problemas a la hora de expresar sus emociones, o puede expresarlas de manera inapropiada, o puede interpretar equivocadamente los sentimientos de los demás.

Un objetivo importante en la educación temprana de la sexualidad es aprovechar al máximo la capacidad de la persona con discapacidad para interactuar y relacionarse con los demás de forma confiada.

La formación temprana en las habilidades sociales comienza con los padres. En las edades más jóvenes, las personas aprenden a través del modelo que son los padres con sus acciones y conductas. Se empieza a enseñar modales, por ejemplo, al decir "por favor", "gracias" y "perdona" en presencia de los hijos. Diane Maksym, (1990), presenta algunas alternativas que pueden ayudar en la enseñanza de las habilidades sociales a la persona con retraso:

- Decidir qué habilidad específica desea enseñar.
- Hacer una demostración a la persona con retraso mental leve, de la conducta que espera o de la respuesta.
- Hacer "role playing" de la conducta en un ambiente seguro con personas que apoyen o con la familia.

3.3 EL TRIÁNGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD

Este triángulo representa una situación ideal: los padres y los profesionales trabajando conjuntamente para ayudar a una persona con retraso intelectual en su camino

hacia una adultez sexualmente sana. Pero incluso en esta situación ideal, el camino que hay que recorrer es difícil, ya que como se mencionó anteriormente, tanto los padres como los profesionales examinen sus propios valores y actitudes en una diversidad de temas sobre la sexualidad. Con frecuencia este es un proceso doloroso.

Terri Couwenhoven menciona que para que el papel de los padres sea eficaz, deben:

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

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

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

los recursos que existen en la comunidad, y completar y reforzar los conceptos sobre sexualidad dentro de los ambientes de la comunidad.

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

Hay antecedentes de que en 1929 tuvo lugar en París la creación de la primera Escuela para Padres y Madres de Familia, las que tuvieron mucho auge en Europa, y en 1961 se formó la Federación Internacional de Escuelas de Padres y Madres de Familia, con sede en Francia.

En México se tiene el antecedente de que en los años 50 se iniciaron las primeras pláticas de orientación familiar dedicadas a padres cuyos hijos eran atendidos en alguna dependencia de SSA, ISSSTE y Lotería Nacional.

En el año de 1966 se fundó la primera Escuela para Padres y Madres de Familia en el ISSSTE.

En 1972, el Instituto Nacional de Protección a la infancia, presidido por la Sra. Esther Zuno de Echeverría, inauguró la primera Escuela para Padres y Madres de Familias, abierta a todo el público.

Se observa que a través del tiempo se han continuado pláticas de orientación a padres de familia en escuelas particulares y en escuelas oficiales de primaria, pero continúan surgiendo programas de orientación a los padres,

para que junto con los maestros se logre una educación integral de mayor calidad.

Desde que se inició la Educación del Deficiente Mental en México de manera oficial., se consideró como aspecto básico de dicha educación a la familia y se tomó en cuenta la necesidad de establecer entre la escuela y la familia un lazo de unión, apoyando a ésta y orientándola para su mejor desempeño como guía de sus hijos²⁵.

En la década de los 70's algunas escuelas de Educación Especial organizaron reuniones, a las que se les llamó Escuela para Padres.

Como vemos, la Educación especial es la que ha trabajado con los padres tanto para orientarlos como apoyarlos. La Dirección General de Educación Especial elaboró algunos programas al final de los 80's, materiales escritos, programas de trabajo para psicólogos y trabajadoras sociales, y en 1988 editaron un documento llamado "Lineamientos generales para vincular a la familia en el proceso educativo".

A partir de la Reforma a la Ley General de Educación (1993), los padres de familia deben apoyar el trabajo educativo que realiza el maestro, así como buscar apoyos económicos y formar parte de los Consejos de Participación Social²⁶.

²⁵ Escuela para Padres y Madres de Familia. A.C. Archivo del Instituto Médico Pedagógico.

²⁶ Lineamientos Generales para vincular a la familia en el proceso educativo (1988) DGEE

JUSTIFICACIÓN.

De acuerdo a la base de datos del INEGI, en la República Mexicana, hay un total de 1 795 300 personas con discapacidad, de las cuales 943 717 son hombres y 851 583 mujeres. De ese número de personas, 91 396 corresponden a un grupo de edad que va de los 15 a los 19 años.

Según el tipo de discapacidad y tomando en cuenta la entidad federativa; en el Estado de México el porcentaje de población que tiene discapacidad llamada retraso mental corresponde al 16.1%.

Se ha podido constatar, que las personas con discapacidad, en este caso los adolescentes con retraso mental leve, requieren no sólo de una educación enfocada a las áreas de motricidad, de lenguaje, de expresión, sino también a lo referente a su sexualidad que ha sido dejada de lado, por creerse que son personas asexuadas.

Se ha observado que las personas con alguna discapacidad tienen deseos y manifiestan su sexualidad tal como lo puede hacer cualquier persona sin ninguna discapacidad, pero que dicha manifestación no ha sido encaminada de la manera adecuada, por los padres o profesores de AMPAC (Asociación de motivación Pro Parálisis cerebral), quienes manifiestan que sus hijos o alumnos se autoestimulan muy frecuentemente con o sin objetos en los lugares públicos y al presentarse dicha situación se manejan alternativas tales como: regaños, llamadas de

atención, asignación de actividades, etc; pero no ahondan sobre la problemática.

Tomando en cuenta que todas las personas tienen los mismos derechos y que los adolescentes con retraso mental no son la excepción, se pretende que estos sean preparados para el ejercicio responsable y placentero de su sexualidad, contando con el apoyo necesario para tomar decisiones informadas y asumir las consecuencias de sus actos.

Es por ello, que se ha decidido conformar un taller que sirva como guía de trabajo y que facilite a los padres el conocimiento de los procedimientos básicos de la sexualidad de sus hijos y comprendan la importancia para tener una mejor calidad de vida y es posible realizarlo a través de dicho taller, elaborado especialmente para ellos y con las necesidades que tienen como padres de una persona con discapacidad.

OBJETIVO GENERAL.

1 OBJETIVO GENERAL. Promover la educación sexual en adolescentes con retraso mental leve a través de una guía de trabajo para padres.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1. OBJETIVO ESPECÍFICO.** Dar a conocer a los padres de adolescentes con retraso mental leve los procedimientos básicos de la educación sexual y su importancia para una mejor calidad de vida de estos.
- 2. OBJETIVO ESPECÍFICO.** Proporcionar algunas estrategias a los padres de adolescentes con retraso mental leve, para el ejercicio responsable de su sexualidad.

HIPÓTESIS.

HIPÓTESIS DE TRABAJO.

- Si a los padres de adolescentes con retraso mental leve, se les proporciona una guía de trabajo para manejar la sexualidad de sus hijos, entonces cambiará la manera de orientar a sus hijos en esta área.

HIPÓTESIS ALTERNA.

- Si a los padres de adolescentes con retraso mental leve, se les proporciona una guía de trabajo para manejar la sexualidad de sus hijos entonces podrán

aplicar estrategias que ayuden a sus hijos a ejercer una sexualidad responsable.

HIPÓTESIS NULA.

- No es cierto que si a los padres de adolescentes con retraso mental leve, se les proporciona una guía de trabajo para manejar la sexualidad de sus hijos entonces podrán aplicar estrategias que ayuden a sus hijos a ejercer una sexualidad responsable.

C A P Í T U L O I V

METODOLOGÍA.

Ya que se ha realizado el fundamento teórico, debemos dedicar un capítulo para poder explicar el procedimiento que se ha llevado a cabo en la aplicación de la guía que se realizó por medio de un taller para padres de personas con retraso mental leve.

A continuación se llevará a cabo la descripción de los pasos que sirvieron de base para la estructuración del taller elaborado. Sin estos puntos no se habría llevado a cabo la realización de esta propuesta de trabajo.

VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE: guía de trabajo para padres con hijos que tienen retraso mental leve.

Es un taller que sirve como guía de trabajo a padres de personas que tienen retraso mental leve, con actividades planeadas para la enseñanza de una adecuada educación sexual.

VARIABLE DEPENDIENTE: enseñanza de una educación sexual, de adolescentes con retraso mental leve. La conducta sexual de adolescentes con retraso mental leve, cambiará por el conocimiento de procedimientos básicos de educación sexual proporcionado a los padres de ellos, a través de una guía de trabajo.

4.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Se utilizó un diseño pretest - posttest, es decir se aplicó un cuestionario a los padres de familia, posteriormente se les impartió un taller sobre sexualidad en personas con retraso mental leve donde se presentará una guía de trabajo para los padres y posterior al taller se volvió a aplicar el cuestionario.

1ª FASE DE PRE-EVALUACIÓN

Esta fase indicará cual es la orientación conductual y en qué condiciones se da ésta; así también proporciona una medida con la cual comparar los resultados del entrenamiento antes de cualquier intervención.

2ª FASE DE ENTRENAMIENTO.

Habiendo obtenido los resultados de la preevaluación y una vez definidos los objetivos que pretenden alcanzar los padres e instructores, el siguiente paso consistirá en informar, orientar y entrenar respecto a la educación sexual de sus hijos por medio de un taller en donde se proporcionará una guía.

En esta fase se alteran las condiciones para que el cambio conductual, aplicándose todas las contingencias necesarias para producirlos; estímulo de apoyo y reforzadores.

Primeramente se dará una serie de pláticas a los padres de familia, éstas se darán con base a ejemplos y utilizando siempre un lenguaje inteligible; así como motivar a los padres a participar, administrando contingencias reforzantes a las conductas adecuadas, y

conjugando las experiencias tanto de ellos como de los asesores.

3ª FASE DE POST - EVALUACIÓN.

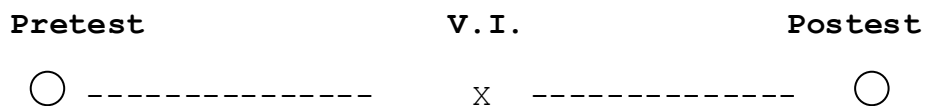
Generalmente es una repetición de la línea base de la guía de intervención.

La finalidad de esta evaluación es señalar al psicólogo si su intervención tuvo resultado positivo, es decir, cambios en la conducta, en la dirección deseada o no.

Esta fase consistirá en que los padres de familia contesten nuevamente el cuestionario aplicado en la fase de pre-evaluación con la finalidad de evaluar los cambios que hubo en relación a la información y orientación que se les proporcionó con respecto al tema de educación sexual después del entrenamiento.

Para poder mostrar este concepto de manera gráfica se plantea el siguiente esquema:

Grupo



4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión que se han tomado para la selección de nuestra muestra son:

- Padres de familia de hijos que se les haya diagnosticado con retraso mental leve no importando que su discapacidad se presente en combinación con otra discapacidad.
- No importa la edad que presente el hijo.
- Que el hijo asista a la institución (AMPAC).

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Padres con hijos en cuyo diagnóstico no se presente retraso mental leve.
- Padres cuyo hijo no se encuentre inscrito en la institución (AMPAC).

4.5.3. MÉTODO.

Como parte del método se consideran algunos puntos importantes como son el lugar o escenario de aplicación, los materiales a utilizar, los sujetos que participarán en el taller, además de las fases o pasos que se realizarán dentro del marco del taller.

4.5.3.1 ESCENARIO.

La aplicación de la variable independiente se llevó a cabo en la escuela AMPAC (Asociación de Motivación Pro Parálisis Cerebral) ubicada en Av. Eje 8 S/N Colonia: San Rafael, Estado de México. Municipio: Coacalco de Berriozábal, C.P. 55719.

