



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.

NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25

TESIS PROFESIONAL.

**GUÍA DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD
A ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

IVONNE ODESSA HERNÁNDEZ RENEAM

ASESOR:

LIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ

ORIZABA, VER.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios porque confiando en Él todo es posible.

*A ti papá, por tu ejemplo de lucha y valentía, por enseñarme a no rendirme y
decir SI PUEDO. Te amo papá.*

*A ti mamá, por ser mi amiga y mi madre al mismo tiempo, por tu amor y tus
enseñanzas, por apoyarme siempre. Te amo mamá.*

*A mis hermanos Enoc y Andrés, por su ayuda y su confianza en que lograría
llegar a la meta. Los amo hermanos.*

*A ti menina, por formar parte de mi vida, por todos estos años de amistad
incondicional y sobre todo por tu apoyo para concluir este proyecto.*

*A ti Lalo, por el amor, el apoyo y la confianza que me has brindado durante el
tiempo que hemos estado juntos y el hacerme ver la importancia de establecer
prioridades.*

*A la Comunidad Down Guadalupe A. C. por abrirme sus puertas para llevar a
cabo este trabajo y haber conocido ese mundo tan lindo que es el Síndrome de
Down.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | | |
|-------|----------------------------|----|
| 1.1 | Descripción del problema | 10 |
| 1.2 | Formulación del problema | 15 |
| 1.3 | Justificación del problema | 15 |
| 1.4 | Formulación de hipótesis | 16 |
| 1.4.1 | Determinación de variables | 16 |
| 1.4.2 | Operalización de variables | 17 |
| 1.5 | Delimitación de objetivos | 17 |
| 1.5.1 | Objetivo general | 17 |
| 1.5.2 | Objetivos específicos | 18 |
| 1.6 | Marco conceptual | 18 |

CAPÍTULO II MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

| | | |
|-----|------------------------------|----|
| 2.1 | Antecedentes de la ubicación | 21 |
| 2.2 | Ubicación geográfica | 24 |

CAPÍTULO III MARCO TEÓRICO

| | | |
|-------|--------------------------------------------------------------|----|
| 3.1 | Referentes teóricos del Síndrome De Down | 25 |
| 3.1.1 | Antecedentes médicos y científicos del Síndrome de Down | 25 |
| 3.1.2 | Síndrome de Down | 27 |
| 3.1.3 | Características físicas y psicológicas del Síndrome de Down | 33 |
| 3.1.4 | Desarrollo del niño con Síndrome de Down | 45 |
| 3.2 | Fundamentos de la Sexualidad bajo la concepción sistémica | 56 |
| 3.2.1 | Aspectos de la sexualidad humana | 59 |
| 3.2.2 | Modelo de los cuatro holones sexuales | 64 |
| 3.2.3 | Sexualidad y Síndrome de Down | 70 |
| 3.2.4 | Desarrollo de la sexualidad en Personas con Síndrome de Down | 72 |

CAPITULO IV PROPUESTA DE TESIS

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1 | Contextualización de la propuesta | 81 |
| 4.2 | Desarrollo de la propuesta de tesis: “Guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad a adolescentes con Síndrome de Down” | 83 |

CAPÍTULO V DISEÑO METODOLÓGICO

| | | |
|-----|-----------------------------------------|-----|
| 5.1 | Enfoque de la investigación | 181 |
| 5.2 | Alcance de la investigación | 182 |
| 5.3 | Diseño de la investigación | 182 |
| 5.4 | Tipo de investigación | 183 |
| 5.5 | Delimitación de la población o universo | 183 |
| 5.6 | Selección de la muestra | 184 |
| 5.7 | Instrumento de prueba | 186 |

CAPÍTULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

| | | |
|-----|----------------------------------|-----|
| 6.1 | Conclusiones de los instrumentos | 187 |
|-----|----------------------------------|-----|

| | |
|-------------------|-----|
| CONCLUSIÓN | 189 |
|-------------------|-----|

| | |
|--------------------|-----|
| REFERENCIAS | 191 |
|--------------------|-----|

| | |
|-----------------|-----|
| GLOSARIO | 196 |
|-----------------|-----|

| | |
|---------------|--|
| ANEXOS | |
|---------------|--|

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos se relacionan con personas de su mismo sexo y del complementario, por eso la sexualidad está vinculada con las actitudes y conductas del individuo y tendrá un carácter cambiante según la etapa en que se encuentre y en las condiciones socioculturales en que viva. La sexualidad es parte del ser humano desde su nacimiento, influye en la manera de comportarnos, de sentir, de hacer y tiene mucha relación con los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por esto, la importancia de la educación sexual radica en promover un mejor conocimiento de la persona misma, contribuye a desarrollar su aceptación y fortalece los sentimientos de autoestima y el ejercicio de la responsabilidad, elementos que sirven de base para la vida afectiva y sexual posteriores. La educación de la sexualidad, está orientada a promover valores de respeto mutuo y al desarrollo afectivo pleno, lo que constituye un aporte fundamental al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Es importante sobre todo en la etapa de la adolescencia que se hable con los jóvenes sobre su sexualidad, ya que al ser una etapa, que en ocasiones se vuelve difícil debido a los cambios físicos y emocionales, aunado a ello la falta de información, prejuicios o malas interpretaciones de lo que constituye la sexualidad. En especial, para los adolescentes con Síndrome de Down esta

etapa es difícil debido a la limitada información que reciben, lo que conlleva conductas inadecuadas sobre su sexualidad, como muestra, el afecto exagerado hacia las personas del sexo opuesto o bien cuando se aísla de los demás. La falta de educación sobre sexualidad del adolescente con Síndrome de Down repercute en su integración social, condenándolo a la ignorancia de su sexualidad, a la esterilización y prohibición de un noviazgo o casarse. Por esto es importante proporcionarle la información necesaria para que entienda los cambios fisiológicos que su organismo tendrá y aprenda a aceptarlo y cuidarlo, así también los roles y conductas aceptables dentro de la sociedad en que viven.

Consciente de esto la siguiente tesis proporciona información lo más veraz y completa sobre la temática referida, ya que se considera que dar información sobre sexualidad a los adolescentes con Síndrome de Down les ofrece herramientas necesarias para tener una vida independiente dentro de sus posibilidades y con una actitud responsable hacia su sexualidad. Por ello la presente investigación está dividida en seis capítulos.

El primer capítulo abarca el planteamiento del problema, donde se da una descripción del mismo, se genera la pregunta de investigación, se define un propósito para llevar a cabo el estudio del tema propuesto, se expone la hipótesis que se tiene en torno al tema, así como los objetivos planteados, las variables de estudio y un marco conceptual.

En el segundo capítulo se hace mención al marco contextual de referencia donde se da una breve descripción de los antecedentes de la institución, así como la ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación con un croquis de localización.

El tercer capítulo está compuesto por el marco teórico que consta de dos apartados en los que se revisan y se hace mención de los referentes teóricos que dan sustento a los temas relacionados con la investigación. En primera instancia se aborda el Síndrome de Down; desde lo genético, características físicas, psicológicas y desarrollo con el fin de conocer todo lo referente a una persona Down. El segundo apartado incluye un panorama sobre la sexualidad, el modelo de los 4 holones y después de manera más específica la sexualidad y el desarrollo de esta en personas con Síndrome de Down.

El cuarto capítulo corresponde a la propuesta de la tesis, en ella se desarrolla ampliamente el proyecto de la elaboración de una guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad a adolescentes con Síndrome de Down.

Posteriormente en el capítulo cinco se encuentra el diseño metodológico que guió esta investigación, es decir, la determinación de las estrategias y procedimientos que sirvieron para dar respuesta al problema de investigación.

El capítulo sexto muestra el análisis de resultados de la investigación en base al desarrollo de los objetivos presentados. Y por último se encuentran las conclusiones y reflexiones finales.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema.

En el tema de la educación sexual en nuestro país y en muchos otros de Latinoamérica, es una necesidad que no ha recibido la debida atención, por desconocimiento, prejuicios, ignorancia y por falsas ideas de lo que es la sexualidad, provocando diversos y preocupantes problemas; como las enfermedades de transmisión sexual, abortos, embarazos no deseados, los cuales son cifras alarmantes y se ven reflejados notoriamente en la población juvenil.

Frente a esta realidad y la creciente demanda por parte de jóvenes, padres, maestros, psicólogos, pedagogos y educadores, se inició la formación de instituciones especializadas en el área de educación sexual, haciendo campañas, elaborando programas educativos, y en el área de la educación formal la Secretaria de Educación Pública ha incluido algunos temas de sexualidad dentro de otras materias del programa escolar a nivel primaria y secundaria; pero las carencias en este ámbito de la educación no han sido resultas en nuestro país y a pesar de estas deficiencias a nivel de educación formal los jóvenes tienden a buscar una alternativa al acudir a centros de información, revisar libros, revistas, y asistir a platicas informativas entre otros

medios de educación no formal; mediante los cuales pueden encontrar respuestas a algunas de sus muchas inquietudes, sin embargo, es importante aclarar que la educación de la sexualidad no es informativa, sino formativa, aun cuando los conocimientos adecuados son los que permiten el desarrollo de habilidades y actitudes sanas.

Por lo tanto, lamentablemente este gran esfuerzo se ha visto entorpecido porque en muchas familias y en gran cantidad de escuelas se sigue educando como si la sexualidad no existiera. Entre las familias y las escuelas no se ha logrado llegar a una comunicación en cuanto a la educación sexual, lo cual presenta una de los más graves impedimentos en el avance de ésta. Por ejemplo, al ser humano se le define en la escuela como un ente biológico, psicológico y social y bajo esta concepción la sexualidad se debería ver como algo inherente al hombre en la cual intervienen los mismos factores, entendiendo también que tiene un carácter cambiante según la etapa de desarrollo y las condiciones socioculturales en que el individuo viva. Desafortunadamente, la sexualidad ha sido dividida, y se le considera un instinto meramente biológico, juzgándola como sucia, mala y prefiriendo entonces no hablar de ella.

Y la realidad es que diario todos somos bombardeados con mensajes sobre el tema de la sexualidad y el sexo; sin ser conscientes, todos damos y recibimos de diversas formas educación, desde el momento que somos seres sexuados y sexuales que formamos e interactuamos en una sociedad. Por lo

tanto, la educación de la sexualidad existe, el problema es la forma en como se ha venido dando. La información recibida proviene de medios de comunicación, la familia, amigos y la escuela que como se sabe son las principales fuentes de educación, pero frecuentemente la mayoría dan una educación de la sexualidad inadecuada, y es manejada con distintas intenciones, creando una confusión y una doble moral.

Uno de los sectores que sufren aún más profundamente las consecuencias de una educación sexual inadecuada es la población de personas con alguna discapacidad, las oportunidades para aprender de la sexualidad se encuentran para ellos más limitadas, por ejemplo, el nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance en la mayoría de los casos, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad; lo cual de inicio subraya una necesidad mayor de la enseñanza de la sexualidad. A esta población desde el principio le es negada la oportunidad de recibir la información pertinente sobre el desarrollo de su sexualidad, debido a que se considera que son seres que nunca se verán inmiscuidos en una relación sexual, como si la sexualidad se redujera a este acto; olvidando que la sexualidad es un término que abarca muchas facetas de lo que somos, lo que creemos y sentimos sobre ser hombres o mujeres, sobre los papeles y expectativas asociadas a creencias y sentimientos; involucrando nuestras conductas, interacciones y relaciones con las demás personas incluyendo como se sienten con su propio cuerpo y con sí mismos.

Dentro de los grupos de personas con discapacidad el más presente en la población y por lo mismo de los más estudiados y atendidos, es el de las personas con Síndrome de Down, teniendo una incidencia de uno por cada 700 recién nacidos (INEGI, 2000) y presentando rasgos físicos característicos y un déficit intelectual variable.

En tiempos recientes, las personas con síndrome de Down eran aisladas y ocultadas socialmente y no se consideraba que tuvieran derechos afectivos y sexuales. Hoy en día, aún son muchas las personas que tienen actitudes y creencias contrarias a que se les reconozcan los derechos afectivos y sexuales negándoles la necesidad de formación para la vida sexual y familiar.

El tratar este tema con personas con Síndrome de Dow es aún más complicado, ya que debido a su capacidad cognitiva no comprenden a profundidad el lugar o papel que tienen como seres sexuados dentro de una sociedad, la cual suele tacharlos como personas que no tienen derecho a vivir plenamente en ningún ámbito de su vida y particularmente en el aspecto de la sexualidad.

Desafortunadamente en la conciencia social existe aún un profundo escepticismo en relación a las posibilidades de integración y maduración del individuo con Síndrome de Down, por lo tanto, para las personas con Síndrome

de Down, los desafíos que supone el sano desarrollo de la sexualidad son todavía más intensos, ellos se enfrentan a la difícil tarea de independizarse mientras siguen necesitando la protección y la unidad familiar; muchos de ellos, necesitan la ayuda de otros para su auto cuidado, lo que dificulta la enseñanza de las fronteras personales y la intimidad.

Es necesario que las personas con Síndrome de Down obtengan información referente a su sexualidad a través de distintos niveles, empezando por conocer su propio cuerpo, lo que ayuda directamente a formarse una imagen más completa de ellos mismos; el hecho de aceptar tanto su cuerpo y sus emociones, les ayuda a crearse una autoimagen más completa y, por consiguiente, tener mayor seguridad en ellos mismos favoreciendo su autoestima. Otro nivel sería el social por medio del cual logren ubicar dónde y con quién pueden expresar su sexualidad y que esto les permita integrarse a la sociedad.

Si se pretende que la persona con Síndrome de Down tenga una vida lo más cercana posible a lo normal, integrada a la comunidad y capaz de dirigir su vida y tomar decisiones sobre sí misma al máximo, no puede omitirse de ninguna manera la educación de la sexualidad, ya que sin ésta la persona carecería de un sinnúmero de herramientas necesarias para la adecuada socialización y autocuidado.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál sería la herramienta psicológica alternativa para la enseñanza de la sexualidad a adolescentes con Síndrome de Down?

1.3 Justificación del problema.

Para los padres y muchos profesores de personas con Síndrome de Down el desarrollo evolutivo de estos niños puede ser una fuente de estrés constante y una responsabilidad aplastante, sobre todo si no se sienten preparados, por ello es importante que los padres y profesores cuenten con el apoyo de profesionales que están en contacto con personas con Síndrome de Down (docentes, psicólogos, personal de salud entre otros). Esto requiere de una comunicación constante y congruente entre ellos para compartir los métodos utilizados tanto en la casa como fuera de ella, para fomentar el desarrollo pleno de la sexualidad y afrontar las conductas sexuales inapropiadas.

En la ciudad de Orizaba Veracruz las instituciones privadas y públicas de Educación especial no cuentan con programas específicos y sistematizados para la enseñanza de la sexual que permita a las personas con Síndrome de Down adquirir las estrategias necesarias y conocimientos para comprender todos los aspectos que conciernen a la afectividad y la sexualidad y favorecer una conducta sexual positiva, libre y responsable ajustada a las normas sociales de su entorno, que los protejan de situaciones de riesgo como: embarazos no

deseados, abuso sexual, exploración sexual; enfermedades de transmisión sexual entre otras.

Es indudable que por lo anterior mencionado surja la necesidad de plantear e investigar de forma específica el tema y apoyar a los profesores y jóvenes alumnos de la Comunidad Down Guadalupe A.C. mediante la presente investigación y la elaboración de una Guía como método didáctico que permita la enseñanza, entendimiento y reflexión hacia la sexualidad y la importancia de esta en el desarrollo pleno de la sexualidad de los adolescentes con Síndrome de Down. Así mismo se pretende que en lo futuro, los resultados de esta investigación permitirán dar pautas para generar nuevas líneas de investigación y/o intervención con esta población.

1.4 Formulación de hipótesis.

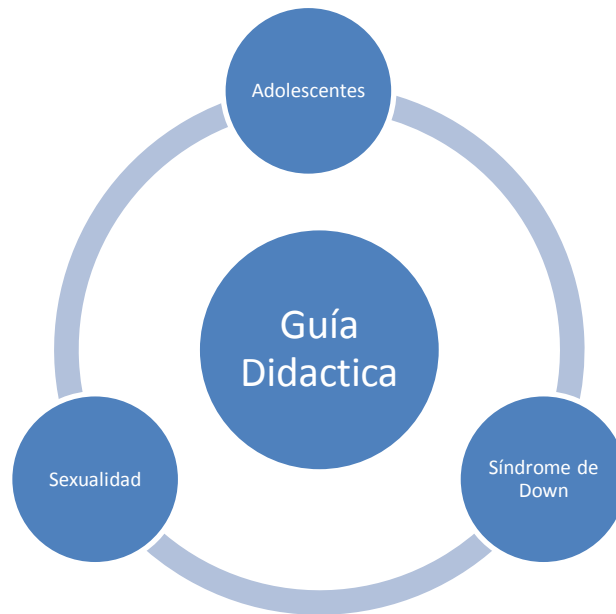
La elaboración de una guía didáctica como herramienta psicológica alternativa para la enseñanza de una sexualidad saludable a adolescentes con Síndrome de Down.

1.4.1 Determinación de variables.

Variable dependiente: Guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad.

Variable independiente: Adolescente con Síndrome de Down.

1.4.2 Operalización de variables.



La guía didáctica, como herramienta psicológica alternativa, en la enseñanza de la sexualidad, aplicada a adolescentes con Síndrome de Down, traerá como beneficio un desarrollo saludable para el alumno.

1.5 Delimitación de objetivos.

1.5.1 Objetivo general.

Elaborar una guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad a adolescentes con Síndrome de Down que sirva como una herramienta psicológica alternativa.

1.5.2 Objetivos específicos.

- ψ Identificar y analizar los conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes con Síndrome de Down con respecto a su sexualidad.

- ψ Que los adolescentes desarrollen conceptos y actitudes a favor de una sexualidad responsable.

- ψ Que los jóvenes identifiquen la sexualidad como parte de ellos mismos para manifestarse como seres sexuados.

- ψ Fortalecer sentimientos de autoestima.

1.6 Marco conceptual.

1.6.1 Síndrome de Down.

El Síndrome de Down es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo), en vez de los dos habituales (trisomía del par 21) caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. Es la causa más frecuente de discapacidad psíquica

congénita, con más de 20 rasgos y síntomas que dificultan a grandes rasgos la vida de estas personas, como patologías especialmente de corazón, sistema digestivo y síntoma endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más.

1.6.2 Sexualidad.

El concepto de sexualidad hace referencia al conjunto de características biológicas (corporalidad), psicológicas (pensar, sentir, actuar) y sociales. La sexualidad es la manera de pensar, de sentir y de actuar de hombres y mujeres en una sociedad y grupo determinado. Por tanto la sexualidad se relaciona con nuestras ideas, palabras, deseos, fantasías, emociones, valores y comportamientos, es decir, con todo nuestro ser, con nuestra humanidad y por tanto es diversa en sus manifestaciones. (OPS/OMS, 2000).

1.6.3 Adolescencia.

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano entre la infancia y la adultez, comienza en la pubertad y termina cuando el ser humano es apto para la reproducción. Esta transición a la adultez ocurre aproximadamente a los 12 años y termina hacia los 20 años, en esta etapa el sujeto está expuesto a cambios físicos, cognitivos y sociales, que originan una serie de respuestas

psicológicas, que mezcladas con factores de riesgo, pueden afectar el sano desarrollo de los adolescentes (Papalia, Wendkos & Duskin, 1978).

1.6.4 Conceptualización del diseño de una Guía didáctica.

Es el diseño de un proceso enseñanza– aprendizaje vivencial y dinámico mediante el cual el individuo adquiere información y formación sobre aspectos físicos, psicológicos y biológicos que contribuyen a la formación y comportamiento sexual en su vida.

CAPÍTULO II

MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes de la ubicación.

La Comunidad Down Guadalupe A. C. fue fundada en la Ciudad de Orizaba Veracruz, el día 2 de Septiembre de 1992 por la Profesora Lilia Guadalupe Solís de Ramos con domicilio en sur 9 no. 732. La razón por la que se fundó esta institución fue a raíz de la necesidad de tener un lugar especializado para la educación de su hija y otros niños con Síndrome de Down y poder trabajar con programas especializados y adecuados para personas con Síndrome de Down. Comenzando con 4 alumnos y 2 profesores. En esta ubicación duraron 15 años, posteriormente cambiaron de ubicación a norte 13 no. 316, Centro evangélico Orizaba poniente, donde les prestaban las instalaciones en las mañanas para desarrollar sus labores educativas con los niños y jóvenes Down, estuvieron alrededor de 3 años y actualmente se localiza en sur 11 no. 204. Comunidad Down Guadalupe A.C. cuenta con 20 años de experiencia en la atención de niños y jóvenes Down.

Cuando se funda la escuela al principio se daban donativos durando así 9 años, los siguiente 8 años fue totalmente gratuita (2002 – 2010) por el patrocinio

de la asociación EXPORI. Actualmente los alumnos inscritos se les otorgan becas por parte del DIF con el que pagan a la escuela.

En el 2010 recibe reconocimientos por parte del Club Rotario de la Ciudad de Orizaba y el mismo año recibe otro por el Centro Cultural Hispanoamericano de las Altas montañas por la labor altruista que se da a la Comunidad Orizabeña específicamente por la labor con niños y jóvenes con Síndrome de Down. Cuenta con donativos deducibles de impuestos de las siguientes empresas: Universidad del Valle de Orizaba UNIVO, Distribuidora Montosa SA. De CV., Municipio de Orizaba.

Comunidad Down Guadalupe A.C. es una institución no lucrativa que atiende a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, atendiendo solo a la población con Síndrome de Down, teniendo derecho a recibir una educación adecuada a sus estilos y ritmos de aprendizaje donde desarrollan todas sus habilidades, facultades y destrezas, capacitando laboralmente en los diferentes talleres para crear individuos independientes útiles a sí mismos y a la sociedad.

Comunidad Down Guadalupe A.C. proporciona atención psicopedagógica y ocupacional a niños con Síndrome de Down en etapas de estimulación temprana (1mes/ hasta que logran caminar), preescolar, primaria, adolescentes y jóvenes, que por sus características físicas y psíquicas no pueden estudiar en escuelas regulares, ofreciendo capacitación en diferentes oficios con la finalidad

de que logren independencia personal, además se ajusta al calendario escolar, horarios y practicas escolares propias del nivel de educación básica, tales como celebraciones de asambleas, actividades de rutina, tareas, recreos, etc.

El edificio que ocupa cuenta con 2 aulas grandes, todas equipadas con mesas, sillas y escritorio; área común para actividades de psicomotricidad o baile, 1 gimnasio equipado con colchonetas y aparatos especializados para fortalecer las extremidades, así como también pelotas y aros; tiene 2 baños, cocina y una pequeña oficina. El material didáctico con que cuenta la escuela es surtido y basto, suficiente para que el maestro desarrolle adecuadamente su trabajo.

Además la institución dispone de un equipo multidisciplinario, conformado por profesionales: Directora, Psicopedagoga, psicóloga, personal docente.

2.2 Ubicación geográfica.

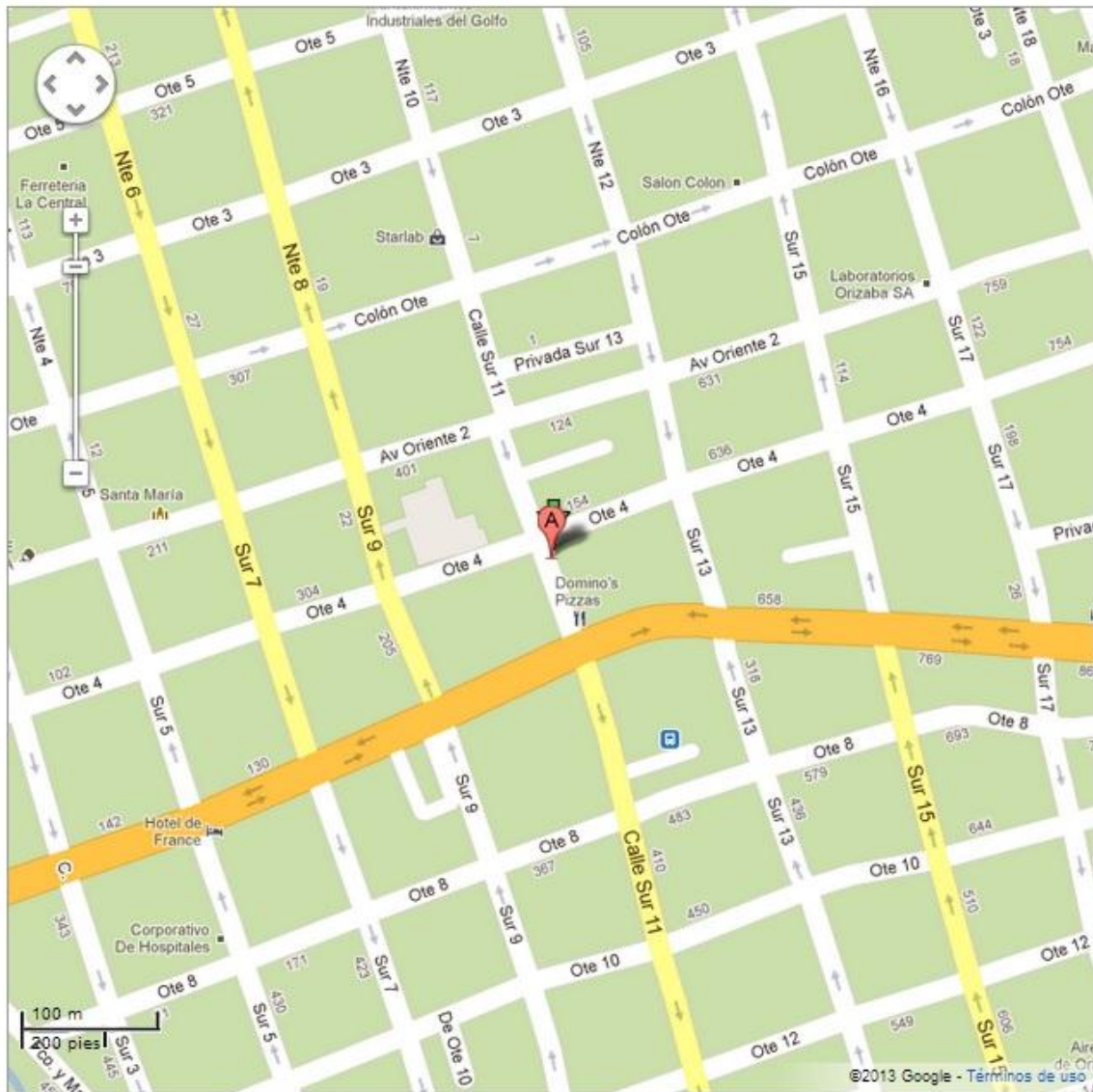


Figura 1. Ubicación geográfica de Comunidad Down Guadalupe A.C.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 Referentes teóricos del síndrome De Down.