Dentro de las instalaciones de la institución se utilizó un salón especial que está destinado a las conferencias, talleres, etc, que se les proporciona a los profesores, padres de familia y personas con discapacidad que acuden al plantel. En este salón se cuenta con un escritorio, 20 sillas para que las personas que se congregan en ese lugar estén cómodos. El salón en forma de rectángulo cuenta en una de sus paredes con un ventanal grande que permite tener una iluminación y una ventilación adecuada. Al estar alejado de los salones donde se les imparten las terapias y las clases a las persona con discapacidad, se cuenta con un lugar libre de ruido que distraiga la atención de las personas que se encuentran dentro de el. Se contó con un pizarrón, gises, borrador, así como el material necesario para llevar a cabo el Taller para padres.

4.5.3.2 MATERIALES.

Para la aplicación de las distintas fases de la propuesta metodológica se recurrió a varios tipos de materiales entre los que se contó con los siguientes: copias del cuestionario para padres aplicado antes de proporcionar el Taller de trabajo y después de hacerlo, copias de cada uno de los materiales de apoyo: 1. Cuestionario "Sabemos escuchar", 2. Cuestionario de evaluación sobre sexualidad, 3. Cuestionario de mitos, 4. Cuestionario del coitometro, 5 Material con posibles reforzadores., también se utilizaron lápices, hojas blancas, tarjetas, sacapuntas, gomas. Los materiales vienen ya estipulados en la planeación del "Taller para padres" por sesión y el coordinador del taller puede verificarlos de manera sencilla.

4.5.3.3 SUJETOS.

La muestra a la que se recurrió para llevar a cabo la aplicación de la variable independiente se formo de la siguiente manera: La población está conformada por 13 sujetos, padres de familia de una persona que se haya diagnosticado con retraso mental leve.

4.5.3.4 FASES.

Como parte del procedimiento es necesario visualizar los pasos que se siguieron para estructurar la metodología de una forma coherente que permitiera obtener los mejores resultados. De esta manera se mencionan cada una de las

fases que se siguieron para la aplicación de este proyecto de investigación.

3 **I.** Se escogió el tema de acuerdo al interés de ambas personas que participaron en este proyecto.

4 **II.** Una vez que se escogió el tema a investigar, el siguiente paso fue delimitarlo, marcando el límite y ver los caminos más adecuados para lograr el objetivo de la investigación.

5 **III.** El siguiente paso fue el planteamiento del problema, el cual es el que da dirección al proyecto y que sirvió para plantear los objetivos, hipótesis, variables, etc.

6 **IV.** Se llevó a cabo la estructuración de los tres primeros capítulos del proyecto, que tienen que ver con todo el fundamento teórico que se consideró importante a partir de la revisión bibliográfica que se hizo. Se diseñó el Taller para padres de personas que hayan sido diagnosticadas con retraso mental leve y los anexos correspondientes que sirvieron de apoyo para la aplicación del taller.

7 **V.** Se solicitó la autorización de las autoridades correspondientes de la Institución "Asociación de Motivación Pro Parálisis Cerebral" para la aplicación del proyecto dentro de sus instalaciones y con padres de personas con discapacidad pertenecientes a la institución.

8 **VI.** A partir de los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados se conformó la muestra de las personas a participar en el taller.

9 **VII.** Una vez conformado el grupo se procedió a la aplicación del Taller para padres de personas que han sido diagnosticadas con retraso mental leve, siendo el primer paso la presentación de los coordinadores del taller siguiendo la aplicación del cuestionario para

seguir con cada una de las sesiones ya establecidas en el taller y para terminar nuevamente con el cuestionario.

10 **VIII.** Una vez que se aplicó el taller y se realizaron cada una de las fases del diseño se realizó un análisis cualitativo de la información recabada que sirvió como base para su división en categorías y que a su vez conformaron los porcentajes que sirvieron para elaborar las gráficas y así poder obtener conclusiones de una manera más objetiva.

4.6 INSTRUMENTO.

El instrumento que se utilizó para realizar el análisis cualitativo se obtuvo a través de la codificación de las preguntas que se realizaron en el cuestionario que se elaboró, una vez conocidas todas las respuestas de los sujetos a los cuales se les aplicaron, en las fases de pretest y posttest.

El procedimiento consiste en encontrar y darles nombre a los patrones generales de respuesta (respuestas similares o comunes), listar estos patrones y después asignar un valor numérico o un símbolo a cada patrón. Para cerrar las preguntas abiertas se realizó el siguiente procedimiento, basado en Rojas (2001, pp. 150 y 151):

1. Selección de las preguntas abiertas que se van a analizar y que miden nuestro tema de investigación.
2. Observar las frecuencias con que aparece cada respuesta a la pregunta.

3. Elegir las respuestas que se presentan con mayor frecuencia (patrones generales de respuesta).

4. Clasificar las respuestas elegidas en temas, aspectos o rubros, de acuerdo con un criterio lógico, cuidando que sean mutuamente excluyentes.

5. Darle un nombre o título a cada tema, aspecto o rubro (patrón general de respuesta).

6. Asignarle un código a cada patrón general de respuesta.
De acuerdo al procedimiento de Rojas las preguntas utilizadas para analizar fueron las siguientes:

¿Qué es para usted la educación sexual?

¿Cree que es importante la educación sexual para su hijo (a)?

¿En qué momento considera que le debe de hablar de sexualidad a su hijo (a)?

¿Su hijo(a) ha manifestado alguna inquietud sobre sexualidad?

¿Qué entiende por sexo?

¿Qué entiende por sexualidad?

¿Cree que existan diferencias entre sexo y sexualidad?

¿Considera tener la información necesaria para poder hablar del tema con su hijo(a)?

¿Con qué información cuenta acerca de la sexualidad?

¿Usted habla de sexualidad con su hijo(a)?

¿Estaría de acuerdo en que a su hijo(a) se le hablará de sexualidad?

¿Cree que sea necesario dar un taller a su hijo(a) sobre sexualidad?

¿Considera importante que se hable de sexualidad a adolescentes y adultos con Necesidades Educativas Especiales?

CATEGORÍAS	PREGUNTAS
Categoría A: Sexualidad	<p>¿Qué es para usted la educación sexual?</p> <p>¿Cree que es importante la educación sexual para su hijo?</p> <p>¿En qué momento considera que le debe de hablar de sexualidad a su hijo (a)?</p> <p>¿Su hijo (a) ha manifestado alguna inquietud sobre sexualidad?</p>
Categoría B: Conocimiento acerca de la sexualidad.	<p>¿Qué entiende por sexo?</p> <p>¿Qué entiende por sexualidad?</p> <p>¿Cree que existan diferencias entre sexo y sexualidad?</p>
Categoría C: Información acerca de la sexualidad con la que cuentan los padres.	<p>¿Considera tener la información necesaria para poder hablar del tema con su hijo (a)?</p> <p>¿Con qué información cuenta acerca de la sexualidad?</p> <p>¿Usted habla de sexualidad con sus hijos?</p>
Categoría D: Propuesta de temas para el taller.	<p>Estaría de acuerdo en qué a su hijo (a) se le hablará sobre sexualidad.</p> <p>Cree que es necesario dar a su hijo (a) un taller sobre sexualidad.</p> <p>Considera importante que se hable de sexualidad con adolescentes y adultos con Necesidades educativas especiales.</p>

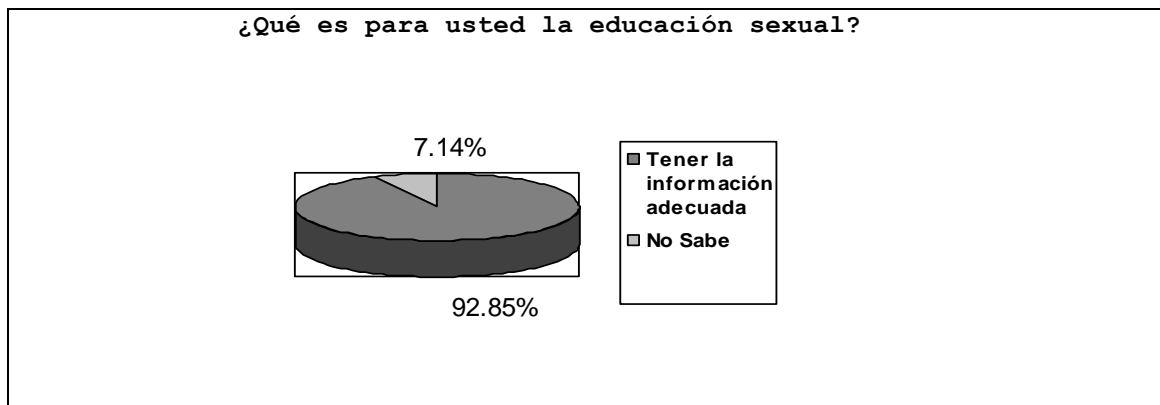
Dichas preguntas, a su vez se clasificaron en temas, asignados en las siguientes categorías:

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE DATOS.

Los resultados obtenidos fueron analizados de acuerdo a categorías, las cuales presentamos a continuación mostrando con gráficas los porcentajes que nos arrojó la información analizada.

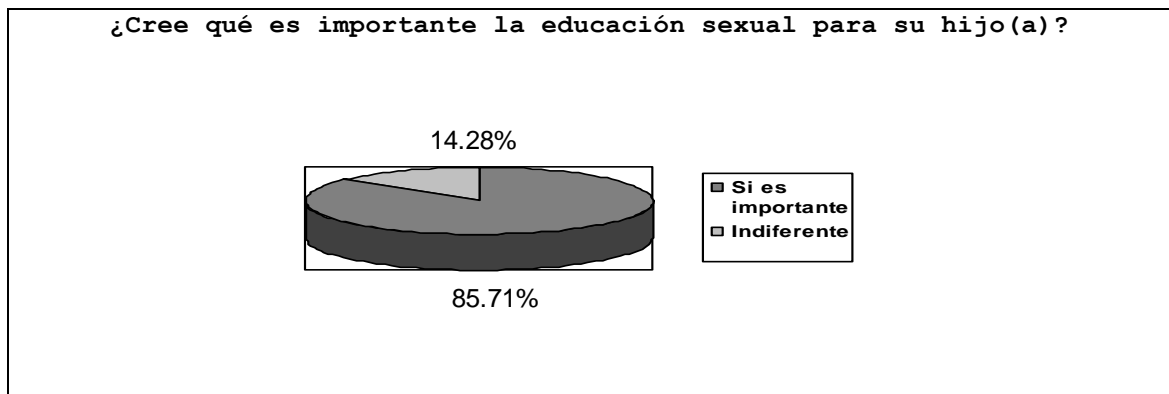
CATEGORIA "A" SEXUALIDAD

En cuanto al tema de la sexualidad podemos ver en la gráfica 1 que, el 92.85% de los padres consideran que la educación sexual es de gran importancia ya que les ayuda a tener la información adecuada para poder hablar con sus hijos, el 7.14% dice no saber qué es.



Gráfica 1. Porcentaje de la percepción que tienen los padres sobre la educación sexual. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

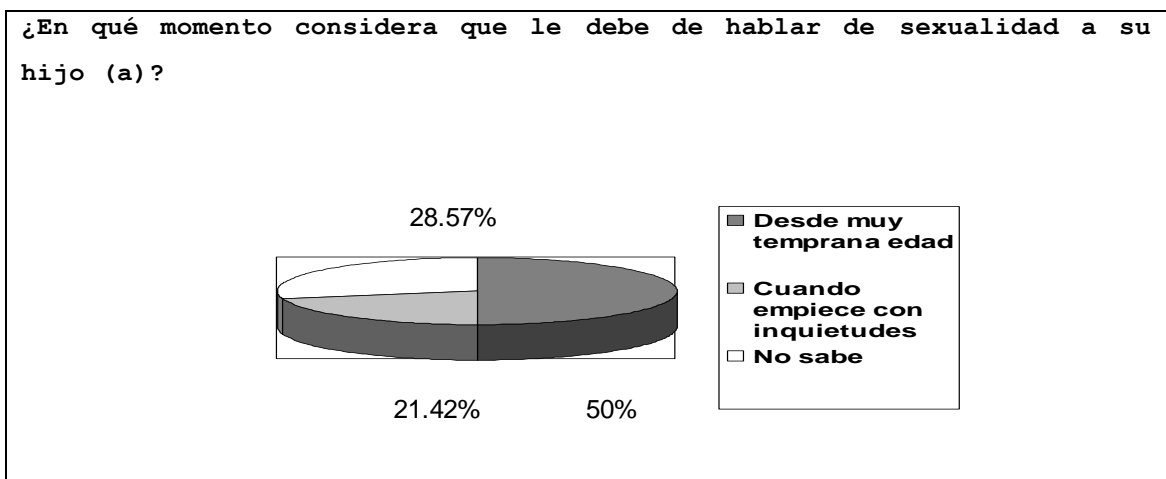
En la gráfica 2 el 85.71% de los padres dicen que es muy importante que se le dé una educación a su hijo, el 14.28% que le es indiferente.



Gráfica 2. Porcentaje de la importancia de la educación sexual en

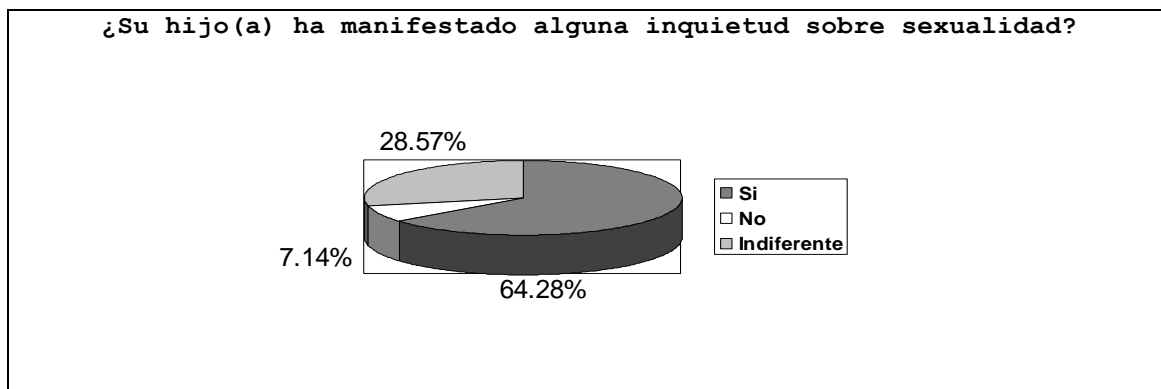
hijos con NEE. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

En la gráfica 3 se observa que el 50% de los padres dice que desde muy temprana edad se les debe de hablar de sexualidad, el 28.57% dice que cuando empiecen a tener inquietudes sobre el tema, y el 21.42% dice no saber en qué momento hablar con sus hijos.



Gráfica3. Porcentaje de los padres sobre en qué momento deben de hablar con sus hijos de sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

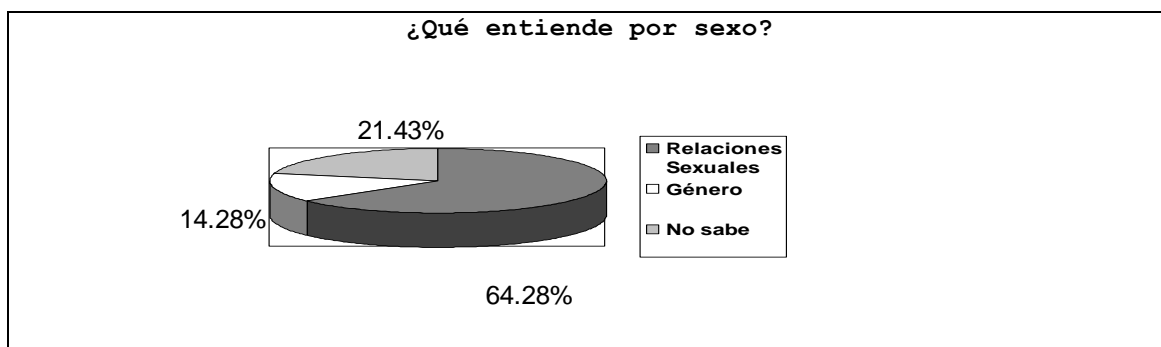
En la gráfica 4 se puede observar que el 64.28% dice que su hijo ha manifestado alguna inquietud sexual, pero se le castiga o regaña en el momento, el 28.57% plantea que le es indiferente si llegan a ver alguna inquietud por parte de sus hijos, y el 7.14% dice que sus hijos no han manifestado alguna inquietud hasta ahora.



Gráfica 4. Porcentaje de la presencia de manifestaciones o inquietudes de la sexualidad según los padres. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

CATEGORIA "B" CONOCIMIENTO ACERCA DE SEXUALIDAD

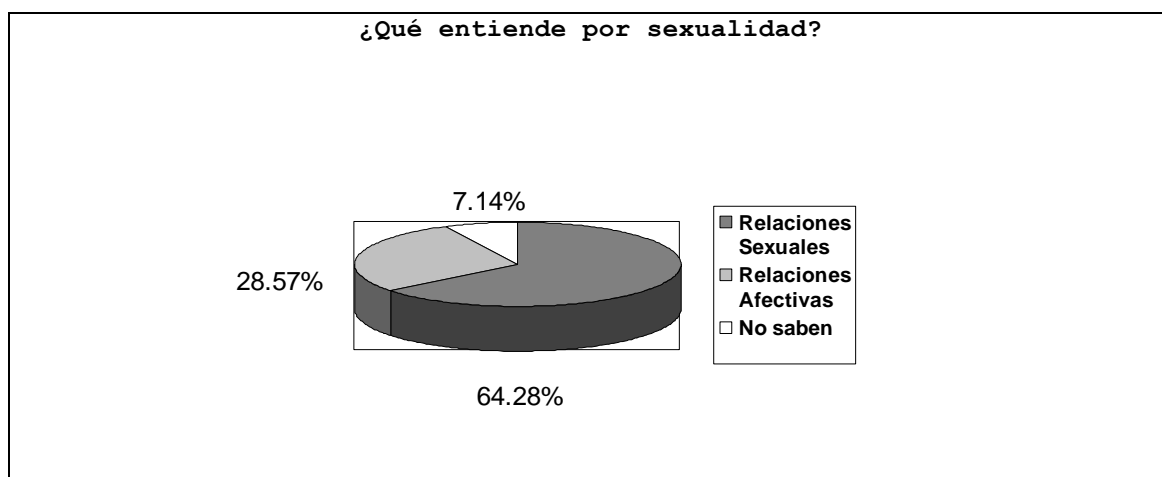
Los conceptos analizados dentro de esta categoría fueron sexo y sexualidad. En cuanto al concepto de sexo el 64.28% se refieren a relaciones sexuales, el 21.43% lo identifica como género y el resto 14.28% dice no saber sobre el concepto.



Gráfica 5. Porcentaje sobre el conocimiento acerca del concepto de sexo. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

En la gráfica 6 para el concepto de sexualidad el 64.28% se refiere a relaciones sexuales, el 28.57% dice que

son relaciones afectivas y el 7.14% no sabe.

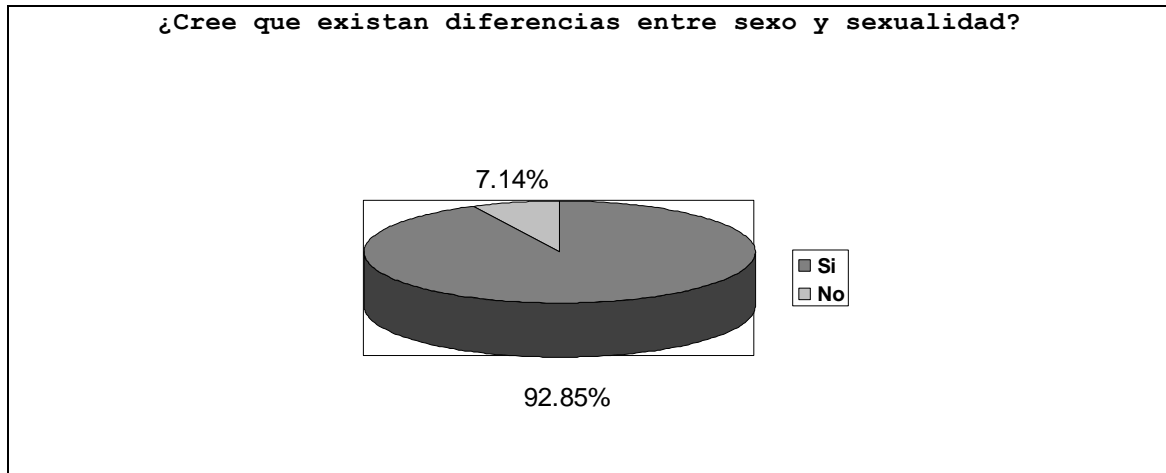


Gráfica 6. Porcentaje sobre el conocimiento acerca del concepto de sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

La mayoría de los padres consideran que existen diferencias entre sexo y sexualidad, se observa que no identifican claramente los conceptos, por lo tanto los conocimientos son equivocados (ver gráfica 7).

Como ya se mencionó, los padres tienen poca información, y con la que cuentan es un tanto errónea, ya que solo identifican a la sexualidad como el hecho de tener relaciones sexuales dejando de lado todas las implicaciones que conlleva en la vida cotidiana como el hecho de expresar nuestras emociones determinadas por la cultura y que evoluciona con el ser humano.

Su conocimiento acerca de la sexualidad se limita a lo estructurado por su medio, ya que es éste quien modela, estructura y controla los valores e ideas, modela su comportamiento y la expresión de ella.

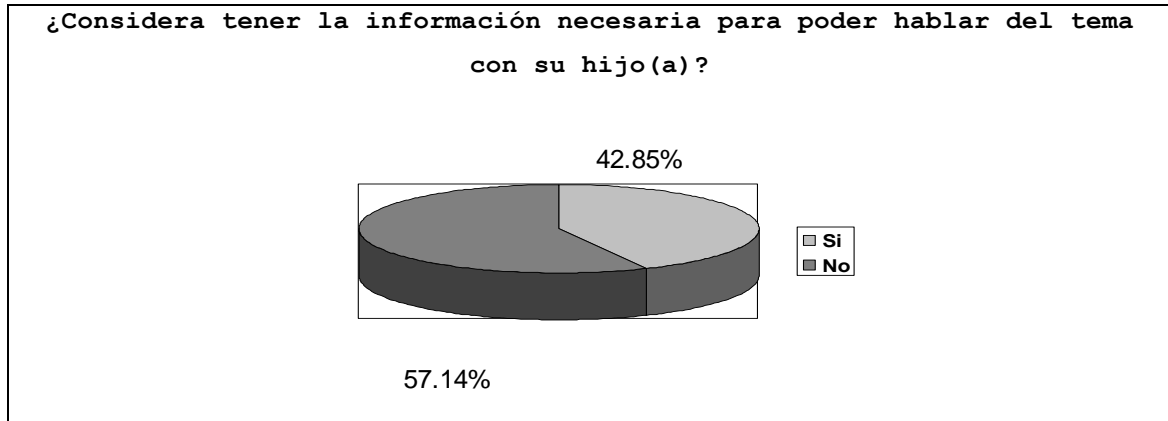


Gráfica 7. Porcentaje de las diferencias entre sexo y sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

A este respecto es necesario comenzar a entender que la sexualidad forma parte de las personas como algo integral dentro del desarrollo del ser humano no como una parte aislada que tiene que tratarse con reserva, concordando con Craig, (1988) ya que menciona que el individuo es un ser sexual desde el nacimiento hasta su muerte, y en este sentido se puede afirmar que la sexualidad es una característica inherente del individuo, por lo tanto comparte con él el carácter biopsicosocial propio de su naturaleza.