Durante el desarrollo del presente capítulo se hará referencia acerca de los conceptos, características físicas, psicológicas y sociales del síndrome de Down haciendo un análisis de las características más comunes desde el momento de su concepción y sus relaciones sociales de su entorno.

3.1.1 *Antecedentes médicos y científicos del Síndrome de Down.*

Carrasco (1998) dice que el Síndrome de Down fue tratado por primera vez en 1866 cuando John Langdon Down (1820 – 1890) lo separó de otras variantes clínicas de idiocia y le dio el nombre de Mongolismo por el parecido de los rasgos físicos con los de raza mongólica. Este “insulto étnico” generó gran revuelo en el decenio de 1960, cuando investigadores asiáticos propusieron que el nombre se eliminara por completo, quedando en su lugar el del Síndrome de Down.

Sin duda, el doctor Langdon Down tenía gran experiencia en pacientes con deficiencia mental, ya que las descripciones que hizo de estos pacientes fue tan clara, que sigue siendo vigente en nuestros días.

Langdon Down (1866) describe las características faciales, la coordinación anormal, las dificultades en el lenguaje, así como la asombrosa facilidad que tienen tales pacientes para imitar las actitudes de maestros y amigos, además de su gran sentido del humor.

El doctor Langdon Down consideró en un principio que ciertas enfermedades en los padres podrían originar este síndrome y en alguno de sus escritos comentó que la tuberculosis durante el embarazo podría romper la barrera de las razas y ocasionar que padres europeos tuvieran hijos orientales. Lo cual, al paso del tiempo, se descartó ya que la tuberculosis no era un factor predominante en la mayoría de los casos de los pacientes que padecen dicha deficiencia.

En la década de 1880 algunas otras causas se debatían en ser las que provocaban el Síndrome de Down entre las que destacaban:

- ψ La sífilis hereditaria, idea que se desechó en 1886
- ψ El alcoholismo, su teoría era que los fetos no pueden asimilar el alcohol causa por la cual se vuelven deficientes mentales, en 1900, Agustín Sutherland rechazó por completo la idea.
- ψ Un desequilibrio endocrino o el sistema reproductor de la madre era deficiente.

Carrasco (1998) menciona que G, E, Sthutleworth describen la presencia de un defecto congénito y observan que con frecuencia estos niños eran los últimos de una numerosa familia y algunos eran hijos de madres cercanas al climaterio, además concluyeron que el padecimiento se debía a una reducción de la potencia reproductora.

En 1930 se iniciaron los estudios sobre las irregularidades cromosómicas, porque no se disponía de técnicas adecuadas para esclarecer los problemas biológicos.

Más tarde, en 1959, Lejeune, Gautier y Turpin demostraron que la variedad común de Síndrome de Down se correlacionaba con la existencia de un cromosoma adicional en el grupo g. se considera que el cromosoma 21 es el afectado, por ello a esta anomalía se le ha llamado “trisomía G I” o “trisomía 21”. (Carrasco,1998).

3.1.2 Síndrome de Down.

Ortega (1997) señala que, básicamente, el individuo con Síndrome de Down tiene un cromosoma adicional en cada una de las células de su cuerpo, es decir, posee 47 cromosomas en lugar de los 46 que existen normalmente. Esto ocurre debido a un error en la distribución del material cromosómico: en el momento de dividirse una de las células recibe un cromosoma de más, lo cual

puede suceder en cualquier momento, ya sea durante la formación de células germinales o bien, en las primeras divisiones del huevo fecundado.

El cromosoma adicional causante del Síndrome de Down, tiene la forma y el tamaño de los cromosomas del par 21; por eso se dice que el Síndrome de Down es una trisomía (tres cuerpos) en el cromosoma 21.

Anomalías cromosómicas más frecuentes.

La información que porta este cromosoma adicional desempeña un papel determinante en las características del individuo y afecta de manera decisiva el curso de su vida, ya que origina un desequilibrio genético que altera el curso normal del desarrollo del niño.

De acuerdo con Carrasco (1998), existen tres formas de trisomía, denominadas: libre, mosaico y translocación.

Trisomía 21 libre.

Se conoce así a aquella en que todas las células del organismo tiene 47 cromosomas, en vez de 46; la ubicación del cromosoma "extra" se encuentra en el cromosoma original del par 21, también denominado grupo "G" de los cromosomas. (Jasso, 2001).

La presencia o aparición de la trisomía regular es debida al azar ya que al parecer no tiene una causa que la produzca y se piensa que es debida a un inadecuada distribución de los cromosomas del par 21, sea del óvulo o del espermatozoide, en este caso el error de la distribución cromosómica se produce en el desarrollo del óvulo o del espermatozoide, o bien en la primera división celular del óvulo fecundado. Esta forma de trisomía es la más frecuente, ya que del 90 al 95% de las personas con Síndrome de Down tienen este tipo de trisomía.

Es necesario recordar que cada ser humano tiene 46 cromosomas, la madre y el padre aportan la mitad, es decir, 23 cada uno. Cuando el óvulo y el espermatozoide se desarrollan, los pares de cromosomas se separan y uno de los cromosomas de cada par entra a la célula germinal, produciendo una célula con 23 pares, 22 de autosomas y dos cromosomas sexuales.

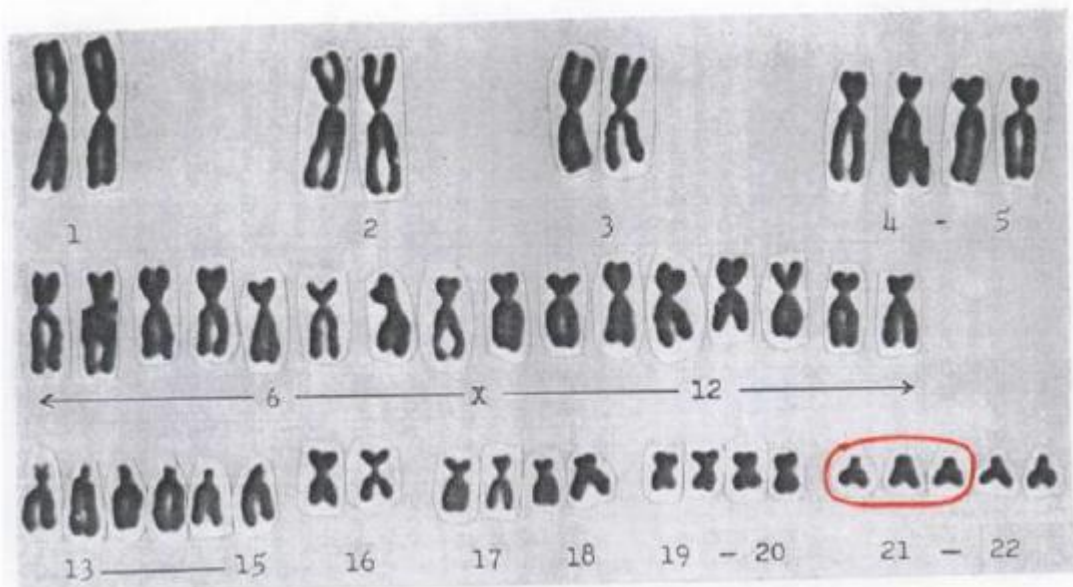


Figura 2. Cariotipo de una mujer con trisomía 21 regular.

Trisomía 21 Translocación.

Al igual que la trisomía 21 regular, existe un factor que origina la división desigual de los cromosomas. Es cuando una parte del cromosoma del par 21 se encuentra “fundido, pegado, único o colocado” con otro cromosoma que no es del par 21, situación que aparece asociada al Síndrome de Down cuya causa si es consecuencia de una alteración en los cromosomas de los padres.

El fenómeno de la translocación merece especial mención porque existe la posibilidad de que en un tercio del total de los casos de niños con Síndrome de Down secundarios o translocación, uno de los padres, a pesar de estar física y mentalmente dentro de los patrones de la normalidad, podría ser el portador de la translocación y por tanto, ser quien produjo la alteración. Cabe aclarar que el padre no tiene tres cromosomas 21, sino solo dos, sin embargo uno de sus cromosomas 21 está adherido a otro, de modo que en realidad sólo posee un total de 45 cromosomas, en vez de los 46 normales a los 47 del niño Down. Tal adhesión o fusión no altera el equilibrio y funcionamiento normal de los genes del padre. (Pueschel, 2002).

La translocación de la información genética puede ocurrir en el momento en que se forman las células germinales de alguno de los padres lo cual implica que el cariotipo de ambos padres es totalmente normal y que solo esa célula germinal sea trisómica, si por azar es fecundada, dará origen a un huevo

trisómico. A esto se le conoce con el nombre de translocación de novo: dicha célula puede ser fecundada y perderse. Esta forma de Síndrome de Down ocurre en tan solo del 5 al 7% de los casos. (Ortega, 1997).

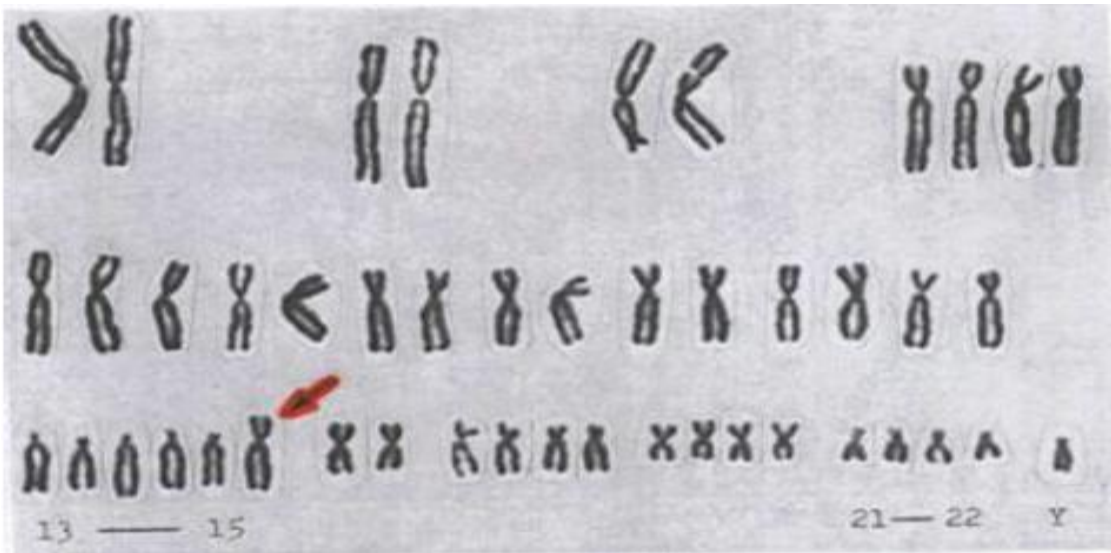


Figura 3. Cariotipo de un hombre con trisomía 21 por translocación.

Trisomía 21 por Mosaico.

Esta se caracteriza porque solo una porción del total de las células del organismo del niño tiene un cromosoma 21 extra, mientras que la otra porción de las células son normales, es decir sin un cromosoma adicional en el par 21. (Jasso, 2001).

Es consecuencia de un error de distribución de los cromosomas producidos en la segunda, tercera, cuarta, o quinta división celular. A partir del momento de la fecundación y al iniciarse la división celular para formar cuatro células hijas, una de las cuatro células tiene tres cromosomas 21, dos células más tienen dos cromosomas 21 (células normales) y la cuarta célula sólo contiene un cromosoma. Esta última célula con un solo cromosoma 21 y por lo tanto con un total de 45 cromosomas morirá y de esta manera el embrión se desarrollará con una mezcla (o mosaico) de células normales que contendrán 46 cromosomas y otra porción de células con 47 cromosomas.

Una división anormal en una etapa temprana, dará origen a un número aproximadamente igual de células normales y trisómicas, con las características habituales en los niños afectados; cuando la división anormal sucede en una etapa más tardía, puede producirse un menor número de células trisómicas, de tal forma que el niño con Síndrome de Down podrá presentar signos menos aparentes en su cara, cuerpo y extremidades; mientras que en otros casos las manifestaciones serán notorias. (Jasso, 2001).

Los niños con Síndrome de Down tipo mosaico tienen menos pronunciados los rasgos propios de este trastorno y como media, su rendimiento intelectual es superior al de los demás niños con Síndrome de Down, se da de un 1 a un 3% de los casos (Pueschel, 2002).

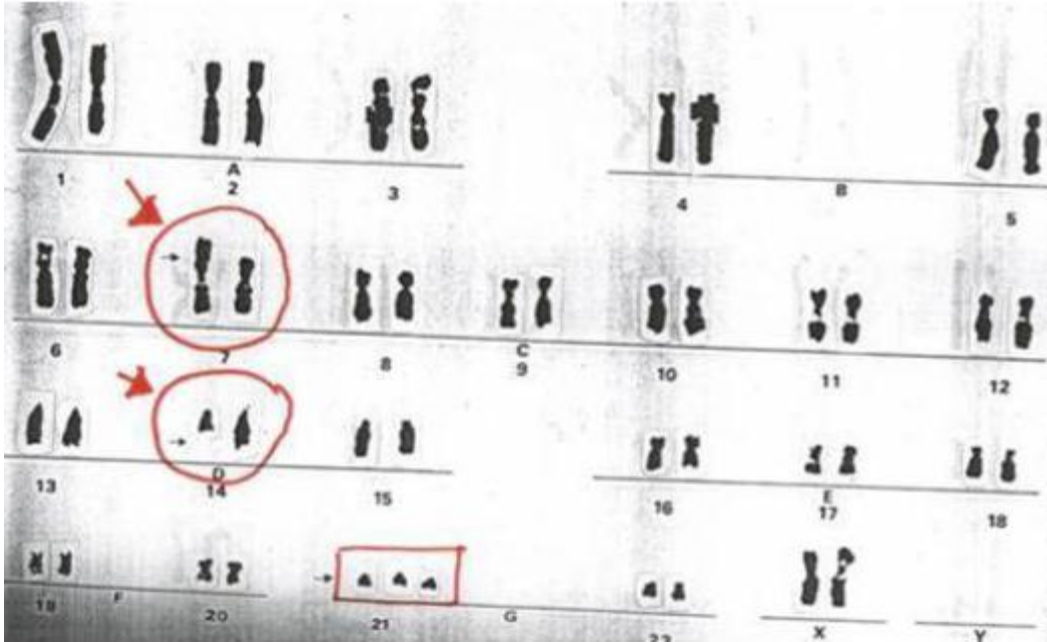


Figura 4. Cariotipo de una mujer con trisomía 21 mosaico.

3.1.3 Características físicas y psicológicas del Síndrome de Down.

Características físicas

El aspecto físico del niño con Síndrome de Down es tan característico, que el médico que lo recibe en el momento de nacer puede, en la mayoría de los casos, hacer el diagnóstico antes de que el bebé deje el hospital.

Se ha descrito más de 100 signos en el Síndrome de Down, pero no todos se observan en el mismo niño. Además es importante destacar que no existe

correlación alguna entre el número de problemas o signos físicos que un niño tenga y el grado de discapacidad intelectual o sus posibilidades de desarrollo.

A la hora del parto, las madres suelen reportar la existencia de poco movimiento por parte del bebé, y con frecuencia es un parto difícil y prolongado, en parte, por la forma de la cabeza y porque son niños pequeños.

Las personas que tienen el Síndrome de Down, nacen con ciertas características físicas primarias y secundarias, las primarias son las que presentan todas las personas que tienen el Síndrome y las secundarias son características que no todos presentan, según Ortega (1997), son:

- Su piel tiene un tinte azulado, su llanto es débil, se mueve poco ya que sus músculos son flácidos (hipotónicos), esto en los primeros años de vida, conforme el paso del tiempo la piel se hace más gruesa y menos elástica.
- La cabeza del bebé es en general más pequeña y tiene tendencia a ser aplanada dándole a la cabeza una apariencia particular (Cunningham, 1990). Tanto la parte posterior (occipucio) como la cara son planas, las fontanelas (espacio que se encuentra entre los huesos del cráneo en el recién nacido) se cierran más tardíamente de lo habitual, el cabello es fino, lacio y casi siempre escaso.



Figura 5. Cabeza con forma aplanada característica del Síndrome de Down.

- La cara redonda muestra las características que ocasionaron que durante mucho tiempo se diera el nombre de mongolismo, por sus semejanzas con los rasgos orientales de la raza mongol. Presentan una apariencia un tanto plana debido al menor desarrollo de los huesos faciales (hipoplasia), la nariz es más pequeña y el puente nasal está un tanto deprimido; en muchos niños los conductos nasales son estrechos.

De acuerdo con Ortega (1997) los ojos, la nariz y la boca no solo son pequeños sino que están agrupados de una forma muy estrecha entre sí; se ha demostrado que la distancia entre los ojos es más pequeña, que el hueso maxilar está más desarrollado y el ángulo de la mandíbula es más bien obtuso, lo cual da las características del rostro de los niños con este síndrome.

- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia afuera la cual se ve intensificada, por un pliegue en la parte inferior del ojo llamado pliegue epicántico. La hendidura palpebral (falta de fusión de ambos párpados) es a menudo estrecha y corta; el iris del ojo presenta unas pequeñas manchas de color blanco, amarillo o perlas (son más visibles en los ojos de color claro, como el azul o el verde), llamadas de Brushfield en honor al médico que las describió en 1924.

Según Ortega (1997) se ha identificado que pueden presentar hipertelorismo o hipotelorismo (mayor o menor distancia entre un ojo y otro respectivamente, se ha pensado que el hipertelorismo sea consecuencia del pliegue nasal plano, lo cual da la impresión de que los ojos están más separados, sugiriéndose también que el hipotelorismo (menos distancia entre los ojos) es debido a la hipoplasia.

En algunos casos los ojos tienen un movimiento peculiar en vaivén llamado nistagmo, el cual, según se cree, es por inmadurez del cerebro.

Otra característica secundaria frecuente en estos niños es la miopía, así como las cataratas.

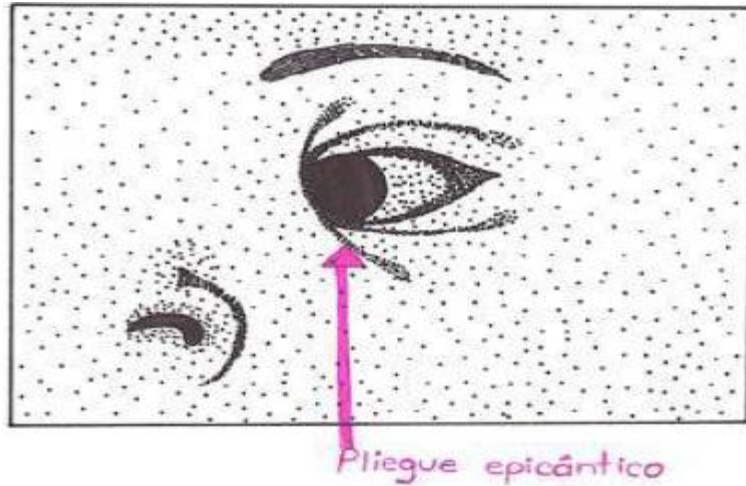


Figura 6. Pliegue epicántico

- La nariz es pequeña y achatada, el puente se ve aplanado porque los huesos no se desarrollan por completo. Por su parte, la mucosa es gruesa y con frecuencia estos niños presentan escurrimiento nasal. A su vez, los orificios se dirigen hacia adelante.
- Los pabellones auriculares son pequeños, algo prominentes y con implantación más baja de lo común. Presentan malformaciones en el conducto auditivo interno y otitis crónica.

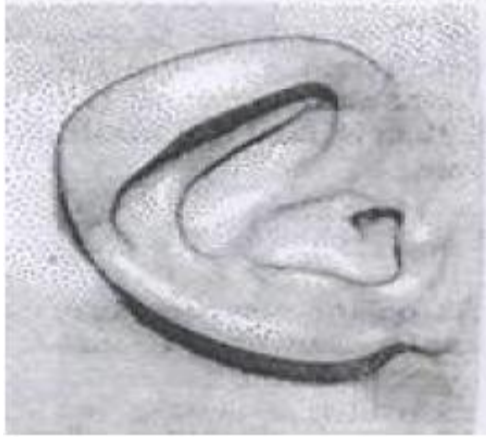


Figura 7. Oreja pequeña y plegada.

- La cavidad bucal es pequeña, el paladar alto y con forma de ojal (ojival). Se ha encontrado que el maxilar superior es pequeño y el maxilar inferior es grande (prognatismo).
- Los labios suelen ser gruesos, secos y con fisuras, la boca es pequeña. Suelen ponerse secos por tener la boca mucho tiempo abierta, en la tercera década los labios se vuelven blancos y gruesos, características que presentan los varones.
- La lengua es de forma redondeada, también suele parecer grande y en muchos casos sale de la boca (macroglosia), presenta fisuras e hipertrofia papilar, la primera se presenta desde los seis meses y la segunda alrededor de los cuatro años. Con el paso de los años adquiere una textura parecida a un mapa, por eso se llama lengua geográfica. El babeo es un problema común.

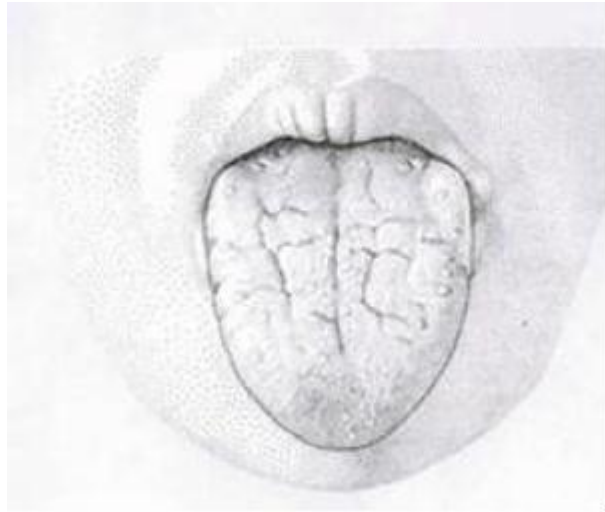


Figura 8. Lengua ancha y con fisuras.

- La dentición se inicia tardíamente, entre los 9 y los 20 meses de edad; es usual que se complete al llegar a los 4 ó 5 años, pero con un patrón muy diferente del que se ve en otros niños. A menudo se observa inflamación en las encías, con periodontitis que causa la pérdida de algunos dientes.
- La voz es gutural y grave, hecho favorecido en parte por la hipototonía de las cuerdas vocales; esto mismo origina que el niño tenga problemas de fluidez y de articulación en el lenguaje.
- El cuello: el cuello tiende a ser corto y ancho. El occipital es exageradamente plano y el crecimiento del pelo empieza muy abajo.

- El tórax en los niños con Síndrome de Down es muy similar a la de los no Down, sin embargo, dado que no es raro que algunos niños Down tengan once costillas de cada lado en vez de doce, puede verse la forma como acotada. También puede suceder en algunos niños que su tórax, a la altura del pecho, en el hueso conocido como esternón se aprecie que esté hundido (pecho excavado) o por el contrario haga prominencia recordando al pecho de las aves (pecho carinatun).

- El abdomen en los niños de un año frecuentemente se aprecia agrandado y distendido lo que se atribuye a la disminución en el tono de los músculos del propio abdomen. La línea media del abdomen tiende a sobresalir a causa del poco desarrollo muscular en esta zona; se presenta la hernia umbilical y la separación (diástasis) de los músculos rectos además de los problemas obstructivos del tracto digestivo y estreñimiento crónico.

- La pelvis presenta varias alteraciones; la superficie inclinada del acetábulo se halla abatida, los huesos ilíacos son grandes y se separan lateralmente. El ángulo ilíaco en el Síndrome de Down, fluctúa entre 30° y 56°, mientras que en el resto es de 44° a 66°.

- Las extremidades superiores son cortas, las manos anchas, regordetas y blandas con un surco transversal (característica conocida como mano

simiana); los dedos son pequeños, sobre todo el pulgar y el meñique. El pulgar se implanta más debajo de lo habitual y el meñique, por lo general, le falta una falange; la punta de este dedo se curva hacia adentro (clinodactilia) y en el 10% de los casos puede haber ausencia de dedos (Sindactilia).



Figura 9. Mano pequeña con pliegue simiesco.

- Las extremidades inferiores no es raro encontrar anomalías como la luxación congénita de cadera. Los pies son pequeños y redondeados, tienden a ser planos y presentar desviaciones (pie plano vago); el primer dedo se implanta más debajo de lo normal y esto hace aparecer un surco entre el primer dedo y los demás (el tercero es discretamente mayor que los otros dedos).



Figura 10. Pie con separación importante del pulgar.

- Los genitales: los caracteres de los órganos genitales en los hombres con Síndrome de Down se tipifican por un desarrollo tardío e incompleto. El pene es pequeño y en la mitad de los niños los testículos no descienden. El vello púbico es escaso y tiende a una distribución horizontal en lugar de triangular, en las axilas se carece de vello al igual que el vello facial. En la mayor parte de estas personas la libido se encuentra disminuida. En las mujeres la menarquía se presenta posterior al periodo normal y la menopausia a una edad temprana; siendo la menstruación un tanto irregular. El vello púbico es escaso y lacio; los labios mayores pueden apreciarse de mayor tamaño y ocasionalmente pueden estar aumentados los menores, lo cual da una apariencia de exageración y en ocasiones el clítoris tiene un tamaño aumentado; los pechos se desarrollan poco y la libido al igual que los hombres se encuentra disminuida.