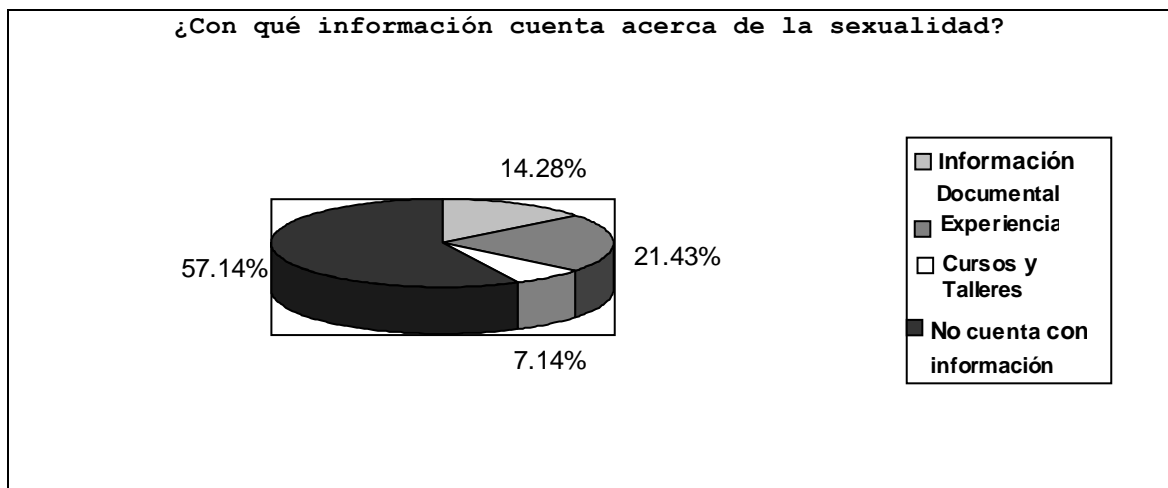
CATEGORIA "C" INFORMACIÓN ACERCA DE SEXUALIDAD CON LA QUE CUENTAN LOS PADRES.

El 42.85% de los padres entrevistados considera tener la información necesaria para hablar del tema de sexualidad con sus hijos mientras que el 57.14% dice no tener información como se observa en la gráfica 8.



Gráfica 8. Porcentaje acerca de la información de los padres para hablar del tema sobre sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

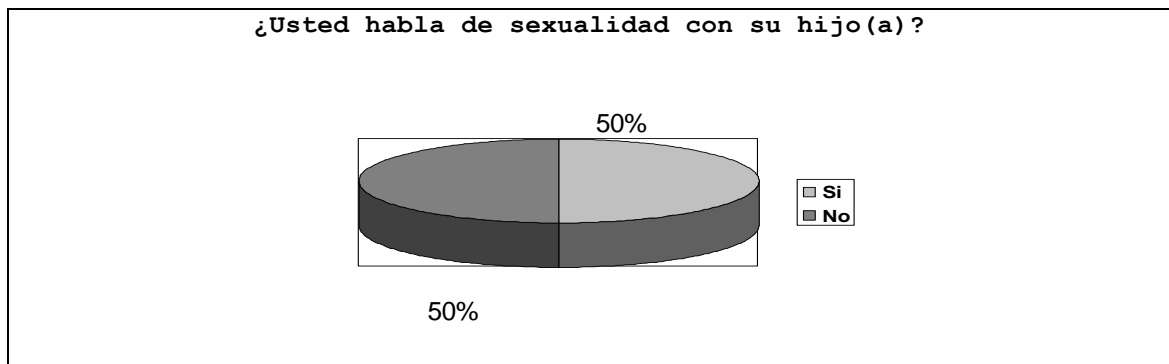
En la gráfica 9, se refleja la información con la que cuentan, que es básicamente la experiencia, la documental, cursos y talleres, y la mayoría no cuenta con la información.



Gráfica 9. Porcentaje de la información con la que cuentan los padres sobre sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

Por lo tanto en la gráfica 10 podemos observar que el 50% de los padres no hablan de sexualidad con sus hijos y el otro 50% dice que si habla del tema.

Los padres suelen tomar dos posturas: la primera es dejar esta educación a personal especializado como lo menciona Peretti (1975) ya que los padres están convencidos de la importancia del tema, pero lo creen muy difícil de afrontar reconociendo su propia incapacidad y falta de preparación. Mientras que la otra parte decide no hablar del tema.

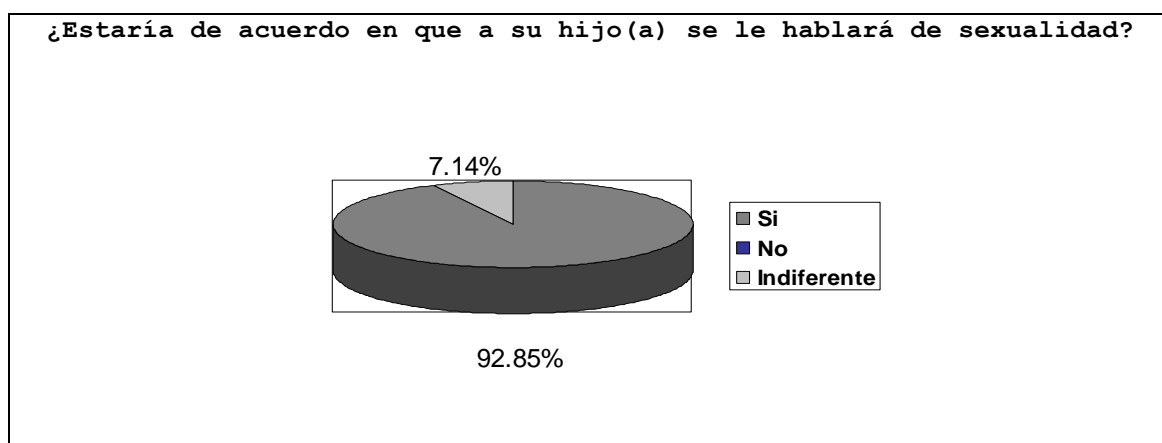


Gráfica 10. Porcentaje acerca de si los padres hablan o no de la sexualidad con sus hijos. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

CATEGORIA "D" PROPUESTA DE TEMAS PARA TALLER

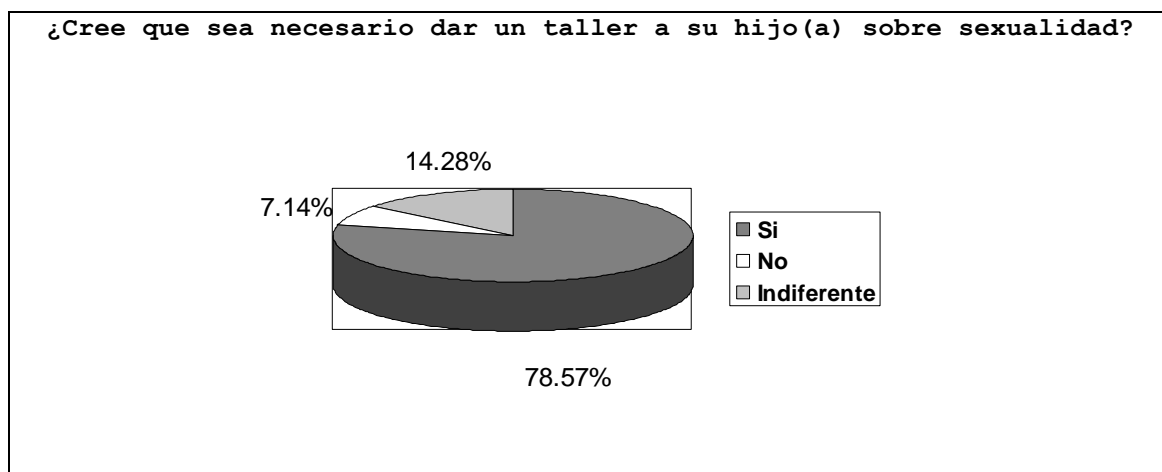
Dentro de esta categoría se recabó información en función de los intereses y necesidades que los padres manifestaron para la aplicación de un taller de sexualidad a sus hijos.

En la gráfica 11 podemos observar que el 92.85% de los padres está de acuerdo en que se les hable de sexualidad, por otra parte el 7.14% muestra indiferencia sobre el tema.



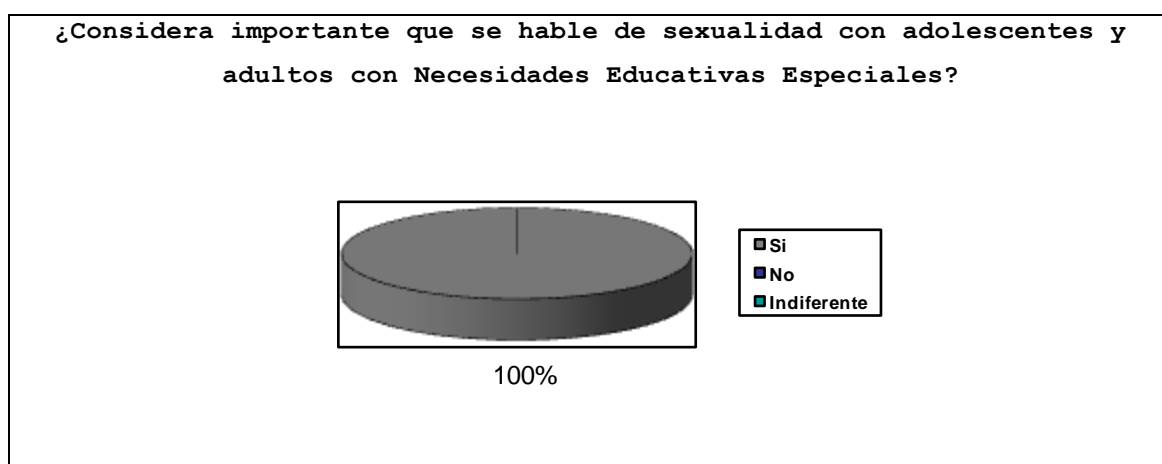
Gráfica 11. Porcentaje acerca de los padres que estarían de acuerdo en hablar de sexualidad con sus hijos. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

En la gráfica 12 se observa que el 78.75% considera importante y necesario que se hable de sexualidad a sus hijos dentro de un taller bien estructurado y didáctico , mientras que el 14.28% considera inadecuado que su hijo asista a un taller y el 7.14% muestra indiferencia.



Gráfica 12. Porcentaje de la necesidad de brindar un taller sobre sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

En la gráfica 13 se observa que el 100% de los padres consideran importante que se les hable de educación sexual a sus hijos.



Gráfica 13. Porcentaje de la necesidad de brindar un taller sobre sexualidad. Datos obtenidos de un grupo de 13 padres.

Los padres en su mayoría están de acuerdo en la aplicación de un taller de sexualidad pero con ciertas limitantes, esto no es de extrañarse, pues la información

de sexualidad con la que cuentan es limitada y errónea; prefieren que sus hijos con retraso mental leve no se enteren de lo que pasa en su cuerpo, con sus sentimientos, emociones y cambios de comportamiento hacia su familia y comunidad en general. Por tal situación prefieren mantenerlos sin ninguna "inquietud" aislándolos de todo contacto con otros, pensando que serán niños por siempre, que sus necesidades se reducirán a comer, vestirse.

Los resultados obtenidos sólo denotan de lo que se ha estado hablando, de cómo los padres tienen y piensan que la sexualidad es un tema relevante, pero con sus reservas. Que la sexualidad de sus hijos se detiene por su necesidad educativa especial, la ven de manera deformada, prolongando su dependencia hacia ellos y lo más grave incrementan la dificultad de desenvolvimiento en su medio, siendo un tabú enorme, del que prefieren no hablar. Por lo tanto las necesidades están presentes, pero no saben cómo manejarlas, es así que ven la necesidad de aprender acerca del tema y que sus hijos también lo hagan.

Los resultados presentados aquí nos demuestran que el tema de la sexualidad es aún visto con mucha tacto hablando del tema de manera general, aún más al tratar de implementarlo con adolescentes y adultos con necesidades educativas especiales provoca en los padres un sentimiento de protección hacia sus hijos en el sentido de no permitir una educación sexual abierta considerándolo innecesario, sin embargo como hemos revisado a lo largo de nuestro trabajo el hecho de que un grueso de la población presente alguna característica para considerarlo una persona con necesidades educativas especiales no quiere decir que se vea incapacitado para manifestar sus inquietudes en el terreno de lo sexual pues esto es la naturaleza del ser

humano. Aún así los padres viven con la creencia de considerarlo un aspecto a parte de las personas manifestando que mientras no se hable de ello no se presentara en sus hijos.

Otro aspecto que consideramos importante mencionar es que la educación sexual se debe comenzar desde la familia y no relegar esto a las instituciones educativas pues es relevante comenzar esta educación desde pequeños para no distorsionar la información posteriormente, y quien mejor que los padres para llevar a cabo esta tarea en conjunto con las instituciones educativas. Por lo tanto también es necesario que los padres asistan a cursos y talleres especializados en el tema para que cuenten con la información necesaria y documentada para poder guiar a sus hijos hacia una sexualidad abierta y sana en todos los aspectos.

CONCLUSIONES.

Dado que estamos inmersos en una sociedad, es preciso sobresaltar la importancia que tiene al hablar de sexualidad. Incluyendo a todos, sean estos con alguna Necesidad Educativa Especial o sin ella; y la importancia de formar la autorrealización y no la represión.

Este trabajo reúne en términos generales, los puntos más relevantes sobre las personas con N.E.E., específicamente hablando de retraso mental leve, su sexo y su sexualidad; haciendo una serie de consideraciones críticas, se propuso y se diseñó una guía para padres, sin dejar a un lado la importancia que tiene trabajar también con los maestros, los mismos adolescentes y niños, a sus padres y a la misma sociedad.

Cabe mencionar que los adolescentes con necesidades educativas especiales (retraso mental leve), son seres humanos dotados de sexualidad y tienen derecho a la expresión de la misma; por lo que la mayoría de la gente, incluyendo a veces a los mismos padres, se cree que por las limitaciones y carencias que tienen, le es negada y rechazada la oportunidad de aprender lo referente al comportamiento sexual en la sociedad, por tales motivos ellos desarrollan comportamientos, que son en su mayoría, castigados y se nos olvida que la persona con necesidades educativas especiales, al igual que todos necesitan de su físico, como medio de comunicación para poder expresar sus sentimientos y saberse amada y aceptada.

La sexualidad no es una dimensión marginal del hombre, ni debe estar orientada solamente hacia la procreación. La sexualidad deja una huella profunda en todo el ser del hombre y engloba en sí una capacidad para expresar el amor.

Es así que se han hecho algunas investigaciones acerca de cómo se podría orientar de una manera adecuada a los niños y adolescentes con necesidades educativas especiales en donde se han concluido que es una tarea difícil y ardua, pero muy necesaria.

Por medio de la guía elaborada y gracias al taller que se dará a los padres de familia de hijos con retraso mental leve, se observará un cambio en el manejo de la sexualidad, ya que con una capacitación adecuada que incluye educación y orientación sexual, ellos aprenderán a canalizar sus impulsos sexuales, inclusive, logrando llegar al matrimonio y vivir plenamente la sexualidad con su pareja, y para esto es necesario que los padres, (quienes son las personas más cercanas a ellos), cuenten con la misma información y orientación: y es sumamente importante, pues tomando en cuenta que la sexualidad está presente desde la procreación del ser humano, lo ideal es que se comience en el seno familiar, tocando el tema de una manera clara, natural, realista y verídica, sin embargo este trabajo, los padres creen que debe ser delegado siempre a las instituciones pues cuentan con la información completa y no es siempre así.

El programa está diseñado a partir de las inquietudes, dudas y preguntas que se hacen los mismos padres, respecto de cómo pueden impartir la educación sexual a sus hijos,

cómo pueden entender y al mismo tiempo aceptar que está presente, además de aprender de su propia sexualidad, y para los adolescentes entender que está pasando con su cuerpo, con sus emociones, con su forma de ver al mundo y sobre todo entender porque el mundo los ve de manera diferente, que tendrán que aprender a comportarse para ser moderadamente aceptados y que pueden disfrutar su sexualidad con conocimiento real, pero que está también representa responsabilidades y peligros (como puede ser un abuso sexual) en donde con información se puede evitar.

Por lo tanto se concluye, que la recopilación de datos acerca de la población a la que se le pretende aplicar un programa de intervención es necesario, ya que nos revela cuales son los puntos más vulnerables, importantes y difíciles de abordar, además de cuáles son las necesidades reales y no solo las que pudieran creer convenientes para dicha educación.

Se pretende trabajar con los padres, ya que estos, son los principales promotores de dicha información. Pero generalmente en algunas ocasiones son ellos quienes ponen mayor resistencia al que se les proporcione educación sexual a sus hijos.

El investigar y recopilar datos, es sumamente conveniente ya que nos da las pautas para saber manejar, dar un enfoque más preciso, proponer involucrarlos en su misma educación, pero en ocasiones se corre el riesgo de dejar a un lado algunos puntos que en especial los padres no quieren tocar por miedo, por lo cual es necesario no minimizar ningún aspecto de la sexualidad por obvio o predecible que parezca.

Sin embargo, es importante mencionar que el término de la sexualidad es un tema demasiado extenso que abarca diferentes dimensiones hablando en el terreno físico, psicológico y social. En esta investigación nosotras tratamos de tocar los temas, enfocándonos un poco más hacia lo psicológico y social pues creemos que para la población a quien va dirigida la propuesta, es importante hacer hincapié en la situación social bajo la que viven, para que a partir de esto puedan considerarse un poco más independientes y de esta manera tomar las decisiones pertinentes acerca de su propia sexualidad. De igual manera a los padres, tratar de que comprendan que sus hijos, como todo ser humano, tienen necesidades básicas que hay que satisfacer y qué mejor manera, de que los padres sean los promotores de esta educación más abierta, sin limitaciones y sin represiones ni castigos.

ANEXO 1

TALLER PARA PADRES.

SESIÓN DE PRESENTACIÓN Y APLICACIÓN DE CUESTIONARIO.

SESIÓN 1 Tiempo 60 minutos.

OBJETIVO: Que los padres asistentes se conozcan entre sí, así como la dinámica del taller y las reglas de este.

Repertorio de entrada: Atención, seguimiento de instrucciones, capacidad de expresarse en el ambiente cotidiano y lecto-escritura.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDIMIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Presentación y aplicación de cuestionario Contenido del taller. Reglas	1. Que los padres conozcan los objetivos del taller así como la dinámica de éste. 2. Que los padres conozcan a sus compañeros con los que trabajarán durante el taller.	Fiesta de presentación. ¿Sabemos escuchar? (Acevedo 1992)	1. Se iniciará la sesión haciendo la presentación de los coordinadores y los temas a tratar en el taller así como información sobre la duración de las sesiones y la forma en que se trabajará.	10 min.	1. Presentación del taller. 2. Aplicación de cuestionario. 3. Coordinación de dinámicas.	1. Escuchar atentamente la presentación. 2. Participar activamente en las dinámicas.	* Láminas de presentación. * Hojas de papel. * Lápices. * Alfileres. * Cuestionarios (material de apoyo 1)	

			<p>2. Aplicación de cuestionario.</p> <p>3. Se llevará a cabo la dinámica de "Fiesta de presentación donde se les proporcionará a los participantes una hoja pidiéndoles que escriban 5 definiciones de sí mismo, posteriormente se sujetarán al frente de cada uno su hoja para que los demás puedan ver cada una de las definiciones de los participantes. Al finalizar se les</p>	<p>10 min.</p> <p>20 min.</p>				
--	--	--	--	-------------------------------	--	--	--	--

		<p>pedirá que acudan con las dos personas que les hayan interesado más induciendo a la plática y a la realización de preguntas acerca de sus compañeros.</p> <p>4. Se llevará a cabo la dinámica "Sabemos escuchar" donde se dividirá al grupo en parejas dándoles un cuestionario a cada uno para responderlo (material de apoyo 1) una vez contestado, cada pareja deberá comentar entre sí</p>	<p>20 min.</p>				
--	--	---	----------------	--	--	--	--

			las respuestas. Al finalizar todo el grupo comentará el ejercicio. Este ejercicio tiene como objetivo comenzar a introducir a los padres hacia el taller y hacia las inquietudes que puedan presentar sus hijos.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			<p>cada equipo escribirán todos los sinónimos que sepan, relacionados con las palabras.</p> <p>3. Se leerán en voz alta todos los sinónimos.</p> <p>4. Se dará una explicación acerca de la importancia de un vocabulario correcto sobre la sexualidad mencionando a cada cosa por su nombre.</p> <p>5. Resumen de la sesión resaltando los aspectos más importantes.</p>	<p>10 min.</p> <p>10 min.</p> <p>10 min.</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			6. Evaluación .	10 min.				
--	--	--	-----------------------	------------	--	--	--	--

TEMA: SEXUALIDAD.

SESIÓN 3 Tiempo: 60 minutos.

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve, conozcan acerca de la sexualidad, las implicaciones físicas y emocionales así como la diferencia con el concepto de sexo.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad, impartidos en la sesión pasada, (sesión "2" primera parte de sexualidad).

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDI- MIENTO GENERAL	TIEM- PO	ACTIVIDAD DEL COORDINA- DOR	ACTIVI- DAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Conceptos relaciona dos con la Sexuali- dad. Implica- ciones emocional es de la sexuali- dad. Diferen- cias hombre y mujer.	2. Que los padres identi- quen los aspectos físicos emociona- les y sociales de la sexuali- dad. 3. Que los padres conozcan las diferen- cias entre hombre y mujer.	Acróstico. Ventajas y desventa- jas. (Vanegas, 2000)	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica acróstico donde se escribirá en un cartel la palabra "sexuali- dad" en forma vertical, pidiéndole a los padres que escriban palabras que	5 min 15 min	1. Resumen inicial y final. 2. Coordina- ción de las dinámicas. 3. Evaluación .	1. Partici- pación activa en las diná- micas. 2. Evalua- ción.	* Cartulinas. * Marcadores. *Hojas blancas. * Plumones	Los participantes tendrán que formar un concepto sobre sexualidad, englobando todo lo visto durante las dos sesiones sobre sexualidad.