Dos de las características principales que se observan en los niños con Síndrome de Down son: el bajo tono muscular (hipotonía) y la disminución de la respuesta refleja.

- Tono muscular se refiere al estado de tensión permanente de los músculos que no están participando en un movimiento, esta tensión tiene como objetivo mantener la actitud general del cuerpo en diversas posiciones asegurando la estática y el equilibrio (tono postural), consiguiendo una máxima eficiencia en los movimientos automáticos y voluntarios.
- Los reflejos: es la respuesta más elemental a un estímulo, requiere de un órgano receptor, una vía aferente una o varias neuronas intercalares que comuniquen el SNC con la vía aferente que abandona el neuroeje por la neurona motora inferior hasta el órgano efector.

En las personas con Síndrome de Down suelen ser más difíciles de producir algunos de los reflejos, los que se observan más débiles son: el reflejo de moro, de presión palmar, mordida, succión y tónico asimétrico.

Características psicológicas

Los niños con Síndrome de Down pasan por los mismos estadios de desarrollo que un niño normal, pero a un ritmo más lento; permanecen mayor tiempo en los estadios y subestadios intermedios del desarrollo, retrocediendo con frecuencia a etapas anteriores. Dependerán fundamentalmente de una familia sólida que les brinde amor y pertenencia y de profesionales de apoyo que crean primero en ellos como personas y luego como personas con Síndrome de Down.

El desenvolvimiento psicológico del menor con Síndrome de Down es lento y presenta patrones de aprendizaje de grado inferior al término medio. Su capacidad intelectual (CI) puede variar desde el considerado Deficiente Mental Profundo, hasta el prácticamente normal, el promedio se encuentra entre el 30 y el 60 de CI.

Ortega (1997) cita que: “el grado de desarrollo mental que se logre depende de dos factores: los no modificables (la información genética) y los factores susceptibles de ser modificados (el ambiente, la estimulación y la educación a la que el niño esté expuesto).”

El autor anterior cita que en general, los niños con Síndrome de Down, son muy sociables, simpáticos y alegres. Responden ante los demás, de acuerdo con el trato que se les dé.

La sociabilidad es una actitud predominante en su carácter, así como su peculiar alegría y sentido del humor. Son niños llenos de afecto y sumamente agradecidos, la reciprocidad es otra de sus características más destacadas. Tienen una facilidad sorprendente para imitar y para la mímica, esta aptitud junto con su sentido del humor, los hace particularmente sociables.

Los niños con Síndrome de Down son perseverantes, son muy tercos y es imposible que hagan algo que han decidido no hacer. Esta característica puede ser aprovechada para capacitarlos a realizar algún oficio. Algunas de las cosas que más les agrada son el baile y tocar instrumentos musicales, son hábiles para el dibujo y para la pintura.

3.1.4 *Desarrollo del niño con Síndrome de Down.*

Se le llama desarrollo a todos los cambios que experimenta el niño para lograr su independencia, estos cambios son el resultado de la interacción de los factores: biológicos, culturales, psicológicos y ambiental.

Los principios básicos que la psicología del desarrollo establece en el proceso dinámico del desarrollo normal son (Perera, 1995):

- 1) El proceso de desarrollo es interactivo y depende en cada edad de interacciones complejas entre el niño y su entorno.
- 2) El niño es un elemento activo que inicia y controla la interacción con su mundo.
- 3) El proceso de desarrollo puede ser alterado de muchas maneras.
- 4) El progreso depende de la cantidad de las interacciones así como de las experiencias y de la capacidad del sujeto para assimilarlas.

El desarrollo se ha dividido en cuatro grandes áreas: Motor, socioemocional, cognitivo y lenguaje. Estas áreas están estrechamente relacionadas por lo que los progresos en una de ellas afectan de manera directa a las otras áreas. No todas se desarrollan en el mismo grado; lo importante es considerar el equilibrio del desarrollo, más que el desarrollo de un área en particular.

1. Desarrollo motor.

Se refiere a todo lo que tiene que ver con el movimiento, el control y la coordinación dinámica del propio cuerpo. Se divide en:

Motora gruesa: el desarrollo de esta área permite que el niño aprenda a mover su cuerpo, utilizar sus músculos largos. Incluye habilidades como sentarse, gatear, caminar, correr, etc. Estas habilidades conducen al niño a conocer el ambiente y a explorar su mundo, por lo mismo, favorece el desarrollo de otras áreas (Ortega, 1997).

Desarrollo motor en relación con el sistema sensorial. El sistema sensorial influye de manera importante en el desarrollo motor grueso, en el que se incluyen el tacto, la fuerza y dirección de los movimientos, el equilibrio y la visión.

En los niños con Síndrome de Down, el sistema sensorial puede estar más activo de lo habitual o por el contrario, funcionar deficientemente. Cuando el tacto funciona deficientemente (hiporreactividad) se produce una disminución de la conciencia y atención que debe despertarle un objeto dado, por lo que el niño no pone su mano u objetos en su boca para explorarlos.

Frecuentemente este tipo de niños llora y desean retirarse del juego, y se muestran incómodos al ponerlos a caminar descalzos en el pasto, lavarles las manos en un lavabo o jugar con arena.

Motora fina: el desarrollo motor fino del niño hace que pueda controlar sus músculos pequeños, como los de los dedos, las manos, los ojos, la cara y la

lengua. De esta manera logra hacer los pequeños movimientos coordinados que se requieren para realizar actividades como garabatear, escribir, ensartar, tomar una cuchara, seguir con los ojos un objeto, hablar, etc.(Ortega 1997).

Todas las habilidades motoras gruesas están atrasadas; existe una relación positiva entre la fuerza y el tono muscular, cuando la primera aumenta generalmente también lo hace el tono; los retrasos en las adquisiciones motoras tendrán influencia sobre las experiencias del niño y sobre el desarrollo de otras áreas. Cuando el bebé es capaz de sentarse, gatear o andar amplía sus posibilidades de exploración del mundo físico y sus oportunidades de interacción social y experiencia, de esta manera la adquisición tardía en una etapa distorsiona el proceso en otras.

Respecto a la motricidad fina los niños con Síndrome de Down se encuentran deficientes al planificar estrategias para ejecutar las tareas eficazmente. (García,1990).

Es frecuente entre los niños con Síndrome de Down la hipotonía muscular y la laxitud de los ligamentos que afecta a su desarrollo motor. Físicamente, entre las personas con Síndrome de Down se suele dar cierta torpeza motora, tanto gruesa (brazos y piernas) como fina (coordinación ojo – mano), presentan lentitud en sus realizaciones motrices y mala coordinación en muchos casos.

2. Desarrollo socioemocional

Es la capacidad para comportarse en la relación con otras personas; siendo un área fundamental ya que habilita al niño para madurar como miembro de un grupo. (Ortega, 1997).

Tradicionalmente se ha hablado de los niños con Síndrome de Down como sociables, afectuosos, sin especiales problemas de adaptación, creándose un estereotipo que no se corresponde con la realidad al 100%; ya que en ocasiones se presentan dificultades adaptativas y problemas de conducta como negativismo, escasa o nula participación en tareas y actividades de grupo, etc.

Las dos clases de temperamento que más frecuentemente se valoran en la literatura actual sobre el Síndrome de Down son: fácil y difícil. La categoría fácil incluye niños con gran ritmicidad, adaptables, sociables y alegres, y tan sólo algo vehementes. En cambio los niños considerados como difíciles son de escasa ritmicidad, poca capacidad de adaptación, retraídos, negativos y vehementes. Parece evidente que los niños con Síndrome de Down en edad escolar responden mayoritariamente a la categoría denominada fácil (Arranz, 2002).

Al igual que en el resto de la población, el entorno familiar y ambiental, en general, juega un papel influyente en la configuración de la personalidad de

estos niños, no dejando por ello a un lado la confluencia de los factores biológicos y cognitivos, los cuales parecen ser los que proporcionan a este grupo de niños unos marcadores generales comunes.

Ciertas situaciones psicosociales, como el aislamiento y el rechazo social que hasta no hace muchos años han estado sometidas estas personas, los estigmas de las etiquetas diagnósticas, la falta de estimulación y las tensiones familiares, deben ser tenidas en cuenta como posibles causas de algunos rasgos de la personalidad de las personas con Síndrome de Down; ya que la presencia de alguna o varias de las citadas variables en un niño con Síndrome de Down repercutirá en su personalidad, como repercute de hecho en cualquier niño que pueda padecer un entorno negativo.

3. Desarrollo Cognitivo

Entendemos como área cognitiva a la habilidad que se requiere para razonar y solucionar problemas, tomando como base las experiencias pasadas, se incluyen en esta área los conceptos académicos. Dentro del proceso cognoscitivo se encuentran:

Memoria: sin memoria no habría vida psíquica; el individuo no adquiriría hábitos, conocimientos; no tendría imaginación, representación, vida interior, ya

que estos términos designan modalidades de la memoria; no tendría tampoco voluntad pues no podría pensar en sus actos antes de ejecutarlos.

García (1990) dice que la memoria es la facultad de la mente para la cual los actos mentales y estados de conciencia pasados se retienen, se evocan y además se reconocen.

El niño con Síndrome de Down tiene excelente memoria y difícilmente olvida lo que aprende bien. Desarrolla más pronto su memoria visual que la auditiva, ya que generalmente tiene más estímulos en la primera. Un niño con Síndrome de Down, bien capacitado puede adquirir buena memoria sensorial, ya que tiene posibilidad de reconocer y evocar estímulos.

Los niños con Síndrome de Down muestran un déficit de memoria a corto plazo. Parece que su mayor dificultad esta en recordar la información presentada en forma auditiva. Aprenden mejor visualmente que auditivamente, tiene una notable afectación en el concepto de número que mejora con la edad. No obstante, pueden aprender a contar maquinalmente sin adquirir la noción de número. También es deficiente su capacidad para formar conceptos y agrupar objetos en categorías significativas. (García, 1990).

Pensamiento: el pensar es la forma psíquica más compleja, que permite asumir formas y modos diversos, acordes con la función que el pensamiento esté cumpliendo.

El pensamiento se ocupa de la manipulación de la información para lograr la adaptación al mundo y la solución de problemas; adapta niveles, en el nivel inferior se encuentra el periodo pre operacional y en el nivel máximo superior alcanzado por los jóvenes con Síndrome de Down es el de operaciones concretas sin llegar al nivel de abstracción.

Entre las principales características del pensamiento del niño con Síndrome de Down se puede mencionar que pueden abandonar el egocentrismo, emplean conceptos nuevos, hacen uso de la noción de número y conservación que les permite reconocer dos cantidades iguales cuando se organizan de diferentes manera, manipulan y organizan objetos percibidos, así como clasifican y ordenan de manera serial.

Generalización: la generalización es un mecanismo que permite al niño reaccionar a estímulos nuevos como reaccionaba a estímulos conocidos antes; este mecanismo en el niño con Síndrome de Down es difícil ya que su atención es frecuentemente dispersa y por lo tanto no pueden globalizar en forma adecuada. Manejan generalizaciones simples siempre y cuando el niño haya sido estimulado correctamente.

Discriminación: un proceso complementario de la generalización es la discriminación. La discriminación es una reacción ante las diferencias en los niños con Síndrome de Down, se manejan a niveles primarios, esto es: objetos propios y ajenos, personas conocidas, colores, etc. se les dificulta el manejo de conceptos como semejantes y diferentes.

Lambert y Rondal (1982) comentan que la capacidad de discriminar visual y auditivamente parece más afectada en los sujetos con Síndrome de Down que en los demás sujetos con algún retraso mental de niveles intelectuales equivalentes.

Abstracción: la abstracción es una operación mental en la cual se extrae o se aísla un contenido con carácter general.

Esta función en el niño con Síndrome de Down se encuentra disminuida. A él le es muy difícil manejar la abstracción de los conceptos perceptuales (forma, color, tamaño, posición) para aplicarlos en una representación simbólica, por lo que le resulta tan problemático el aprendizaje de símbolos gráficos tales como figuras y letras.

Aprendizaje: García (1990) define al aprendizaje como el proceso mediante el cual se origina o se modifica una actividad respondiendo a una

situación, siempre que los cambios no puedan ser atribuidos al conocimiento o al estado temporal del organismo. Es el hecho de beneficiarse a través de la experiencia.

El aprendizaje exige una respuesta que puede ser motora, verbal o gráfica (a través de la escritura o el dibujo), respuestas que manifestadas por el niño con Síndrome de Down serán muy pobres por las limitaciones que presenta. Sin embargo, a través de la estimulación, el niño podrá ampliar y precisar determinadas respuestas.

4. Desarrollo del Lenguaje

El área del lenguaje es indispensable para la autonomía e independencia de los niños con Síndrome de Down, y para aquellos que tiene problemas en su desarrollo y no pueden valerse por sí mismos, por lo que constantemente tiene que ser ayudados por sus padres u otros adultos.

El lenguaje es una herramienta básica que permite expresar ideas y comprender las de los demás; por medio de él establecemos la comunicación con el mundo que nos rodea, es con él que podemos intercambiar pensamientos y sentimientos.

El lenguaje se adquiere en los primeros años de vida del niño, una educación temprana permitirá superar problemas que pudieran detectar en ésta área. Estimular el lenguaje desde los cero meses de edad permitirá un mayor desarrollo normal, sobre todo en los niños que pudieran presentar dificultades para adquirir el lenguaje (Milagros, 2002).

Es sabido que los niños con Síndrome de Down presentan problemas que pueden manifestarse en una dificultad concreta para adquirir el lenguaje, sobre todo en el aspecto de expresión, ya que son especialmente susceptibles de presentar alteraciones en su sistema fonoarticulatorio.

Además, los niños con Síndrome de Down presentan anomalías como: maxilar pequeño, lengua profusa, hipotonía muscular, dentición tardía, caída temprana de los dientes, incisivos laterales superiores defectuosos o ausentes, enfermedades en los tejidos que soportan a los dientes, maloclusión y mandíbula prominente. Es preciso hacer una supervisión médica constante para evitar que estos problemas puedan incidir en la adquisición del lenguaje.

3.2 Fundamentos de la Sexualidad bajo la concepción sistémica.

La sexualidad constituye una dimensión fundamental del ser humano, influyendo decididamente en su formación y desarrollo, ya que participa de manera determinante, en la estructura de la personalidad y en las diversas relaciones que se establecen entre individuos.

La sexualidad a pesar de ser parte de la vida del ser humano, no se le ha llegado a comprender y aceptar en su totalidad. Siempre se ha luchado contra muchas de las diferentes formas en que la sexualidad se manifiesta, por lo cual se ha establecido costumbres y normas que limitan y regulan de manera arbitraria muchas de las expresiones del comportamiento sexual.

Para explicar lo referido al término sexualidad, se ha de partir del sentido y valor que encierra el concepto en general:

López (1982) señala que la sexualidad se trata de un proceso formativo que inicia con la vida y termina con la muerte, en todo ser humano está presente la sexualidad, porque involucra, comprende, le da sentido, valor, unidad e integración, a la personalidad de cada individuo.

También la sexualidad es un conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y socio-cultural que diferencia a cada individuo

como varón o como mujer en un grupo social determinado de acuerdo a cada momento de su evolución y desarrollo, que impregna y penetra en la más íntimo de la persona, así como comprende, abarca, difunde y se proyecta en todas las actividades y comportamientos de la existencia de cada persona durante su desarrollo general (López, 1982).

De la misma forma, Urbina y Pérez (1994) mencionan que la sexualidad abarca y se proyecta en todas las actividades y comportamientos de la existencia humana. De hecho, la forma particular en que cada individuo se expresa en su entorno, es la manifestación de su sexualidad. Esta se da desde el momento del nacimiento, cuando el sexo asigna una profunda carga cultural que marcará, en el futuro, una buena parte de la socialización y determinará, de alguna manera, la productividad de los sujetos.

Por su parte Brito (1982) señala que la sexualidad se desenvuelve, se enriquece, evoluciona y cambia en la vida de cada individuo. Se integra con todos los elementos genéticos – hereditarios y psico – sociales, que conforman la personalidad. Matiza todos los aspectos, actitudes y comportamientos que definen a cada individuo. Ejerce una influencia determinante y que, como mujer o como varón, ubica a toda persona en un contexto familiar y social, en una época y cultura en que le tocó vivir.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la World Association for Sexology (WAS) en el 2000 definieron a la sexualidad como una dimensión central de los seres humanos que incluye el sexo, el género, la identidad sexual y de género, la orientación sexual, el erotismo, el apego emocional amoroso y la reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas de roles o guiones, relaciones o vínculos. La sexualidad es el resultado del interjuego de factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religioso-espirituales.

Una concepción sobre sexualidad humana que engloba los aspectos mencionados por la OMS, la OPS y la WAS es el modelo de los cuatro holones sexuales (erotismo, vínculos afectivos, género y reproductividad) propuesto por Eusebio Rubio, el cual para los fines de esta investigación se escogió, ya que permite estudiar la sexualidad desde un punto de vista teórico que ha sido de gran relevancia y aportación a esta área (este modelo se explicará ampliamente más adelante).

3.2.1 Aspectos de la sexualidad humana

La sexualidad es compleja como ya se recalcó anteriormente y se manifiesta en la manera de pensar, sentir y actuar del individuo. Estos aspectos actúan recíprocamente a lo largo de toda la vida, de tal manera que la acción de cada uno de ellos se encuentra en interdependencia de los otros. A continuación se describen cada uno de ellos.

Aspectos biológicos de la sexualidad

Mc Cary (1996) menciona que la base biológica de la sexualidad es el sexo biológico, entendido como el conjunto de características anatómicas y fisiológicas determinadas genéticamente que diferencian a los seres vivos en macho y hembra u hombre y mujer. Estas características constituyen la diferencia sexual que se manifiesta a diferentes niveles y a diferentes tiempos durante la vida prenatal y que tiene una base cromosómica especial establecida en el momento de la concepción por la combinación de los gametos masculinos (espermatozoide) y femeninos (óvulos) (Funke, Gantier y Olguín, 1982).

Todos los óvulos producidos por una mujer contienen un cromosoma X, cada espermatozoide producido por un hombre contiene un cromosoma X o uno Y. Si un espermatozoide con un cromosoma X fertiliza al óvulo, se concebirá un embrión XX y se formará una niña; por el contrario, si el espermatozoide porta

un cromosoma Y, se concebirá un embrión XY, es decir, un niño; a esto se le conoce como sexo cromosómico (McCary, 1996).

Posteriormente, entre la sexta y la octava semana de desarrollo embrionario ocurre la diferenciación de las gónadas o testículos u ovarios. En un embrión XY, los testículos comienzan a producir testosterona que estimula el desarrollo de los conductos de Wolf que van a dar origen a los órganos genitales del hombre. En el embrión XX, ante la ausencia de testosterona se desarrollan los conductos de Müller que forman los órganos genitales de la mujer. De esta manera queda establecido el sexo genital (McCary, 1996).

Al momento del nacimiento, el proceso de diferenciación ya ha terminado y el bebé se le asigna un sexo de acuerdo a la conformación de sus genitales externos. Desde este momento se adoptan una serie de actitudes diferenciadas para cada sexo que determinan las condiciones de crianza como niño o niña, desde su nombre, el tipo de ropa, juguetes y educación que recibirá (Money y Ehrhardt, 1982).

Aspectos psicológicos de la sexualidad

Lara (1994) dice que el aspecto psicológico es entendido como la entidad sexual que “es el proceso a través del cual una persona logra un sentido de sí mismo en el que hay un reconocimiento de la propia imagen como hombre o

mujer, que le permite manifestar las cualidades humanas etiquetadas por la sociedad como masculina y femenina”. Se forma a través de la socialización, a partir de los guiones sexuales a los que el individuo debe apegarse para ser aceptado por su comunidad. La familia es quien ejerce el papel más importante en la formación de la identidad sexual ya que es donde transcurren los primeros años de vida del niño y la niña y de ella recibe la información y los estímulos más determinantes para estructurar dicha identidad (Funke,1982).

La identidad sexual comprende tres elementos básicos: la identidad de género, el rol de género y la orientación sexual.

Money y Ehrhardt (1982) definieron la identidad de género como la igualdad, unidad y persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente, en mayor o menor medida, especialmente en cuanto se experimenta en la propia conciencia y conducta. Es producto de la interacción social y no propio de la naturaleza masculina o femenina. En la mayoría de los individuos corresponde a su sexo biológico. Se establece entre los 2 y 3 años de edad y es anterior incluso al conocimiento de la diferencia anatómica entre sexos. El niño y la niña estructuran su experiencia vital, el género al que pertenecen es identificado en todas sus manifestaciones, sentimientos, actitudes, comportamientos y juegos (Bustos, 1994).

El rol de género se refiere a expresión de masculinidad y feminidad de un individuo de acuerdo a las reglas establecidas en la sociedad a la que pertenece. Son las prescripciones, normas y expectativas de comportamiento para hombres y mujeres (Lara, 1994).

Weeks (1998) menciona que la orientación sexual es la atracción erótica, de ternura y afecto de una persona por otro del mismo sexo o de sexo diferente como compañero sexual. Existe un gran condicionamiento social para que el individuo tenga una orientación heterosexual, debido al énfasis que se le da a la producción en las relaciones sexuales. Lo que provoca discriminación y marginación a los individuos que se alejan de esta norma.

Aspectos sociales de la sexualidad

Como se mencionó anteriormente la identidad sexual se conforma a través de la socialización que es el proceso encaminado a que cada miembro del grupo interiorice los elementos normativos establecidos para la convivencia. Para lograr esta convivencia, la cultura a través de los valores, las normas, las creencias y las instituciones, moldean el comportamiento de los miembros de la sociedad (Lara, 1994).

En la mayoría de las sociedades existen papeles claramente definidos para mujeres y hombres, hecho que da lugar a guiones sexuales bien

diferenciados. Estos guiones dan la pauta de cómo organizar la vida sexual de los individuos en la sociedad a la que pertenecen. Son reflejo de la ideología social y son introyectados de manera individual y paulatina desde el momento del nacimiento. Además presentan características específicas para cada etapa del desarrollo del individuo y distintos niveles de exigencia en el cumplimiento de cada una de ellas, hecho que da lugar a guiones y estereotipos sexuales bien definidos (Lara, 1994).

Fernández de Gonzalez (1982) habla que la familia es el principal transmisor de los roles sexuales ya que expresa las características de la organización social a la que pertenecen. Transmite con afecto y en la intimidad los valores, normas, actitudes y pautas de comportamiento en lo que se refiere a la sexualidad. El individuo va absorbiendo e interiorizando estas normas y aprende a comportarse como hombre o mujer de acuerdo a los modelos presentados por la familia. Pero no sólo es receptor pasivo, ya que puede tener capacidad crítica que posibilite el cambio social, esto es importante ya que se facilita el cambio de actitud hacia la sexualidad.

La sexualidad del ser humano no se conforma solo por los aspectos biológicos, sino que también la sociedad tiene un papel fundamental en la conformación de los procesos psicológicos y como mediador y regulador del comportamiento sexual. Por lo que, aun cuando estos aspectos se expliquen de manera separada para facilitar su comprensión, es importante recordar que son

elementos en interacción y necesita ser estudiados de forma integral para no tener un conocimiento sesgado de la sexualidad. A continuación se presenta el modelo propuesto por Eusebio Rubio (1994) que integra los aspectos de la sexualidad en cuatro potencialidades vitales.

3.2.2 Modelo de los cuatro holones sexuales.

Rubio (1994) propone el Enfoque Sistémico de la Sexualidad o modelo de los Cuatro Holones Sexuales, fundamentado en la Teoría del Sistema General propuesta originalmente por Ludwin von Bertalaffy en 1945, para formar un marco conceptual que permita comprender la sexualidad desde diferentes niveles de estudio, como son el biológico, psicológico, social o antropológico, sin excluirse entre sí, aproximándose a un conocimiento integral de la misma.

Rubio (1994) dice que la idea principal de esta teoría, es que todos los sistemas están formados por elementos en interacción, y que estos elementos son a su vez sistemas. Arthur Koestler en 1980 propuso que se les denominara “holones” a las partes constituyentes de un sistema, pero que tienen en sí mismos, un alto grado de complejidad e integración (el prefijo griego “holos” significa todo y el sufijo “on”, parte)

Rubio explica la sexualidad humana como un proceso (cognición) mental que el ser humano constituye a partir de las experiencias vividas en su entorno

social y de la propia estructura biológica (instintiva), a partir de diversas potencialidades u holones; de reproductividad, de pertenencia a un género, de experimentar placer durante la respuesta sexual y la de crear vínculos afectivos con otras personas. La integración mental que cada individuo haga de estos elementos, proyectará el significado que tiene para él su sexualidad; es decir, la sexualidad se constituye a través de lo que se aprende desde la infancia pero existe la oportunidad de cambiar o modificar actitudes y conductas para lograr vivirla plenamente, lo que llega a lograr a través de una educación formal.

La sexualidad humana desde un enfoque sistémico está conformada de cuatro potencialidades u holones que están presentes desde el momento en que todo ser humano nace. Dichos holones son parte fundamental de un todo (sexualidad), se relacionan e interactúan unos con otros y su estudio puede ser independiente, ya que tienen vida propia o en conjunto. Así mismo, otras ciencias (biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas, etc.) pueden intervenir y aportar su saber en cada una de ellas.

Holón de la reproductividad humana.

Es la capacidad del ser humano de producir hijos o hijas, como la única forma evolutiva de sobrevivencia de la especie. La reproductividad es la posibilidad humana de procrear individuos similares a los que los produjeron, así

como las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad, además de los sentimientos emociones que intervienen en ella. Rubio (1994).

Al hablar de reproductividad, lo primero en lo que se piensa es en el aspecto biológico de la reproducción (concepción, embarazo y parto) y en general desde esa disciplina se estudia; sin embargo, la reproducción tiene manifestaciones psicológicas (paternidad y maternidad) y sociales (creencias sobre el uso de anticonceptivos) que repercuten en la vida del ser humano.

La aportación que hace Rubio es modificar la concepción que se tiene sobre la reproductividad, la que no es sólo procrear hijos. Todos los seres humanos tienen la capacidad de reproductividad en diferentes áreas: educativas, laborales, artísticas, etc.; ello implica las posibilidades de satisfacción y no las reduce a un solo hecho.

Holón de género.

Desde el punto de vista evolutivo, en cierto momento en los seres vivos apareció el sexo, es decir, en una misma especie surgieron dos formas dimórficas (diferentes), las cuales han subsistido a través de los años y es la forma de reproducción de la mayoría de las especies. Es también la serie de construcciones mentales que hace un individuo sobre la pertenencia a un sexo o

a cualquiera de las posibilidades intermedias entre estos dos extremos. El género es aprendido y cambia a través del tiempo. (Rubio,1994).

La base biológica del género es el dimorfismo entre los órganos sexuales de hombres y mujeres. Desde el punto de vista psicológico, el género conforma la identidad de cada individuo y ello permite dar respuesta a los cuestionamientos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. Socialmente se manifiesta la identidad sexual a través de roles sexuales (femenino – masculino) establecidos por una sociedad específica. Los cuerpos no son productos meramente biológicos, son la construcción de la sociedad que asigna papeles y responsabilidades específicas que están influenciados por factores culturales, políticos, ambientales, económicos, religiosos, etc. para sus propios propósitos. (Rubio, 1994).

Holón del erotismo.

Es la capacidad de hombres y mujeres de experimentar placer sexual a través de las experiencias corporales (individuales o en interacción con otros) en las que se presentan los procesos de activación de respuesta corporal y genital en torno a la excitación, apetito sexual y orgasmo, lo que conlleva a sensaciones placenteras, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias que hace que algunos la ejerzan y otros no. (Rubio, 1994).

A nivel cerebral existen modificaciones durante la respuesta sexual, que han llevado a entender que es un proceso integral cuerpo – mente. El significado que cada persona le da a este proceso, influye en su autoerotización y en la visión que tenga de su vida sexual; ello depende de las creencias que ha aprendido durante su desarrollo a través de su entorno social.

Holón de las vinculaciones afectivas.

Es la potencialidad del ser humano para desarrollar afectos intensos como el amor. La primera vinculación afectiva importante es la de padres, madres e hijos; a través de ella se aprende una actitud hacia la manifestación o represión de los sentimientos y emociones. Posteriormente con la familia y los amigos se forma otro tipo de vínculo afectivo. El enamoramiento y el noviazgo son experiencias que forman parte del afecto que se le tiene a otra persona ajena a la familia y que proporciona otras sensaciones mucho más plenas y placenteras que en ocasiones lleva al matrimonio o a la búsqueda de una pareja estable.

Estas experiencias hacen que un individuo construya habilidades sociales que son de vital importancia a su desarrollo y en la relación que tenga con las personas que le rodean. Así pues las vinculaciones afectivas tienen componentes bioquímicos importantes y la habilidad de cada persona desarrolle será determinante en la formación de nuevos vínculos en donde la comunicación

juega un papel importante; a través de ella es capaz de expresar sentimientos y emociones, así como aprender y enseñar nuevos conocimientos y experiencias. (Rubio, 1994).

El enfoque sistémico de la sexualidad humana, proporciona una definición integral y flexible, lo que la enriquece ya que le da vida a través de los holones que la constituyen; la reproductividad, el género, el erotismo y las vinculaciones afectivas, elementos que se relacionan entre sí, pero tienen independencia propia; de esta forma se pueden explicar efectivamente, favoreciendo el aprendizaje de la sexualidad y desmitificando la creencia de que “solo es tener relaciones sexuales”, considera una propuesta diferente y dinámica que permite llevar a cabo una enseñanza formal efectiva, además permite que diferentes disciplinas se involucren en su estudio. Ello da la oportunidad de tener una visión multidisciplinaria de la sexualidad, promoviendo una sexualidad libre, responsable y placentera para el óptimo desarrollo de un individuo y en este caso de los jóvenes con Síndrome de Down.

Es por todo esto que se consideró que el enfoque sistémico es la perspectiva óptima para la elaboración de la guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad dirigida a jóvenes con Síndrome de Down, la cual les da la oportunidad de desmitificar de creencias falsas; además, propiciar la participación de manera vivencial las experiencias de cada joven y un nuevo conocimiento fundamental para propiciar un nuevo aprendizaje.

3.2.3 Sexualidad y Síndrome de Down.

Todos los individuos son seres sexuados. Sin embargo se percibe que las personas con Síndrome de Down o con cualquiera otra discapacidad, estando involucradas en asuntos sexuales, llegan a ser objeto de prejuicios sociales y causar significativa ansiedad por parte de los padres. El desarrollo de una identidad sexual segura es una tarea difícil de lograr, aun en personas sin discapacidad física o mental.

Jasso (2001) menciona que la aparición de comportamientos sexuales en las personas con Síndrome de Down produce alarma en algunos padres y personas que los cuidan, así como temor a que con motivo de su discapacidad, puedan ser vulnerables a embarazos no deseados, explotación, abuso sexual y adquisición de enfermedades venéreas.

La educación sexual que ha de ofrecerse a la persona con Síndrome de Down es en esencia parecida a la que se daría a una población regular, en cuanto a los temas que se deben de tratar, sin embargo, existen ciertas diferencias que deben tomarse en cuenta en relación a la metodología de enseñanza – aprendizaje, utilizándose técnicas y materiales adecuados, ya que a las personas con Síndrome de Down les puede ser más difícil su aprendizaje.

Con la educación sexual se intenta promover el respeto y la aceptación de los derechos sexuales de las personas con Síndrome de Down, sin embargo algunos de ellos son integrados a la sociedad pero no en las mejores condiciones.

La CONAFE (2011) menciona que en nuestro país son escasos los trabajos de investigación relacionados con el tema, aun cuando existe una marcada problemática real que enfrentan dichos individuos en cuanto a su sexualidad, que ha sido referida por organismos tanto oficiales como como privados. Al respecto la Confederación Mexicana de Organizaciones a favor de la Persona con Discapacidad Mental, ha promovido la creación de un Comité Sociosexual que reclama, entro otros puntos, el derecho de la persona con Discapacidad Intelectual a:

- 1) Su preparación como adulto responsable
- 2) La protección ante abusos sexuales
- 3) Oportunidad de expresar impulsos sexuales socialmente aceptados
- 4) Que su cuerpo no sea maltratado
- 5) A una educación socio sexual brindada por sus padres y maestros

Por su parte Baldaro (1992) quien señaló que la persona con Síndrome de Down, es considerada por su familia, como un “niño eterno”, que generalmente lo mantiene en una situación de marginación, la familia y la escuela son por lo general quienes deciden sobre el futuro del niño, sin considerar en ningún momento la iniciativa del mismo.

Lo anterior señala la necesidad de reconocer dicha problemática, lo que implica el cambio de actitudes y valores que le conceden los padres, maestros y sociedad en general a la educación sexual de sujetos con necesidades especiales.

3.2.4 Desarrollo de la sexualidad en Personas con Síndrome de Down

Katz (1994) menciona que el desarrollo de la sexualidad se inicia a partir del momento en que los padres se enteran del género sexual de su hijo y lo conceptualizan como hombre o mujer. Con ello principia uno de los procesos más naturales de la creación, tema que no debería causar ninguna incomodidad a los padres que pretenden educar sexualmente a sus hijos.

Si el manejo de la sexualidad es de por sí conflictivo, esto se agrava cuando la relacionamos con personas que tienen Síndrome de Down, y dada su complejidad dicha población representa para el profesionalista de la salud mental, uno de los reto más extraordinarios, ya que para ayudarlos a desarrollar

actitudes sexuales adecuadas, es necesario involucrar tanto a los padres de estos individuos como a los maestros y a la sociedad misma.

Todo individuo a lo largo de su vida, tiene un desarrollo físico, social, mental y emocional, y un componente a éstas áreas, “el desarrollo sexual” mencionado por Mc Cary (1996), sin embargo, es frecuente que el desarrollo sexual sea ignorado, especialmente cuando se trata de personas con Síndrome de Down. Se piensa que la sexualidad en este tipo de personas es un problema, en lugar de considerarse un aspecto positivo.

Es así que la sexualidad de las personas con Síndrome de Down ha sido ignorada por la mayoría de las sociedades en el pasado. Su sexualidad era temida y las conductas que tuvieran que ver con esto eran castigadas, esterilizados involuntariamente, lo cual era apoyado por la ley, los encerraban en instituciones y eran segregados para impedir su reproducción.

Morales (2006) dice que sin embargo las personas con Síndrome de Down atraviesan por las mismas etapas cronológicas que cualquier ser humano, es decir pasan por la niñez, pubertad, adolescencia, juventud, adultez, etc. Al llegar a la pubertad las personas con Síndrome de Down experimentan las transformaciones biológicas propias de la edad. Con respecto a los cambios psicológicos, comienzan a surgir los comportamientos sexuales adultos. De esta

manera no sólo enfrentan los conflictos propios de la adolescencia, sino además aquellos que son consecuencia de su condición.

Las tareas de desarrollo para el adolescente con Síndrome de Down son similares a las de cualquier adolescente: asume su género, buscan su identidad y tratan de ser independientes. Desean ser como los demás jóvenes e incorporan lo que ven en casa, en la calle, en la escuela y en los medios de difusión. No obstante su desarrollo psicológico es más lento que el físico. (Morales, 2006)

La posibilidad de alcanzar su capacidad crítica está limitada en ellos por lo cual se les dificulta más el entendimiento de los cambios puberales y tienden a integrar su personalidad incorporando roles femeninos y masculinos estereotipados por su entorno social.

Es necesario recordar, que independientemente de la edad cronológica, la edad mental de estas personas equivale a la de un niño, provocando un grave conflicto tanto en ellos como en sus padres.

Para que las personas con Síndrome de Down puedan integrarse adecuadamente a la sociedad, deberán desarrollar conductas y actitudes de normalización tanto en el área de sexualidad como en todas las esferas de interacción social, laboral y familiar, como son: la masturbación, en las mujeres la

menstruación y en los hombres la eyaculación, la búsqueda de una pareja (enamoramamiento), el matrimonio y una vida sexual.

Masturbación

La masturbación forma parte del desarrollo normal de cualquier persona y de un autodescubrimiento corporal, produce una autogratificación anticipatoria a la relación sexual.

Según Ortega (1997) la frecuencia de masturbación en el Síndrome de Down se reporta de 40% en los hombres, y 32% en las mujeres que, comparados con 100% de los hombres y 25% de las mujeres de la población general, indica que no es un proceso que se presente en forma relevante en el Síndrome de Down.

Menstruación

Aunque no existen estudios precisos sobre la menstruación en las adolescentes y personas adultas con Síndrome de Down, no cabe duda que el fenómeno ocurre y, en consecuencia, dentro de su adiestramiento escolar y familiar deben incluirse los conocimientos y destrezas para el buen manejo de este proceso normal, se recomienda que se toque el tema antes de que aparezca la primera menstruación.

Eyacuación

A pesar de que los varones con Síndrome de Down presenten un pene pequeño en comparación a la media de la población y el tamaño de los testículos es menor y en ocasiones no descienden, no interfiere en que se produzca una eyacuación ya sea por masturbación o por contacto coital.

Búsqueda de una pareja (enamoramiento):

No cabe duda que los jóvenes con Síndrome de Down pueden madurar hasta el grado de necesitar una relación emocional con otra persona. Sus etapas de enamoramiento contribuyen esencialmente a la evolución de su personalidad, a pesar de los problemas implicados ya que casi todo el tiempo están vigilados y tienen pocas oportunidades para disfrutar a solas de la compañía de sus parejas, que generalmente son sus compañeros de escuela. (Morales, 2006).

El contar con una pareja significa para ellos una valiosa experiencia de crecimiento personal, ya que constituye la satisfacción de su necesidad romántica, de su atracción física y de tener a alguien con quien compartir sus pensamientos y sentimientos más profundos; les brinda la oportunidad de interesarse por otra persona, preocuparse por cuidarla y procurar su bienestar, establecer un compromiso y sobre todo sentirse amados y apreciados por alguien.

Por lo regular, entre mayor sea el nivel de desarrollo cognoscitivo de la persona Down más se evidenciará su inquietud por buscar una pareja.

Morales (2006) menciona que experimentar la sexualidad a través de una relación amorosa es una necesidad tan normal y natural para las personas con Síndrome de Down como lo es para cualquiera de nosotros, sin embargo, el entorno social dificulta su realización en este aspecto. Además de los problemas que enfrentan para conocer a otros muchachos, tener alternativas para elegir y las grandes limitaciones para verse y estar juntos, ya que por lo regular sólo tienen oportunidad de hacerlo en las instituciones a las que acuden, en general los padres no ven con agrado estas manifestaciones socio – sexuales de sus hijos con Síndrome de Down y tienden a reprimirlos, tratan de desalentar cualquier muestra de interés por alguien e intentan convencerlos de que es mejor tener solo amigos.

Una de las principales razones para las que se oponen a que sus hijos tengan pareja son los temores de que en algún momento escapen de su control y practiquen relaciones coitales que puedan tener como consecuencia embarazos no deseados y todo lo que esto implicaría. (Ortega, 1997).

Matrimonio y vida sexual

Ortega (1997) habla que la frecuencia de los matrimonios es muy baja en los individuos con Síndrome de Down, se casan muy poco o nunca, principalmente por sus escasas capacidades sociales, la falta de recursos económicos que le impiden relacionarse a una compañera. A pesar de lo anterior, la sociedad tiene una actitud cada vez más positiva y tolerante hacia la sexualidad en general, toda vez que se le entienda como una parte normal del comportamiento humano, que tiene valor por sí misma y no como un medio obligado de procreación. Este cambio de actitud ha repercutido favorablemente en la educación sexual, la que se ha visto reforzada por la incorporación de actividades productivas de los individuos con Síndrome de Down, con la participación de ambos sexos.

Al entrar a la pubertad, el individuo que no tiene Síndrome de Down sufre una serie de transformaciones fisiológicas y afectivas que, frecuentemente, en el Down no se viven plenamente, esto es porque frecuentemente en el medio familiar y escolar les tienen infantilizados, ya que para muchos siguen siendo niños a pesar de ser mayores de 20 años. Lo anterior produce actitudes como la de ignorar en estas personas todo comportamiento que manifieste su despertar sexual y su deseo de tener relaciones amorosas surgiendo frases como: “hay que mantenerlos ocupados para que no piensen en ello”, o en otros casos y tal vez no menos frecuentes, en la prohibición de la heterosexualidad, lo que

propicia actitudes frecuentes de masturbación y homosexualidad. Es necesario mencionar que estas actitudes difieren según se trate de varón o mujer. Muchos padres de jóvenes adultos con Síndrome de Down aceptan que sus hijos tengan actividades heterosexuales, siempre y cuando sean pasajeras y no tengan como objetivo la elección permanente de un cónyuge; por el contrario, casi todos los padres de los jóvenes rechazan tales relaciones. Si bien es cierto que los adultos con Síndrome no disponen de la capacidad de juicio que les permita hacer frente a los numerosos problemas suscitados por una vida sexual, esto no disminuye la necesidad de procurarles los medios para desarrollarse también en este campo.

Los padres y educadores deben, necesariamente, abordar los problemas de la vida sexual, para favorecer la adopción de actitudes educativas adecuadas y no basadas en proyecciones o representaciones personales. Además del derecho a la sexualidad que el individuo, varón o mujer con Síndrome de Down debe tener, significa que podrá acceder a un conjunto de facilidades, que le permitan manifestarse con el derecho a ir bien vestido, peinado y llevar adornos en caso de las mujeres, asistir a diversiones con compañía de una pareja, la posibilidad de reuniones con otros adultos, tener una vida privada, etc. No tendría ningún sentido crear los servicios que permitan a los adolescentes con Síndrome de Down desarrollarse en las mejores condiciones posibles si cuando lleguen a adultos, ellos mismos no puedan continuar su desarrollo. (Ortega, 1997).

Todo lo mencionado con respecto a la sexualidad, no implica el deseo de verlos convertidos en padres o madres. En efecto, la procreación hace que surjan una serie de obstáculos, tales como si los individuos con Síndrome de Down lograrán asegurar la educación de un hijo. Es difícil aceptar o imaginar, en las condiciones actuales, a un varón y una mujer con Síndrome de Down como responsables de la espera, el nacimiento y la educación de un hijo, aun cuando los ayudara un servicio competente. Al igual que ocurre con los individuos sin Síndrome de Down, llevar una sexualidad libremente conlleva implícito darles medios para controlar sus consecuencias.

Independientemente de ideas religiosas o filosóficas, es necesario que en la vida de cualquier individuo con Síndrome de Down, debe existir un control médico regular y una adaptación de los medios utilizados para cada individuo.

A pesar de todo, el panorama sobre los aspectos reproductivos no es tan alarmante como parece. Se puede asegurar que muchos de los temores presentados, sobre todo por los padres de familia, son infundados.

De acuerdo con la literatura, se ha observado que los jóvenes con Síndrome de Down, tienen menos interés por las relaciones sexuales coitales que cualquier persona de su edad, inclusive carecen de una conciencia plena del acto. Sus prácticas se dirigen comúnmente a las caricias, los abrazos, los besos, la autoestimulación y otras expresiones.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE TESIS

Los adolescentes con Síndrome de Down necesitan que se les brinde una educación sexual de calidad para que puedan ejercer una sexualidad responsable, ya que se les ha restringido el saber acerca de su cuerpo. La presente investigación intenta ofrecer una guía didáctica aplicable a adolescentes con Síndrome de Down con la finalidad de hacer valer su derecho de información, a manifestarse y a decidir como seres sexuados.

4.1 Contextualización de la propuesta.

Nombre:

Guía didáctica para la enseñanza de la Sexualidad a adolescentes con Síndrome de Down.

Dirigido a:

Adolescentes con Síndrome de Down

Escenario:

El escenario donde se llevó a cabo contó con un espacio lo suficientemente amplio para que los adolescentes pudieran moverse cómodamente (8x7 m); también fue adecuado en lo que respecta a la luz natural con la que cuenta el salón.

En cuanto al mobiliario que se requería para que se pudiera llevar a cabo las observaciones de manera adecuada fue suficiente ya que cada alumno contaba con banca propia en la que pudieron trabajar o interactuar con otros compañeros.

Objetivo:

Conocer los conocimientos y actitudes que tienen los adolescentes con Síndrome de Down de la muestra trabajada con respecto a la sexualidad.

4.2 Desarrollo de la propuesta de tesis.

GUÍA DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DE LA SEXUALIDAD A
ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE DOWN

Introducción

De forma breve la siguiente guía señala una serie de contenidos en los que conviene sean formadas las personas con Síndrome de Down en referencia a la enseñanza de una correcta educación sexual. Estos pueden implementarse en centros o escuelas para personas con Síndrome de Down.

La forma de implementación puede ser muy variable, con un formato de programa sistemático específico o dentro de un programa de formación más amplio, en grupos pequeños o de forma individualizada, por el tutor o profesionales del centro con formación específica. Las operaciones son muy variadas, pero lo más importante es que la guía didáctica ya sea aplicada de manera colectiva o individualizada que se haga, debe consistir en informaciones muy básicas aprendidas con metodologías activas y con entrenamientos en habilidades, para lo cual se puede consultar algunos de los materiales propuestos, adaptándolos a las características de cada persona o grupo.

Lo que se hace en esta guía didáctica es indicar algunos de los contenidos que no existen o no deberían faltar en un programa de formación para la enseñanza de la sexualidad a jóvenes con Síndrome de Down.

No todas los jóvenes con Síndrome de Down podrán asimilar todos los conocimientos y dinámicas que se proponen, pero todos tienen el derecho a aprender todo lo que sea posible de los aspectos indicados, condicionados únicamente por sus propias limitaciones, no por los prejuicios o resistencias de la familia, de algunos profesionales o de los gestores de los centros. Esta formación en la enseñanza de la sexualidad debe considerarse un derecho básico de las personas con Síndrome de Down, que las familias, tutores y profesionales deben apoyar de manera decidida y eficaz.

Índice temático

| |
|---------------------------------------------------------|
| Lineamientos generales para el uso de la guía didáctica |
| Carta descriptiva general de la guía didáctica |
| 1. Aprendiendo través de mis sentidos |
| 2. ¿Cómo soy? |
| 3. ¿Qué es sexualidad, sexo y lenguaje? |
| 4. Como funciona mi cuerpo |
| 5. Menstruación y eyaculación |
| 6. Fecundación, embarazo y parto |
| 7. Roles sexuales y género |
| 8. Relaciones interpersonales |
| 9. Comportamiento social. |
| Anexo |

Lineamientos generales para el uso de la guía didáctica.

a) Secuencia de la guía didáctica

Esta guía está diseñada de tal manera que se pueda seguir el orden propuesto. Sin embargo, se pretende que sea lo suficientemente flexible para permitir que se adapte a las necesidades específicas que presente cada población. La secuencia deberá ser entendida como un espiral ya que nunca se terminara de abarcar por completo y es necesario retomar y repetir constantemente lo visto en sesiones anteriores. Además es necesario reforzarlo en los ambientes fuera del grupo. Por ejemplo, en plática o asesoría individual.

Se propone dos maneras de aplicar la guía didáctica: uno a un nivel de orientación general que se aplica con la secuencia propuesta, con la intención de dar información y herramientas para ejercer la sexualidad en una forma sana, adecuada y tomando decisiones con responsabilidad. La otra es a un nivel de ajuste o correctivo. Es decir, a partir de alguna vivencia relacionada con la sexualidad de algún miembro del grupo, y que requiere de orientación, se decide hablar del tema utilizando una de las unidades de la guía.

Es importante que la guía mantenga una constancia para su mejor funcionamiento con la oportunidad de retomar los temas vistos con anterioridad.

Cada unidad deberá abarcar una parte teórica e intercalar constantemente con los ejercicios y las intervenciones de los participantes.

b) Encuadre

Las sesiones deberán llevarse a cabo en un mismo lugar y deberán tener una misma duración. Sin embargo, la información debe ser reforzada en ambientes fuera del grupo como pueden ser las salidas a la comunidad u otras actividades que lleven a cabo los adolescentes. Es necesario que exista un encuadre formal en el que se llevará a cabo cada sesión, pero esto deberá generalizarse, informalmente, a los demás ambientes.

Es recomendable que los participantes se sienten alrededor del aula para que así puedan verse unos a otros y tener una mayor interacción, también será necesario decir cómo se llevará a cabo cada sesión, lo que permite y lo que no dentro del grupo.

c) Abordaje

Se recomienda que la guía sea manejada en grupo ya que al encontrarse los participantes reunidos se promueve la interacción social y se propicia la expresión y comunicación. A pesar de que el grupo es una herramienta muy valiosa porque los integrantes pueden encontrar apoyo en sus compañeros,

compartir sentimientos y experiencias, no debe fundirse al individuo con el grupo, sino que deben tenerse constantemente presentes las características, tanto personales como de destrezas de cada individuo. Los temas se deben de individualizar de acuerdo a las necesidades de cada persona, aunque esta individualización se refuerza mediante el grupo.

Por lo tanto se sugiere que el facilitador conozca a fondo el material y practique varias veces los ejercicios antes de dar la sesión. Así mismo, deberá calcular con anticipación tanto el tiempo que le va a dedicar a los contenidos y a cada ejercicio o dinámica.

Conviene usar esta guía didáctica de forma lenta, la duración propuesta para cada sesión es de una hora y media a dos semanalmente y manejar una dinámica por sesión a lo largo de 6 u 8 meses, procurando que vayan generalizando los aprendizajes. Lo anterior se sustenta en las observaciones previas, ya que después de dos horas los jóvenes comienzan a perder la atención del tema en cuestión.

Es muy importante que la utilización de la guía sea impartida de manera amena y divertida. Generalmente, por su discapacidad, no hay interés o necesidad de dominar los nombres temáticos y los detalles de la anatomía y fisiología reproductiva. Los nombres y definiciones que se ofrecen son para que el facilitador los conozca, no necesariamente para que los transmita.

El material tendrá un mayor impacto si es presentado visualmente y en forma divertida (organizando torneos, juegos, dando regalos, dramatizaciones, parodias, etc.).

Es importante dar la oportunidad de participar y promover activamente la intervención de los adolescentes. La ausencia de dudas, o de participación, limitaría seriamente los alcances de la guía didáctica, por lo que es necesario preguntar constantemente si existen dudas o si alguien quiere dar alguna aportación al grupo.

Se recomienda asegurarse de que el contenido quede claro. Tal vez el facilitador sienta que es necesario retomar varias veces el contenido de algunas sesiones, o la forma de llevar a cabo alguna dinámica, o la actividad. El facilitador debe considerar que generalmente estará actuando contra actitudes negativas, o bien contradiciendo conocimientos previamente adquiridos. Lograr la adquisición de nuevos patrones de pensamiento y de conducta no es fácil y requiere de práctica, repetición, motivación y dedicación. Eliminar actitudes y conductas negativas lleva tiempo, pero modificarlas y lograr que se adquieran nuevas requiere aún más tiempo y paciencia.