			<p>empiecen con cada una de las letras de la palabra "sexualidad" especialmente aquellas que tengan que ver con sexo y sexualidad</p> <p>.</p> <p>4. Se llevará a cabo la dinámica "ventajas y desventajas" dividiendo al grupo en dos equipos de mujeres y hombres. Cada equipo escribirá 10 ventajas y 10 desventajas de ser hombre o ser mujer, según sea el caso.</p>	20 min.				
--	--	--	---	---------	--	--	--	--

			5. Resumen. 6. Evaluación .	10 min. 10 min.				
--	--	--	---	--------------------------	--	--	--	--

TEMA: MITOS Y TABÚES.

SESIÓN 4 Tiempo: 60 minutos.

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve, analicen los falsos conceptos acerca de la sexualidad y de esta manera aislen los mitos, tabúes y prejuicios acerca de la sexualidad humana.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDI-MIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Mitos y tabúes. Datos verídicos acerca de los conceptos relacionados con sexualidad .	1. Que los padres identifiquen las ideas erróneas, tabúes y prejuicios respecto de la genitalidad, el sexo y la sexualidad. 2. Que los padres evalúen sus conocimientos acerca de los mitos sexuales y su nivel de informa-	"Mito y dato" (Fuertes, Soriano y Martínez, 1995).	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica de "Mito y dato" donde se entregará un cuestionario a cada participante señalando en cada Información si se trata de un mito o dato. Posterior-	10 min. 30 min.	1. Resumen inicial y final. 2 Coordinación de la dinámica. 3. Evaluación .	1. Participación activa en las dinámicas. 2. Evaluación.	* Lápices. * Cuestionarios (Material de apoyo 3).	Los participantes tendrán que formar una cierta concepción de la sexualidad sin mitos y tabúes que les permitan tocar el tema con sus hijos.

	ción		mente en equipos de tres personas se discutirán las respuestas de cada uno. Finalmente se aclararán las dudas de cada afirmación . 3. Resumen. 4. Evaluación .	10 min. 10 min.				
--	------	--	---	--------------------------	--	--	--	--

TEMA: MITOS Y TABÚES

SESIÓN 5 Tiempo: 60 minutos.

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve, analicen los falsos conceptos acerca de la sexualidad y de esta manera aislen los mitos, tabúes y prejuicios acerca de la sexualidad humana.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDI-MIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Mitos y tabúes. Datos verídicos acerca de los conceptos relacionados con sexualidad	1. Que los padres identifiquen las ideas erróneas, tabúes y prejuicios respecto de la genitalidad, el sexo y la sexualidad. 2. Que los padres evalúen sus conocimientos acerca de los mitos sexuales y su nivel de informa-	<u>El coitometro</u>	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica <u>El coitometro</u> donde nuevamente se les proporcionará un cuestionario a cada participante contestando en cada aseveración si es falso o verdadero.	10 min. 30 min.	1. Resumen inicial y final. 2. Coordinación de la dinámica. 3. Evaluación	1. Participación activa en las dinámicas. 2. Evaluación.	* Lápices. * Cuestionario. (Material de apoyo 4).	Los participantes tendrán que formar una cierta concepción de la sexualidad sin mitos y tabúes que les permitan tocar el tema con sus hijos.

	ción		Al finalizar se discutirán en forma grupal cada una de las respuestas . 3. Resumen. 4. Evaluación	10 min. 10 min.				
--	------	--	---	--------------------	--	--	--	--

TEMA: TRIÁNGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

SESIÓN 6 Tiempo: 60 minutos

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve identifiquen y conozcan algunas conductas sobre sexualidad en sus hijos.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad impartidos en las sesiones pasadas.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDIMIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Conceptos relacionados con la sexualidad .	1. Que los padres identifiquen y conozcan las necesidades sexuales de sus hijos.	Representación de "Juego de roles"	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica de representación de "Juego de roles" donde los padres de familia tendrán que representar (por equipos) las conductas sexuales desarrolladas por	5 min. 25 min.	1. Resumen inicial y final. 2. Coordinación de la dinámica. 3. Evaluación .	1. Participación activa en las dinámicas. 2. Evaluación.	*Plumón *Papel bond	Los participantes tendrán que reflexionar sobre la sexualidad de sus hijos englobando todo lo visto durante las sesiones anteriores.

			<p>sus hijos en casa.</p> <p>3. Posteriormente cada equipo discutirá la experiencia vivida y las compartirán con los demás equipos.</p> <p>4. Resumen.</p> <p>5. Evaluación</p>	<p>20 min.</p> <p>5 min.</p> <p>5 min.</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--	--

TEMA: TRIÁNGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

SESIÓN 7 Tiempo: 60 minutos

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve, identifiquen y conozcan sobre sexualidad en sus hijos, implementando reforzadores.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad impartidos en las sesiones pasadas.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDIMIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN
Conceptos relacionados con la sexualidad. Implementación de reforzadores.	1. Que los padres identifiquen y conozcan las necesidades sexuales de sus hijos y ellos sean reforzados ante una conducta apropiada.	Representación de "Juego de roles" con reforzadores.	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica de representación de "Juego de roles" con reforzadores (Material de apoyo 5), donde cada uno de los equipos tendrán que implementar	5 min. 25 min.	1. Resumen inicial y final. 2. Coordinación de la dinámica. 3. Evaluación .	1. Participación activa en las dinámicas. 2. Evaluación.	Plumón Papel bond. Material de apoyo 5.	Los participantes tendrán que reflexionar sobre la sexualidad de sus hijos englobando todo lo visto durante las sesiones anteriores.

			ciertos reforzadores que se les otorgará a sus hijos ante las conductas apropiadas .					
			3. Posteriormente cada equipo discutirá la experiencia vivida y las compartirán con los demás equipos.	20 min.				
			4. Resumen.	5 min.				
			5. Evaluación	5 min.				

TEMA: TRIÁNGULO DE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

SESIÓN 8 Tiempo: 60 minutos

OBJETIVO: Que los padres de los alumnos con retraso mental leve, identifiquen y conozcan algunas conductas sobre sexualidad en sus hijos, implementando límites y reglas.

Repertorio de entrada: Conocimientos sobre los conceptos de sexualidad impartidos en las sesiones pasadas.

CONTENIDO	OBJETIVO PARTICULAR	DINÁMICA	PROCEDIMIENTO GENERAL	TIEMPO	ACTIVIDAD DEL COORDINADOR	ACTIVIDAD DE LOS PADRES	MATERIAL	EVALUACIÓN.
Conceptos relacionados con la sexualidad. Implementación de reforzadores sexuales de sus hijos y mismos sean reforzados ante una conducta apropiada, marcándoles límites y reglas.	1. Que los padres identifiquen y conozcan las necesidades sexuales de sus hijos y mismos sean reforzados ante una conducta apropiada, marcándoles límites y reglas.	Representación de "Juego de roles" con reforzadores, límites y reglas.	1. La sesión dará inicio con un resumen de la sesión anterior. 2. Se llevará a cabo la dinámica de representación de "Juego de roles" donde cada uno de los equipos tendrá que implementar ciertas reglas y límites ante las conductas sexuales de sus hijos.	5 min. 25 min.	1. Resumen inicial y final. 2. Coordinación en la dinámica. 3. Evaluación.	1. Participación activa en las dinámicas. 2. Evaluación.	* Plumón. * Papel bond.	Los participantes tendrán que reflexionar sobre la sexualidad de sus hijos englobando todo lo visto durante las sesiones anteriores.

			<p>Estas mismas benefician do tanto a los padres de familia como a los hijos.</p> <p>3. Posteriormente cada equipo discutirá la experiencia vivida y las compartirán con los demás equipos.</p> <p>4. Resumen.</p> <p>5. Evaluación</p>	<p>20 min.</p> <p>5 min.</p> <p>5 min.</p>				
--	--	--	---	--	--	--	--	--

			Aplicación de cuestionario	min				
			5. Entrega de material de apoyo.	5 min.				
			6. Agradecimiento.	5 min.				

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA PADRES.

Este cuestionario se ha implementado como un instrumento cuyo fin es el de recabar información acerca de la educación sexual que ha sido proporcionada a las personas con la discapacidad llamada "retraso mental leve".

Instrucciones: Lea cuidadosamente las preguntas, no deje ninguna sin contestar.

2 Datos generales del hijo.

Sexo: _____ Edad cronológica: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad mental _____

Diagnóstico. _____

3 Relaciones sociales.

1. ¿Quién es la persona que convive más con su hijo (a)?

Mamá () papá () hermano () hermana ()

Abuelo () abuela () otros () Especifique: _____

2. Aproximadamente ¿cuánto tiempo de atención le dedica cada persona a su hijo (a)?

Tiempo: 0 a 4 horas

Mamá _____ papá _____ hermano _____ hermana _____

Abuelo _____ abuela _____

Otros _____ Especifique: _____

3. ¿Su hijo (a) tiene amistad con personas fuera de su familia?

Si () No ()

4. Predomina la amistad con personas de:

Mismo sexo () sexo contrario ()

Ambos sexos ()

1. Sexualidad.

1. ¿Qué ha hecho para que su hijo (a) tenga amistad con niños del sexo opuesto?

2. ¿Cómo responde su hijo (a) a manifestaciones afectuosas de personas de su mismo sexo o del sexo opuesto?

3. ¿Qué entiende por sexo y sexualidad?

4. ¿Cree que existan diferencias entre sexo y sexualidad?

¿Cuáles?

5. ¿Su hijo (a) ha manifestado alguna inquietud sobre sexualidad?

6. ¿Cómo ha manejado la situación?

7. ¿Usted habla de sexualidad con su hijo (a)?

8. ¿Considera importante que se hable de sexualidad en adolescentes y adultos con Necesidades Educativas Especiales?

9. ¿Con que información cuenta acerca de la sexualidad?

10. ¿Considera tener la información necesaria para poder hablar del tema con su hijo?

11. ¿Qué es para usted la educación sexual?

4. ¿Cree que es importante la Educación sexual para su hijo (a)?

Si () No ()

¿Por qué? _____

5. ¿Ha dado algún tipo de Educación Sexual a su hijo(a)?

Si () No ()

6. ¿En qué ha consistido?

7. ¿Qué opina de bañarse con sus hijos?

Lo acepta () Lo rechaza ()

Le es indiferente ()

4 **Nombre y funcionamiento de los genitales y órganos reproductores.**

- Si su hijo (a) le pregunta cómo se llaman los órganos sexuales femeninos ¿qué nombre les da? _____

- Si su hijo (a) le pregunta cómo se llaman los órganos sexuales masculinos ¿qué nombre les da? _____

- ¿Qué contesta cuando su hijo (a) le pregunta para qué sirven? _____

- ¿Conoce su hijo (a) las partes de su cuerpo?

Si () No ()

¿Cuáles? _____

- ¿Las identifica?

Si () No ()

¿Cuáles? _____

- ¿Conoce su hijo (los genitales)?

Si () No ()

3. ¿Con qué frecuencia realiza su hijo (a) este tipo de juego?

4. ¿A quién cree le corresponde hablar de Educación Sexual a sus hijos?