CARTA DESCRIPTIVA GENERAL DE LA GUÍA DIDÁCTICA

| SESIÓN | OBJETIVO | DESCRIPCIÓN | MATERIALES | EVALUACIÓN |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Aprendiendo través de mis sentidos | Que los jóvenes reconozcan su cuerpo a través de los sentidos además de introducirlos al tema de la sexualidad partiendo de lo interior a lo exterior | Llevar a cabo 5 actividades referentes a los sentidos sensoriales (gusto, olfato, tacto, estéereognóstico, equilibrio) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antifaces ▪ Materiales de diferentes texturas. ▪ Materiales comestibles ▪ Instrumentos musicales ▪ Objetos de tamaño pequeño ▪ Polines de madera | <p>Preguntas orales individuales</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 2.- ¿Cómo soy? | Que los jóvenes reconozcan su imagen corporal para aceptarse a sí mismos. | Llevar a cabo una actividad llamada "Dibujo del cuerpo", la cual consiste en delinear la silueta de dos personas de distinto género indicando que dibujaran sus partes finas, así como sus genitales. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hojas de papel rotafolio ▪ Marcadores ▪ Crayones ▪ Gises de colores ▪ Cinta adhesiva | <p>Preguntas orales individuales</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 3.- ¿Qué es sexualidad, sexo y lenguaje? | Que los jóvenes diferencien los conceptos de sexo y sexualidad, así como el lenguaje que se utiliza para entender dichos términos. | Para este tema se aplican 3 actividades en las cuales se les pide a los jóvenes que a través de imágenes diferencien los conceptos de sexo y sexualidad, buscando propiciar la utilización de los términos correctos para referirse a la sexualidad y lograr que reconozcan las | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Papel kraft ▪ Marcadores ▪ Revistas ▪ Pegamento ▪ Tijeras ▪ 10 hojas de tamaño carta | <p>Preguntas orales individuales</p> <p>Producto de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| | | diferencias físicas y psicológicas ambos sexos. | | |
| 4.- Como funciona mi cuerpo | Que los jóvenes reconozcan la importancia de conocer los órganos sexuales masculinos y femeninos, así como su funcionamiento y aseo. | Para este tema se les proporciona dibujos del aparato femenino y masculino. Se les explica el funcionamiento a grandes rasgos de cada uno. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Láminas de los genitales. | <p>Preguntas orales individuales</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 5.- Menstruación y eyaculación | Que los jóvenes adquieran información general sobre los procesos de menstruación y eyaculación. | Se realizan dos actividades llamadas "Menstruación" y "Eyaculación" en las cuales se les explica a los jóvenes el proceso de cada uno de una manera dinámica. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maqueta tridimensional del aparato reproductor masculino y femenino. ▪ Toallas femeninas. ▪ Tampones ▪ Una jeringa gruesa ▪ Tela acojinada ▪ Líquido viscoso. | <p>Preguntas orales individuales.</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 6.- Fecundación, embarazo y parto | Que los jóvenes tengan nociones generales acerca de la fecundación, el embarazo y del nacimiento. | Se lleva a cabo dos actividades, llamadas "Así comienza la vida" y "El pequeño huevo", en las cuales se explica el proceso de fecundación y desarrollo del embarazo, además se busca crear conciencia ante la responsabilidad de la paternidad. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Láminas sobre el proceso de fecundación, embarazo y parto. ▪ Huevo crudo | <p>Preguntas orales individuales.</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 7.- Roles sexuales y género | Que los jóvenes puedan diferenciar los conceptos de rol sexual y género a partir de los patrones culturales que han influido en el | Se realizan 3 actividades durante las cuales se busca que los jóvenes identifiquen las diferencias físicas y de rol de género que existen entre | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recortes de revistas en los que se representan diferentes oficios. ▪ Juguetes ▪ Hojas blancas ▪ Cintas métricas | <p>Preguntas orales individuales.</p> <p>Producto de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| | ejercicio de la sexualidad. | el hombre y la mujer | | |
| 8.- Relaciones interpersonales | Que los jóvenes sepan manejar las distancias tanto físicas como emocionales entre las personas que los rodean, permitiendo el respeto así mismo y hacia los demás. | Se lleva a cabo una actividad llamada "El círculo de las relaciones" en el cual los jóvenes identifican los tipos de relaciones, conductas y actitudes que deben de tener con diferentes personas. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Círculo de colores | <p>Preguntas orales individuales</p> <p>Producto de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |
| 9.- Comportamiento social. | Que los jóvenes puedan identificar las conductas públicas y privadas dentro de su vida cotidiana. | Se realiza una actividad llamada "¿Qué debo hacer?", la cual tiene como finalidad que los jóvenes distingan las actitudes y actividades adecuadas a cada situación. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Láminas de diferentes lugares como son: baño, oficina, playa, escuela, etc. ▪ Imágenes de actividades públicas y privadas. | <p>Preguntas orales individuales.</p> <p>Productos de trabajo</p> <p>Bitácora</p> |

TEMA I: APRENDIENDO A TRAVÉS DE MIS SENTIDOS

Objetivo:

Que los jóvenes adolescentes reconozcan su cuerpo a través de los sentidos además de introducirlos al tema de la sexualidad partiendo de lo interior a lo exterior.

Descripción:

Los receptores sensoriales son los encargados de captar los estímulos externos e internos. Gracias a los nervios, la información recibida es enviada al Sistema Nervioso Central, el cual elabora una respuesta que es llevada a cabo por los efectores, esto es, músculos y glándulas endocrinas y exocrinas.

Esos receptores sensoriales son los llamados cinco sentidos del hombre: Visión, Audición, Gusto, Olfato y Tacto.

La visión

Aunque el ojo es denominado a menudo el órgano de la visión, en realidad, el órgano que efectúa el proceso de la visión es el cerebro; la función del ojo es traducir las vibraciones electromagnéticas de la luz en un determinado tipo de impulsos nerviosos que se transmiten al cerebro.

La audición y el equilibrio

El oído es el órgano responsable no sólo de la audición sino también del equilibrio. Se divide en tres zonas: externa, media e interna. La mayor parte del oído interno está rodeado por el hueso temporal.

El oído externo es la parte del aparato auditivo que se encuentra en posición lateral al tímpano o membrana timpánica. Comprende la oreja o pabellón auricular o auditivo y el conducto auditivo externo, que mide tres centímetros de longitud. El oído medio se encuentra situado en la cavidad timpánica llamada caja del tímpano, cuya cara externa está formada por la membrana timpánica, o tímpano, que lo separa del oído externo. Incluye el mecanismo responsable de la conducción de las ondas sonoras hacia el oído interno. Es un conducto estrecho, o fisura, que se extiende unos quince milímetros en un recorrido vertical y otros quince en recorrido horizontal. El oído medio está en comunicación directa con la nariz y la garganta a través de la trompa de Eustaquio, que permite la entrada y la salida de aire del oído medio para equilibrar las diferencias de presión entre éste y el exterior. Hay una cadena formada por tres huesos pequeños y móviles (huesecillos) que atraviesan el oído medio. Estos tres huesos reciben los nombres de martillo, yunque y estribo. Los tres conectan acústicamente el tímpano con el oído interno, que contiene un líquido.

El gusto

La sede del gusto se encuentra en la lengua, órgano, propio de la boca, por donde necesariamente pasan los alimentos antes de su masticación y deglución. La lengua está formada por diferentes músculos que le permiten moverse en todas direcciones. Su superficie está recubierta por una mucosa que contiene prominencias llamadas papilas gustativas, de color blanquecino y que dan un aspecto aterciopelado a la lengua. En estas papilas se encuentran los nervios gustativos.

El olfato

No todos los cuerpos poseen olor. Los que lo poseen se llaman odoríferos y los que no tienen olor, inodoros. Para que un cuerpo posea olor es necesario que emita partículas pequeñísimas que se mezclen con el aire. Estas partículas impresionan las terminaciones del nervio olfativo.

El olfato reside en las fosas nasales que son dos orificios localizados por detrás de la nariz y encima de la boca. Las fosas nasales están separadas por un tabique cartilaginoso: en su parte anterior y óseo en la posición posterior. Se encuentra por debajo de la cavidad craneana y en su cara externa se advierten tres salientes llamados cornetes superiores, medio, e inferior.

Cada fosa nasal se comunica por una abertura con el exterior. A la entrada de ellas se encuentran pelos gruesos y cortos. El interior está recubierto por una membrana llamada pituitaria.

El tacto

El sentido fundamental es el tacto, los demás son especializados de él. Para entender esto mejor se establecerá que para utilizar el sentido del gusto se debe tener contacto con dicho objeto, que la luz toque la retina del ojo, que las ondas sonoras choquen con el tímpano, etc.

Los nervios sensitivos terminan en la piel de dos maneras: distribuyéndose en las capas profundas de la piel (terminaciones libres) o distribuyéndose a distintos niveles de la piel y las mucosas (corpúsculos del tacto).

Los corpúsculos del tacto son ensanchamientos de forma ovoide y formada por: ramificaciones aplanadas del nervio sensitivo (discos táctiles), células de sostén y una cubierta epitelial.

Hay distintas clases d corpúsculos: unos perciben el contacto, otros la presión y otros el frío.

Por la forma en que están distribuidos en el cuerpo, hay zonas especialmente sensibles a alguna sensación. Así, los puntos sensibles al frío, que se encuentran en todo el cuerpo a razón de unos 300 mil, se concentran en las zonas de las mejillas, nariz, dorso de las manos, y el pecho. Estos puntos de frío son mucho más numerosos que los del calor. Se estima que por cada punto de calor existen ocho de frío.

Dinámica LA PIEL

Objetivos específicos

- ☉ Que los jóvenes fijen su atención en su propia piel y en las sensaciones que perciben a través de ella.
- ☉ Que conciban su propia piel como elemento mediante el cual pueden recibir información relacionada con el mundo que los rodea.
- ☉ Que conciban su propia piel como elemento a través del cual pueden sentir placer.

Evaluación inicial(Anexo)

Materiales:

- ☉ Antifaz ciego.
- ☉ Materiales de diferentes texturas contrastantes (pluma, lija delgada, esponja, rama de yerbabuena, cepillo).

Desarrollo:

- ☉ Se colocan los materiales elegidos sobre una mesa.
- ☉ Antes de comenzar, los jóvenes que van a realizar el ejercicio observan los materiales y recorren con ellos la piel de sus brazos, para sentirlos, para identificar la sensación que cada uno de ellos provoca sobre su piel.

- ☉ Entonces un joven se pone el antifaz, para dejar de usar la vista.
- ☉ Una compañera o compañero, con mucha suavidad, hace correr uno de los materiales a lo largo de los brazos del joven, durante un tiempo largo, para que quien “esta sin vista” pueda identificar el material que toca su piel.
- ☉ Cuando el joven identifica el material, lo nombra y cede el antifaz a otro participante.

Evaluación final (Anexo).

Se les preguntara a los adolescentes que aprendieron de dicha sesión y que les gustó más durante la realización de esta.

Salida

Posteriormente realizaran un dibujo del material que al sentirlo les agrade más.

Dinámica EL GUSTO

Objetivos específicos:

- ☉ Que los jóvenes usen su sentido del gusto y disfruten al usarlo.
- ☉ Que identifiquen su sentido del gusto como elemento mediante el cual pueden recibir información relacionada con el mundo que los rodea.
- ☉ Que conciban su propio gusto como elemento a través del cual pueden sentir placer.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales:

- ☉ Antifaz ciego
- ☉ Materiales comestibles con texturas semejantes (para que se presente el reto de identificar sólo a partir del gusto): Sal, azúcar, jugo de limón, yogurth, toronja.
- ☉ Recipientes, cartulina, envolturas de diversos productos, pegamento, imágenes, una taza vacía.

Desarrollo:

- ☉ Un joven se pondrá el antifaz ciego y una de sus compañeras o compañero le deja caer con suavidad sobre la lengua uno de los materiales

seleccionados, al mismo tiempo que le ofrece una tacita, un poco del mismo material, para que el joven lo sostenga en su mano.

- ☉ El joven prueba con atención el material, lo identifica y lo nombra.
- ☉ Entonces revisa lo que contiene su tacita para comprobar si acertó o no.
- ☉ El juego continua de igual modo.

Evaluación final (Anexo).

Salida

Que peguen en un cuarto de cartulina imágenes y envolturas de los alimentos que más les gusten.

Dinámica EL OIDO

Objetivos específicos:

- ☯ Que los jóvenes jueguen una nueva versión de “las escondidas”.
- ☯ Que identifiquen su sentido del oído como elemento a través del cual pueden recibir información relacionada con el mundo que lo rodea.
- ☯ Que conciban su oído como elemento a través del cual pueden sentir placer.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales

- ☯ Un antifaz ciego para cada uno.
- ☯ Una campana, o clave, o una melódica, o flauta o cualquier material que produzca un sonido agradable.
- ☯ Un espacio limitado, cerrado y libre de obstáculos y materiales peligrosos.

Desarrollo:

- ☯ Todos, menos uno, se ponen los antifaces ciegos.
- ☯ Quien no se cubrió los ojos comienza a tocar de manera intermitente su instrumento, para enviar al grupo una “señal sonora” que delate su posición en el espacio limitado en el que juegan.

- ☉ El grupo intenta “encontrar” a quien produce el sonido, guiándose por el sonido.
- ☉ Cuando “encuentran” al que se “esconde” este da su instrumento al que lo atrapó, todos se destapan los ojos para descansar y el juego vuelve a comenzar.

Evaluación final (Anexo).

Salida

Se recomienda de tarea a los jugadores que realicen la misma actividad en sus casas pero sin necesidad de utilizar instrumentos musicales, pueden hacerlo emitiendo sonidos pegándole a vasos, a platos o algún otro material que emita sonido.

Dinámica SENTIDO ESTEREOGNOSTICO

Objetivo específico:

Que los jóvenes experimenten de lo que son capaces al usar su sentido estereognóstico (que incluye tacto más tercera dimensión)

Evaluación inicial (Anexo).

Materiales

- ☉ Un saco chico de tela, con abertura elástica.
- ☉ Diversos objetos pequeños del ambiente cercano a los jóvenes (lápices, gomas, piedras, flores o ramas, carretes de hilo, estambre, cucharas, pelota, pasta de dientes, jabón, plato chico, esponja, cajita de cartón, corcholata, etc.). es importante que no sean miniaturas, sino objetos reales.

Desarrollo:

- ☉ Se prepara la bolsa colocando dentro de ella los objetos seleccionados. Los jóvenes no deben ver lo que hay en la bolsa.
- ☉ El primer jugador mete una mano a la bolsa, siente los objetos rodeándolos o recorriéndolos con la mano hasta que identifique uno de ellos.
- ☉ Entonces lo nombra sin sacarlo de la bolsa.
- ☉ Una vez nombrado, lo saca, para comprobar si el nombre que dio corresponde al objeto que tiene en la mano.

- ☉ Cierta o no, el objeto se coloca sobre la mesa.
- ☉ Toca el turno a otro jugador y continúa el juego hasta que la bolsa quede vacía o hasta que ya nadie sea capaz de identificar y nombrar los objetos que quedan en la bolsa.
- ☉ En este último caso, cuando todos se rinden, se saca los objetos y se nombran.

Evaluación final (Anexo).

Salida

Los jóvenes pueden realizar dibujos de algunos de los objetos que identificaron, para que experimenten cómo el dibujo “les quita” a los objetos la tercera dimensión.

Dinámica EL EQUILIBRIO

Objetivos específicos:

- ☺ Que los jóvenes hagan ejercicios de equilibrio.
- ☺ Que reflexionen acerca de las sensaciones que experimentan al hacer ejercicios de equilibrio.
- ☺ Que experimenten la sensación de moverse con lentitud y ritmo en un espacio sin ruido.

Evaluación inicial (Anexo).

Materiales:

- ☺ Polines de madera (de preferencia de 10 cm. de ancho).
- ☺ Ladrillos anchos.
- ☺ Un espacio que pueda cerrarse y aislarse del ruido o las interrupciones.
- ☺ Reproductor de cd y música armoniosa, suave y lenta.
- ☺ Ropa cómoda para cada participante.

Desarrollo:

- ☺ Se pide a todos que se formen y guarden absoluto silencio.
- ☺ Se cierra la puerta del salón.
- ☺ Se enciende la grabadora.

- ☉ Uno por uno, pasan a caminar por el polín, conscientes de su cuerpo y de su respiración, descalzos, lentamente y siguiendo la música.
- ☉ Quienes esperan su turno también se mueven al ritmo de la música, avanzando en fila lentamente hacia el polín y conservando distancia entre uno y otro.
- ☉ Al cruzar el polín, quien lo cruzó se incorpora a la fila, en el último puesto, para repetir el ejercicio.

Evaluación final (Anexo).

Salida

Cuando los jóvenes estén satisfechos se retira el polín, se detiene la música, se invita a los participantes a realizar dos o tres respiraciones profundas y los despide uno por uno.

TEMA II: ¿CÓMO SOY?

Objetivo:

Que los jóvenes reconozcan su imagen corporal para aceptarse a sí mismos.

Descripción:

Conocer tu cuerpo. Piensa en la casa donde vives. Está formada por diferentes habitaciones, partes o estructuras, con nombres que reflejan el papel que desempeñan: sala, dormitorios, comedor, baños, cocina, etc. Cada uno sirve a distintas necesidades del ser humano como comer, descansar o dormir.

En términos muy generales, se puede decir que tu cuerpo está organizado como una casa. Está formado por un conjunto de estructuras, llamadas sistemas o aparatos, cuyo trabajo armonioso permite que tu organismo funcione con normalidad. Unos te son más conocidos, como el Aparato digestivo o el Aparato respiratorio, y otros más misteriosos, como el Sistema inmunológico. Pero todos son muy importantes para la vida.

Cabeza: nuca, sien, cráneo, cara, frente, mejillas, mandíbula, mentón, cuello, barba, patillas, bigote, ojos, globos oculares, cejas, parpados, pestañas, orejas, lóbulos, nariz, fosas nasales, boca, labios, lengua, dientes, garganta.

Tronco: pecho, espalda, torso, tórax, esternón, mamas, vientre, panza, ombligo.

Caderas y cintura: pelvis, trasero, nalgas, genitales.

Brazos: Antebrazo, hombro, codo, mano, muñeca, palma, dedos, uñas.

Piernas: muslo, rodilla, pantorrilla, pie, empeine, dedos del pie, tobillo, talón, planta del pie, uñas.

Órganos: apéndice, brazo, cerebro, colon, corazón, duodeno, estómago, hígado, intestino, páncreas, pulmones, riñones, vejiga y vesícula biliar.

Otros: arteria, carne, cerebro, esqueleto, huesos, músculos, piel, sangre y venas.

La autoimagen, es decir, lo que pensamos de nosotros mismos, es el sistema básico de nosotros mismos. Todos podemos tener días en que nos sentimos incómodos en nuestros cuerpos, pero la clave para desarrollar una imagen positiva es reconocer y respetar nuestra figura natural y aprender a reemplazar esos pensamientos y sentimientos negativos con pensamientos positivos, de afirmación y de aceptación.

La imagen corporal es:

- ☺ Como te ves cuando te miras en el espejo o cuando creas una imagen de ti mismo en tu mente.
- ☺ Qué opinas acerca de tu propia apariencia (incluyendo tus recuerdos, suposiciones y generalizaciones).
- ☺ Cómo te sientes en relación a tu cuerpo incluyendo tu estatura, figura y peso.

☯ Cómo te sientes y controlas tu cuerpo a medida que te mueves cómo te sientes dentro de tu cuerpo, no solo acerca de tu cuerpo.

La imagen negativa de tu cuerpo es:

☯ Una imagen distorsionada de tu figura corporal, percibes partes de tu cuerpo distintas a lo que en realidad son.

☯ Está convencido que solo estas personas son atractivas y que tu figura o talla simbolizan fracaso.

☯ Te sientes avergonzado pensando siempre en tu cuerpo con sentimientos de ansiedad en relación a la imagen de tu cuerpo.

☯ Te sientes incómodo y extraño en tu propio cuerpo.

La imagen positiva de tu cuerpo es:

☯ Una percepción clara, verdadera de tu figura, percibes las diferentes partes de tu cuerpo como en realidad son.

☯ Celebras y aprecias la figura natural de tu cuerpo y comprendes que la apariencia física de una persona no determina su personalidad o sus valores.

☯ Te sientes orgulloso y aprecias tu cuerpo como único y rehúsas pasar demasiado tiempo irracional preocupándote por la comida, peso y calorías.

☯ Te sientes cómodo y seguro con tu cuerpo.

Autocuidado y creencias falsas

Masculino: la higiene de los genitales es esencial, por eso es importante hacer énfasis en la higiene diaria (bañarse). Los genitales deben lavarse igual que cualquier otra parte del cuerpo. En el caso de los hombres que no estén circuncisos es necesario levantar el prepucio para poder limpiar el glande para evitar infecciones.

Existe gran cantidad de creencias falsas alrededor del tamaño del pene, la virilidad y el funcionamiento sexual. Sin embargo, no existe ninguna relación entre éstos. El tamaño del pene no está relacionado con la complexión corporal y no se puede predecir en comparación al tamaño de la mano o del pie.

Femenino: hay personas que consideran que los órganos sexuales femeninos son desagradables o huelen mal. Sin embargo, si se tiene una buena limpieza, esto no tiene por qué ser así.

Muchas mujeres se preocupan acerca del tamaño de sus pechos o por la forma que tienen, ya que piensan que los pechos son un objeto sexual y no una parte del cuerpo. La realidad es que existe una gran variación e pechos, por lo que no existe un tamaño “normal”.

Las mujeres deben visitar con regularidad al ginecólogo para hacerse un chequeo. Esto consiste en un examen mamario y una auscultación de los órganos sexuales. Cuando se trata de mujeres que han tenido relaciones sexuales se le hace un Papanicolaou una vez al año para prevenir o detectar a tiempo infecciones vaginales o algún tipo de cáncer. Si se presentan molestias, irritación o flujo vaginal distinto al normal se debe visitar al médico.

Es normal tener ciertas protuberancias en los senos. Muchas mujeres tienen hinchazón y dolor de los senos algunos días antes o después de la menstruación. Pero algunas veces llegan a formarse quistes que virtualmente no son dañinos. Sin embargo, con regularidad una misma debe hacerse un examen de los senos además del que hace el médico para checar algún bulto raro u otra anomalía. Las diferencias que deben buscarse son en cuanto a forma y no al tamaño.

Los senos se deben tocar suave y sistemáticamente con la yema de los dedos de la mano opuesta. Hay que mover los dedos en pequeños círculos o con un movimiento leve de atrás hacia adelante. Si se encuentran bultos que después de algunos ciclos menstruales no desaparecen es recomendable visitar al médico.

Social

Los órganos sexuales son partes privadas y no deben ser mostradas a los demás, ni tocados por cualquier otra persona sin consentimiento.

No es adecuado hacer comentarios a la gente acerca de sus partes privadas, si se quiere platicar acerca de esto, se puede hacer con un amigo, un doctor o la pareja.

Dinámica DIBUJO DEL CUERPO

Objetivo específico:

Confrontarse con la imagen del cuerpo para aprender a reconocerlo y aceptarlo.

Material:

- ☉ Hojas de papel rotafolio o papel kraft
- ☉ Marcadores.
- ☉ Crayones.
- ☉ Gises de colores.
- ☉ Cinta adhesiva.

Evaluación inicial (Anexo)

Desarrollo:

- ☉ En caso de utilizar papel rotafolio, unir dos hojas y unir las con cinta adhesiva en sentido vertical (2 juegos, uno para los hombres y otro para las mujeres). En el caso de utilizar papel kraft cortar al tamaño de cada joven.
- ☉ Pegar los rotafolios sobre el suelo.
- ☉ Realizar los equipos, uno de mujeres y otro de hombres, en dado caso que no sean equitativos formar grupos mixtos.
- ☉ Pedir dos voluntarios un hombre y una mujer.

- ☉ Los voluntarios se deben recostar sobre el papel, para que sus compañeros le dibujen la silueta del tamaño real del cuerpo. Es preferible que usen gises, porque así podrán modificar la silueta al gusto de cada quien.
- ☉ La consigna es “dibuja tu cuerpo en la silueta sin atuendos, ni vestido, píntale los ojos, la nariz y la boca, no temas dibujar los genitales”.
- ☉ Alentarlos a realizar la actividad, reconociendo que no importa la poca habilidad para el dibujo, lo importante es la reflexión que posibilita la dinámica y no las figuras bonitas o feas.
- ☉ Cuando terminen, las figuras se exhibirán en lugares visibles, preferiblemente en las paredes del salón.
- ☉ Pedir un aplauso para todos los participantes por las obras de arte que ejecutaron.

Evaluación final (Anexo)

Salida:

Por ultimo realizar un análisis a partir del cuestionamiento de:

- ¿El dibujo se parece a ustedes? ¿En que sí? ¿En qué no?
- ¿Qué es lo que más les gusta de su cuerpo?
- ¿a alguien le dio pena dibujar el cuerpo? ¿Por qué?
- ¿Es importante conocer nuestro cuerpo? ¿Por qué?

TEMA III: ¿QUÉ ES SEXUALIDAD, SEXO Y CUAL ES SU LENGUAJE?

Objetivo:

Que los jóvenes diferencien los conceptos de sexo y sexualidad, así como el lenguaje que se utiliza para entender dichos términos.

Descripción:

Hablar de sexo o sexualidad, con frecuencia los términos son asociados de manera inmediata con ideas sobre la vida sexual, que tiene relación directa con los genitales, la reproducción humana o las relaciones sexuales. La mayoría de las personas están acostumbradas a pensar que el sexo es algo meramente relacionado con los órganos genitales, o lo ven como simple expresión física.

Tales ideas hacen suponer que el común de las personas conocen y han adoptado, la definición de Freud que hacer sobre lo sexual, afirmando que es todo lo referido a la intención de procurarse un goce por medio del cuerpo, y en particular de los órganos genitales del sexo opuesto, o sea todo aquello que tiene a conseguir la unión de los genitales y la relación del acto sexual.

Se comparan, el concepto de sexualidad con el de genitalidad y se toma en cuenta únicamente el aspecto anatomofisiológico del aparato genital, que aparte de determinar las diferencias físicas entre los sexos, contribuyen a la reproducción humana y tal como otras funciones corporales, proveen de placer

al cuerpo humano. Siendo esta perspectiva una de las razones a las que se le atribuye que exista resistencia para hablar de la sexualidad, dado que los órganos sexuales y la posibilidad de proveer y adquirir de placer son percibidos como actos privados.

Sin embargo para comprender al ser humano en todas sus manifestaciones, se debe partir al principio general que esta establece de que la naturaleza humana es el resultado de la integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales cuya complejidad se manifiesta en todo momento de la vida diaria de las personas (Funke, Gantier y Olguin, 1982).