Mamá () Papá () Ambos ()

Maestros ()

¿Por qué? _____

5. ¿Ha observado usted si su hijo toca a otras personas en algunas partes de su cuerpo?

Como son:

Piernas Si () No ()

Brazos Si () No ()

Senos Si () No ()

Cara Si () No ()

Caderas Si () No ()

Nalgas Si () No ()

Pene Si () No ()

Vagina Si () No ()

6. ¿Qué ha hecho usted en esos casos?

Lo regaña () Le pega ()

No le hace caso () Otras ()

Especifique

7. ¿En qué momento considera que le debe hablar de sexualidad a su hijo (a)?

8. ¿Estaría interesado (a) en participar en un programa de Educación Sexual?

Si () No ()

¿Por qué?

9. ¿Aceptaría que su hijo (a) participara en un programa de Educación Sexual?

Si () No ()

¿Por qué? _____

10. ¿Qué sugerencias haría usted para llevar a cabo un programa de Educación Sexual?

11. ¿Qué espera que ocurra durante el curso o programa de educación sexual?

12. ¿Qué espera que no ocurra durante el curso de Educación Sexual?

ANEXO 3

Cuestionario ¿Sabemos escuchar?

Nombre: _____

Edad: _____

- Contesta este cuestionario de acuerdo con la clave. La primera columna es para responder acerca de la situación personal; la segunda columna es para contestar lo que estime de su pareja.

5= Totalmente cierto

4= Cierto

3= Puede ser

2= Falso

1= Totalmente falso

	YO	PAREJA
1. Me gusta escuchar cuando alguien está hablando	()	()
2. Acostumbro animar a los demás para que hablen	()	()
3. Trato de escuchar aunque no me caiga bien la persona que está hablando	()	()
4. Escucho con la misma atención si el que habla es hombre o mujer, joven o viejo	()	()
5. Escucho con la misma o parecida atención si el que habla es mi amigo, mi conocido o si es desconocido.	()	()
6. Dejo de hacer lo que estaba haciendo cuando te hablo.	()	()
7. Miro a la persona con la que estoy hablando.	()	()

8. Me concentro en lo que estoy oyendo, ignorando las distintas reacciones que ocurren a mí alrededor.	() ()
9. Sonrió o demuestro que estoy de acuerdo con lo que dicen. Animo a la persona que está hablando.	() ()
10. Pienso en lo que la otra persona me está diciendo.	() ()

11. Trato de comprender lo que me dicen.	() ()
12. Trato de escudriñar porque lo dicen.	() ()
13. Dejo de terminar de hablar a quien toma la palabra, sin interrumpir.	() ()
14. Cuando alguien que está hablando duda en decir algo, lo ánimo para que siga adelante.	() ()
15. Trato de hacer un resumen de lo que me dijeron y pregunto si fue realmente lo que quisieron comunicar.	() ()
16. Me abstengo de juzgar prematuramente las ideas hasta que hayan terminado de exponerlas.	() ()
17. Se escuchar a mi interlocutor sin dejarme determinar demasiado por su forma de hablar, su voz, su vocabulario, sus gestos o su apariencia física.	() ()
18. Escucho aunque pueda anticipar lo que va a decir.	() ()
19. Hago preguntas para ayudar al otro a explicarse mejor.	() ()
20. Pido, en caso necesario, que el otro explique en qué sentido está usando tal o cual palabra.	() ()

Fuente: Acevedo, I, A. (1992) ¿Sabemos escuchar?

ANEXO 4

Cuestionario de evaluación sobre sexualidad.

Nombre: _____

Edad: _____

I. Contesta individualmente las siguientes preguntas.

1. Primera fase de la respuesta humana, parte del conjunto de procesos mentales que ocurren cuando algo o alguien te gusta.
2. Se llaman así a las enfermedades que se presentan después de un contacto sexual y que principalmente afectan los órganos genitales tanto el hombre como en la mujer.
3. Segunda fase de la respuesta sexual humana durante la cual se concentra una gran cantidad de sangre en los genitales y por eso, en los hombres se presenta la erección del pene y en la mujer la lubricación vaginal.
4. Expulsión enérgica del semen por la uretra del hombre.
5. Atracción, preferencia o actividad sexual con personas del sexo opuesto.
6. Atracción, preferencia o actividad sexual con personas del mismo sexo durante la edad adulta.
7. Auto estimulación de los órganos genitales con el fin de sentir placer.
8. Tercera fase de la respuesta sexual humana, es la etapa final, la más placentera de la respuesta sexual y va acompañada de contracciones genitales involuntarias.
9. Según su raíz griega, significa prostituta y escritura, es todo material escrito o audiovisual destinado en forma deliberada a excitar el impulso.
10. Es la participación en actividades sexuales a cambio de recompensas monetarias.
11. Describe con una palabra que sientes por tu cuerpo.
12. Señala las respuestas correctas:
 - A) El cuerpo es un estorbo para el espíritu.
 - B) El espíritu es "lo bueno" y el cuerpo es "lo malo".
 - C) Somos una unidad cuerpo y espíritu.
13. Menciona dos ventajas y dos desventajas de tu sexo frente al complementario.
14. Indica dos razones por las que el hombre y la mujer se necesitan mutuamente.
15. Escribe tres razones por las que algunos jóvenes tienen relaciones sexuales prematrimoniales.
16. ¿Existe alguna consecuencia en la persona si no existe **actividad genital**?
17. Menciona tres formas de expresar el amor, que no sea genitalmente.
18. Menciona tres formas de canalizar el impulso sexual en los jóvenes.

Fuente: Comunidad encuentro, 1998.

ANEXO 5

Cuestionario de mitos.

Nombre: _____

Edad: _____

I. Marque la **M** si considera que la aseveración es un mito y la **D** si considera que es un dato.

1. La maternidad disminuye el deseo sexual en la mujer.	M	D
2. La menstruación impide hacer el amor.	M	D
3. La mujer no necesita tener relaciones sexuales con la misma frecuencia que el hombre.	M	D
4. La liberación femenina conduce a la promiscuidad.	M	D
5. El hombre propone y la mujer dispone.	M	D
6. El hombre no debe manifestar sus sentimientos.	M	D
7. Es responsabilidad del hombre si ella no se excita.	M	D
8. El hombre siempre quiere tener sexo.	M	D
9. Sexo es lo mismo que coito o relación sexual.	M	D
10. La masturbación es dañina	M	D
11. No se han determinado las causas de la sexualidad.	M	D
12. La mujer necesita más tiempo que el varón para alcanzar el orgasmo.	M	D
13. Para una mujer concebir, ¿necesita orgasmos?	M	D
14. El hombre es atractivo por su fuerza	M	D

física.		
15. La mujer es atractiva por su apariencia física.	M	D
16. El hombre debe de proteger y darle seguridad a su compañera.	M	D
17. La vasectomía causa problemas mentales.	M	D
18. Es poco saludable para la mujer, que se bañe o que nade durante su período menstrual.	M	D
19. Con el primer coito una mujer puede embarazarse.	M	D
20. Las píldoras anticonceptivas engordan, dan manchas y provocan varices.	M	D
21. El alcohol y la marihuana son estimulantes sexuales.	M	D
22. Un hombre con su pene más grande es más potente sexualmente, que uno con un pene pequeño.	M	D
23. Una vez que el hombre se ha excitado y tiene una erección, debe continuar hasta eyacular por que puede ser dañino si no lo hace.	M	D
24. Una mujer puede quedar embarazada aun si el hombre no eyacula dentro de la vagina.	M	D
25. Si una persona que tiene pareja se masturba, significa que hay un problema con la pareja.	M	D
26. En este momento de sabiduría los mitos anteriores ya no tienen ninguna influencia.	M	D

Los resultados del cuestionario serán analizados de acuerdo a los criterios de Vanegas, (2000), complementando la información de cada información.

ANEXO 6

Cuestionario de coitometro.

Nombre: _____

Edad: _____

I. Lea cada afirmación cuidadosamente y luego encierre la respuesta correcta.

1. En los humanos la actividad sexual, generalmente, dura un tiempo mucho más corto que entre otros mamíferos.	V	F
2. Durante el coito, la vagina no estimula al pene.	V	F
3. Para una mujer concebir, necesita orgasmos.	V	F
4. Las contracciones del útero durante el orgasmo de la mujer, difieren mucho de aquellas que se experimentan en el momento del expulsivo en el parto.	V	F
5. Durante el coito los senos de la mujer incrementan un poco su tamaño.	V	F
6. Si el orgasmo de una mujer se presenta demasiado rápido, una anestesia local sobre el clítoris ayuda a hacerlo más lento.	V	F
7. Es muy importante que durante el coito se tengan orgasmos simultáneos.	V	F
8. Cuando el embarazo esta avanzado es imposible comenzar el acto a través del orgasmo de la mujer.	V	F
9. Un clítoris con capuchón dificulta el orgasmo de la mujer.	V	F
10. Las masturbaciones recurrentes en el hombre, disminuyen el deseo sexual con su pareja.	V	F

11. Cuando la vagina está seca, la lubricación artificial hace el coito más fácil.	V	F
12. Cuando un hombre y una mujer tienen sus orgasmos al mismo tiempo, la concepción se vuelve más fácil.	V	F
13. El promedio de eyaculación ocurre solamente después de dos minutos de haber iniciado el coito, en el 75% de los hombres.	V	F
14. Cuando el orgasmo del hombre se aproxima, los músculos y su sistema reproductivo comienzan a contraerse para empujar el semen hacia la uretra.	V	F
15. Después del orgasmo, el clítoris puede estar dolorosamente sensitivo.	V	F
16. La eyaculación hace que el orgasmo del hombre sea más satisfactorio que el orgasmo de la mujer.	V	F
17. Colocar una anestesia local en el pene tiende a prolongar la erección.	V	F
18. En cada eyaculación se depositan en la vagina de 3 a 7 cm. de semen en promedio.	V	F
19. Hay erecciones glandulares cuando las contracciones vaginales ocurren durante el orgasmo de la mujer.	V	F
20. La tendencia médica, ahora, es permitir el coito hasta las últimas semanas del embarazo.	V	F
21. La eyaculación promedio, libera de 200 a 250 millones de espermatozoides.	V	F
22. El coito en posición convencional no es recomendable durante el embarazo.	V	F
23. La vagina es un espacio virtual y sus paredes son tales que vuelven a unirse después del coito.	V	F
24. Si la mujer coloca una almohada o un cojín bajo sus nalgas, el coito le puede	V	F

doler.		
25. El típico orgasmo masculino dura más tiempo que el femenino.	V	F
26. Después del intercambio sexual, un hombre pasa por un período de tiempo (10 minutos o varias horas, durante el cual la erección no se consigue fácilmente.	V	F
27. Una parte de las mujeres no experimentan dolor alguno, o muy insignificante, durante su primer coito.	V	F
28. La tendencia a orinar poco después del coito es común en los hombres.	V	F
29. El estrógeno ayuda a la vagina a producir una sustancia mucosa para la lubricación.	V	F
30. Durante el coito, el clítoris se retracta dentro de su capuchón, lo cual hace mantener contacto con él.	V	F
31. No está bien que las mujeres se masturben cuando tienen una pareja estable.	V	F
32. Debido a problemas emocionales, los músculos de una mujer pueden contraerse dolorosamente durante el coito.	V	F
33. El orgasmo del hombre generalmente, incluye solo los órganos genitales.	V	F
34. Generalmente la mujer puede continuar el coito después de su orgasmo sin ninguna incomodidad.	V	F
35. La fatiga después del coito es extremadamente rara o poco común.	V	F
36. Dispareunia significa coito placentero.	V	F
37. La mujer tiene la sensación de calor a través de su cuerpo como resultado del orgasmo.	V	F
38. Cuando el pene del hombre es demasiado largo, la posición femenina	V	F

superior ayuda a la mujer a mantener el control de la penetración.		
39. Durante el coito el clítoris se agranda.	V	F
40. Algunas personas son alérgicas a los anticonceptivos.	V	F
41. El orgasmo de la mujer, generalmente, incluye más contracciones que el hombre.	V	F
42. Una mujer con amenaza de aborto no debería tener coitos durante el embarazo.	V	F
43. El conducto vaginal tiene más terminaciones nerviosas que los labios mayores o menores.	V	F
44. Durante la excitación, las glándulas de Cowper secretan una sustancia mucosa.	V	F
45. El condón ayuda al hombre a prolongar el coito.	V	F
46. Cuando un hombre tiene varias eyaculaciones seguidas, generalmente la primera le da, menos placer.	V	F
47. Es común que la mujer orine inmediatamente después del coito.	V	F
48. A menos que se use un lubricante, un pene muy largo puede hacer daño a la pareja.	V	F
49. Un orgasmo femenino mediante auto estimulación es fisiológicamente muy diferente al obtenido con el coito.	V	F
50. Tener varios orgasmos seguidos es más típico en el hombre.	V	F