Por lo anterior se debe partir de un enfoque integral del ser humano, se puede aceptar la sexualidad como una expresión psicosocial de los individuos como seres sexuados en una sociedad y cultura determinada.

Por lo tanto, para evitar la estrecha y limitada concepción del sexo, actualmente se emplea la palabra sexualidad. La sexualidad es considerada como un fenómeno biopsicosocial que forma parte del crecimiento de la personalidad del ser humano. Es la manifestación del sexo biológico en la conducta de relación del individuo con otro del mismo o diferente sexo. Las expresiones de la sexualidad van mucho más allá de las respuestas genitales y están sujetas a modificaciones en forma constante como consecuencia de la experiencia del aprendizaje. La sexualidad no se encierra únicamente y

exclusivamente a lo relacionado con los órganos sexuales y su función reproductora y satisfactoria, incluye mucho más que eso y se manifiesta en la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona según su sexo.

Fuerzas fisiológicas, emocionales, sociales y culturales condicionan a la sexualidad de manera importante, y tienen por resultado una amplia gama de posibles actitudes y conductas en la vida de todo ser humano.

Se requiere, abandonar la filosofía parcial de la sexualidad que la limita a su carácter biológico, para dar paso a una recepción más abierta de la misma y a la posibilidad de derribar las barreras que nos obstaculizan el simple hecho de hablar del tema.

La educación sexual sólo se puede entender como un proceso integral que tiende al desarrollo de los aspectos físicos, psicológicos, emocionales, espirituales y sociales del individuo.

El término *sexo* ha tenido múltiples connotaciones, los siguientes significados no son absolutos, solo pretenden dar claridad para orientar:

Sexo con asignación o crianza: Está determinado, usualmente, por los genitales externos. Es atribuido al nacer: Pene (hombre), Vulva (mujer).

Sexo psicológico, identidad sexual o identidad genérica: convencimiento íntimo de ser hombre o de ser mujer que tiene el individuo, o la identificación subjetiva con una u otra de estas condiciones o con ambas, en proporciones variables. La diferencia del sexo psicológico depende, fundamentalmente, del efecto del entorno familiar y social.

Sexo social, rol sociosexual, masculinidad y feminidad: Conjunto de comportamientos y actitudes culturales que indican a sí mismo y a los demás la pertenencia al sexo masculino o femenino, o a la ambivalencia en proporciones variables.

Género: Este vocablo ha sido tomado de la terminología gramatical con el significado que tiene en ella, pero aplicado a los seres humanos. Es, entonces, sinónimo de sexo y de él se deriva el objetivo genérico.

Orientación sexual: Dirección que sigue el deseo sexual del sujeto, o la excitabilidad sexual del sujeto en relación con un objeto sexual determinado, puede manifestarse hacia un solo tipo de objeto o hacia varios, en proporciones variables. La más típica orientación sexual es la heterosexual, seguida por la homosexual.

Heterosexualidad: Orientación sexual hacia individuos del mismo género, o excitación sexual con ellos. Práctica de actividades sexuales con individuos del mismo género.

Bisexualidad: Orientación sexual heterosexual y homosexual en proporciones variables, o excitación sexual con individuos de uno y otro género. Práctica de actividades heterosexual y homosexual.

Dinámica SEXUALIDAD

Objetivo específico:

Que los jóvenes a través de imágenes diferencien los conceptos de sexo y sexualidad.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales:

- ☉ Papel kraft (1m.)
- ☉ Marcadores
- ☉ Revistas
- ☉ Pegamento
- ☉ Tijeras

Desarrollo:

- ☉ Preguntar a los jóvenes que entienden por “sexo” y qué por “sexualidad”.
- ☉ Explicar a los participantes por medio de ilustraciones las diferencias más notables entre ambos términos.
- ☉ Tendrán que pegar recortes de revistas siendo capaces de encontrar anuncios que traten sobre roles sexuales, afecto, imagen corporal, placeres sensoriales (fragancias, texturas, etc.) y se les dará la orden de que los peguen en el papel kraft, el cual se colocará en el pizarrón.

☉ Por último entre todos se comentará cada una de las imágenes que se peguen con el fin de aclarar más ampliamente la diferencia entre ambos términos.

Evaluación final (Anexo)

Salida:

Se hace un análisis alrededor de las siguientes preguntas:

- ¿Somos todos iguales?
- ¿Qué imágenes vemos en la tele, revistas y en el cine?
- ¿De qué manera podemos expresar nuestra sexualidad?

Dinámica EL MARCIANO

Objetivo específico:

Que los jóvenes reconozcan las diferencias físicas y psicológicas del sexo masculino y femenino.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales: Ninguno

Desarrollo:

- ☉ Consiste en explicarles a un “marciano” las diferencias entre hombres y mujeres.
- ☉ Pedir a cada participante una prenda o ropa que traen puestas. Puede ser un zapato, chamarra, mochila, suéteres, tenis, etc. el objetivo es que el marciano se cree a partir de algo de cada uno de los participantes.
- ☉ Ponerle un nombre al marciano.
- ☉ Al finalizar de construir el “marciano”, explicar a los participantes que este acaba de llegar a nuestro planeta y quiere saber las diferencias entre el hombre y la mujer, porque en su planeta estas diferencias no existen.
- ☉ El facilitador fingirá ser el traductor y es el que tendrá que ir haciendo las preguntas, pues el marciano no se puede comunicar.

- ☉ El “marciano” pide a los integrantes que mencionen toda clase de diferencias: físicas, psicológicas, modo de sentir, pensar y actuar.
- ☉ Después el “marciano” quiere saber toda clase de diferencias que no cambian ni con el tiempo, ni con el lugar, ni la cultura, etc.
- ☉ Al finalizar se reflexiona con los integrantes sobre cómo a partir de una diferencia física y la socialización que recibimos toda la vida se encarga de enseñarnos modos diferentes de comportamientos para los hombres y para las mujeres.

Evaluación final (Anexo)

Dinámica EL LENGUAJE POPULAR

Objetivo específico:

Propiciar la utilización de los términos correctos para referirse a la sexualidad.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales:

- ☉ Diez hojas tamaño carta
- ☉ Marcadores

Desarrollo:

- ☉ Antes de presentar la actividad, escriba en cada hoja uno de los siguientes términos. Mujer, Senos, Menstruación, Hombre, Pene, Cabeza, Vagina, Testículos, Estrógeno.
- ☉ Pegar en el pizarrón de forma alternada las hojas con los términos.
- ☉ Pedir al grupo que se pare y lean las hojas que se encuentran pegadas a la pared en silencio (Se leerán las hojas a las personas que no tengan la capacidad de hacerlo).
- ☉ En el momento que lo hayan terminado de leer, pedir a todo el grupo que se coloque en el centro del aula.

☉ Después se dará la siguiente instrucción: “les voy a decir una palabra de las que ustedes ya leyeron, dependiendo de la palabra si ustedes tienen la parte del cuerpo que yo nombro, tendrán que ir rápidamente abajo del letrero de la parte del cuerpo. Por ejemplo si yo digo pene, se van a colocar abajo del letrero donde dice pene todos los que tengan pene, o sea los hombres. Si yo digo vagina, se van a colocar abajo del letrero correspondiente todas las mujeres.

Evaluación final (Anexo)

Salida

Se hacen las siguientes preguntas a cada joven

- ¿Todos tenemos las mismas partes del cuerpo?
- ¿Para qué nos sirve conocer todas las partes de nuestro cuerpo?
- ¿Es bueno conocer donde se encuentran estas partes del cuerpo? Y ¿Por qué?

TEMA IV: ¿COMO FUNCIONA MI CUERPO?

Objetivo:

Que los jóvenes reconozcan la importancia de conocer los órganos sexuales femeninos y masculinos, así como su funcionamiento y aseo.

Descripción:

La sexualidad es un proceso que abarca desde el nacimiento hasta la muerte, e involucra sentimientos, emociones, actitudes, pensamientos y comportamientos, así como aspectos físicos, incluyendo el crecimiento corporal, los cambios asociados con la pubertad y con procesos fisiológicos tales como la menstruación, la ovulación y la eyaculación.

La sexualidad de un individuo también incluye lo referente al impulso o deseo sexual, la posibilidad de gozo y de procrear. Cuando una persona comienza a crecer en una sociedad, él o ella empiezan a comportarse de ciertas formas que la cultura determina como apropiadas para el hombre y para la mujer. Esto incluye la canalización de los deseos sexuales, la identidad masculina y femenina y los papeles sociales de cada sexo.

¿Por qué somos diferentes hombres y mujeres?

La especie humana, como otras muchas presentan un “dimorfismo” sexual, muy patente, lo que significa que hay claras diferencias físicas entre el hombre y la mujer, diferencias que no se refieren únicamente a los genitales. En otras especies, este dimorfismo es también muy patente, como en los leones o los pavo reales, ante los que cabe establecer a simple vista quien es el macho y la hembra. Los caracteres sexuales secundarios, aquellos que van a determinar el dimorfismo sexual, aparecen durante la pubertad. Son ese conjunto de rasgos que contribuyen a la diferenciación de los sexos.

Genéticamente, las diferencias entre hombre y mujer se establecen en la presencia de una combinación cromosómica diferente: XY para el hombre y XX para la mujer.

La presencia de un alto nivel de estrógenos en la mujer, producidos en los ovarios, determinara un conjunto de cambios físicos y psíquicos; aparece el vello púbico y axilar, se desarrollan los pechos, se produce un crecimiento mayor, las caderas se ensanchan, la piel se conserva fina pero también se hace más grasa mientras que los genitales externos alcanzan su pleno desarrollo y se inicia el ciclo ovárico y por tanto la aparición de la regla.

En los hombres al llegar la pubertad, la gran cantidad de testosterona producida por los testículos provoca un crecimiento que lo lleva a ser más alto que una mujer con idéntica información genética, desarrolla una musculatura más robusta que las mujeres y al tiempo que hombros y pechos se ensanchan aparece el vello púbico y axilar, pero también en la cara, pecho, brazos y piernas, etc. por su parte, la piel se hace más grasa y con el desarrollo de la laringe la voz se vuelve más grave. También empiezan la producción de espermatozoides y por tanto la eyaculación. En el siguiente apartado se enfocan los aspectos biológicos que son partes de la sexualidad relacionadas con la reproducción humana. Eso no quiere decir que no solo intervenga la parte biológica. Las áreas emotivas, afectivas y culturales son igualmente importantes.

El aparato sexual masculino y femenino corresponde básicamente a los llamados órganos genitales externos; los órganos genitales internos constituyen el aparato propiamente reproductor.

Anatomía Y Fisiología Sexual Femenino

Genitales externos:

Monte de venus: zona triangular cubierta de vello situada en la parte frontal e inferior del abdomen.

Vulva: constituida por: labios mayores, labios menores, clítoris, meto urinario e introito vaginal.

Clítoris: cuerpo eréctil alargado y pequeño cuya función es exclusivamente erótica, situada en el ángulo anterior de la vulva.

Labios mayores: partes mayores, en forma de labios, de los órganos genitales externos femeninos.

Meato urinario: ubicado debajo del clítoris y encima del introito vaginal. La orina se elimina a través de esta abertura.

Labios menores: pliegues de la piel en forma de labios que se encuentran cercanos al orificio externo de la vagina.

Introito vaginal: cerrado parcialmente en las mujeres vírgenes por el himen, está localizado en la parte inferior de la vulva y debajo del meato urinario.

Himen: repliegue mucoso de muy diversas formas y consistencias que bordea el orificio vaginal. La función biológica de esta estructura no se conoce.

Genitales internos:

Trompas de Falopio: dos conductos situados a lado del útero que establecen conexión entre éste y los ovarios.

Funciones: Atrapar el ovulo expulsado por el ovario y mediante un movimiento propio, conducirlo al útero, facilitar el paso a los espermatozoides para que, normalmente, dentro de ellas se produzca la fecundación y conducir al óvulo fecundado hasta el útero donde se alojará y se desarrollará.

Ovarios: dos órganos de forma ovalada situada al lado del útero y por debajo de las trompas de Falopio. Tienen en su interior los óvulos o células femeninas y producen sustancias llamadas hormonas.

Útero o matriz: situado a continuación de la vagina, detrás de la vejiga y por delante del recto. Es un órgano muscular hueco recubierto en su interior por un tejido rico en vasos sanguíneos llamados endometrio, éste se desprende en cada menstruación y vuelve a reproducirse por acción de las hormonas en el siguiente ciclo menstrual. Se divide en dos regiones principales: cuerpo y cuello. En la parte de arriba del cuerpo tiene dos orificios, uno a cada lado, sitio de unión con las trompas de Falopio.

Funciones: preparar y facilitar la expulsión del endometrio para producir la menstruación. Recibir el ovulo fecundado, alojar al feto y a la placenta durante el embarazo y facilitar la expulsión del feto y la placenta mediante la contracción en el momento del parto. En el cuello del útero se produce una secreción mucosa que cambia de aspecto y consistencia durante el ciclo menstrual.

Cuello uterino (cérvix): parte más baja del útero que comunica con la vagina.

Vagina: conducto muscular que une el útero con el exterior. Tiene como función dar paso al feto y a la placenta durante el parto. Alberga el pene durante el coito y deja salir la menstruación que viene del útero.

Zonas erógenas secundarias

Las zonas erógenas secundarias femeninas son mucho más que las masculinas, pues, dependiendo de las personas, casi todas las regiones corporales externas pueden adquirir propiedades erógenas. Las mamas, pechos o senos, ejercen poderoso atractivo sobre los hombres de diferentes culturas. Algunas mujeres poseen una evidente sensibilidad erótica mamaria.

Anatomía y Fisiología Sexual Masculina

Genitales internos

Vesícula seminal: pequeñas glándulas que están por detrás de la vejiga, una a cada lado de la próstata; en ellas se produce parte del líquido seminal.

Conductos deferentes: tubos que permiten el paso de los espermatozoides, desde los epidídimos hasta la próstata.

Uretra: canal que va por toda la parte interna del pene hasta la vejiga.

Próstata: glándula localizada por debajo de la vejiga que produce parte del líquido seminal.

Epidídimos: dos órganos en forma alargada, que se encuentran por encima de cada testículo. Almacenan los espermatozoides y producen parte del líquido seminal.

Genitales externos:

Pene: órgano cilíndrico, delgado, formado por un tejido especial, lleno de cavidades y recubierto de piel. Las cavidades del tejido esponjoso del pene se llena de sangre por la estimulación sexual, se endurece y se pone erguido, esto es lo que se llama erección.

Glande: cabeza del pene.

Prepucio: pliegue de piel retráctil que cubre el pene.

Testículos: dos glándulas en forma ovalada, de unos 4 cm. de diámetro. Están dentro del escroto (bolsa), una al lado de la otra y por debajo del pene. Producen los espermatozoides y las hormonas masculinas (testosterona). Los espermatozoides son células de la producción, duran vivas 72 horas en promedio.

Sugerencias

- Las definiciones expuestas son para apoyo del facilitador y no necesariamente tendrá que transmitírselas al grupo.
- Permitir el surgimiento de bromas con el fin de disminuir la angustia de los jóvenes.
- Mencionar que el cuerpo es propio y que se tiene el derecho a tocarlo, explorarlo y conocerlo, en el lugar y en el momento adecuado.
- Aclarar cuáles son las partes del cuerpo privadas y públicas.
- Analizar la importancia de los roles genéricos que intervienen en la expresión de la sexualidad.
- Ser sensible a la ansiedad del grupo cuando se presentan los genitales.
- Recordar que el objetivo no es que los jóvenes aprendan de memoria el nombre de los órganos sino que conozcan su función y localización.

Dinámica ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES
MASCULINOS Y FEMENINOS

Objetivo específico:

Que los jóvenes reconozcan las principales diferencias entre los órganos sexuales masculinos y femeninos.

Evaluación inicial (Anexo)

Materiales:

☉ Dibujo o láminas de los genitales o dibujo en el tablero, en papel para rotafolio o en el proyector.

Desarrollo:

- ☉ El facilitador presentara los dibujos a todo el grupo.
- ☉ Primero se les preguntará que partes ya conocen y se escribirán en el diagrama.
- ☉ Cuestionar la función de cada parte del aparato genital tanto femenino como masculino.
- ☉ Posteriormente se les dará la explicación de los nombres de cada parte de los aparatos genitales.

- ☉ Cada participante pasara a colocar las etiquetas de los nombres en la ubicación correcta.
- ☉ Es necesario hacer hincapié en utilizar el término correcto (anatómico) y su función (fisiológico).
- ☉ Inducir para que ellos mencionen la diferencia entre hombre y mujer por sus aparatos reproductores.
- ☉ Se les mostrara los órganos reproductores e manera tridimensional para que los adolescentes puedan manipular el material y al mismo tiempo se les explicara cual es la función de cada parte.
- ☉ Por último se realizara una actividad de manera individual la cual consistirá en que cada participante iluminara un esquema de los aparatos reproductores al mismo tiempo que se reforzara los nombres y la función.

Evaluación Final (Anexo)

TEMA V: MENSTRUACIÓN Y EYACULACIÓN

Objetivo:

Que los jóvenes adquieran información general sobre los procesos de menstruación y eyaculación.

Descripción:

Menstruación

El ciclo se inicia con la menstruación que es un flujo sanguíneo que se producen en la mujer. Está constituido por sangre y por células procedentes del endometrio (revestimiento uterino del ciclo anterior). Se produce durante la edad fértil de la mujer; por lo general comienza entre los 10 y los 16 años, en la pubertad y cesa hacia los 55 o 65 años en la menopausia. La menstruación forma parte del proceso que prepara a la mujer para el embarazo y el parto.

Cada mes se forma el endometrio; si no produce un embarazo este revestimiento se rompe y es eliminado a través de la vagina. El periodo menstrual abarca entre tres y siete días que es el tiempo que dura la menstruación.

Formación del endometrio: Cada mes, las hormonas producidas por la hipófisis FSH y LH actúan sobre un folículo del ovario para que madure un óvulo,

es decir, se vuelva susceptible de ser fecundado y de desarrollarse para dar lugar a un feto.

El ovario secreta estrógenos, cuando los folículos maduran e induce la proliferación de la células del revestimiento del útero, endometrio, envoltura que estará totalmente preparada para el anidamiento del óvulo fecundado cuando llegue el momento, si llega.

Ovulación: hacia la mitad del ciclo menstrual, 14 o 15 días después de la aparición de la menstruación, un folículo del ovario libera un óvulo maduro, proceso llamado ovulación. El óvulo pasa a través de la Trompa de Falopio hasta el útero. El folículo vacío forma el cuerpo del lúteo, un órgano endocrino que secreta progesterona. Bajo la influencia de la progesterona, el endometrio se engrosa y se hace más denso como preparación para la implantación del huevo fecundado.

Óvulo llega al útero: los tres días que el ovulo tarda en llegar al útero, después de haber sido liberado por el ovario, constituyen el periodo fértil de la mujer. Si el ovulo se une a un espermatozoide en su camino hacia el útero se produce la fecundación, cuando esto ocurre el óvulo se une al endometrio (anidamiento) y queda establecido el embarazo.

Fin del ciclo: si no se produce la fecundación, el endometrio no recibe las hormonas que necesita para continuar su proceso de crecimiento, se rompe y es eliminado por la vagina durante la menstruación.

Entre uno y siete días de cada periodo, es común que muchas mujeres padezcan dolor malestar premenstrual, se suele producir dolor de mamas y una tendencia a retener líquidos. Algunas mujeres experimentan la tensión premenstrual en forma de dolor de cabeza, irritabilidad, nerviosismo, fatiga, ataques de llanto y depresión sin causa aparente (síndrome premenstrual). Investigaciones recientes indican que los responsables son los cambios químicos y hormonales.

Autocuidado y creencias falsas: algunas personas piensan que las mujeres que están menstruando están sucias o impuras, además de que deben evitar bañarse o lavarse el pelo. Todos estos son creencias falsas ya que durante la menstruación una mujer puede seguir su vida normalmente. La menstruación es un proceso natural por lo que debe ser tomado como tal y no vivirse en la vergüenza.

Durante la menstruación las mujeres deben de tener más cuidado en su aseo personal: bañarse diario y cambiarse la toalla sanitaria con regularidad.

Es recomendable traer consigo una toalla de repuesto y en caso de cólicos, dolor de ovarios, de cabeza fuera de lo normal es conveniente llamar a un médico.

Social: la toalla sanitaria debe cambiarse en privado, generalmente en el baño. Se tira enrollada en papel higiénico, al bote de basura. Este tema se puede platicar entre amigas o personas de confianza.

Eyacuación

La eyacuación es una función natural en el hombre que permite la expulsión del semen acumulado a través del pene. El semen es un líquido blanco viscoso que contiene espermatozoides. Generalmente empieza en la pubertad y puede producirse por diferentes situaciones: durante el sueño (sueños húmedos), en la masturbación y en las relaciones sexuales.

Autocuidado y creencias falsas: los “sueños húmedos” son algo natural, aunque a veces se piense lo contrario. Los sueños húmedos se producen particularmente en los adolescentes hombres mientras duermen. Se trata de algo absolutamente normal, que no puede ser previsto con anticipación y que es consecuencia directa de la madurez sexual y del funcionamiento del sistema reproductor masculino. Se puede manifestar con o sin erección del pene y en ambos casos con eyacuación del semen.

Se ha considerado que el sueño húmedo en el hombre es un mecanismo natural en su adolescencia cuya finalidad sería condicionar el buen funcionamiento tanto de su sistema como aparato reproductor. Por el carácter involuntario de este tipo de polución, en algunos adolescentes provoca una sensación de vergüenza cada vez que ocurre o bien temor o incertidumbre. La razón principal de esto radica en el hecho de que la expulsión del semen causa manchas en su ropa de dormir y en las sábanas con lo que evidencia lo que ocurrió durante la noche. El que se den eyaculaciones con frecuencia no implica que el semen se vaya a terminar. Después de que esto ocurre hay que limpiar el lugar y así mismo. Pero no debe avergonzarse. Se debe entender como algo normal.

Dinámica MENSTRUACIÓN

Objetivo:

Que los jóvenes conozcan el proceso de la menstruación.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Maqueta tridimensional del aparato reproductor femenino.
- ☉ Toallas femeninas y tampones.
- ☉ Gelatina poco cuajada.

Desarrollo:

- ☉ Explicar el proceso de la menstruación en forma tridimensional, es decir, se realizara una maqueta en la cual los participantes puedan aprender este proceso de manera dinámica.
- ☉ Posteriormente se pedirá que pasen los participantes a explicar dicho proceso recreándolo con la maqueta.
- ☉ Se mostraran las toallas femeninas y el tampón además de darse una explicación de cómo usarlas adecuadamente.

Evaluación final (Anexo)

Dinámica EYACULACIÓN

Objetivo:

Que los jóvenes conozcan el proceso de la eyaculación.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Una jeringa gruesa.
- ☉ Tela acojinada para envolver la jeringa.
- ☉ Líquido viscoso.

Desarrollo:

- ☉ Se tiene que forrar la jeringa gruesa con el material suave o alguna tela.
- ☉ Una vez explicado el proceso de eyaculación se puede ejemplificar poniendo dentro de la jeringa algún líquido viscoso como crema para el cuerpo o gelatina natural poco cuajada y expulsándolo por la punta de la jeringa. Al hacer esto se debe reforzar la explicación anterior.

Evaluación final (Anexo)

TEMA VI: FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO

Objetivo:

Que los jóvenes tengan nociones generales acerca de la fecundación, el embarazo y del nacimiento.

Descripción:

Fecundación

Una vez llevada a cabo la fecundación del espermatozoide en el óvulo tiene lugar la fusión de ambos núcleos de estas células y con esto la formación del huevo o cigoto. Esta fusión significa que cada uno de los 23 cromosomas que contienen tanto el núcleo del óvulo como el del espermatozoide, busquen su pareja en el otro núcleo obteniéndose finalmente 23 pares, o lo que es lo mismo 46 cromosomas, que es la dotación de cromosomas normal. Las células de cualquier punto del organismo humano, poseen en su núcleo 46 cromosomas. El óvulo y el espermatozoide son la excepción a esta norma. La explicación estriba en que si estos dos elementos tuvieran 46 cromosomas al fundirse entre sí darían lugar a un ser de 92 cromosomas y cada vez que tuviera lugar una fecundación se duplicaría el número de cromosomas de los padres, lo cual sería incompatible con la vida. Ya fecundado el óvulo y convertido en huevo, inicia su viaje hacia el lugar donde residirá, esto le tomará aproximadamente 5 días. El huevo avanza a pesar de que a diferencia de los

espermatozoides carece de movimientos propios, esto se realiza gracias a los movimientos de la trompa y de los cilios (pequeñas vibrátiles que lo empujan a través de la trompa); estos mismo cilios dificultaban antes el ascenso de los espermatozoides.

Al mismo tiempo que se desplaza el óvulo, este se va transformando, la nueva célula inicia su división, primero se divide en dos células y cada una de ellas se subdivide en otras dos y así sucesivamente, hasta que el huevo humano se convierte en un agregado de pequeñas células resultantes de las sucesivas divisiones. El aspecto que toma es parecido al de una mora de ahí que se le de el nombre de mórula.

Al llegar a la cavidad uterina la mórula se transforma en blástula, un cambio brusco y complejo. En este momento el huevo, ya en fase de blástula, toma contacto con la superficie de la cavidad uterina, la cual ha sido previamente preparada con objeto de recibirlo. El huevo penetra profundamente en la mucosa uterina, hasta sumergirse totalmente en la misma, estableciéndose una corriente sanguínea entre la madre y el huevo, lo cual permite a este vivir y desarrollarse. El huevo y ya implantado continua su desarrollo, de la blástula se forma el disco embrionario que está constituido por 3 capas o células llamadas hijas blastodérmicas; de las cuales se derivan todos los tejidos del niño, estas tres placas llevan cada una su nombre: ectodermo, mesodermo y endodermo.