Cada respuesta representa dos puntos puesto que hay 50 ítems el puntaje perfecto es de 100 y la calificación más baja es de 0. Los resultados se analizan de acuerdo a los criterios de Vanegas, (2000)

ANEXO 7

POSIBLES REFORZADORES

REFORZADORES CONSUMIBLES: COMIDA, DULCES Y BEBIDAS .

Dulces

1. Galletas
2. Caramelos o dulces como lunetas, gomitas, etc.
3. Gelatina.
4. Helado
5. Pastelillos o bizcochos
6. Malvaviscos

Bebidas

1. Refrescos como Coca-Cola, etc.
2. Refrescos en bolsas de polietileno
3. Jugos de frutas

Antojos

1. Charritos
2. Fritos
3. Cereales azucarados

4. Papas fritas
5. Chicharrones
6. Habitas
7. Palomitas de maíz
8. Pepitas (semillas de calabaza)
9. Cacahuates
10. Pasas

Comidas

1. Comidas regulares
2. Leche
3. Postres
4. Frutas

REFORZADORES MANIPULABLES: JUGUETES, JUEGOS, ACTIVIDADES, ROPA, ETC.

Juguetes

1. Coches y camiones
2. Teléfonos, aros, etc.
3. Muñecas
4. Pelotas
5. Trompos
6. Insignias de metal
7. Globos
8. Burbujas de jabón
9. Juguetes de cuerda
10. Pistolas de agua
11. Silbatos
12. Cuerda de saltar
13. Cubeta y pala para arena

Juegos y actividades

1. Rompecabezas
2. Bloques o cubos
3. Armónica
4. Libros para pintar y crayones
5. Juego de pinturas
6. libros de lecturas
7. Monitos
8. Material para construir y armar
9. Plastilina
10. Gises
11. Papel de colores
12. Plumones

13. Block o tabla de papel
14. Pluma
15. Lápiz
16. Tijeras de seguridad (sin filo o punta)

Utensilios de aseo

1. Cepillo
2. Cortauñas
3. Tijeras para el pelo
4. Peine
5. Desodorante
6. Enjuagadientes
7. Jabón
8. Shampoo
9. Pasta de dientes
10. Cepillo de dientes
11. Goma para el pelo
12. Lociones
13. Perfumes

Ropa y prendas de vestir

1. Cinturón
2. Guantes
3. Agujetas
4. Anillo
5. Pañuelo
6. Calcetines
7. Zapatillas
8. Bolsa de mano
9. Brazalete

10. Peineta
11. Broche para el pelo
12. Moño
13. Collar
14. Gorra
15. Playera
16. Sudadera

REFORZADORES SOCIALES ALABANZA Y CONTACTO FÍSICO

Reforzadores sociales por alabanza

1. "Que buen niño"
2. "Muy bien hecho"
3. "Muy bien"
4. "Eso es"
5. "Sigue así"

Reforzadores por contacto físico

1. Abrazar
2. Besar
3. Hacer cosquillas
4. Sobar la cabeza
5. Luchar
6. Mecer sobre las rodillas
7. Dar de vueltas en el aire

REFORZADORES MANIPULABLES SOCIALES PRIVILEGIOS Y JUEGOS.

Reforzadores como actividades bajo techo.

1. Jugar a la pelota
2. Leer un libro
3. Dejar que un niño ayude al adulto al trapear, doblar ropas, o guardar objetos.

Actividades al aire libre

1. Columpios

2. Resbaladillas
3. Juegos de pelota en grupo
4. Ir a dar un paseo a la calle
5. Juegos como la roña, las escondidillas, etc.

Viajes

1. Visita a la casa
2. Feria
3. Día de campo
4. Pequeños viajes en coche

REFORZADORES SIMBÓLICOS: DINERO

DINERO

1. Dinero real que pueda usarse para comprar cosas en el restaurante o en las tiendas
2. Fichas, o dinero de juguete que pueda usarse para comprar los objetos enumerados arriba, en una tienda especial para los niños.

AUTOREFORZADORES: DEJAR QUE EL NIÑO SE REFUERCE ASI MISMO.

Dejar que el niño se ponga a realizar cualquier actividad que él quiera, después de haber hecho algo que se supone debería hacer. Las actividades pueden ser: correr alrededor del cuarto, o el patio, sentarse, mecerse y saltar, y así por el estilo.

R E F E R E N C I A S

1. Aguilar, L; y Huitrón, V. (1988) *Programa de educación especial para niños con retardo en el desarrollo*. Tesis UNAM. Fest. México.
2. Alvarado R. T. (1999) *Propuesta de educación sexual en discapacidad intelectual*. Tesis UANAM Fest. Iztacala, México.
3. Amor, P, J. (1997) *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Madrid.
4. Andrade, R, V; y Benavides, L, E (1992) *La educación sexual de sujetos con retardo en el desarrollo psicológico*. Tesis. UNAM Enep Iztacala México.
5. Anestein, H. (1967) *Tu hijo y el sexo*. México: Pax México.
6. Baldaro, V; Govigli, G. y Valgmigli, C (1988) *La sexualidad del deficiente*. Barcelona: Ediciones Ceac Educación Especial.
7. Beltrán, Fj. y Félix, G. (1986) *Manual de orientación sexual a padres* Xalapa: Edit. Universidad Veracruzana.
8. Beltrán, Fj. y Torres, I.A. (1995) *Conocimientos sobre sexualidad en los profesores de educación especial: un estudio exploratorio*. Revista Psicología y Salud N.º 6 Nueva Época. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Xalapa: Edit. Universidad Veracruzana.
9. Bruckner, H. (1971) *Cuando tu hijo te pregunta*. Gente Nueva.
10. Caldera, H, N; y Landero, O, L (1997) *La sexualidad en niños con retardo en el desarrollo. Trabajo con los padres como una aproximación al tema;* Tesis UNAM, Fest. Iztacala México.
11. Castillo A.S.; Gento P.S. (1995) *Modelos de Evaluación de Programas Educativos*. En: A. Medina y L.M. Millar (Eds). Madrid: Universitas S.A.

12. Cecadee, (1985) *Educación Sexual en los Centros de Capacitación de Educación Especial*. México, D.F.: Dirección General de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública.
13. Chiu, F. J y Vazquez, T. J (1990) *Mitos y tabúes en la sexualidad y sus repercusiones en la expresión sexual*. Tesis UNAM Fest. Iztacala.
14. Cortes, G, V. (1984) *Importancia del entrenamiento a padres en la prevención de conductas sexuales inadecuadas, en adolescentes que presentan retardo en el desarrollo*. Tesis UNAM Enep Iztacala, México.
15. Confederación Mexicana de Asociaciones a favor de la persona con Discapacidad Mental A.C. CONFE (1993) Folleto del comité sociosexual. México, D. F: CONFE.
16. *Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y calidad*. (1994) Salamanca, España.
17. Couwenhoven, T. (2002) *Revista Síndrome de Down*.
18. Dallayrac, N. (1987) *Los juegos sexuales de los niños*. Barcelona: Edit. Gedisa.
19. Davison, G y Neale, J. (1983) *Psicología de la conducta anormal*. Editorial Limusa, México.
20. En la comunidad de encuentro. (1988). *Formación de la sexualidad en el adolescente. Escuela para Padres y Madres de Familia*. A.C. Archivo del Instituto Médico Pedagógico.
21. Estrella P, R y Flores, G (1995) *Elaboración de un manual de educación sexual para padres de niños con retardo en el desarrollo*. Tesis UNAM Enep Iztacala México.
22. Fabián, P, D y Segundo C, M (1992) *Programa de educación sexual para adolescentes con retardo en el desarrollo*. Tesis UNAM Enep Iztacala México.

23. Fisher, H; Krajicek, M. y Bartich, W. (1975) *Educación Sexual del Deficiente Mental, Guía para padres, maestros y profesionales*. Barcelona, España: Edit. Fontanella.
24. Flores, C, J (1985) *Conducta sexual en sujetos con retardo en el desarrollo: comentario crítico y consideraciones gen para programar su educación para la sexualidad*. Tesis UNAM Enep Iztacala.
25. Girón, E (1999), *Los discapacitados también necesitan anticonceptivos*.
26. INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Base de datos.
27. Kawage de Quintana, A.; Gutiérrez de F.C; P; Llano de O; M. Martínez P., D; Chavarría O.M. *Los hijos discapacitados y la familia*. México: Trillas.
28. Kusnetzoff, J www.e-sexología.com
29. *Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal*. (1995)
30. *Lineamientos Generales para vincular a la familia en el proceso educativo* (1988) DGEE
31. Maksym, D (1990) *Shared Feelings: A Parent Guide to Sexuality Education for Children, Adolescents and Adults Who Have a Mental Handicap*. North York: The Roeher Institute.
32. Martí, E y Onrubia J (1997) *Psicología del desarrollo: El mundo del adolescente*. Editorial Horsori.
33. *Manual de dinámicas para maestros y padres*. México; Trillas.
34. Master, H, W Johnson, E, V; y Kolodmy, R, C (1995) *Sexualidad y discapacidad. La sexualidad humana*. Barcelona. (650-657): Grijalba.

35. Monroy de Velasco, A. (1985) *El educador y la Sexualidad humana*. México: Edit. Pax.
36. Pérez Juste, R. (1992) *Evaluación de Programas*. Madrid, España: UNED.
37. Ribes, I. (2004) *Técnicas de modificación de conducta: "Su aplicación al retardo en el desarrollo"* 2ª edición. Editorial Trillas.
38. Sobsey, D.;Mansell, S. (1990) *La prevención del abuso sexual en personas con deficiencia mental*. Emisión especial: *Abuso sexual*. Developmental Disabilities Bulletin. Edmonton. Vol.18.
39. Shindell, P.E. (1975) *Programa de Educación Sexual para el Deficiente Mental*. Journal of school health. Vol. 45.
40. Speck, O. (1990) *Rehabilitación de los insuficientes mentales*. Editorial Herder.
41. Torres, I.A. y Beltrán, F.J. (1994) *Estudio exploratorio de actitudes sobre sexualidad y deficiencia mental*. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Ver: México.
42. Torres, P, P. (1982) *La sexualidad en el deficiente*