Del ectodermo se origina el tejido nervioso, piel, cabello, uñas, anexos de piel, capas mucosas, etc., del mesodermo el esqueleto, la musculatura, los renal y circulatorio, etc., del endodermo el aparato digestivo y sus anexos: hígado, páncreas, bazo, etc. y también el aparato respiratorio. Durante los 2 primeros meses del embarazo el embrión ya está perfectamente individualizado dentro de la cavidad amniótica (bolsa en la que se contiene el producto donde flota en un líquido llamado amnios) que lo rodea por completo, a excepción del lugar ocupado por el puente que lo une a la placenta, este puente es el cordón umbilical, en el curso de esta 4° semana se aprecia ya una zona cefálica y otra posterior, en la región dorsal se transparentan las primeras vértebras y lateralmente aparecen los primeros esbozos de los miembros.

Aunque de forma muy rudimentaria hacia el final de esta semana, el embrión empieza a esbozar un primer sistema nervioso y circulatorio hasta el momento en que un minúsculo corazón empieza a emitir sus latidos. Al llegar a la 5° semana, el embrión tiene únicamente una longitud de 6 mm. su aspecto es de un renacuajo. En el curso de la 6° semana será posible distinguir en su cabeza los esbozos de los ojos, los oídos y de las fosas olfatorias, se constituye la boca, el cerebro aumenta rápidamente de dimensiones exagerando a un más la diferencia de tamaño entre la cabeza y el resto del cuerpo. El corazón embrionario bombea la sangre con la fuerza no solo la correspondiente al pequeño territorio embrionario, sino también lo correspondiente a la complicada vascularización placentaria. Al inicio de la 7° semana, el embrión mide ya 2 cm.

al finalizar la misma habrá ganado de 5 a 6 mm de longitud y ya no será embrión sino feto. El curso de estos siete días el embrión completa la formación de todas las estructuras primarias, ya que a partir de la octava semana lo único que hará el feto es crecer y perfeccionarse. El hígado órgano muy importante para la vida intrauterina, se desarrolla enormemente y forma la sangre del embrión. Esta sangre como no puede oxigenarse en los pulmones va a la placenta, en donde adquiere oxígeno y deja anhídrido carbónico y otras sustancias de desecho. La madre se encarga de purificar esta sangre proveniente de la placenta. Los brazos y piernas se visualizan perfectamente, distinguiéndose ya sus diversas partes, así es posible observar los pequeños dedos de los pies y de las manos. En este momento el embrión, envuelto por la vesícula amniótica, ha crecido tanto que prácticamente abarca toda la cavidad uterina. A partir de las 8 semanas de la concepción, su aspecto es ya claramente humano. El cerebro del niño se recubre de huesos protectores formándose el cráneo, no obstante estos huesos no se sueldan, ya que el cerebro no ha adquirido su tamaño definitivo, y el cráneo debe ser flexible para poder pasar a través del canal de parto. También se observan los párpados y poco después las cejas. Un vello que recibe el nombre de lanugo empieza a extenderse sobre todo el cuerpo, cubriéndole casi por entero en el curso del 5° mes. Por estas mismas fechas aparece un recubrimiento sebáceo, llamado vernix que protege la piel del niño, evitando que se arrugue o se deteriore al estar en contacto permanente con agua, este recubrimiento es el responsable de que el niño al nacer presente un

aspecto grasiento. La musculatura del niño se desarrolla rápidamente y a partir del 4° mes la madre percibe los pequeños movimientos fetales.

Las uñas aparecen a los 4 o 5 meses aproximadamente, momento en que también es posible identificar las huellas digitales. A medida que crece el sistema circulatorio se vuelve más perfecto, el corazón late a una velocidad superior a la del adulto con frecuencia entre 120 y 160 latidos por minuto. El sistema nervioso del niño también con el paso de su desarrollo fetal se va volviendo más coordinado y en el principio del segundo semestre del embarazo brazos y piernas se mueven y agitan sin objeto alguno, pero en el transcurso del quinto mes, un día el feto lograra introducir su pulgar en la boca, iniciándose el paulatino aprendizaje de un acto reflejo fundamental al nacimiento el cual es el de la succión. Por otra parte, el cuerpo del feto se adapta a los movimientos de la madre; si esta descansa, el feto aprovecha para moverse, pues entonces está sometido a menos presiones exteriores. Por el contrario, si la madre se mueve, el niño se encorva, se acurruca, plegándose sobre sí mismo, para evitar ser lastimado. El sexo del feto se diferencia el tercer mes, ya que durante la etapa embrionaria los genitales externos de ambos sexos son iguales y solo después de aquella fecha es factible observar rasgos diferenciales, el sexo del feto no admite dudas al iniciarse el 4° mes. La placenta; el enlace entre el nuevo ser y la madre, es el sistema con el cual se establece el intercambio sanguíneo y nutriente, funciona de la siguiente forma: por un sistema llamado vellosidades coriales llegan a la sangre fetal cargada de bióxido de carbono y pobre en

oxígeno junto con sustancias de desecho. Esta sangre a través de la sutil capa celular que forma la superficie de cada vellosidad establece un intercambio con la sangre de la cámara hemática, considerablemente más rica en oxígeno, la cual pasará a la circulación fetal enriquecida además de sustancias esenciales (azúcares, grasas, proteínas, vitaminas). De esta forma la placenta actúa para el feto como un órgano nutritivo y respirador, es decir, sustituye durante la vida intrauterina a los aparatos digestivos y respiratorios del feto. El cordón umbilical constituido por 2 arterias y una vena paradójicamente funcionan al contrario de cómo funcionan las arterias y venas del cuerpo en forma normal, es decir, las arterias normalmente transportan sangre rica en oxígeno y sin desechos; las venas normalmente llevan la sangre desoxigenada y sustancias de desecho, en el cordón umbilical la vena devuelve al feto una sangre rica en oxígeno y en sustancias nutritivas.

El líquido amniótico: proporciona seguridad y comodidad al producto, si no fuera por él, el feto sufriría todos los golpes que la madre recibe sobre el vientre, los cuales a lo largo de la gestación son numerosos. Este líquido mantiene al feto en una temperatura constante y le permite moverse cómodamente además protege a la madre del dolor que pudieran provocarle los movimientos del feto ya que juega un papel amortiguador. Este líquido asegura la hidratación de los tejidos del feto, pues el feto deglute el líquido, impide también que el feto se adhiera al saco amniótico lo cual originaría malformaciones. El líquido amniótico es totalmente puro y cristalino. Ninguna clase de microbios puede llegar hasta él

mientras permanezcan intactas las membranas que lo envuelven, por ello ninguno de los millones de microbios que residen en la vagina de la mujer pueden dañar al producto. El líquido mantiene intacta su pureza a pesar de llegarle orina, sudor y otras sustancias de desecho del niño, gracias a que cada hora se renueva totalmente. En las etapas posteriores de su desarrollo intrauterino el feto se dedicara a perfeccionar día con día y son menos críticos los sucesos en comparación con los que se suscitan durante las etapas iniciales de su formación.

Embarazo

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y éste óvulo fecundado se implanta en la parte del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales normales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso. Ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales como hielo, arcilla o almidón de maíz. Este estado puede ser indicativo de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana de embarazo es posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros. Por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones. El síntoma más evidente es el aumento de peso.

Los primeros meses de embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman el cerebro, brazos, piernas y órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar cualquier tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debería evitar los rayos X y el consumo de tabaco y alcohol.

Parto

Un embarazo normal dura unas 40 semanas o 280 días, contando desde el último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro, un 7% de los niños que nacen prematuros, es decir, nacidos antes de las 37 semanas de embarazo. Los niños que nacen unas pocas semanas antes suelen desarrollarse con normalidad. Si el embarazo dura más de 42 semanas, el parto recibe el nombre de parto pos término.

El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. La duración normal del parto para una madre que espera su primer hijo es de 13 a 14 horas, y unas 8 o 9 para una mujer que ha dado a luz antes. No obstante, existen grandes variaciones en cuanto a la duración del parto.

Tradicionalmente el parto se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El primero comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado completamente. El periodo de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de su completa salida al exterior. Desde el momento, hasta la total expulsión de la placenta y sus membranas se extiende el periodo de alumbramiento.

Social: el hecho de tener un hijo implica una gran cantidad de responsabilidades, cambios en el estilo de vida y en el rol como persona.

Tener un hijo es una decisión que debe ser discutida en pareja tomando en cuenta los cambios y responsabilidades que conlleva, así como las necesidades del niño.

Dinámica “ASI COMIENZA LA VIDA”

Objetivo específico:

Identificar los cambios emocionales y físicos en la mujer embarazada.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Láminas sobre el proceso de fecundación, embarazo y parto.

Desarrollo:

- ☉ Mediante imágenes, explicar el proceso de fecundación y el desarrollo del embarazo hasta concluir en el parto.
- ☉ Pedir a los jóvenes que coloquen las láminas en el orden adecuado.

Evaluación final (Anexo)

Dinámica “EL PEQUEÑO HUEVO”

Objetivo específico:

Crear conciencia ante la responsabilidad de la paternidad y ejemplificar cómo se transforma la vida de los adolescentes cuando se tiene un bebé.

Evaluación inicial (Anexo)

Desarrollo:

- ☉ Pedir a los adolescentes (hombres y mujeres) que en una fecha determinada lleven consigo y cuiden perfectamente un huevo crudo, tratando de que no se rompa.
- ☉ Después de unos días se debe disponer de unos minutos para comentar las dificultades al hecho de quedar embarazada o embarazar a alguien y llegar a tener y cuidar un hijo no planeado.
- ☉ Al finalizar la sesión decir a los participantes el objeto de llevar consigo durante los días anteriores el huevo; hacer un paralelo entre el cuidado de éste en el sentido de fragilidad y la atención permanente y el cuidado de un bebé. La consigna sería: si nos cuesta tanto trabajo cuidar un huevo ¿Cómo será con un hijo? Hay que tener cuidado de no herir sentimientos y de tranquilizar a quienes lo rompieron, lo dejaron abandonado etc. Es un juego que puede concienciar de la responsabilidad que un hijo implicaría pero no es garantía de comportamiento.

Evaluación final (Anexo)

TEMA VII: ROLES SEXUALES Y GÉNERO

Objetivo:

Que los jóvenes puedan diferenciar los conceptos de rol sexual y género a partir de los patrones culturales que han influido en el ejercicio de la sexualidad.

Descripción:

En los últimos treinta años la identidad femenina y la masculina, es decir, lo que significa ser mujer y ser hombre en nuestra sociedad, ha sufrido profundas transformaciones. Comprender desde adolescentes el significado reciente de la identidad femenina y masculina o de ser mujer y ser hombre, es decir comprender la aceptación actual del término Género, así como los roles sexuales, proporcionan las herramientas que permitirán a las nuevas generaciones entablar relaciones de igualdad entre los sexos.

La palabra género resulta muy conocida. En los años escolares se aprende cuando enseñan, la diferenciación del género masculino (el) con el femenino (la) y el neutro (lo).

Género: es la serie de características y conductas que la sociedad asigna como apropiados para cada sexo.

Roles sexuales: son las funciones determinadas biológicamente que hombre y mujer cumplimos de manera diferentes. Por lo general existe correspondencia entre esas funciones y los genitales externos o el sexo con el que nacemos.

Es importante señalar que los roles o papeles sociales son el conjunto de patrones de conducta y expectativas sociales acerca del comportamiento de las personas en un grupo humano, por ejemplo: el rol del padre, de la madre, del hijo o hija, etc. los roles sexuales son exclusivos de cada sexo, así los roles sexuales femeninos son: producir óvulos, la posibilidad de quedar embarazada, a parir y amamantar, los roles sexuales masculinos son: producir espermatozoides y fecundar.

El género a lo que se asigna como conducta adecuada femenina y masculina, es una construcción social originada en el hecho biológico de nacer con órganos sexuales femeninos o masculinos.

Durante un largo periodo de la historia ha existido una división muy rígida entre las funciones y trabajo que deben desempeñar los hombres y las mujeres. A estas funciones y trabajo se le llaman división “sexual” del trabajo porque está basada en el hecho de nacer con sexo femenino o masculino.

Desde esta división, la sociedad exige que, en nuestro proceso de identificación como hombres o mujeres, asumamos no solo el rol sexual sino las expectativas y patrones de conducta asignadas por ella.

Actividades como comprar comestibles, preparar la comida, lavar, planchar, asear la casa, cuidar y atender a los hijos, se consideraba características sexuales secundarias femeninas. Por lo tanto, al ser funciones femeninas, los hombres no podían realizarlas.

Por otra parte no se acostumbraba que la esposa trabajara fuera de casa y aportaba dinero a la familia, se veía mal y se juzgaba al esposo como “poco hombre” por no cumplir con sus obligaciones. Es decir, para los abuelos el lugar de la mujer estaba en la casa y el del hombre en la calle.

Junto con las funciones antes mencionadas, la mujer debía ser sumisa, dependiente, sensible, callada, dulce, ilógica, afectuosa, tierna y temperamental, mientras que el hombre debía ser, rebelde, agresivo, fuerte, lógico, competitivo, independiente, duro, insensible y autosuficiente.

A través de la educación (no formal y formal) recibida en la familia, por los medios masivos de comunicación. La escuela, la religión, como cada generación produce y trasmite a las siguientes generaciones su forma de pensar, ideas,

valores y tradiciones y sus primordiales transmisores son los padres y las madres, la televisión, los maestros y maestras.

Con base en este tipo de expectativas de educación se entiende por qué las personas muchas veces utilizan el afecto como medio para obtener lo que desean como al forma de responder a peticiones de otros, hombre y mujer han aprendido a manipular el afecto y en las relaciones entre adolescentes es muy común la manipulación del afecto femenino para lograr comprometerlas, convencerlas que hagan algo en contra de su voluntad, tengan relaciones sexuales y hasta que se dejen embarazar, sin que ellas realmente lo deseen.

Por fortuna, la división rígida y estereotipada de roles, labores y características por medio de la cual las diferencias biológicas justifican las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres, se ha ido transformando, aunque estas transformaciones se hayan debido principalmente a las necesidades económicas.

La posibilidad de la transformación de los roles estereotipados que limitan el desarrollo personal, se encuentran principalmente en las mujeres ya que actualmente se encargan en gran parte de la educación de los hijos.

Todos los seres humanos son sensibles y pueden expresar sus sentimientos, pueden ser tiernos, afectuosos, independientes, decididos, fuertes, autosuficientes, etc. simplemente por el hecho de ser personas.

Dinámica APRENDIENDO A IDENTIFICAR EL GÉNERO

Objetivo específico:

Facilitar a los participantes la exploración y análisis de sus propios conceptos de género.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Tarjetas con recortes de revistas en los que se presentan diferentes oficios.
- ☉ Sección de apoyo didáctico

Desarrollo:

- ☉ Introducir al ejercicio señalando lo que significa la palabra género y cómo las frases “los hombres no juegan con las niñas”, “las niñas deben estar en la casa”, etc. dan una idea falsa de lo que significa ser hombre o mujer.
- ☉ Decir al grupo que a continuación se les van a presentar una serie de láminas y su tarea será identificar qué sexo las realizan comúnmente y por qué. Utilizar el apoyo didáctico para logra el objetivo.

Evaluación final (Anexo)

Salida

Las siguientes preguntas son de ayuda para propiciar la reflexión que se espera por parte de los jóvenes. Elija las que considere que aún no han respondido o cuestionado ellos.

¿Qué ves en esta lamina?, ¿Quién desempeña esta tarea con mayor frecuencia en nuestra sociedad y por qué?, ¿Siempre ha sido así?, ¿Por qué existen tareas diferentes para hombre y para mujeres?, ¿Estas diferencias son biológicas o culturales?, ¿Quiénes nos enseñan lo que no podemos y lo que podemos hacer?, ¿De qué manera influye en las decisiones que tomamos y en lo que queremos para el futuro (expectativas) lo que nos enseñan?, ¿Qué cosa les gustaría hacer, pero piensan que por ser hombres o mujeres no deberían hacerlo y por qué?, ¿Cómo podemos solucionar esto?

Dinámica LAS MUJERES/HOMBRES USAN ...

Objetivo específico:

Aplicar el concepto de género.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Juguetes o elementos de diferentes tipos (carros, martillos, muñecas, agujas de tejer, clavos, tijeras, taza de té, etc.)
- ☉ Si no se tiene de estos elementos, otra opción puede ser: tener una lista de actividades o características, teniendo en cuenta que abarquen los estereotipos de ambos géneros.

Desarrollo:

- ☉ El educador o facilitador hablará sobre la gran cantidad de elementos que la gente utiliza a diario para trabajar o divertirse y cómo éstos se consideran “propios” de uno u otro sexo.
- ☉ Pedir al grupo que se divida en grupos de 3 o 4 personas del mismo sexo.
- ☉ Explicar que cada grupo deberá seleccionar, entre los elementos que les serán entregados en una caja, aquellos que consideren que son usados por los hombres y los que son para las mujeres.

- ☉ Al terminar se pedirá a cada grupo que presente a sus demás compañeros su clasificación y expresen las razones por las cuales consideran que los elementos deben ser utilizados por uno u otro sexo.
- ☉ Cerrar el ejercicio retomando los comentarios y analizando cómo estos conceptos son influenciados por la cultura que los afecta directamente.

Preguntas guías:

¿En que se basaron para diferenciar lo “femenino” de lo “masculino”?,
¿Las diferencias han existido siempre o han cambiado?, ¿A que creen que se debe el cambio?, ¿Creen que estas actividades y/o características exclusivas del hombre o de la mujer? ¿Cuáles son?, ¿Son características biológicas o culturales?, ¿Creen ustedes que se pueden transformar las características culturales? ¿De qué manera?.

Evaluación final (Anexo)

Dinámica QUE VIVAN LAS DIFERENCIAS

Objetivo específico:

Identificar diferentes complexiones (tipos de cuerpo) y hacer notar las diferencias en la composición corporal, estatura y talla de cada persona.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Hojas blancas
- ☉ Cinta métrica
- ☉ Plumas
- ☉ Revistas con modelos masculinos y femeninos de cuerpo entero de preferencia que anuncien algún producto.

Desarrollo:

- ☉ Trabajando con todo el grupo, pedir voluntarios para realizar las comparaciones.
- ☉ Tener una cinta métrica, una hoja y una pluma.
- ☉ Poner a un voluntario de espaldas a la pared y señale con un dedo, o haga una marca arriba con la cinta métrica (estimando la estatura), medir su muñeca, su cadera y su cintura.
- ☉ Realizar una lista de las medidas de esa persona.

- ☉ Pedir otros cinco voluntarios y realizar las mismas medidas.
- ☉ Anotar en un pizarrón los diferentes valores obtenidos (de forma anónima), separando los datos en hombres y mujeres.
- ☉ Remarcar las diferencias individuales en cuanto a su estatura, peso y medidas, haciendo énfasis en la aparente igualdad étnica, de alimentación, edad, etc.
- ☉ Darle a cada individuo un recorte de revista con un modelo femenino y masculino.
- ☉ Pedir que observen el modelo y lo comparen con los recortes de sus compañeros y que traten de contestar las siguientes preguntas:
 - ¿Qué semejanzas ven entre la imagen de la revista y nosotros?
 - ¿Qué diferencias ven entre la imagen de la revista y nosotros?

Evaluación final (Anexo)

TEMA VIII: RELACIONES INTERPERSONALES

Objetivo:

Que los jóvenes sepan manejar las distancias tanto físicas como emocionales entre las personas que los rodean, permitiendo el respeto a sí mismos y hacia los demás.

Descripción:

El individuo es la base de cualquier relación, y es a partir de su personalidad, habilidades, aptitudes, preferencias, intereses y valores, por mencionar algunas características, lo que va a establecer relaciones con otros individuos, las cuales siempre deben estar fundamentadas en el respeto.

Existen diferentes tipos de relaciones entre las que se pueden identificar principalmente: La familia, Amigos, Novios, Matrimonios, Gente de la comunidad, Desconocidos, Conocidos circunstanciales.

Todas las relaciones son distintas pero existen ciertas generalidades. Las primeras relaciones de la mayoría de los individuos se dan dentro de la familia, con quien suelen existir una relación de afecto y confianza además de compartir el mismo techo y tener una cercanía física bastante estrecha.

El afecto suele expresarse mediante el contacto físico como puede ser un abrazo o un beso y la comunicación debe ser abierta. Algunos miembros de la familia pueden ser de mucha confianza con quienes podemos conversar acerca de cuestiones personales y también de nuestra sexualidad. Así también de la misma familia puede existir gente a la que no le tenemos confianza, que no somos tan cercanos a ellos y que quizá no nos agrade que nos toquen o ellos ser tocados por ciertas personas. No siempre nos llevamos bien con todos y esto no es malo, pero hay que respetar cuando alguien no quiere tener contacto con nosotros, así como ellos deben respetar cuando nosotros digamos que no.

Los amigos son personas que conocemos a lo largo de nuestra vida y con quienes sentimos tener una cierta afinidad, estamos a gusto con ellos y le tenemos confianza. Dentro de estas relaciones existen diferentes grupos de amistad. Hay amigos mucho más cercanos que podríamos considerar “buenos amigos”; a ellos les tenemos más confianza para platicar cosas íntimas en las que a veces no podemos hablar con otras personas, son pocos y suelen ser relaciones más duraderas, no se burlan de nosotros, nos escuchan y podemos intercambiar con ellos experiencias.

Hay otros amigos con los que podemos compartir muchas cosas como son los anteriores. Podemos tener experiencias y actividades en común y platicar acerca de estas, de las cosas que nos gustan y quizá a veces salir juntos como al cine, un museo, etc.

Hay personas con las que también compartimos actividades pero nuestra relación no es tan estrecha. Ellos son los compañeros, con ellos nuestra cercanía tanto física como emocional es menor. Saludamos algunos de beso y otro de mano. Algunas veces un amigo o un conocido nuestro nos presentan a alguien que conoce. A estos los llamamos conocidos circunstanciales, por lo general los saludamos de mano o les decimos “hola”.

Dentro de nuestra colonia o en los lugares que frecuentamos existe gente que vemos con cierta constancia como son los vecinos, el cartero, el cajero de una tienda, o gente que está en el mismo lugar de trabajo. Esta es la gente de la comunidad. A ellos les decimos “hola”, “buenos días” u otros saludos y por lo general no tenemos mayores conversaciones cercanas con ellos. Es una relación de mayor formalidad.

La gente que conocemos de las calles, en el transporte o de algún otro lugar público los consideramos desconocidos. Por lo general no establecemos ningún tipo de comunicación con ellos, salvo cuando queremos pedir información o nos preguntan acerca de algo, la hora, la calle, etc. la distancia física es grande y no tiene por qué tocarnos y nosotros a ellos.

Hay veces que la amistad entre un hombre y una mujer hace más profunda y se transforma en algo que llamamos “noviazgo”. El noviazgo es una relación que va acompañada de fuertes sentimientos de apego, intimidad, afecto

y cariño. Los novios se escuchan uno al otro, salen juntos, se llaman por teléfono, comparten gustos y actividades, se sienten atraídos sexualmente y se quieren.

A lo largo de la vida podemos tener varios noviazgos pero solo un novio a la vez. No siempre que nos gusta alguien somos correspondidos. Hay que evitar crearnos demasiadas fantasías o querer a toda costa que el otro nos corresponda.

Cuando un noviazgo es duradero puede ser una preparación para el matrimonio, aunque para llegar a este hay que considerar muchas otras cosas. El matrimonio se da cuando una pareja está dispuesta a compartir valores, la intimidad, a crear un plan de vida juntos en las que se incluyen aspectos emocionales, sociales, psicológicos y económicos.

La decisión de contraer matrimonio se debe tomar con seriedad. Implica una gran responsabilidad y compromiso con el otro y consigo mismo. El matrimonio es una de las relaciones más intensas.

Dinámica EL CÍRCULO DE LAS RELACIONES

Objetivo específico:

Identificar cuáles son los tipos de relaciones, conductas y actitudes más frecuentes en cada caso.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

- ☉ Círculo de colores

Desarrollo:

- ☉ Explicar el círculo y el tipo de cercanía que se tiene con diferentes personas.
- ☉ Por medio del círculo y del juego de roles ejemplificar diferentes relaciones en las que se participa regularmente.
- ☉ Ubicar a la persona en una parte del círculo y mencionar el tipo de cercanía que se puede tener con él. Por ejemplo, el cartero con respeto a mí mismo se encuentra en el círculo naranja, no me puede tocar pero lo puedo saludar de una manera amable y formal. Al cartero no le platico mis intimidades ni pido consejos.
- ☉ Morado: representa el yo y es la parte más importante, es la persona laque decide ser o no tocado. Algunas veces las personas representadas en

otros círculos buscaran acercarse. El individuo situado en este círculo es quien establece los límites. El YO es privado y del que parten todas las relaciones.

☉ Azul: reservado a la familia y a los novios, está permitido un abrazo especial y besarse siempre y cuando ambos lo decidan. Si alguna de las dos partes no desea mantener cercanía en ese momento deberá ser respetada por el otro.

☉ Verde: limitado a los mejores amigos se puede dar un abrazo pero no excesivo para mostrar afecto. El tipo de cercanía que se tiene con los amigos es muy distinto al que se tiene con el novio o novia. A los amigos cercanos se les puede dar un abrazo apretado en ocasiones especiales.

☉ Amarillo: son las personas que sabemos su nombre pero no llevamos una relación tan íntima. Se permite tocar la mano, solo se limita a tocar con personas a las que se les presenta. Es importante recordar que nadie nos puede tocar a menos que así lo deseemos.

☉ Rojo: círculo de extraños incluye las personas que no conocemos, no las tocamos y no deben tocarte a ti.

Como tarea para reforzar dicha actividad, se dejara a los jóvenes realicen un cartel donde tendrán que dibujar el círculo de las relaciones y sobre el cuál tendrán que colocar a cada parte fotografías o recortes de imágenes que ilustren las relaciones de ellos para con la gente que les rodea.

Evaluación final (Anexo)

TEMA IX: COMPORTAMIENTO SOCIAL

Objetivo:

Que los jóvenes puedan identificar las conductas públicas y privadas dentro de su vida cotidiana.

Descripción:

En este apartado se pretende retomar las conductas adecuadas e inadecuadas que se mencionaron en las demás unidades, reforzando las partes públicas y privadas del cuerpo y agregando el tipo de vestimenta adecuada para cada situación. Con esto se refiere por ejemplo, a usar la pijama sólo en la casa, que dos personas no pueden estar besándose en el trabajo o salón de clases, que la masturbación debe de hacerse en un lugar privado e íntimo. Por otro lado también puede incluirse la elección de ropa en un tienda, identificación del baño adecuado en un lugar público (es decir de damas y caballeros), reforzar el traer los botones y zipers siempre cerrados, sentarse con las piernas juntas o cruzadas cuando se trae una falda, no mostrar el cuerpo desnudo en lugares públicos, usar ropa limpia, etc.

Dinámica ¿QUÉ DEBO HACER?

Objetivo específico:

Que los jóvenes distingan las actitudes y actividades adecuadas a cada situación.

Evaluación inicial (Anexo)

Material:

☉ Láminas de diferentes lugares como son: oficina, playa, baño, casa, calle y figuras con diferentes tipo de vestimenta y diferentes actividades.

Desarrollo:

☉ Se pondrán las láminas en el suelo y se pedirá a los participantes que separen y coloquen en las láminas las actividades que corresponden debajo de los letreros “público y privado” después se les preguntará porque las colocaron de esa manera al mismo tiempo de reforzar la información si fue correcta.

Evaluación inicial (Anexo)

Anexo de la guía

“FORMATO POR TEMA DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL”

NOMBRE: **EDAD:**

CARACTERISTICAS GENERALES:

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

TEMA1. APRENDIENDO A TRAVES DE MIS SENTIDOS

DINÁMICA “LA PIEL”

FACILITADOR ¿En dónde está tu piel?

FACILITADOR ¿Tu piel es tu estomago?

FACILITADOR ¿Qué tan larga y ancha es tu piel?

FACILITADOR ¿Qué sientes a través de tu piel?

FACILITADOR ¿Cómo cuidas tu piel?

DINÁMICA “EL GUSTO”

FACILITADOR ¿En qué parte de tu piel percibes los sabores?

DINÁMICA “EL OIDO”

FACILITADOR ¿Qué sonidos te gustan?

FACILITADOR ¿Existe algún sonido que te produzca miedo? ¿Cuáles?

DINÁMICA “SENTIDO ESTEROGNOSTICO”

FACILITADOR ¿Podrías distinguir a un amigo si solo tocas una fotografía?

FACILITADOR ¿entonces si tocas la foto con los ojos cerrados sabes quién está en ella?

FACILITADOR ¿Para qué te sirven tus manos cuando cierras tus ojos?

DINÁMICA “EL EQUILIBRIO”

FACILITADOR ¿Qué parte de tu cuerpo te ayuda a estar parado?

ACTITUDES

TEMA II. ¿CÓMO SOY?

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR ¿Cómo es tu cuerpo?

FACILITADOR ¿Qué es lo que más te gusta de tu cuerpo?

FACILITADOR ¿Tu cuerpo es igual al de los demás? Si o no porque.

ACTITUDES

TEMA III. ¿QUÉ ES SEXUALIDAD, SEXO Y CUAL ES SU LENGUAJE?

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR ¿Sabes que es sexo?

FACILITADOR ¿Sabes que es sexualidad?

FACILITADOR ¿Eres hombre o mujer?

FACILITADOR ¿Son iguales los hombres y las mujeres? Si o no porque

ACTITUDES

TEMA IV. ¿CÓMO FUNCIONA MI CUERPO?

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR ¿Los hombres tienen vagina?

FACILITADOR ¿Las mujeres tienen pene?

FACILITADOR presentar un esquema del aparato reproductor femenino y masculino y que el adolescente identifique cual pertenece a cada sexo.

FACILITADOR ¿Cómo se llama esa parte de tu cuerpo? Señalar X parte sexual y que la nombre.

FACILITADOR En un esquema, pedir al adolescente que coloque las etiquetas que crean que corresponde con el nombre correcto.

ACTITUDES

TEMA V. MENSTRUACIÓN Y EYACULACIÓN

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR ¿Los hombres tienen menstruación?

FACILITADOR ¿Las mujeres eyaculan?

FACILITADOR ¿Cada cuando a la mujer se le presenta la menstruación?

FACILITADOR ¿Qué se debe de usar durante la menstruación?

FACILITADOR ¿Por dónde sale la menstruación?

FACILITADOR ¿A qué edad empieza la mujer a menstruar?

FACILITADOR ¿Sabes que es la eyaculación?

FACILITADOR ¿Los hombres y las mujeres eyaculan?

FACILITADOR ¿Cuándo eyaculan los hombres?

ACTITUDES

TEMA VI. FECUNDACIÓN, EMBARAZO Y PARTO

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR: Se le presenta una lámina de un ovulo y un espermatozoide realizando la siguiente pregunta: ¿Sabes qué es esto?

FACILITADOR: Presentarla al adolescente 3 dibujos diferentes y que tache o identifique cómo es que los bebés nacen.



ACTITUDES

TEMA VII. ROLES SEXUALES Y GÉNERO

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

Qué el adolescente relacione los dibujos con cada sexo.



MUJER



HOMBRE



TEMA VIII. RELACIONES INTERPERSONALES

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR ¿Permitirías que un extraño toque alguna parte de tu cuerpo aunque a ti no te guste?

FACILITADOR: Te encuentras en tu casa solo (a) y tocan a la puerta un extraño que te pide que le abras ¿tú lo harías? Si o no porque

FACILITADOR ¿Algún familiar ha tocado alguna parte íntima de tu cuerpo (senos, genitales, pene)? ¿Qué fue lo que hiciste?

ACTITUDES

TEMA IX. COMPORTAMIENTO SOCIAL

EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL

FACILITADOR: Mostrar al adolescente diferentes láminas y pedir al chico que identifique las conductas públicas y privadas que observe.



FACILITADOR: Dime que actividades de las que están aquí las tienes que hacer solo sin que nadie te vea

ACTITUDES

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Enfoque de la investigación: Cualitativo.

El enfoque metodológico de la presente investigación se enmarco dentro de los parámetros de la investigación cualitativa definida como “el tipo de investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. La elección de este tipo de metodología se sustenta en la necesidad proveniente de la realidad a estudiar, centrada en el interés de comprender los procesos vividos por los sujetos desde el marco de referencia de quien actúa (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Mediante el uso de este tipo de metodología, favoreció el estudio de los procesos experimentados por los alumnos acerca de la realidad vivenciada de su sexualidad en la etapa adolescente. Estudio centrado en las emociones, sentimientos, relaciones significativas y la vivencia del proceso de insight y un posible cambio de comportamiento.

El tipo de investigación cualitativa permitió la interacción de los alumnos con el investigador. De este modo, la metodología cualitativa asume que el

objeto de estudio se construyó durante el proceso de investigación tomando en consideración el espacio en que esta se realizó.

5.2 Alcance de la investigación: Descriptivo.

La presente investigación se caracterizó por ser un estudio de tipo descriptivo por que se analizó cómo se comporta y manifiesta el fenómeno definido en los jóvenes de la Comunidad Down Guadalupe A.C. que participaron de la investigación.

El estudio descriptivo que se siguió en el fenómeno determinado tuvo como objetivo, especificar las propiedades y/o características de las personas que participaron del estudio. Los estudios descriptivos pretendieron recoger información de manera independiente sobre las variables a las que se refiere la investigación.

5.3 Diseño de la investigación: No experimental.

Con el propósito de responder a las preguntas de investigación planteadas y cumplir con los objetivos del estudio, se seleccionó un diseño de investigación no experimental ya que no se hizo variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, sin construcción de ninguna situación, las incidencias sobre las relaciones entre

variables se realizaron sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observaron tal como se han dado en su contexto natural.

De la misma forma el estudio será longitudinal de tendencia, pues a lo largo del estudio se recabaron datos en diferentes puntos del tiempo.

5.4 Tipo de investigación: Documental.

Para llevar a cabo de manera satisfactoria el desarrollo de la investigación se apoyó en tipo de investigación documental, ya que todo estudio se inicia con la indagación y recolección de datos a través del material bibliográfico, basándose en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales principalmente impresas y con esto llevar a cabo de manera satisfactoria la investigación permitiendo darle un soporte y mayor veracidad al estudio realizado y la obtención de nuevos conocimientos para el análisis del mismo.

5.5 Delimitación de la población o universo

El universo considerado en este estudio se definió en función de los alumnos jóvenes de asistencia regular a la Comunidad Down Guadalupe A.C.

Para efectos de la investigación y elaboración de la guía didáctica se seleccionaron a 8 adolescentes con las siguientes características:

- ✓ Entre 10 y 21 años de edad.
- ✓ Que tengan Síndrome de Down.
- ✓ Que pertenezcan a la Comunidad Down Guadalupe A.C.
- ✓ Que a juicio de la Institución requieran de una mayor información respecto a su sexualidad debido a la etapa en la que se encuentran.
- ✓ La población estuvo conformada por 2 mujeres y 6 hombres.
- ✓ 3 participantes contaban con lecto-escritura y 5 en proceso de adquirirla.
- ✓ 3 participantes tenían un lenguaje oral fluido, lo que les permitía comunicarse; 3 chicos solo emitían balbuceo por lo que dificultó su comunicación y solo 2 participantes tenían un lenguaje gestual.

5.6 Selección de la muestra: No probabilística.

La muestra de un determinado estudio cualitativo se define como “un subgrupo de la población de interés” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), es decir, el conjunto poblacional a ser investigado corresponde a un subconjunto al que será seleccionado según determinadas características establecidas de ante mano por el investigador, y deberá ser representativo de la población, y que conformara la unidad de análisis del presente estudio.

La presente investigación ha formulado como tipo de muestra a utilizar el no probabilística, también denominado muestra dirigida, donde la selección de los sujetos no dependió de la probabilidad sino de causas relacionadas con el interés del investigador, con la que se realizó una selección cuidadosa y controlada de sujetos de determinadas características, especificadas previamente en el planteamiento del problema. Además, se intentó seleccionar sujetos representativos para lograr una profundidad y calidad para la recolección y el análisis de los datos.

Al tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones que se deriven de este trabajo no podrán generalizarse a toda la población, sino que deben circunscribirse a la muestra utilizada.

5.7 Instrumento de prueba

5.7.1 La observación.

Como instrumento de prueba utilizado para esta investigación se optó por la observación participante como uno de los procedimientos más utilizados en la investigación cualitativa, ya que aporta diferencias significativas a otra forma de observación, pudiendo considerar la observación participante como un método interactivo de recolección de información que requiere una implicación del observador en los acontecimientos o fenómenos que se están observando. La

implicación supone participar en la vida social y compartir las actividades fundamentales que realizan las personas que forman parte de una comunidad o de una institución.

5.7.2 La Bitácora.

La utilización de una bitácora como instrumento para el vaciado de las observaciones de cada participante por sesión, características, dificultades y estrategias exitosas y fallidas.

CAPÍTULO VI

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 Conclusiones de los instrumentos.

De acuerdo al análisis de las bitácoras que se realizaron en el transcurso de la investigación se concluye que los adolescentes de la Comunidad Down Guadalupe A.C. no existen problemas de interacción con las personas que les rodean, ya que se tratan de amigos, compañeros, independientemente del sexo que se trate. Las manifestaciones de cariño de estos jóvenes regularmente son a través de abrazos y besos, sin importar la situación o el lugar donde se prodigue dicha manifestación, la mayor parte de estos sujetos carecen de información sobre sexualidad, debido a que los padres y la institución orientan muy poco a los chicos. Presentaban vergüenza al hablar de ciertos temas relacionados con su sexualidad ya que existía burla, desconocimiento, sin embargo al crear un ambiente de confianza, confidencialidad, respeto y libertad los chicos participaban activamente en las actividades relacionadas con temas de sexualidad.

En cuanto a los conocimientos y actitudes que tiene los adolescentes con respecto a su sexualidad se pudo percatar que la mayoría de ellos solo conocen lo básico acerca de su cuerpo es decir, sus sentidos y las sensaciones que perciben a través de ellos, su género y las actitudes que tienen según este.

Sin embargo al realizar preguntas con relación a procesos más complejos que ocurren dentro del cuerpo como son el embarazo, la menstruación y la eyaculación; los adolescentes cuentan con muy pocos conocimientos de esto, por lo tanto esto indica que se tiene que abordar dichos temas que son lo que van a ayudarles a ejercer con responsabilidad su sexualidad.

Para la elaboración de la guía didáctica se tomó en cuenta las características de los adolescentes a los cuales se observó las cuales fueron muy diversas es decir diferían en cuanto a nivel cognitivo, de lenguaje, lecto – escritura, por lo cual cada uno de los jóvenes requiere apoyos diferentes para la enseñanza de la sexualidad.

Sin embargo se puede decir que la guía didáctica puede ser capaz de brindar conocimientos a los adolescentes con síndrome de Down, cabe mencionar que los conocimientos que adquieran se tienen que reforzar diariamente con las situaciones cotidianas que se presenten.

CONCLUSIÓN

La sexualidad es parte fundamental del ser humano independientemente de su posición socioeconómica, cultural y de sus niveles de capacidades humanas, la sexualidad está implicada en todos los elementos esenciales de la vida humana, desde la identidad individual, hasta el proyecto de vida, el ejercicio de derechos y deberes y la participación en la vida social.

Nuestra sociedad considera que las personas con discapacidad intelectual son seres asexuados que no tiene inquietudes o dudas en lo que se refiere al tema de la sexualidad pero en realidad se observó durante la investigación con jóvenes con Síndrome de Down que existe una gran necesidad de que se les brinde una educación sexual formal, esta idea lleva consigo un gran reto y un largo camino por recorrer para que llegue a institucionalizarse y a crear conciencia social.

Para lograr este fin es necesario que se propongan programas que contengan actividades y dinámicas que ayuden a este tipo de población a desarrollar una vida sexual lo más normalmente posible sin pensar en que el objetivo final sea la procreación ya que en la mayoría de las ocasiones se relaciona el término sexualidad con genitalidad.

A raíz de esto y en base a la información a cerca de dicho tema se elaboró una guía didáctica para la enseñanza de la sexualidad en adolescentes con Síndrome de Down, que proporcione elementos para poder abordarla de manera mejor fundamentada. Es importante mencionar que la guía didáctica queda como propuesta y queda a consideración del investigador o interesado en el tema, la aplicación de la guía.

Es importante que padres, profesionistas y población en general nos hagamos más conscientes y captemos sus necesidades y deseos en todas las áreas, incluida la sexual, para que, puedan ser escuchadas, atendidas y, en la medida de lo posible, satisfechas, si logramos dicho objetivo se obtendrían grandes posibilidades de que las personas con Síndrome de Down puedan tener una vida lo más plena posible dejando a un lado mitos y prejuicios entorno a su sexualidad.

Por tanto el joven con Síndrome de Down es un ser humano con posibilidades de formarse y de transformarse, de perfeccionarse y de realizarse, que siente y es libre de practicar su sexualidad sanamente.

REFERENCIAS

- Arranz, M. (2002). *Niños y jóvenes con Síndrome de Down*. Madrid, España, Egido Editorial.
- Baldaro, V. J. & Gioviglio G. (1992). *La sexualidad del deficiente. Educación Especial*. Perú, Ediciones CEAC.
- Brito, E. (1982). *Educación Sexual, Demografía y Política de Población*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol. 1. México, CONAPO.
- Bustos, O. (1994). *La formación del Género: El impacto de la Socialización a través de la Educación*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol.1. México, CONAPO – Porrúa.
- Carrasco, José Luis, (1998) *Sexualidad y Síndrome de Down*. BUAP. Dirección General de Fomento: Ducere S.A. de C.V
- Fernández de González, G. (1982). *Los canales de Socialización de la Sexualidad*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol. 1, México, CONAPO – Porrúa.

Funke, S., Gantier, M. y Olgúin, P. (1982). *La Sexualidad Humana. En: Antología de la Sexualidad Humana*, Vol. 1. México. CONAPO – Porrúa.

García Escamilla, Silvia (1990). *El niño con Síndrome de Down*. México. Edit. Diana.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, McGraw Hill

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (2000). *Las personas con discapacidad en México; una visión censal*. INEGI. México.
Recuperado de la pagina:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf Fecha y hora de consulta: 3/marzo/2013 21:00 hrs.

Jasso, L. (2001). *El niño Down. Mitos y realidades*. 2ª edición. México. Manual Moderno.

Katz, G. (1994). *La Sexualidad en Personas con Discapacidad Intelectual. En: Antología de la Sexualidad Humana*. Vol. 3, México, CONAPO – Porrúa.

Lambert y Rondal, J. (1982). *Adquisición del Lenguaje en Sujetos Deficientes Mentales Moderados y Severos*. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64493/882>
64 Fecha y hora de consulta : 25/febrero/2013, 15:00 hrs.

Lara, M. (1994). *Masculinidad y Femenidad*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol. 1, México, CONAPO – Porrúa.

Longdon Down, J. (1866). *Observaciones sobre una clasificación étnica de los idiotas*. "Observations on a ethnic classification of idiots" Inglaterra. London Hospital Reports.

López, L. (1982). *La Educación de la Sexualidad*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*, Vol. 4, México, CONAPO – Porrúa.

McCary, L. (1996). *Sexualidad Humana*. México, Manual Moderno

Milagros, D. (2002). *Estimulación temprana para niños con Síndrome de Down*. México, Trillas.

Money, J. y Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la Sexualidad Humana: Diferenciación y Dimorfismo de la Identidad de Género desde la Concepción hasta la Madurez*. Madrid, Ediciones Morata.

Morales, M. y Lopez, R. (2006). *El Síndrome de Down y su Mundo Emocional*.

México: Trillas.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y

World Association for Sexology (2000). *Promoción de la Salud Sexual: recomendaciones para la acción*.

Ortega Tamez, L. (1997). *El Síndrome de Down. Guía para Padres y Maestros*.

México: Trillas.

Papalia, D., Wendkos, S. Duskin, R. (1978). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 9ª ed. Mexico McGraw Hill Interamericana

Perera, J.M. (1995). *Síndrome de Down: Aspectos Científicos*. Masson Illustrated

Pueschel, S. M. (2002). *Síndrome de Down: Un Futuro Mejor. Guía para Padres de Familia*. 2ª Ed. Nueva Cork: III Masson – Salvat.

¿Qué es sexualidad? Y ¿Qué es sexo?, en *Sexualidad, información básica para adolescentes*. México, 1990, 4ª edición, Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Rubio, E. (1994). *Introducción al Estudio de la Sexualidad Humana*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*. Vol. 1, México, CONAPO – Porrúa.

Urbina, M. y Pérez, C. (1994). *Educación de la Sexualidad y Educación en Población en el Contexto de la Política de la Población*. En: *Antología de la Sexualidad Humana*. Vol. 3, México, CONAPO – Porrúa.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México, Paidós.

Recuperado de: www.conafe.gob.mx/educacioninicial/pdf/materiales-de-apoyo/discapacidad-intelectual.pdf. Fecha y hora de consulta: 20/febrero/2013, 20:00 hrs.

GLOSARIO

A

Acetábulo: cavidad del hueso ilíaco de la cadera donde se inserta y articula la cabeza del fémur de las extremidades inferiores.

Atrofia: disminución en la reparación nutricia del volumen y peso de una parte del cuerpo, órgano o tejido sin que sus elementos se degeneren.

Autosoma: cualquier cromosoma apareado del complemento cromosómico no responsable de la determinación del sexo.

C

Cariotipo: conjunto de cromosomas de una célula o un individuo, ordenados según su tamaño, forma y características.

Célula: unidad microscópica de función y estructura que forma la base del tejido organizado de los seres vivos.

Cigoto: célula resultante de la unión de dos gametos / ovulo fertilizado (Véase gameto).

Cognitivo: es aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento.

Comportamiento: es la forma de proceder de las personas u organismos frente a los estímulos y en relación con el entorno.

Cromosoma: parte del núcleo de una célula que contiene y transmite la información genética. Los humanos tienen 23 pares de cromosomas -22 pares autosómicos, y un par de cromosomas sexuales, X e Y (Véase genética).

Congénito: son aquellas condiciones presentes desde el nacimiento. Los defectos en el nacimiento se describen como congénitos. Son causados por una mutación genética, un ambiente desfavorable en el útero, o una combinación de ambos.

D

Deficiencia: cualquier trastorno estructural o funcional que impide a un individuo realizar la actividad normal.

Diástasis: separación de dos superficies articulares sin que se produzca luxación entre sí.

Didáctico: relativo a la enseñanza, adecuado para instruir. Propio para enseñar o instruir.

Dimorfismo: existencia de dos formas o dos aspectos anatómicos diferentes en una misma especie animal o vegetal.

Discapacidad: limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental.

E

Erotismo: capacidad humana de experimentar respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual.

Estereognóstico: facultad de reconocer por el tacto la forma de los objetos y otras propiedades físicas como consistencia, temperatura, peso, etc. no es un sentido sino una asociación de diversos modos de sensibilidad elemental.

F

Fecundación: proceso biológico en el que un óvulo y un espermatozoide se fusionan para crear un nuevo individuo, con el genoma aportado por sus progenitores.

Fisura: hendidura o surco, tanto patológico como normal.

G

Gameto: célula sexual (o reproductiva), masculina o femenina, que se une con otra de distinto sexo para formar un cigoto, el cual es capaz de desarrollarse formando un organismo completo, se le llama también célula sexual. (Véase Célula o Cigoto).

Genética (o): relativo al origen, al nacimiento, a la herencia y la reproducción.

Gen: unidad biológica de material genético y de la herencia biológica.

Género: es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo.

Gestación: duración del embarazo; periodo de tiempo comprendido desde la fertilización de ovulo hasta el parto.

Gónada: glándula mixta de la función reproductora. Las gónadas son los testículos en el hombre y ovarios en la mujer.

Gutural: relativo a la garganta.

H

Hendidura palpebral: espacio entre los márgenes de los párpados superior e inferior.

Heterocigosis: formación de un cigoto por la unión de dos gametos que poseen pares y genes distintos.

Heterosexual: es una orientación sexual hegemónica caracterizada por el deseo y la atracción hacia personas del sexo opuesto.

Hipertrofia: desarrollo anormal exagerado de los elementos anatómicos (con aumento de peso y volumen) de un órgano corporal o parte del mismo, sin modificaciones de la estructura de éstos.

Hipoplasia: desarrollo incompleto o detenido de un órgano o parte de este.

Hipotonico: disminución del tono muscular en forma generalizada o focal, que generalmente se asocia a déficit en el desarrollo psicomotor.

Holón: se define como algo que es simultáneamente la parte y el todo.

I

Identidad de género: es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

Introyecto: función psíquica mediante la cual una persona incorpora a su estructura mental y emocional los elementos del ambiente familiar y social en el que le tocó vivir. Estos pueden ser idearios, formas de conducta y definiciones implícitas del ser humano y de sus relaciones interpersonales.

M

Macroglosia: anomalía congénita caracterizada por un tamaño excesivo de la lengua generalmente debido a un aumento en la cantidad de tejido y no debido a un crecimiento externo como en el caso de un tumor.

Maloclusión: se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí.

Meiosis: tipo de división del núcleo de una célula (generalmente de dos divisiones sucesivas), que producen células hijas que tienen la mitad de cromosomas que la célula (madre) original.

Mitosis: división indirecta del núcleo de una célula de tal manera que cada uno de los núcleos hijos recibe exactamente los mismo cromosomas que el núcleo progenitor original.

N

Nistagmo: movimiento involuntario e incontrolable en los ojos. El movimiento puede ser horizontal, vertical, rotatorio, oblicuo o una combinación de estos.

O

Occipital: perteneciente o relativo al occipucio situado en la proximidad del hueso occipital.

Occipucio: es el término anatómico para referirse a la parte posterior de la cabeza.

Otitis: alteración en el funcionamiento del órgano del oído caracterizada por la inflamación crónica o aguda del mismo, acompañada de vértigo, trastornos de audición, fiebre y dolor.

P

Palpebral: referente a los párpados.

Periodontitis o paradentosis: destrucción lenta y asintomática del hueso que rodea a los dientes.

Pliegue epicántico: extensión lateral de piel desde el puente nasal hacia el canto interno cubriendo el ángulo interno de la fisura orbital.

Prognatismo: deformación de la dentadura por la cual ésta, bien en la parte superior o bien en la parte inferior, sobresale del plano vertical de la cara.

Psicomotricidad: relación entre la actividad psíquica y la función motriz del cuerpo humano.

Pubertad: periodo de la vida que inicia la madurez sexual y la capacidad reproductiva, donde se producen cambios físicos y psicológicos con los que el niño pasa a ser adolescente.

R

Rasgo: es una propiedad o peculiaridad distintiva.

S

Sexo: variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.

Sexualidad: conjunto de características anatómicas, fisiológicas, psicológicas y conductuales que son propias de cada sexo (masculino / Femenino).

Síndrome: conjunto de rasgos reconocibles o anomalías que tienden a presentarse juntos y están asociados con una enfermedad específica.

T

Translocación: tipo de anomalía cromosómica en la que un cromosoma se rompe y una parte de ella vuelve a unirse a un cromosoma diferente.

Trisomía: aberración cromosómica que consiste en la presencia de un grupo de 3 cromosomas en lugar del grupo de 2 cromosomas característicos de una dotación diploide.

ANEXOS

Bitácora de observaciones “Comunidad Down Guadalupe A.C.”

Nombre del observador:

Fecha:

Hora:

Descripción del lugar:

Descripción de los participantes (personalidad, contextura física, rasgos personales, género, edad):

Tema trabajado en la semana:

Relato de los hechos en orden cronológico:

Diálogos de los participantes (preguntas, respuestas, explicaciones, discusiones):

Acciones de los participantes que no implican la palabra (postura, gestos, ademanes, reacciones físicas, nivel o grado de participación):

Descripción de las reacciones de los participantes a la presencia del observador:

Impresión del observador acerca de la realidad observada:

Registro de los sentimientos, emociones y reacciones del observador: