

MARC

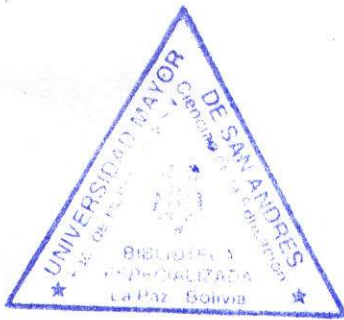
T-3121

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Dr. Porfidio Tintaya C
TUTOR



Principales



Yatha Escobar
TRIBUNAL

106 h.

TRABAJO DIRIGIDO

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA EL APRENDIZAJE DE LA
EDUCACIÓN SEXUAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 10 AÑOS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE
DE LA ASOCIACIÓN CENTRO VIRGEN NIÑA – EPDB**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

POSTULANTE: MÓNICA EVELYN PONCE VELA

TUTOR: Dr. PORFIDIO TINTAYA CONDORI

LA PAZ – BOLIVIA

2013

Tesis
3121

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco infinitamente a Dios quien es mi padre, maestro y amigo, por darme sabiduría, paciencia y amor hacia los niños y niñas con discapacidad.

A mi tutor, el Dr. Porfidio Tintaya Condori por su orientación para realizar este trabajo guiándome con paciencia, esmero y amabilidad. Asimismo a la Mg. Sc. Martha Virginia Escobari Cardozo y al Dr. Rodolfo López Hartmann porque sin su valiosa colaboración y amplia experiencia hubiese sido difícil llegar a feliz término.

A mi amado esposo Juan Carlos, a mis hijos Carlos y Ezequiel por su paciencia, apoyo y comprensión día a día.

A mis padres, Alberto y Máxima, quienes desde mi niñez me inculcaron valores, perseverancia y sobre todo respeto a la vida. A mis hermanos Gianina y Álvaro por su apoyo moral.

Por otra parte, no debo olvidarme, del apoyo y acogida que me dió la Asociación “Centro Virgen Niña-Epdb”, representado por la hermana Grazia Micaelli Directora Ejecutiva, la Lic. Susana Guidugli y el Lic. Dennys Rodríguez Fernández.

Por último, mi agradecimiento a las educadoras: Rocío, Fresia, Celia, Claudina y Gabriela por el apoyo que me brindaron. Asimismo y de todo corazón agradecer la valiosa participación de mis amados niños: Christian O, Rodrigo, Daniela, Carla, Vianca, Abril, Christian M, Ericka, Moisés y Sheyla, que Dios los bendiga y guarde a cada uno todos los días de su vida.



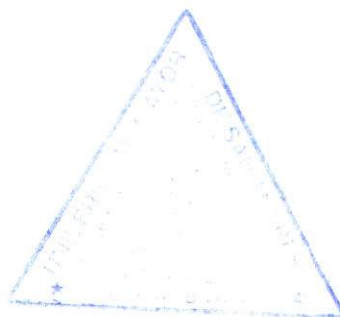
ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO UNO	
COMUNIDAD O INSTITUCIÓN	
I. DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD O INSTITUCIÓN	7
II. NECESIDADES DE APOYO PSICOLÓGICO	12
CAPÍTULO DOS	
PROPUESTA DE TRABAJO	
I. FUNDAMENTACIÓN	13
1. SEXUALIDAD HUMANA	15
2. HOLONES DE LA SEXUALIDAD	16
2.1. HOLÓN DE LA REPRODUCTIVIDAD HUMANA	16
2.2. HOLÓN DE GÉNERO	16
2.3. HOLÓN DEL EROTISMO	17
2.4. HOLÓN DE LA VINCULACIÓN AFECTIVA INTERPERSONAL	17
3. COMPONENTES DE LA SEXUALIDAD	17
3.1. FACTOR BIOLÓGICO	17
3.2. FACTOR PSICOLÓGICO	18
3.3. FACTOR SOCIAL	18
4. PROCESO DEL DESARROLLO SEXUAL	19
4.1. PRIMERA INFANCIA	19
4.2. SEGUNDA INFANCIA	20
4.3. PREADOLESCENCIA	21
4.4. ADOLESCENCIA	21
4.5. ADULTEZ	22
4.6. VEJEZ	24
5. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS SEXUALES	24
6. DEFINICIONES DE EDUCACIÓN SEXUAL	26
7. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	26
8. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SIGLO XIX	28
9. INICIO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	28
10. LA FAMILIA Y LA EDUCACIÓN SEXUAL	29
11. EL ROL DE LAS Y LOS PROFESORES EN LA ESCUELA	31
12. EDUCACIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	31
13. ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD	32
14. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD MENTAL	37
15. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD	38
16. SIGNOS DE DISCAPACIDAD MENTAL	39
17. DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD MENTAL	40
18. SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD	43
19. MECANISMOS DE DEFENSA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	47

20. ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE	48
21. DIMENSIONES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL	
21.1. DIMENSIÓN ESQUEMA CORPORAL	49
21.2. DIMENSIÓN DIFERENCIAS ANATÓMICAS	50
21.3. DIMENSIÓN NORMAS DE CONDUCTA	50
21.4. DIMENSIÓN AUTOCUIDADO	51
II. OBJETIVOS	
OBJETIVO GENERAL	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
III. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	52
IV. ESTRATEGIA DE ACCIÓN (ACTIVIDADES, TÉCNICAS)	53
PROCEDIMIENTO	53
METODOLOGÍA	54
REQUERIMIENTOS	54
REQUERIMIENTOS HUMANOS	55
REQUERIMIENTOS MATERIALES	55
EVALUACIÓN	56
PLAN DE APLICACIÓN	57
CAPÍTULO TRES	
DESARROLLO DE LA PROPUESTA	
I. SECUENCIA DE ACTIVIDADES	59
II. LOGROS INICIALES	71
III. EXPERIENCIAS	72
CAPÍTULO CUATRO	
RESULTADOS	
I. RESULTADOS PRE-TEST	74
II. RESULTADOS POST-TEST	82
III. RESULTADOS COMPARATIVOS EMPLEANDO LA T DE STUDENT	86
IV. RESULTADOS CUALITATIVOS DE LOS TALLERES	98
V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	100
CAPÍTULO CINCO	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA	104
ANEXOS	

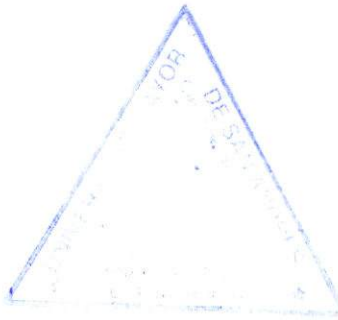
ÍNDICE DE TABLAS

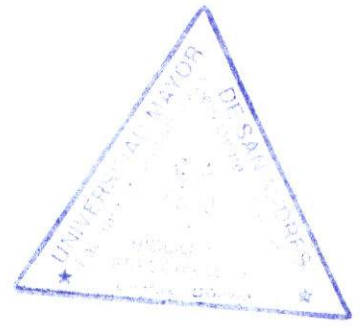
	Pág.
TABLA 1	74
TABLA 2	75
TABLA 3	76
TABLA 4	77
TABLA 5	78
TABLA 6	79
TABLA 7	80
TABLA 8	81
TABLA 9	82
TABLA 10	83
TABLA 11	84
TABLA 12	85
TABLA 13	86
TABLA 14	89
TABLA 15	92
TABLA 16	95



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1	74
FIGURA 2	75
FIGURA 3	76
FIGURA 4	77
FIGURA 5	78
FIGURA 6	79
FIGURA 7	80
FIGURA 8	81
FIGURA 9	82
FIGURA 10	83
FIGURA 11	84
FIGURA 12	85
FIGURA 13	88
FIGURA 14	91
FIGURA 15	94
FIGURA 16	97





INTRODUCCIÓN

Este trabajo titulado: “Programa educativo para el aprendizaje de la educación sexual de niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb” (Escuelas Populares Don Bosco) de la ciudad de El Alto, pretende educar a esta población ya que se ha evidenciado escasa información respecto al tema de la sexualidad parte importante del desarrollo humano.

Tomando en cuenta que la educación sexual es el proceso de enseñanza aprendizaje, en el que somos formados en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo, comprende además, las dimensiones biológicas, socioculturales, psicológicas y espirituales de la sexualidad. Hafner (citado en Rivera, 1990, p. 6) afirma que “la educación sexual debe promover la expresión de sentimientos, valores y actitudes que fomenten la toma de decisiones responsables, así como una comunicación asertiva”.

Los niños y niñas con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña, constituyen una población muy frágil y vulnerable. En su mayoría provienen de familias con bajos recursos económicos, cuyos padres y madres tienen un grado de instrucción muy bajo e incluso algunos de ellos no asistieron a la escuela. Ante la carencia de información, no saben cómo educar a sus niños y niñas en relación al tema de la sexualidad tienen temor y vergüenza, afirman que sus hijos e hijas no desarrollarán como lo hacen las personas “normales” lo cual no es cierto, ya que la discapacidad intelectual leve no es impedimento para que los cambios físicos se presenten a su debido tiempo durante el desarrollo.

Ante esta triste y cruda realidad se vio la necesidad de aplicar un programa educativo que facilite el aprendizaje de la educación sexual de los niños y niñas con discapacidad intelectual leve. El programa se dividió en cuatro dimensiones, cada una con diferentes temáticas las mismas acorde a la edad de los niños y niñas.

La primera dimensión **esquema corporal**, abordó tres temáticas importantes, las cuales fueron: identificando las partes de mi cuerpo, conociendo las partes específicas de mi cuerpo y mis prendas de vestir favoritas.

En la segunda dimensión **diferencias anatómicas**, las temáticas fueron: conociendo las etapas del desarrollo humano, aprendiendo las diferencias sexuales entre niño y niña, la fecundación, diferencias físicas entre hombre y mujer.

La tercera dimensión **normas de conducta**, abordó dos temáticas principales: lugares públicos y privados, dónde explorar o tocar el cuerpo.

Finalmente, en la cuarta dimensión **autocuidado** se hizo hincapié acerca de: Cómo debo cuidar mi cuerpo, higiene personal, y prevención del abuso o acoso sexual.

Por lo general, el estudio de la educación sexual se ha abordado desde un enfoque educativo y más aun tratándose de niños y niñas con discapacidad intelectual leve, dicho enfoque tomó como metodología de enseñanza-aprendizaje talleres educativos, basados en juegos interactivos, rondas infantiles, paneles, audiovisuales, dramatizaciones con títeres y participación colectiva, de esta manera los niños y niñas pudieron asimilar fácilmente todo lo aprendido.

Antes de la iniciación del programa, se aplicaron dos pre-test los cuales también fueron empleados como post-test. El test gráfico de la Figura Humana (niño y niña) y el Cuestionario de Sexualidad conformado de ocho preguntas las cuales están relacionadas a las cuatro dimensiones anteriormente mencionadas. Una vez tomados los dos pre-test se procedió a la aplicación del programa para el aprendizaje de la educación sexual al grupo conformado por 10 sujetos (4 niños y 6 niñas) el tiempo de duración del programa fue de dos meses y medio, una vez finalizado se tomaron los dos post-test para hacer la comparación correspondiente entre ambos.

CAPÍTULO UNO

COMUNIDAD O INSTITUCIÓN

I. DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD O INSTITUCIÓN

El Centro Educativo Alternativo (CEA) de Convenio de Educación Especial “Virgen Niña” fue fundado el mes de agosto de 1993, por un grupo de personas laicas bolivianas y apoyado por las Hermanas de la “Virgen Niña de Milán” (Italia) por la Asociación de Solidaridad Centro Capitanio de Bérghamo (Italia). Desde su fundación la Directora Ejecutiva fue y es actualmente la Hna. Grazia Micaelli (de la Congregación “Virgen Niña”).

Ajustándose a las necesidades e intereses de la población de El Alto, El CEA de Educación Especial “Virgen Niña-Epdb” (Escuelas Populares Don Bosco) es un instrumento de cooperación y solidaridad que promueve el desarrollo integral de niños y niñas y de su entorno familiar.

La Unidad Educativa Alternativa de Convenio – Educación Especial “Virgen Niña-Epdb” se ha propuesto como misión, promover la formación, el desarrollo, la atención, el crecimiento integral y espiritual de: niños, niñas y adolescentes en situación de marginalidad física, mental, social, económica, que viven en condiciones de pobreza y que tuvieron menos oportunidades en la vida, creando conjuntamente las condiciones para que sean sujetos de su propio desarrollo.

a) Objetivo General

Atender a niños y niñas con discapacidad brindándoles terapias y programas educativos para que puedan desenvolverse en la sociedad.

b) Objetivos Específicos

Apoyar sistemáticamente a niños, niñas y adolescentes escolarizados con problemas de aprendizaje.

Incluir a niños y niñas con discapacidad a la modalidad regular.

Brindar servicios de alimentación diaria, salud y formación permanente a los niños y niñas con discapacidad para mejorar su calidad de vida.

Elaborar investigaciones, planes, programas y proyectos para realizar un trabajo más eficiente a favor de la población.

Asimismo, el currículo tiene las siguientes características:

Es flexible, porque es posible adecuar el diseño a las necesidades y requerimientos de los niños y niñas, de acuerdo a sus intereses, necesidades, realidad social y cultural

Es abierto, porque considera la incorporación de nuevos elementos que enriquecen los procesos formativos a partir de mecanismos de consulta con la comunidad y la identificación de necesidades que surgen en la ciudad de El Alto.

Servicios que ofrecen o líneas de acción:

- Dentro de este marco, la Educación Especial comprende la atención a niños y niñas de 6 meses a 12 años, está orientada a complementar y apoyar a la familia en el proceso de formación de sus hijos e hijas, estableciendo un puente entre los aprendizajes que se desarrollan en la familia con los que se adquieren en la Unidad Educativa.

- Dentro del área de Desarrollo Infantil, la atención se brinda a niños y niñas desde los 6 meses a los 6 años. El concepto de educación formal, se aplica en el Nivel Inicial (segundo ciclo) dotando a los niños y niñas de conocimientos, hábitos y equilibrio emocional, en coordinación directa con la familia, para su desarrollo educativo posterior.

Para cumplir con todos estos propósitos, la educación que se brinda en la Unidad Educativa de Convenio “Virgen Niña-Epdb” asume el siguiente enfoque:

Toma en cuenta el juego como el principio base de la expresión, la exploración y la construcción de conocimientos. El juego es una actividad inherente al ser humano que requiere de inteligencia, esfuerzo y autonomía, se entiende el juego como un sinónimo de libertad, expansión y alegría. El juego permite a la niña y niño descubrir y experimentar nuevas situaciones, incrementar la creatividad y auto confianza, resolver problemas, vivenciar alegrías que satisfacen necesidades intelectuales y emocionales necesarias para su formación personal.

Promueve el desarrollo integral de las áreas de desarrollo, las cuales son entendidas como aquellas capacidades fundamentales inherentes al ser humano. Cada una de estas áreas: cognitiva, psicomotriz, socio afectiva, del lenguaje y comunicación y creatividad, tienen particularidades en el desarrollo, sin embargo están siempre en constante interacción, construyendo el potencial básico del desarrollo del niño y niña.

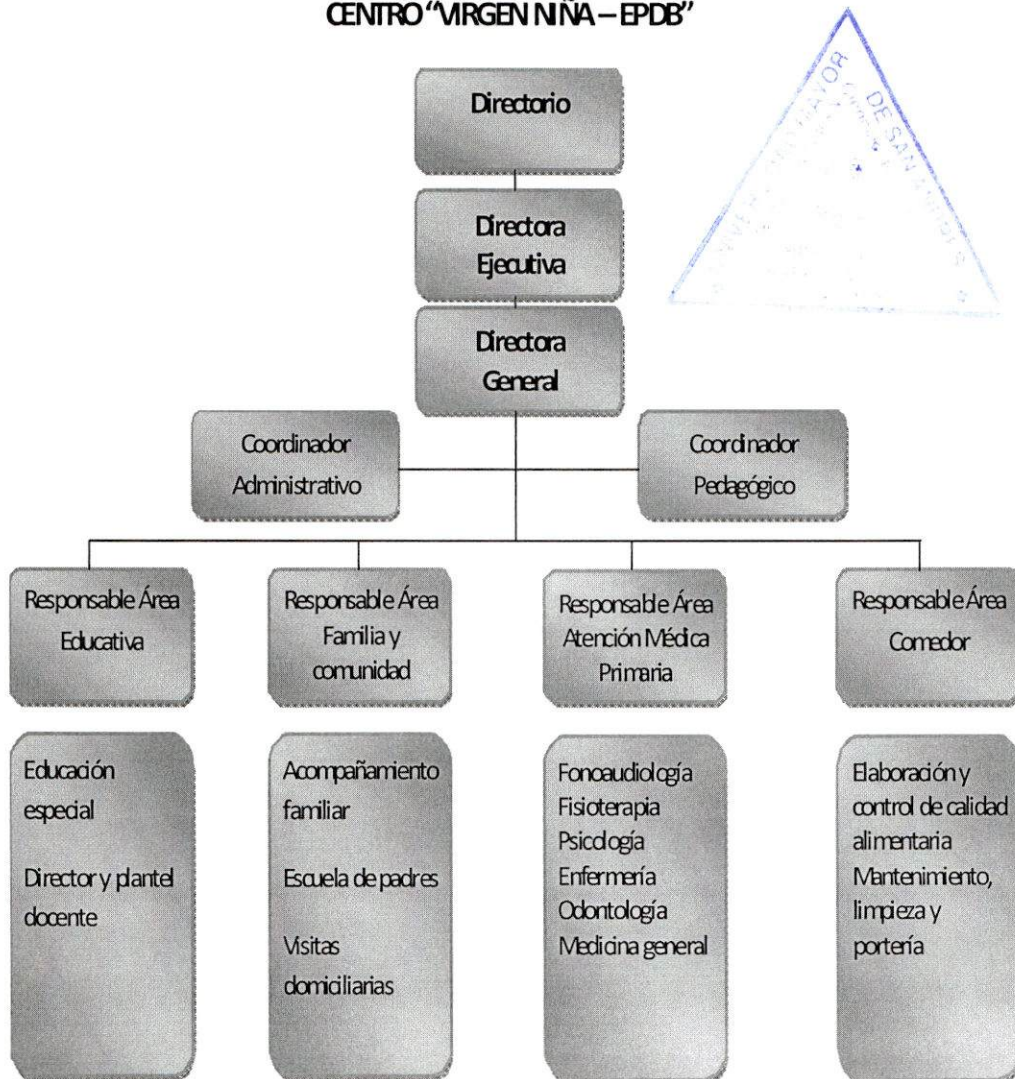
Se parte de que el niño y la niña construyan sus conocimientos desde la realidad que les rodea, con lo cual tratamos de promover lo que se presenta en la realidad, en toda su complejidad y riqueza, desde el principio, sin simplificarla.

Desde esta complejidad, niños y niñas, de acuerdo a sus capacidades, necesidades y el significado que tiene esa realidad para cada uno, comenzará a interactuar con ella comprendiéndola poco a poco, alcanzando niveles de comprensión cada vez más complejos.

Se establece una relación estrecha entre la unidad educativa, la familia y la cultura, siendo la familia portadora de la cultura del grupo social al que pertenece, promueve en los niños y niñas experiencias que los ayuda a desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas que expresan las características propias de la cultura.

Se promueve la inclusión de niños y niñas con necesidades educativas especiales, se entiende por inclusión, la participación plena de las personas con necesidades educativas especiales en el grupo social del cual forman parte y en la sociedad en general.

**ORGANIGRAMA
CENTRO "VIRGEN NIÑA – EPDB"**



ANÁLISIS FODA (FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS) DE LA INSTITUCIÓN

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal especializado para trabajar con niños y niñas discapacitados. ▪ Financiamiento externo a largo plazo del 50 % y el otro 50 % autofinanciado. ▪ Alimentación adecuada para los niños y niñas. ▪ Ambientes equipados adecuadamente. ▪ Servicio multidisciplinario (medicina, psicología, enfermería, fonoaudiología, fisioterapia nutrición y pedagogía). ▪ Biblioteca. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad limitada para la demanda de la población. ▪ Enseñanza muy básica respecto al tema de educación sexual. ▪ Falta de atención a casos externos. ▪ Falta de ascensores para trasladar a los niños y niñas de un piso a otro.
Oportunidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Convenio con las universidades estatales y privadas. ▪ Admisión de estudiantes voluntarios para apoyar en las diferentes áreas. ▪ Donaciones de libros, folletos informativos. ▪ Hospital cercano a la institución. ▪ Servicio de transporte accesible. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspensión de ayuda externa. ▪ Poca colaboración de los padres de familia hacia las educadoras. ▪ Interferencia de la junta escolar en el desarrollo de las actividades del Centro Virgen Niña.

II. NECESIDADES DE APOYO PSICOLÓGICO

Las necesidades de apoyo psicológico en la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb son innumerables. Esta institución alberga a un gran número de niños y niñas con diferentes discapacidades tanto físicas como intelectuales, éstos ingresan desde los seis meses hasta los doce años de edad.

Después de haber realizado el diagnóstico institucional con ayuda de las educadoras y la psicóloga, se constató la necesidad de impartir educación sexual a los niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve, debido a que algunos de los niños manifestaban conductas de masturbación dentro y fuera del aula, lo cual llamaba la atención de los demás niños y niñas.

Si bien la mayoría de la población conoce las partes generales de su esquema corporal, desconocen las partes específicas, como también los diferentes cambios físicos por los cuales tendrán que atravesar, en el caso de las niñas, la menstruación y en los niños la eyaculación. Es muy importante enseñarles a los niños y niñas las diferencias que existen entre hombre y mujer, las normas de conducta, por sobre todo el cuidado de su cuerpo, sin dejar de lado el respeto que deben tener con el sexo opuesto. Por estas razones, es muy necesario que el programa educativo vaya enfocado en esta dirección.

En el ámbito de la educación especial, frecuentemente se presentan inquietudes con respecto del comportamiento socio-sexual de los alumnos. Por lo general, frente a manifestaciones sexuales de los niños y niñas con discapacidad intelectual, se aplican acciones punitivas y represivas que alteran fuertemente su desarrollo. Debido a la escasa información y a la falta de herramientas adecuadas que se tiene en cuanto al tema de la sexualidad, madres, padres y educadoras de niños con discapacidad intelectual no asumen el papel de educadores sexuales. Por otro lado también están las creencias, prejuicios y tabués, todos estos factores son limitantes para impartir educación sexual, cabe resaltar que esta población de niños y niñas con discapacidad intelectual leve necesita educarse para evitar problemas futuros que afecten fuertemente su desarrollo.

CAPÍTULO DOS

PROPUESTA DE TRABAJO

I. FUNDAMENTACIÓN

Hasta la fecha, solo se han realizado trabajos muy limitados en el tema de sexualidad con diferentes módulos educativos, incorporados incluso en los currículos educativos vigentes. Lamentablemente no se consideró el trabajar con niños y niñas con algún grado de discapacidad física o mental, y menos aún considerar que ellos también son personas sexuadas con derecho a vivir a plenitud su sexualidad con independencia de su condición física o mental.

Se considera implantar el concepto de que la discapacidad, en cualquiera de sus manifestaciones, no debe privar a las personas del derecho humano de gozar de una sexualidad placentera y responsable adaptada a las posibilidades y capacidades individuales.

Después de realizado el diagnóstico institucional se pudo evidenciar que en la Asociación “Centro Virgen Niña-Epdb” las educadoras no imparten educación sexual a los niños y niñas con discapacidad intelectual leve, debido a que ellas no están capacitadas para hacerlo, simplemente se limitan a enseñar las partes generales del cuerpo humano dejando de lado muchos aspectos importantes que engloba la sexualidad, por otro lado, las madres y padres de familia tampoco tienen la preparación adecuada para hacerlo ya que carecen de herramientas. Si bien algunos centros de salud como CIES difunde educación sexual, éste lo hace para una población adulta no así para niños y niñas menos aún para una población con discapacidad intelectual, ya que en Bolivia es muy escasa la información y herramientas que se tiene para tal efecto, dicha población está propensa a sufrir agresiones no sólo sexuales sino también físicas y psicológicas que pueden dañar su autoestima y dificultar su desarrollo.

Por todo lo expuesto, se vio la necesidad urgente de aplicar un programa educativo que facilite el aprendizaje de la educación sexual con el propósito de que los niños y las niñas se eduquen y disfruten en el futuro de una sexualidad sana y placentera.

En varios países extranjeros se imparte educación sexual en las diferentes instituciones tanto públicas como privadas desde la niñez, por tal razón los individuos crecen con una visión clara y correcta de lo que es la sexualidad y se trazan un plan de vida adecuado.

En Bolivia el tema de la sexualidad ha sido y es todavía en la actualidad un tema muy poco abordado, ya que existen muchos tabúes y creencias que limitan acceder a una información fidedigna y real de lo que es la educación sexual. Si hablamos de la población alteña, podríamos decir que, ésta es todavía muy conservadora, punitiva y represora. En los últimos años se ha podido evidenciar el gran incremento de niños y niñas víctimas de abuso sexual, en la mayoría de los casos por un familiar cercano, debido a la escasa e incorrecta información y educación que se tiene respecto a la sexualidad.

Es indiscutible que la sexualidad ha constituido en el mundo occidental uno de los temas más controversiales, a través del tiempo, provocando consecuentemente, el surgimiento de diferentes corrientes y enfoques educativos y creando gran dificultad en los padres al tratar de manejar los temas de la sexualidad con sus hijos.

Si el manejo de la sexualidad es de por sí conflictivo, éste se agrava cuando lo relacionamos con personas que sufren deficiencia mental y dada su complejidad dicha población representa para el profesional de la salud mental, uno de los retos más extraordinarios y fascinantes: “Para educar sexualmente a estas personas y ayudarlas a desarrollar actitudes sexuales adecuadas, es necesario involucrar tanto a los padres, como a los maestros y la sociedad misma, solamente a través del esfuerzo integrado y participativo de todos, será posible salvar los problemas que tan continuamente encontramos en esta área” (Marega, 2005).

Presentar una propuesta educativa de esta índole es un reto, ya que se trata de dar una visión de la sexualidad diferente a la aproximación biológica tradicional con la que se han venido enfocando la mayoría de los programas de educación sexual. En este trabajo dirigido, se tratará al niño y niña como persona y no como “un caso a resolver” o una “cosa” que no es capaz de realizar muchas tareas o de decidir lo que quiere.

Educar la libertad de los niños y niñas con discapacidad intelectual no es cosa fácil y mucho menos el brindar una educación sexual libre. Siempre estarán presentes las

dudas y tabúes de los educadores sobre “hasta dónde debo o hasta dónde puede él (ella) verdaderamente aprender a vivir su sexualidad”. Es por ello que todos los involucrados deberán tener claro que el inculcar valores y conductas socialmente aceptadas es un reto que, primero implica reconocer la propia libertad para posteriormente poder ayudar a estos menores a educar la suya. Es necesario que la educación se dé en toda la persona, incluyendo su afectividad y en consecuencia, su sexualidad.

Se busca establecer una educación humanista integral que envuelva al niño y niña y lo apoye en su devenir cotidiano de ser persona, ayudándole a conocer cada una de las partes del cuerpo humano con su respectivo nombre, aprenda a diferenciar los aspectos físicos tanto masculino como femenino, pueda distinguir las normas de conducta adecuadas e inadecuadas y por último tenga conocimiento de la prevención del abuso o acoso sexual, adquiriendo todos estos nuevos conocimientos, el niño o niña podrá desarrollar plenamente su vida sexual a corto, mediano y largo plazo sin tabúes ni temores.

1. SEXUALIDAD HUMANA

El estudio de la sexualidad humana no es un tema tratado recientemente, sus misterios, la fascinación por resolverlos y entender la complejidad de la sexualidad, ha fascinado desde hace siglos, ya en el siglo XX la ciencia ha tratado de dar respuestas de manera científica a la complejidad de la sexualidad humana.

Dicha complejidad se encuentra en su carácter abstracto: “la sexualidad es ante todo una abstracción, una manera de conceptualizar” (Rubio, 1994, p.18) de tal manera que si bien es cierto que las conductas de reproducción fueron siempre iguales en todos los tiempos, la manera en que los seres humanos se han explicado a sí mismos, esas conductas han variado y por consiguiente, la sexualidad se ha ido conformando de manera diferente.

La sexualidad en el ser humano se inicia con el nacimiento, es así que en el proceso madurativo del ser humano se va conformando y estructurando la sexualidad, por tal razón toda actividad que se lleva a cabo tiene relación con la sexualidad: “Desde que al bebé se le acurruca, acaricia y platica con ternura, se le está enseñando a mostrar

amor, o cuando observa a sus padres relacionarse a través del afecto o la agresión, va aprendiendo actitudes inherentes a la sexualidad humana” (Kats, 1994, p. 389)

Por lo tanto la sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias adquiridas desde los primeros años de vida. Todos somos seres sexuados y todos llevamos a cabo una determinada forma de vida sexual, aunque ésta sea la abstinencia (celibato) es más, todos somos sexuados todos los días de nuestra vida.

Cuando hablamos de sexualidad, no nos podemos detener en una edad concreta, debido a que la sexualidad se desarrolla a lo largo de la vida, es así que “la sexualidad no empieza a determinada edad, sea esta los dos, los doce o los quince años de edad, aunque cada edad pueda implicar aspectos o conductas diferentes” (Labrador, 2002, pp. 5-7)

Es necesario diferenciar sexo de sexualidad. El término sexo se utiliza para referirse a los aspectos biológicos de la reproducción, (anatomía y fisiología de los sexos) mientras que sexualidad implica, además de estos aspectos biológicos, todo lo relacionado con el placer sexual, con la necesidad de amor y realización personal, incluyendo la conciencia de ser persona de determinado sexo y género, y las relaciones frente a la masculinidad y femineidad propia y de las personas con las que se interactúa.

2. HOLONES DE LA SEXUALIDAD

2.1. Holón de la reproductividad humana: Incluye la potencialidad humana de reproducir, no solamente características biofisiológicas, sino también patrones socioculturales, ideología y todos aquellos componentes que estructuran la complejidad de la vivencia de las y los individuos.

2.2. Holón de género: A partir de la base biológica (dimorfismo-sexo) se va construyendo la identidad de género. El género es la construcción humana que hacen las y los individuos respecto a su pertenencia a uno u otro sexo. El hecho de ser mujer o ser hombre, se encuentra influido tanto por patrones socioculturales, así como por las experiencias individuales.

2.3. Holón del erotismo: Se refiere a la capacidad para sentir placer, a través de las sensaciones experimentadas por el cuerpo. Estas sensaciones asumen un significado de acuerdo con la cultura a la que se pertenece y con las vivencias personales, lo que hace del erotismo también una categoría construida.

2.4. Holón de la vinculación afectiva interpersonal: Tiene que ver con el desarrollo de los vínculos afectivos desarrollados por los seres humanos, tanto históricamente como especie, como en las historias individuales de cada persona. Se define como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva), así como las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos se derivan.

En síntesis, la sexualidad se expresa en todo lo que hacemos en nuestra forma de pensar, de sentir y de actuar, ya sea mujer o varón. Como madres, padres y profesores, tenemos que darnos cuenta que la sexualidad está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Por este motivo, cada persona vive su sexualidad de manera diferente.

3. COMPONENTES DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad forma parte de la personalidad en general. La capacidad de sentir placer, de conectarse con la vida y la cotidianidad con satisfacción y alegría nos está hablando de nuestra sexualidad. La genitalidad es una parte de la sexualidad en general, importante para la estructuración de nuestro equilibrio psíquico, pero no exclusiva.

Los seres humanos somos un todo, una unidad. Parece simple y sencillo al enunciarlo así, sin embargo la comprensión de la sexualidad como una resultante de los factores biológicos, psicológicos y sociales, resulta una empresa compleja y por ello fascinante que concierne a la definición de la individualidad (Labrador, 2002, pp.5-7)

3.1. Factor Biológico: El origen de la sexualidad es la reproducción y mejoramiento de la especie.

Los componentes biológicos hacen referencia a nuestra apariencia física y funcionamiento orgánico, especialmente al desarrollo de las características sexuales

También es común que el comportamiento de las y los adolescentes dependa de las opiniones de sus compañeras y compañeros, o sea del grupo al cual pertenecen. La presión del grupo suele acarrear dificultades no sólo para las y los adolescentes, sino también para la familia que tiene que saber poner límites necesarios en caso de que sea necesario.

Las y los adolescentes se encuentran en una etapa en la cual están buscando autonomía, o sea que quieren empezar a tomar sus propias decisiones. Esto es natural por tanto se los debe comprender y acompañar en este proceso, acordando las reglas con ellas y ellos brindándoles mucho afecto. Es necesario entender que las y los adolescentes no son completamente niños ni completamente adultos.

En esta etapa las y los adolescentes por primera vez empiezan de los juicios de sus madres y padres, esto es útil, ya que es un signo de maduración. Es importante que la familia y la escuela comprendan esta situación y no castigue la búsqueda de independencia sino más bien que empiece a establecer una relación más amigable y afectuosa con la hija, hijo y estudiante. Es normal que los adolescentes empiecen a tomar sus propias decisiones basadas en sus experiencias.

Es importante entender, que la auto estimulación (masturbación) es una actividad normal y necesaria, ya que les sirve para establecer relaciones sexuales en su fantasía y para aprender sobre las sensaciones de su cuerpo y como ejercer control sobre ellas; también es la prueba de que su órgano sexual está presente y funcionando, a la vez que constituye un medio para liberar su deseo sexual.

4.5. ADULTEZ: 25 a 60 años

Según Papalia ¿Cuándo se convierte una persona en adulto? La sociedad estadounidense contemporánea tiene diversos indicadores. La madurez sexual llega durante la adolescencia, aunque la madurez cognoscitiva puede requerir más tiempo. Existen varias definiciones de la adultez legal: a los 18 años los jóvenes pueden votar y, en la mayor parte de los estados, pueden casarse sin la autorización de los padres; entre los 18 y los 21 años (según el estado), pueden firmar contratos. Si se usan las definiciones sociológicas, puede considerarse que una persona es adulta cuando se

propias de cada sexo y su funcionamiento en situaciones relacionadas con la sexualidad.

El orgasmo, en gran parte depende de nuestra herencia, siendo así que la sexualidad viene facilitada por esta dotación genética.

Dentro del desarrollo biológico se puede observar que desde el momento de la concepción tenemos un SEXO GENÉTICO o CROMOSÓMICO, XX para la hembra o XY para el macho.

De hecho, la sexualidad humana en una parte importante, ya no está al servicio meramente reproductivo ni de la preservación de la especie, sino más orientado a satisfacer necesidades o conseguir una relación personal.

3.2. Factor Psicológico: Entre las conductas que aprendemos a lo largo de nuestra vida, están los pensamientos, afectos o formas de actuar con otras personas o con el ambiente, de igual manera aprendemos las conductas sexuales.

La familia como matriz donde cada individuo aprende las reglas que la rigen y estructuran como tal, es desde una perspectiva sistémica, la trama donde podemos rastrear los mitos y mandatos que organiza nuestra percepción del mundo, de las relaciones interpersonales y de nosotros mismos.

No consideramos que con la llegada a la adultez la sexualidad termine su evolución, ya que el proceso de hacernos sexuales y de aceptar plenamente nuestra identidad sexual se lleva a cabo a lo largo de toda nuestra vida.

3.3 Factor Social: Las manifestaciones de la sexualidad deben ser consideradas en un contexto social. Distintas épocas y distintas locaciones geográficas pueden determinar que la misma conducta sexual sea catalogada de saludable o de aberrante. Cada medio cultural normaliza los rasgos característicos del comportamiento sexual de su comunidad, valores, costumbres, tradiciones y hábitos sexuales que determinan la política sexual imperante.

Las culturas que permiten y alientan la expresión de la sexualidad son CULTURAS SEXOFÍLICAS y aquellas que reprimen y desalientan las expresiones sexuales son CULTURAS SEXOFÓBICAS.

En sexualidad, como en muchos otros temas, es importante no generalizar, ni considerar que “lo común” es lo normal, y aquellas actividades o preferencias sexuales distintas a las de la mayoría son las anormales.

“Las diversas maneras que tenemos los seres humanos de manifestarnos sexualmente no son sencillas de comprender” (Labrador, 2002, pp. 5-7).

4. PROCESO DEL DESARROLLO SEXUAL

Para Martínez (1996) el desarrollo sexual comienza con la concepción y culmina con la muerte del sujeto. En este proceso se ha conformado y manifestado la sexualidad de la persona, mediante las experiencias adquiridas. En una misma persona coexisten diferentes vertientes sexuales que se integran en un todo particular y único. Es así, que en el momento de la concepción de un sujeto podemos considerar la existencia de un sexo cromosómico o genético (XX determina sexo femenino y XY el masculino). Muestra el desarrollo de la sexualidad de la siguiente manera.

4.1. PRIMERA INFANCIA: 0 a 5 años

En un comienzo la sexualidad del niño se expresa fundamentalmente a través de la boca, a través del chupeteo en los primeros seis meses, el morder en el segundo semestre, el bebé logra el reconocimiento de sensaciones placenteras o displacenteras, así como el conocimiento del mundo externo. El contacto, es una necesidad que permanece a lo largo de toda la vida; pero, durante el primer año permite la estructuración de la confianza básica como modelo vincular afectivo y sexual.

Sabemos que la ausencia de contacto suficiente puede llevar a situaciones de inanición emocional.

Dada la cercanía de los esfínteres con los genitales, si los niños viven como sucias y desagradables estas zonas, probablemente desplacen también esa vivencia hacia la sexualidad genital futura.

En general, es posible afirmar que un niño o niña a partir de los dos o tres años tiene ya establecida una primera identidad sexual, se reconoce asimismo como varón o mujer, aunque no tenga aún muy claro por qué. Desde su nacimiento, la cultura le ha mostrado que cada sexo utiliza diferentes elementos o actúa de diferentes maneras.

Descubre sensaciones genitales en respuesta a presiones, comprensiones, roces y contactos; aprende a jugar con sus sensaciones corporales, entre ellas el rítmico chupeteo del pulgar. Descubre partes de su cuerpo y sus genitales, así como las sensaciones de placer y displacer que estructuran las bases de sus caminos sexuales adultos.

Posteriormente, los genitales comienzan a ocupar un lugar preponderante; tanto el conocimiento de los propio (auto estimulación) como de los ajenos, para comparar las diferencias entre los sexos y entre los cuerpos de los chicos y de los adultos. Asimismo esa curiosidad sexual se extiende a la necesidad de investigar cómo se hace un bebé. En ésta, los niños manifiestan conductas exhibicionistas con sus actitudes sexuales, las muestran abiertamente. La exploración de sus genitales es la conducta más habitual de esta edad. Los genitales responden fisiológicamente congestionándose en las niñas y con erección peneana en los varones, ya que las caricias despiertan su excitación que es vivida por las niñas con mucho placer; aunque los niños de esta edad no le atribuyen a esta respuesta sexual la intencionalidad y el sentido que tendrá, luego de la pubertad, pero que tiene sus características propias y definidas.

4.2. SEGUNDA INFANCIA: 6 a 9 años

Ya aprendieron que ser varón o mujer es una condición permanente que depende de la biología y no de la ropa, los adornos o la profesión. A esta edad, los niños tienen un papel sexual más estereotipado y rígido que las niñas; éstas aceptan mejor los juegos de los niños y viceversa.

A partir de los ocho años, es importante que las madres y los padres expliquen claramente a sus hijas e hijos sobre los cambios que ocurrirán en el período de la pubertad, tanto en varones como en mujeres. De esa forma las niñas y los niños estarán preparados para enfrentar ese período con naturalidad, alegría y confianza.

La sociedad refuerza permanentemente los modelos que cada sexo debe seguir, a través de los padres, otros adultos, los compañeros y los medios de comunicación masivos.

4.3. PREADOLESCENCIA: 10 a 13 años

En esta etapa, es posible que las niñas y los niños sientan agrado o desagrado hacia una compañera o compañero de la escuela, lo que los llevará a sentirse atraídas o atraídos hacia una persona. Son estas experiencias las que permitirán que posteriormente en la adolescencia se generen las primeras relaciones de enamoramiento.

Por otro lado, las niñas y los niños de esta edad forman ideas alrededor del sexo, basadas en la observación de la conducta de sus madres y padres. Cualquier niña o niño admira a su madre o padre, por este motivo tenemos que reflexionar acerca del ejemplo que le estamos dando con nuestra forma de ser y de comportarnos. Si queremos que nuestros niños y niñas entiendan la sexualidad, el primer paso consiste en superar el temor, enseñarles el valor de la confianza, el respeto mutuo y el afecto.

4.4. ADOLESCENCIA: 14 a 18 años

En este período se producen los cambios físicos en el cuerpo de las mujeres (crecimiento de los senos, ensanchamiento de las caderas, crecimiento del vello púbico) y en los varones (engrosamiento de la voz, ensanchamiento de los hombros, crecimiento del vello púbico/facial) y el crecimiento de los genitales en ambos sexos. Pero las y los adolescentes, no sólo experimentan cambios físicos, sino también psicológicos y emocionales, eso significa, que tanto las madres, padres y maestros tienen que acompañar este proceso a través del diálogo, la confianza y la comprensión, brindando información clara y correcta. Por este motivo, la función de los adultos consiste en asumir la responsabilidad de educar y formar de manera integral a las y los adolescentes que se encuentran en este período.

Otra característica de esta edad es que se inicia la atracción sexual hacia el sexo opuesto, lo que los lleva a tener sus relaciones de enamoramiento. Por este motivo, en ambos sexos se puede observar la preocupación que demuestra por su apariencia física y la vestimenta que utilizan, además, de otros arreglos personales para sentirse atractivos o atractivas. Es importante, que los adultos orienten y conversen sobre estos cambios y no cometan el error de prohibir y castigar por estas conductas.

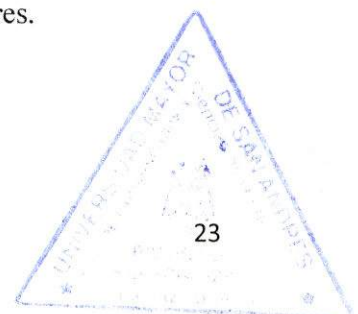
sostiene por sí misma o ha elegido una carrera, cuando se ha casado o iniciado una relación romántica importante, o cuando ha formado una familia.

Algunos psicólogos sugieren que el inicio de la adultez no está indicado por criterios externos, sino por indicadores internos como el sentido de autonomía, autocontrol y responsabilidad personal, que es más un estado mental que un evento discreto (Shanahan, Porfeli y Mortimer, 2005) citado por Papalia (2012). Desde un punto de vista algunas personas nunca llegan a ser adultas, sin que importe su edad cronológica.

Es común la variedad de las actividades sexuales: Entre las personas de 25 a 44 años, 97% de los hombres y 98% de las mujeres habían tenido relaciones vaginales, 90% de los hombres y 88% de las mujeres habían tenido sexo oral con una pareja del sexo opuesto, y 40% de los hombres y 35% de las mujeres habían tenido sexo anal con una pareja del sexo opuesto. Alrededor de 6.5% de los hombres y 11% de las mujeres habían tenido relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo (Mosher, et al, 2005) citado por Papalia (2012).

Los adultos emergentes suelen tener más parejas sexuales que los que componen los grupos de mayor edad, pero tiene sexo con menos frecuencia. Las personas que inician la actividad sexual durante la adultez emergente suelen involucrarse en menos conductas de riesgo (las cuales pueden dar lugar a infecciones de transmisión sexual o a embarazos no planeados) que los que empezaron en la adolescencia. Los condones son la forma de anticoncepción más utilizada, aunque su uso es inconsistente (Lefkowitz y Gillen, 2006) citado por Papalia (2012).

El sexo casual es bastante común, en especial en los campus universitarios; otro problema en este grupo de edad son los ataques sexuales a las mujeres. Ambas conductas suelen asociarse con otras conductas de riesgo no sexual, como consumir alcohol y drogas (Santelli, Carter, Orr y Dittus, 2007) citado por Papalia (2012). Los estudiantes universitarios, en particular, se vuelven menos críticos y prejuiciosos acerca de la actividad sexual. Sin embargo, aún existe una doble moral según la cual se espera que los hombres tengan más libertad sexual que las mujeres.



4.6. VEJEZ: 60 años en adelante

El factor más importante para mantener el funcionamiento sexual es la actividad sexual continua a lo largo de los años. En una encuesta nacional, 53% de los adultos estadounidenses de 65 a 74 años y 26% de los 75 a 85 años dijeron ser sexualmente activos. Los hombres tienen una probabilidad mucho mayor que las mujeres de mantener la actividad sexual en la vejez, lo que en gran medida se debe a que, por constituir una población menos numerosa, es más factible que tengan pareja (Lindau et al., 2007) citado por Papalia (2012).

En la adultez tardía el sexo es diferente de lo que era antes. A los hombres por lo general les lleva más tiempo desarrollar una erección y eyacular, quizá necesiten más estimulación manual y pueden experimentar intervalos más largos entre erecciones. En las mujeres, la congestión mamaria y otras señales de excitación sexual son menos intensas que antes, y pueden experimentar problemas de lubricación. En la encuesta mencionada casi la mitad de hombres y mujeres que eran sexualmente activos indicaron problemas sexuales (Lindau et al., 2007) citado por Ppalia (2012). Es más probable que los problemas de salud afecten la vida sexual de las mujeres que la de los hombres, pero la mala salud mental y la insatisfacción con la relación se asocian con disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres.

La actividad sexual puede ser más satisfactoria para la gente mayor si tanto los jóvenes como los viejos reconocen que es normal y saludable. Los arreglos de vivienda y los cuidadores deberían considerar las necesidades sexuales de los ancianos. La satisfacción con la vida, el funcionamiento cognoscitivo y el bienestar psicológico tienen una estrecha relación con el interés en el sexo y las relaciones sexuales. Los médicos deberían evitar la prescripción de medicamentos que interfieren con el funcionamiento sexual si se dispone de alternativas, y cuando sea necesario tomar esos medicamentos, deberían alertar al paciente de sus efectos.

5. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS SEXUALES

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como

el deseo de contacto, intimidad emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos.

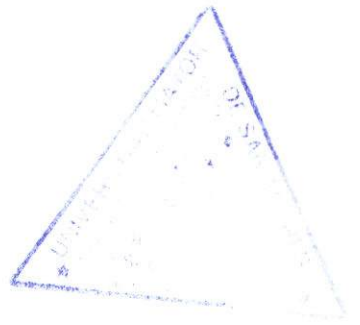
Según la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades, con todos los medios. La salud sexual es resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables.
9. El derecho a la información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual comprensiva.
11. El derecho a la atención clínica de la salud sexual

En Bolivia existe la Ley General para Personas con Discapacidad, que fue promulgada en fecha, 2 de Marzo de 2012, por el presidente Evo Morales Ayma.

Artículo 32º.- (Derechos de las Personas con Discapacidad Intelectual en Bolivia, Ámbito de salud)

VI. El Estado Plurinacional de Bolivia, garantizará el acceso a servicios de información de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad, en toda red de servicios públicos de salud, salvaguardando los derechos sexuales y reproductivos, contra la esterilización obligatoria o suministro de métodos anticonceptivos obligatorios, estableciéndose servicios especializados en planificación familiar para la orientación y prevención de embarazos no deseados.



6. DEFINICIONES DE EDUCACIÓN SEXUAL

La sexualidad es una cualidad del ser humano, que mientras para uno es fuente de satisfacción y placer, para otros representa conflictos y sentimientos confusos, ya que a menudo no se desarrolla una adecuada capacidad para disfrutarla, debido a diversos factores, como la falta de información, prejuicios y tabúes que giran alrededor de ella. Las madres, padres y profesores tienen que asumir el desafío de superar estas limitaciones para empezar a hablar de sexualidad con naturalidad.

La educación sexual constituye un proceso dinámico y permanente que promueve el desarrollo integral del ser humano y, por ende, de toda la comunidad. La educación sexual mejora las condiciones de vida de la población, previene problemas sociales y de salud física y mental, y promueve el cumplimiento de los derechos humanos, fomentando la equidad en la convivencia entre niños, adolescentes y adultos, y entre varones y mujeres (Guía de sensibilización y orientación en educación sexual integral para madres, padres y profesores de niñas, niños y adolescentes de 8 a 13 años CIES, p. 26)

7. OBJETIVOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

El objetivo de la educación sexual no es otro que ayudar a que los hombres y las mujeres se conozcan como hombres y como mujeres, se acepten como tal y aprendan a expresar su erotismo de forma que se sientan y vivan con felicidad y satisfacción.

Otros objetivos principales son:

Estimular el desarrollo de actitudes positivas hacia sí mismo y la aceptación de la propia sexualidad: incluye descubrir, conocer y desarrollar una imagen positiva de sí mismo.

Aceptación del sexo opuesto, en un plano de igualdad y respeto: los procesos discriminatorios que la sociedad históricamente ha incorporado, particularmente a la mujer produce daño y deben ser desterrados.

Incorporar valores como compromiso, respeto, fidelidad y amor: con el objetivo de que el vínculo entre dos personas de distinto sexo pueda ser enriquecedora, complementaria, madura, perdurable, responsable y fiel.

Incluir la preparación para los cambios físicos y psicológicos que pronto ocurrirán con el devenir de la pubertad: las niñas no deben sorprenderse cuando ocurra la primera menstruación o los varones cuando suceden las primeras emisiones nocturnas. Los cambios físicos pueden ocasionar confusión y miedo en las niñas, niños y adolescentes, lo que ocasiona que se hagan muchas preguntas ¿Seré normal?, ¿Qué me está pasando? son preguntas que angustian. La niña y el niño deben reconocer que todos estos cambios son normales. La educación sexual debe proporcionar seguridad y contribuir positivamente en su desarrollo.

Advertir la existencia de violencia sexual: la información adecuada y a tiempo podrá protegerlo de situaciones nefastas a las que no está preparado. La niña y el niño deben aprender que tienen partes íntimas que les pertenecen y sobre las cuales nadie tiene derecho sino ella o él.

Brindar educación sexual para satisfacer su natural curiosidad: la curiosidad sexual en los primeros años de vida es normal. El sexo es un tema como cualquier otro. Las actitudes negativas comienzan a surgir cuando tiene dudas y nadie sacia su necesidad de información. En suma podemos indicar que el desarrollo sexual del menor y su construcción educativa deben desembocar en el logro de su madurez.

Es evidente, que esto es lo que todos deseamos lograr, y este objetivo tan amplio no puede restringirse al simple trabajo de reforzar o inhibir unas conductas determinadas, sino que aborda elementos esenciales de la educación de las personas con discapacidad intelectual.

Es importante dejar claro que la decisión esencial que debemos tomar es, qué tipo de educación sexual queremos hacer, y no si queremos o no hacerla; ya que siempre hacemos educación sexual, aun cuando hemos decidido que no vamos a hablar de este tema, ya podríamos estar transmitiendo la idea de la sexualidad como algo que se debe ocultar, de lo que no se debe hablar, algo “sucio”, etc., o también podemos estar transmitiendo que los educadores o la familia no son recursos a los que se puede consultar sobre este tema. Por tanto, es esencial que dediquemos un poco de nuestro tiempo a reflexionar que es lo que deseamos transmitir.

8. HISTORIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SIGLO XIX

Según Castro (1980) históricamente, la tarea de instruir a los adolescentes sobre educación sexual ha sido responsabilidad de los padres. Sin embargo, la comunidad entre padres e hijos, en materia sexual puede estar privada por los mitos y creencias de los padres. Comprendiendo que la educación sexual es una necesidad en nuestro medio y dada la carencia de un enfoque general que de pautas sobre el tema se cree conveniente educar especialmente a los padres, madres de familia y profesores e interesados en salud sexual (p.115).

Enfocar la necesidad de la Educación Sexual, en el medio ambiente que rodea a nuestros adolescentes y el gran misterio que hace que este tema sea aún el "tabú" social, es claro que el adolescente necesite, un apoyo afectivo imprescindible (Maldonado, 1980).

9. INICIO DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Según Bain (s.a.) la educación sexual es fundamental para todos los seres humanos, por lo tanto se requiere que se inicie a temprana edad. A continuación detalles de los temas que se pueden brindar respecto a la edad del niño o la niña.

De 2 a 9 años

- Diferencias entre niños y niñas
- Las partes del cuerpo
- Lugares y conductas públicas y privadas
- Modos de reconocer y decir no ante contactos incorrectos
- Como nacen los niños/as
- La auto estimulación (masturbación)

De 10 a 15 años

- La menstruación, sueños "mojados"
- Sentimientos sexuales
- Orientación sexual
- Elaborar y mantener las relaciones

De 16 años en adelante

- Diferencias entre sexo y amor
- Responsabilidades de las relaciones sexuales
- Responsabilidades de la paternidad y maternidad
- Leyes y consecuencias de los contactos incorrectos con otros

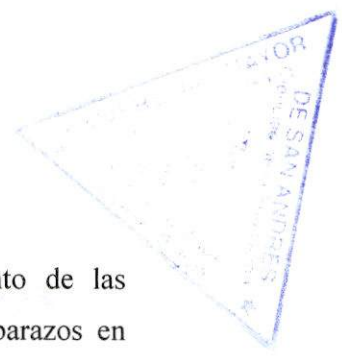
10. LA FAMILIA Y LA EDUCACIÓN SEXUAL

La guía de sensibilización y orientación en educación sexual integral para madres, padres y profesores de niñas, niños y adolescentes de 8 a 13 años de CIES señala que son diversos los factores que intervienen en la educación sexual, pero son las madres y los padres quienes a través de su conducta, actitudes y transmisión de conceptos influyen sobre las niñas y niños, aunque no siempre de una forma positiva. Las madres y padres siempre brindamos educación sexual desde el momento del nacimiento. Nuestras acciones u omisiones, los gestos y expresiones al momento de encarar el tema, son factores que influyen y determinan nuestra función educativa.

La valoración del sexo y el cuerpo de nuestras hijas e hijos, las actitudes que tenemos hacia sus genitales, la forma como manejamos el control de sus esfínteres, la aceptación o no de toda su persona son algunos de los múltiples factores por los cuales las madres y padres influirán en sus conductas sexuales. Es importante que cuando un adulto no sabe algo que le pregunta la hija o hijo responda con sinceridad, reconociendo con humildad su falta de conocimiento. La actitud de hacer respetar sus derechos se aprende viendo que sus madres y padres respetan su integridad, su personalidad y su forma de ser.

Si las madres y padres quieren que sus hijas e hijos los respeten es necesario aprender a respetar a las hijas e hijos primero. No se debe exigir respeto, sino más bien hay que saber ganárselo con el ejemplo que les damos diariamente con nuestras acciones en el hogar. El comportamiento de las hijas e hijos dependerá del tipo de familia que tenga, si la familia es cariñosa, comprensiva el resultado será positivo, o por el contrario si la familia es abusiva y violenta el resultado seguramente será negativo.

Por los resultados que se observan en la sociedad, podemos decir que la educación sexual no ha tenido buenos resultados porque ha sido insuficiente o porque



simplemente no existe. Un claro ejemplo de esto son: el incremento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-Sida, los abortos, los embarazos en adolescentes, el aumento de prostitución infantil, la violencia el abuso sexual, la pornografía infantil, el incremento de la drogadicción, etc.

Si un menor maneja suficiente información, no la buscará en otras fuentes como la pornografía, medios de comunicación, amigos o amigas.

Hablar de sexualidad con las hijas e hijos es demostrarles que se trata de algo natural en la vida de todos los seres humanos.

Cuando se imparte información sexual se transmiten valores. Por este motivo, es importante que los adultos reflexionen acerca de sus propias creencias, valores y actitudes respecto a la sexualidad (p.32-33).

Algunos padres de familia, no tienen conocimiento acerca de cómo enfocar los temas de educación sexual por muchos factores de comunicación o trabajo, se ha observado en algunas reuniones de padres de familia, que ellos están dentro del marco religioso antiguo y aún conservan éticas morales muy profundas que evita que se hable abiertamente sobre estas temáticas.

Según Maldonado (1980) la educación sexual de forma amplia, es toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adultos. Es una parte de la Educación Integral que busca la formación de la persona (varón o mujer) para su participación familiar o social como ser humano con otros seres humanos (p.80).

Es necesario que la Educación Sexual tenga un diseño curricular adecuado para ayudar al niño, niña y adolescente en el desarrollo biológico y psicológico de cada uno de ellos, porque en esta etapa de desarrollo es primordial para su personalidad. El conocer y saber de estos temas, es una base para su formación sexual.

La investigación participativa destinada a conocer las experiencias, percepciones e intereses de los adolescentes, docentes, padres y madres acerca de la Educación sexual. Es importante tener como docentes, una base sobre Educación Sexual y sobre todo tener empatía con adolescentes, en base a la comunicación abierta y reflexiva. Se abre una puerta para enfocar la necesidad de la Educación Sexual, en el medio ambiente que rodea a nuestros adolescentes, el gran misterio que hace que este tema

sea aún el “tabú” social, es una necesidad que el adolescente requiera de apoyo afectivo imprescindible (Aranda, 2001, p. 5).

11. EL ROL DE LAS Y LOS PROFESORES EN LA ESCUELA

La guía de sensibilización y orientación en educación sexual integral de CIES afirma que en la edad escolar, niñas y niños estructuran un conocimiento más organizado sobre la sexualidad, donde poseen ya un conocimiento de las diferencias anatómicas fundamentales entre ambos sexos, así como de manera general sobre su funcionamiento, haciéndolo cada vez más apegado a la realidad. Habrá que señalar que aun cuando en los programas escolares se incluyen algunos temas relacionados a esta materia, la información y orientación en casa resulta absolutamente necesaria.

Es importante que las y los profesores reflexionen acerca de la educación sexual que imparten en sus respectivas asignaturas. También se recomienda que se fortalezca la relación de confianza entre los estudiantes y los (as) profesores (as), porque la niña, niño o adolescente puede acudir a ellas y ellos solicitando información y porque se encuentran atravesando alguna dificultad que no pueden solucionar. Se tiene que promover los valores de respeto, diálogo y confianza en la escuela.

Por otra parte, es fundamental que el hogar y la escuela eduquen a las niñas, niños y adolescentes de manera coordinada. Se recomienda que las y los profesores mantengan un diálogo permanente con las madres y padres de familia, con el propósito de reflexionar acerca de la educación sexual que se pretende impartir. Las y los profesores tienen que estar abiertos a escuchar las inquietudes de la familia y orientar a las madres y padres en caso que lo soliciten (p.38).

12. EDUCACIÓN SEXUAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Pick (1998) refiere que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los programas de Educación sexual deberían iniciarse tempranamente, ser específicos para cada edad y construir una actividad continua de promoción de la salud durante los años escolares (p. 124).

Según Kindersly (1998) hacia los 13 años de edad, los niños y niñas deberían haber recibido toda la información necesaria sobre la sexualidad y los hechos, a fin de evitar angustias innecesarias y embarazos no deseados durante los años de la pubertad, y en los años de la adolescencia, se debería incluir información acerca de las variantes sexuales, como la homosexualidad y sobre las enfermedades de transmisión sexual, sus síntomas, sus consecuencias y su prevención (p. 145).

Es de vital importancia realizar un diseño curricular sobre Educación Sexual, de acuerdo a las edades escolares para lograr una difusión en cadena.

13. ANTECEDENTES DE LA DISCAPACIDAD

De las muchas desdichas que pueda golpear al ser humano en su paso por la tierra, una de las más profundas y duras es el retraso mental, ya que produce su impacto sobre aquella capacidad por la cual, el hombre más se ha definido a sí mismo como tal; la inteligencia.

A Núñez García Sauco.

“La discapacidad mental es un problema social complejo, visto de diversas formas y según el período socio-cultural analizado, pero no cabe duda que el retraso mental no es sólo, ni exclusiva, ni prioritariamente un problema médico o científico sino también, y sobre todo, un problema social; social en su origen” (Fierro y Edgerton, 1994, p.512) ya que cada sociedad determina quiénes son sus subnormales y deficientes, porque se establece su minusvalía y cómo deben ser tratados. Precisamente por eso, el enfoque general del proceso que conlleva la discapacidad mental, es relativo en cada sociedad y varía dentro de ella con el tiempo. Actualmente, después de la última conceptualización de la Asociación Americana de retraso mental (1992) esta visión está progresando discretamente, de manera general, aunque dependiendo como debe suponerse del contexto político y social de cada país.

Cuando se estudia la evolución del pensamiento científico en relación con este tema, se aprecia que la información disponible es escasa y se hace difícil encontrar el punto de partida, sin abordar las enfermedades mentales en general.

Revisando profundamente el trabajo realizado por Miriam Portuando Sao (2004) del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, sobre la evolución del concepto de discapacidad intelectual podemos decir que: El primer peldaño en el estudio de las enfermedades mentales, puede considerarse colocado por el médico griego Alcmaeon de Crotón (aproximadamente el año 500 a.C.), al plantear que el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban las ideas y se permitía el conocimiento, era el cerebro. Aunque su concepción no se atiene íntegramente a las implicaciones de este órgano, tuvo la agudeza de descubrir su importancia.

Esta idea fue posteriormente tomada y desarrollada por Hipócrates, el padre de la medicina (460-337 a.C.). En su opinión, los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro e intentó explicar de forma coherente todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales este constituyó uno de sus principales méritos. En sus escritos menciona la anencefalia, así como otras malformaciones craneales asociadas a un severo retraso mental.

Se conoce también que las leyes de Esparta y de la Antigua Roma, incluían medidas sobre el exterminio durante la infancia de los niños severamente retrasados, en contraste con esta actitud, los líderes religiosos asiáticos, de los que son exponentes el reformador de la religión persa Zoroastro (628-551 a.C.) y el filósofo chino Confucio (551-479 a.C.) abogaban en sus enseñanzas por un tratamiento humano para los retrasados mentales.

Es inevitable y necesario vincular el desarrollo de la ciencia al desarrollo histórico social, ya que ambos están estrechamente relacionados es por eso que las incesantes guerras, la caída del imperio romano y la destrucción de los antiguos centros culturales de Grecia, condujeron al estancamiento de la ciencia, que propició el florecimiento del oscurantismo y la superstición, aspectos característicos de la etapa posterior, en la Edad Media, el desarrollo de la ciencia se vio frenado por los dogmas religiosos. Todo lo que fuera en contra de ellos era considerado sacrilegio y herejía y por tanto, severamente castigado. En esa época se consideraba que los enfermos mentales eran criaturas poseídas por el demonio y los únicos medios de curación eran: la tortura y la hoguera. En la Europa medieval sólo se podían considerar “afortunados” los retrasados mentales cuando eran vistos como “bufones” o “abortos

de la naturaleza”, a pesar de esto, ya en esta época Avicena (980-1037) el más célebre de los médicos árabes, plantea una clasificación de las enfermedades mentales, en la cual incluye el término amencia, para designar el retraso mental.

Hacia finales del siglo XIV y principios del XV, se conjugaron una serie de factores que atribuyeron a incrementar el desarrollo científico frenado durante tantos años, y se inició la época del renacimiento, entre esos factores está el comercio entre los pueblos de la cuenca mediterránea, que contribuyó al fácil acceso de información y al inicio del movimiento humanista. Todo esto se inició a la posterior aparición de la imprenta, el descubrimiento de nuevos continentes, el surgimiento de la clase media y el movimiento de la Reforma, Lutero y otros, que desafiaron la autoridad de la iglesia católica, brindaron nuevos horizontes de las propias observaciones y experiencias del hombre.

En la época del Renacimiento le corresponde a Félix Platter (1536-1614) profesor de anatomía y medicina de Basilea-Suiza, el mérito de aplicar medidas precisas de observación, en relación con los enfermos mentales, Platter intentó clasificar todas las enfermedades, incluidas las mentales; puede considerarse un precursor en este sentido. En su clasificación introduce el término de imbecilidad mental, con diferentes categorías. Poco después, en 1667, el anatomista y médico inglés Thomas Willis (1621-1675) introduce el término morosis para denominar el retraso mental. Lo que a pesar de lo inhumano del término representó sin duda un logro en sus tiempos.

El retraso mental era considerado como una forma de locura o insania hasta 1689, en que John Locke (1632-1704) filósofo y médico inglés, establece por primera vez una clara distinción entre ésta y otras enfermedades mentales, lo cual contribuyó naturalmente a la profundización del conocimiento.

El siglo XVII se caracterizó por una serie de logros sin precedentes en el campo de la literatura, las artes, la filosofía y la ciencia, consecuencia de la interrelación entre los numerosos factores señalados anteriormente (humanismo renacentista, descubrimiento del nuevo mundo, la reforma), esto hizo posible que durante ese período, el enfoque de las enfermedades mentales comenzara a despojarse de la superstición y de los enfoques dogmáticos, sentar así las bases para la ciencia moderna.

La Revolución Francesa (1789) con su proclamación de igualdad, libertad y fraternidad entre los hombres, constituyó un acontecimiento de gran importancia. Sus ideas humanistas alcanzaron a los enfermos mentales, porque a partir de este momento comenzó a considerárseles como pacientes desde el punto de vista médico y a tratarles como tales. Quien inició esta transformación fue el médico francés Phillips (1745-1826) cuando liberó de sus cadenas a los pacientes del hospital de Bicêtre en 1793, elevándoles a la categoría de enfermos. (En relación con este hecho existen discrepancias, el historiador de la psiquiatría Schmitz, plantea que los primeros en desencadenar a los pacientes e iniciar un tratamiento adecuado fueron los médicos de Valencia en 1409, donde predominaba una tradición más humanitaria en cuanto al trato de los pacientes).

Schmitz, refiere, que el manicomio de Valencia, construido a principios del siglo XV, gozaba de prestigio por su excelente dirección y métodos clínicos. Este manicomio fue destruido por un incendio en 1545, y posteriormente, se construyó un nuevo hospital, donde incluso había un departamento especial para niños, sin embargo, para no iniciar polémicas, lo generalizado en Europa hasta la época de Pinel, era la represión y segregación de los enfermos mentales y no su tratamiento.

Data de entonces, el surgimiento de los servicios psiquiátricos en los hospitales, lo cual fue entusiastamente aceptado por el neurólogo Sergui S Korsakov en Rusia y el fundador de la psiquiatría americana Benjamín Rush en los Estados Unidos, todo esto se atribuyó a la observación sistematizada de los pacientes y por tanto, a la profundización en el conocimiento de estos.

Para ilustrar aún más la situación de los pacientes psiquiátricos (incluidos los de retraso mental) en esta época, transcribimos un fragmento de la descripción que hace sobre los métodos que imperaban entonces, uno de los psiquiatras más sobresalientes de la época, el alemán Johan Christian Riel (1759-1813) que citado por Miriam Portuando Sao (2004) dice:

Como si fuesen criminales, encarcelamos a estas miserables criaturas en ocultas mazmorras, semejantes a cuevas de lechuzas en áridas simas, más allá de las puertas de las ciudades, o en húmedas celdas de las prisiones, donde nunca penetra una humanitaria mirada de piedad, y los dejamos encadenados entre sus propios excrementos. Los grilletes han hecho mella de la carne que rodea sus huesos y sus caras consumidas y pálidas se dirigen ansiosamente hacia la sepultura, el manto que cubrirá su desgracia y el final de su miseria. El ruido de los

pacientes excitados y el rechinar de las cadenas se oyen de día y de noche y elimina en los recién llegados la poca cordura que les quedaba.

Como consecuencia del auge científico y del status que comienza a otorgarse a estos enfermos, hacia finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX, se conocen numerosos intentos de clasificar las enfermedades mentales. (Boisvert de Sauvages, 1763; Cullen, 1777; Esquirol, 1838; Morel, 1862; Kalbhaum, 1863, hasta llegar a las clasificaciones modernas).

Pero antes de llegar a esas clasificaciones, es menester mencionar numerosos aportes al pensamiento científico durante el siglo XIX, que de una u otra forma contribuyeron al esclarecimiento de las enfermedades mentales.

Uno de los aportes más importantes fue el del médico francés Antoine Boyle (1799-1858) quien descubrió que la parálisis general progresiva tiene una causa orgánica, al hallar lesiones anatomopatológicas en los cerebros de los pacientes afectados por esa enfermedad.

Otro importante exponente en relación con las enfermedades mentales fue el neurólogo alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868) estudioso que defendía la posición de que todas las enfermedades mentales debían considerarse causadas por una acción directa o indirecta sobre las células cerebrales, sin duda, este planteamiento resultó muy importante y determinante para el conocimiento de la etiopatogenia del Retraso Mental, aunque mucho después otros estudiosos demostrarían que no era así.

Paul Broca (1824-1880) cirujano y antropólogo francés, señala la localización precisa del área del lenguaje. El anatomista alemán Wilhelm Waldeyer (1836-1921) plantea el concepto de neurona, posteriormente se continuó con la profundización del estudio de esta estructura. En 1870 el anatomista ruso Vladimir A. Betz (1834-1894) descubre las células piramidales en el área motora de la corteza cerebral y puntualiza el papel de éstos en la función motriz.

En 1872, el psiquiatra ruso Merzhigivsky (1838-1908) publica sus estudios sobre microcefalia, donde refuta la teoría ampliamente aceptada en aquella época de que las personas mentalmente retrasadas estaban más estrechamente relacionadas con el mono que con el hombre. Demostró que el cerebro de un microcefálico no tiene nada

en común con el del mono, sino que se trata de un cerebro humano cuyo desarrollo ha sido retardado por la enfermedad.

Emil Kraepelin (1856-1926) psiquiatra alemán, con relación a la discapacidad mental, la importancia de su trabajo es fundamental, ya que fue él quien introdujo en 1915 el término de oligofrenia; denominación bajo la cual agrupó estas anomalías de diferentes etiologías y cuadros clínicos; cuyo denominador común radica en el insuficiente desarrollo de la psique en general, asociado a un insuficiente desarrollo intelectual de diferentes grados de profundidad.

14. CAUSAS DE LA DISCAPACIDAD MENTAL

Castanedo (1961) afirma que los especialistas han encontrado muchas causas que pueden provocar discapacidad mental. Las más comunes son: (cáp. II).

Condiciones genéticas: Es causado por genes anormales heredados de los padres, errores cuando los genes se combinan u otras razones. Algunos ejemplos de condiciones genéticas incluyen Síndrome de Down, síndrome frágil X y fenilcetonuria.

Problemas durante el embarazo: Puede resultar cuando el bebé no se desarrolla adecuadamente dentro de su madre, por ejemplo, puede haber un problema en la manera en la cual se dividen sus células durante su crecimiento; o una mujer que bebe alcohol, fuma o que contrae una infección como rubéola durante su embarazo, puede también tener un bebé con discapacidad mental.

Problemas al nacer: si el bebé tiene problemas durante el parto, por ejemplo, si no recibe suficiente oxígeno, podría derivar en discapacidad mental, sumando a este rubro el uso inadecuado de fórceps.

Problemas de la salud: Algunas enfermedades tales como tos convulsiva, varicela o meningitis pueden causar discapacidad mental. La discapacidad mental puede también ser causada por desnutrición extrema o crónica, no recibir suficientes cuidados médicos o por ser expuesto a venenos como plomo o mercurio, fiebres causadas por infecciones como la meningitis, encefalitis, deshidratación. En la actualidad la contaminación ambiental es una de las causas que está incidiendo

alarmantemente en la generación de cuadros de discapacidad mental. Envenenamiento por barnices, pinturas o base de plomo, pesticidas o por el uso y/o abuso en el consumo de cigarrillos, alcohol o drogas. Golpes o heridas fuertes en la cabeza. Privación de estímulos y oportunidades para aprender. Falta de amor, afecto y atención. Alimentación y salud inadecuadas. Maltrato físico y psicológico.

15. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada en (1980) señala que una discapacidad es: “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (fundación CREFE, folleto, p. 17)

En la nueva CIDDM, discapacidad, aparece como término baúl para déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Las diferencias entre deficiencia, discapacidad y minusvalía son:

Deficiencia: Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales). Ocurre, cuando dichas personas se enfrentan a barreras culturales, físicas o sociales que les impide el acceso a los diversos sistemas de la sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalía, es por tanto, la pérdida o limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en igualdad con los demás.

Existen cinco tipos de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano que afectan:

- Discapacidad Mental
- Discapacidad Física
- Discapacidad Psíquica
- Discapacidad Auditiva
- Discapacidad Visual

Asimismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce cuatro grados de discapacidad:

Discapacidad Mental Leve: Determinada por un coeficiente intelectual entre 69 y 50, que estadísticamente corresponde al 89% de las personas que tienen discapacidad mental.

Discapacidad Mental Moderada: Determinada por un coeficiente intelectual entre 49 y 35, que estadísticamente corresponde al 6% de las personas que tienen discapacidad mental.

Discapacidad Mental Severa: Determinada por un coeficiente intelectual entre 34 y 20, que estadísticamente corresponde al 3,5% de las personas que tienen discapacidad mental.

Discapacidad Mental Profunda: Determinada por un coeficiente intelectual menor de 20, que estadísticamente corresponde al 1,5% de las personas que tienen discapacidad mental.

Según Gonzáles (2000) las personas con discapacidad no forman un grupo homogéneo. Por ejemplo, las personas con enfermedades o deficiencias mentales, visuales o auditivas o del habla, las que tienen movilidad restringida o las llamadas deficiencias médicas: todas ellas se enfrentan a barreras diferentes, de índole diferente y que se superarán de maneras diferentes (p. 18).

16. SIGNOS DE DISCAPACIDAD MENTAL

Hay muchos signos que pueden llevarnos a la comprensión de la presencia de discapacidad mental, en este contexto podemos mencionar:

- Sentarse, gatear, o caminar más tarde que los otros niños;
- Aprender a hablar más tarde, o tener dificultades al hablar;
- Tener dificultades en recordar cosas;

No comprender cómo pagar por las cosas;

- Tener dificultades en comprender las reglas sociales;
- Tener dificultades en ver las consecuencias de sus acciones;
- Tener dificultades al resolver problemas; y/o
- Tener dificultades al pensar lógicamente.

Como el 87 por ciento de las personas con retraso mental sólo serán un poco más lentas que el promedio al asimilar la información y/o adquirir destrezas nuevas. Es posible que sus limitaciones no sean evidentes durante la niñez, también es posible que no sean diagnosticadas como personas con retraso mental hasta que comiencen a ir a la escuela.

Como adultos, muchas personas con retraso mental leve pueden vivir independientemente, y, es muy posible que otras personas no las consideren como personas con retraso mental.

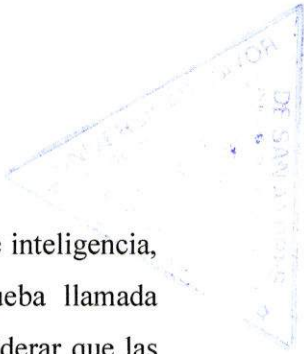
El otro 13 por ciento de personas con retraso mental marca menos de 50 en las pruebas de inteligencia, estas personas tendrán más dificultades en la escuela, en casa y en la comunidad. Una persona con retraso más severo necesitará apoyo más intensivo durante toda su vida, cada niño con retraso mental es capaz de aprender, desarrollarse y crecer, con ayuda, todos estos niños pueden vivir una vida satisfactoria.

17. DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD MENTAL

Gonzáles (2000) identifica dos factores preponderantes para el diagnóstico de la discapacidad. Los cuales son: (p.7).

I La habilidad del cerebro de la persona para aprender, pensar, resolver problemas, y hacer sentido del mundo (a esto se llama funcionamiento intelectual).

II Si acaso la persona desarrolla destrezas que necesita para vivir independientemente (esto se conoce como conducta adaptativa o funcionamiento adaptativo).



El funcionamiento intelectual (también conocido como el coeficiente de inteligencia, o AIQ en inglés) es generalmente medido por medio de una prueba llamada Coeficiente de Inteligencia, la medida promedio es 100; se suele considerar que las personas que califican menos de 70 a 75 tienen retraso mental.

Para medir la conducta adaptativa, los profesionales estudian lo que el niño puede hacer en comparación a otros niños de su edad. Ciertas destrezas son importantes para la conducta adaptativa, éstas son:

- Las destrezas de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño y correr, etc.
- Las destrezas para comunicación, tales como comprender lo que se dice y saber responder;
- Destrezas sociales con los compañeros, miembros de la familia, adultos y otras personas.

Para diagnosticar el retraso mental, los profesionales estudian las habilidades mentales de la persona (inteligencia) y sus destrezas adaptativas. Esta definición viene del Acta para la Educación de Individuos con Discapacidades (Individuals with Disabilities Education Act, o IDEA). IDEA es una ley federal (de los Estados Unidos) que reglamenta y norma para guiar a las escuelas americanas en la manera de proporcionar servicios de intervención temprana y de educación especial y servicios relacionados a los niños con diferentes discapacidades

Los servicios para ayudar a individuos con retraso mental han resultado en una nueva comprensión de cómo se define el retraso mental. Después del diagnóstico inicial se estudian las potencialidades y debilidad de la persona, se estudian también la intensidad o el grado de apoyo o ayuda que la persona necesita para desenvolverse adecuadamente en la casa, en la escuela, y consecuentemente en la comunidad, este enfoque nos da una visión realista del individuo con retraso mental; también sirve para reconocer que la “visión” puede cambiar, en tanto crece y aprende la persona, su habilidad para llevarse bien en el mundo también aumenta..

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1994, p. 40) utiliza la designación de tres criterios para el diagnóstico de Retraso Mental:

A. Edad de comienzo previo a los 18 años, este criterio permite diferenciarlo de procesos psiquiátricos o de patologías orgánicas degenerativas que aparecen en la vida adulta. El retraso mental comienza durante la infancia.

B. Coeficiente intelectual (CI) significativamente inferior al promedio, el CI se distribuye normalmente en la población general. Las personas con retraso mental son parte del 2 % con valores menores (vale decir coeficiente intelectual menor que 70). Sólo una parte de ese 2 % de la población tendrá retraso mental, si cumple con el siguiente criterio. El CI es predictivo del grado de escolaridad al que podrá alcanzar una persona, consecuentemente también será predictivo de la calidad de empleo a la que va a acceder en su mayoría de edad, pero no de las relaciones sociales que desarrollará ni de la calidad de éstas.

C. Disminución concurrente de la capacidad adaptativa en, al menos dos áreas de la vida cotidiana, la comparación deberá hacerse con respecto a los pares en edad y procedencia socio- cultural; estas áreas tomadas en cuenta, varían de acuerdo con los instrumentos que se vaya a utilizar para ponderarlas, pero básicamente son: salud y seguridad, uso de la comunidad, autodeterminación, (posibilidad de decidir por sí mismo sobre la propia vida), habilidad académica funcional, autosuficiencia personal, habilidades sociales, capacidades comunicativas, trabajo, uso del tiempo libre.

A su vez, el Instituto de Educación Especial en España al referirse al retraso mental dice:

La discapacidad mental no es una enfermedad, no se cura con medicamentos, es una condición particular del funcionamiento intelectual con la cual el individuo puede haber nacido o bien haber ocurrido después del nacimiento, se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como en las habilidades de adaptación social y práctica; es una condición inherente al individuo, no se lo puede contraer de otras personas, no es un tipo de enfermedad mental, como la depresión, las personas con discapacidad mental pueden aprender, llegar a valerse por sí mismos, trabajar en empleos bien dirigidos y ser aceptados por la sociedad, sólo necesitan tiempo, buena orientación y educación.

18. SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD

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 como mujer, con ello se inicia uno de los procesos más naturales y hermosos de la creación que si es analizado a la luz de la razón no debería constituir un tema que cause tanto conflicto a los seres humanos, ni incomodidad a los padres que pretenden educar sexualmente a sus hijos.

Es indiscutible que la sexualidad ha constituido en el mundo occidental uno de los temas más controversiales a través de los tiempos, provocando consecuentemente el surgimiento de diferentes corrientes y enfoques educativos y creando gran dificultad en los padres al tratar de manejar los temas de la sexualidad con sus hijos.

Si el manejo de la sexualidad es de por sí conflictivo, éste se agrava cuando lo relacionamos con personas que sufren deficiencia mental y dada su complejidad dicha población representa para el profesional de la salud mental, uno de los retos más extraordinarios y fascinantes “para educar sexualmente a estas personas y ayudarlas a desarrollar actitudes sexuales adecuadas, es necesario involucrar tanto a los padres, como a los maestros y la sociedad misma, solamente a través del esfuerzo integrado y participativo de todos, será posible salvar los problemas que tan continuamente encontramos en esta área”. (Marega, 2005)

Al igual que las personas que no presentan ningún tipo de discapacidad, las personas con discapacidad mental inician su adolescencia con la aparición de la pubertad, lo que determina para éstas una de las situaciones más difíciles de manejar, recordemos que independientemente de la edad cronológica, la edad mental de los sujetos equivale a la de un niño provocando un grave conflicto tanto en ellos como en sus padres (en general el círculo familiar), ¿Cómo aceptar las manifestaciones sexuales de este niño? ¿Cómo enfrentar los impulsos sexuales de mi hijo (a) si al verlo (a) me produce una enorme frustración?, ¿Qué puedo hacer con esto que siento, si no entiendo lo que me está pasando? Estos son algunos de los pensamientos y o sentimientos que comúnmente agobian a los padres de niños con retraso mental y que ejemplifican lo complejo de la situación, imaginemos:

“Si es un niño, lo llamaremos Juanito, si es una niña la llamaremos Lupita. Realmente no importa, siempre y cuando sea sanito.

Mira, es un hombrecito, pesa tres kilos. Está bien verdad, déjame ver: Diez deditos, está completito, todo se ve normal.

Qué rápido está creciendo, en un abrir y cerrar de ojos, estará yendo a la universidad. ¡¡¡Deficiente mental!!! No entiendo, por qué a mí.”

Es así como se inicia este doloroso proceso, cuando los padres descubren que su hijo tiene deficiencia mental, siempre se piensa que tener un hijo discapacitado le puede suceder a los demás y parece irreal que le suceda a uno, generalmente toma mucho tiempo adaptarse a la situación, de hecho pasar por las etapas de negación, rechazo, dolor y aceptación para establecer una relación sana con su hijo y ayudarle a lograr un desarrollo emocional y físico para que cuando llegue a la adolescencia, independientemente de la edad mental que tengan sus hijos, no olviden que han dejado de ser niños y que necesitan del apoyo del mundo de los adultos cercanos a él para lograr conductas sexualmente aceptables y lograr así integrarse a la sociedad en forma apropiada.

Para que las personas con discapacidad mental puedan integrarse adecuadamente a la sociedad como en todas las esferas de interacción social, laboral y familiar; por eso, a pesar de una conveniente educación sexual, sino se logra éxito en el desarrollo de las esferas antes mencionadas, será imposible alcanzar los objetivos que los especialistas de salud mental debemos trazarnos cuando trabajamos con esta población. (Fierro y Edgerton, 1994, p. 568)

Para vivir en sociedad fue necesario crear normas y reglas, las que nos permiten funcionar y desenvolvemos en armonía, respetando las necesidades de todos los integrantes de la sociedad, uno de los elementos donde posiblemente las normas sean más rígidas, es la que está relacionada con la de los instintos sexuales, los cuales vistos desde una perspectiva moral, resultan ofensivos sino tomaron en consideración aspectos culturales, religiosos, educativos, e idiosincrásicos.

Por ello las comunidades han elaborado reglas que inhiben, restringen y/o confinen la expresión de las conductas sexuales dividiéndolas entre:

- ✓ Las que pueden ser nocivas u ofensivas para los individuos en particular y para la sociedad en general.

- ✓ Las que pueden manifestarse en la privación de una relación.
- ✓ Las que son públicamente aceptadas

Sin embargo, las necesidades de las personas con discapacidad mental no fueron tomadas en cuenta al identificarlos como sujetos capaces de expresar un desarrollo sexual y con responsabilidad; hoy en día sabemos, que éstos individuos tienen capacidad para manifestar adecuadamente su sexualidad, dentro de un contexto de respeto con conductas aceptables para su medio ambiente y siguiendo normas establecidas, siempre y cuando se les brinde la estructura y orientación sexual necesarias y adecuadas, considerando en todo momento, los diferentes niveles de desarrollo, las limitaciones mentales, la conducta adaptativa y las habilidades de autosuficiencia desarrolladas.

Es fundamental, conocer que las personas que no presentan ninguna discapacidad aprenden conductas sociales mediante el ejemplo que recogen de sus figuras de identificación, por lo que su educación sexual se facilita, además, la tendencia en el ser humano es asimilar las normas que se adquieren a través de las experiencias vividas en situaciones similares, ya que de manera innata van creando el concepto de lo que es correcto e incorrecto, aceptable o inaceptable, generalizando de esta forma las normas de conducta.

Por otro lado, sabemos que las personas con discapacidad mental requieren desde su infancia de una mayor cantidad y calidad de experiencias positivas y de una continua sistematización de sus conductas para poder desarrollar dichos esquemas y que la limitación intelectual bloquee los procesos de generalización y por lo tanto el aprendizaje por restricción se vea restringido (Piaget, 1977) citado por Marega (2005) si a esto le sumamos el daño cerebral que en diversos grados acompaña a la discapacidad intelectual y determina una mayor dificultad para el control de impulsos, podemos entender por qué la manifestación de conductas inapropiadas, tanto sexuales como en general son más frecuentes en los niños que sufren deficiencia mental.

En la medida en que estas personas crecen y se acercan a la pubertad, el manejo de su conducta y la expresión de su sexualidad pueden tomar sesgos inapropiados, y ya en la adolescencia o en la edad adulta podemos encontrar conductas aberrantes o francamente delictivas. Por otro lado, las carencias afectivas encontradas tan

comúnmente en esta población, sumadas a las limitaciones mentales, los hacen presa fácil del abuso sexual, sin embargo, con una capacitación adecuada que incluya educación y orientación sexual desde una etapa inicial, aprenderán a canalizar sus impulsos sexuales dentro de las expectativas sociales, pudiendo inclusive llegar al matrimonio y vivir plenamente la sexualidad con sus parejas. Es conveniente, que antes de tocar la temática de sexualidad, hablemos del entorno que deben tener los programas dedicados a las personas con deficiencia mental, ya que no es posible concebir una sexualidad sana cuando no se han fomentado todas las demás áreas que le permiten al individuo discapacitado relacionarse e integrarse a la sociedad.

Tradicionalmente, el manejo de las personas con discapacidad mental ha sido el de cuestionarlas total o parcialmente, ya sea en su medio familiar o en las instituciones, manteniéndolas sobreprotegidas y en algunos casos ocupados, sin que tengan la opción para vivir autónomamente y ser autosuficientes, no obstante, en algunos países ya existen centros que han iniciado programas de vida independiente para darles la posibilidad de una autosuficiencia familiar, social y económica.

En estos centros, el énfasis durante la infancia está encaminado a estimular las habilidades cognoscitivas, a través de áreas académicas prácticas y terapias específicas para lograr al máximo su potencial. Se eliminan o minimizan las conductas agresivas, desarrollando conciencia de la sociedad y estableciendo un autocontrol efectivo para el manejo de los impulsos inapropiados, además, se comienza a trabajar en áreas de autosuficiencia que sentarán las bases para que más adelante se puedan iniciar programas pre vocacionales y laborales.

En la adolescencia, estos programas van orientados hacia actividades de integración a la comunidad, manejo del tiempo libre, economía del hogar, manejo personal y habilidades para el trabajo; en el ámbito del trabajo personal se desarrolla el área de la sexualidad.

Ya en la edad adulta y tomando en consideración su nivel de preparación, podrán integrarse en grupos de pertenencia y/o vivir en sus hogares sin requerir de la protección o sobreprotección familiar.

19. MECANISMOS DE DEFENSA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Lo peculiar de las personas con discapacidad, además de su propia y característica dificultad para aprender, es la restricción a la que se ven sometidos, respecto a cualquier contenido de naturaleza sexual. Sobre esto, hay una especie de consenso cultural de difícil quiebra. Así que, entre sus propias dificultades y los obstáculos que como cultura les ponemos, lo cierto es que casi siempre la socialización sexual es escasa, torpe y desde luego nada o muy poco formalizada y elaborada. En otras palabras, no es educativa.

Este fenómeno que tradicionalmente ha querido servir a un fin, preservarles de los peligros de “lo sexual” es casi siempre, precisamente para todo lo contrario. Los mecanismos de preservación que tradicionalmente se han seguido han sido fundamentalmente tres:

- Negación de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual mediante una infantilización de los mismos, basándose en la idea previa que los niños no tienen sexualidad. En ocasiones, se produce otro mecanismo que consiste en que cuando la edad de las personas con discapacidad es avanzada, pensar que eso ya no les interesa, en este caso basándose en la idea de que las personas ancianas ya no tienen sexualidad ni desarrollo erótico. El mecanismo base es el mismo, partir del mito de la sexualidad asociada a la adolescencia y madurez y que los niños y los ancianos no tienen nada que ver con esto; y luego asignar a la persona que quieres asexuar a uno de estos grupos.
- Represión enérgica de cualquier manifestación erótica de estas personas. Intentamos inhibir cualquier conducta con contenido erótico.
- Impermeabilización sobre contenidos de naturaleza erótica. Estos dos últimos mecanismos se fundamentan en un mito contrario al anterior, pero que actúa de la misma forma, evitando el acceso a los contenidos eróticos.

Lo primero, ha servido sobre todo para protegernos nosotros mismos de una sexualidad que nos es siempre por unos u otros motivos amenazante. Lo segundo, fue necesario para promover la conducta desajustada. Y lo tercero, para dificultar aún más su ya deficiente socialización sexual.

Esto último, resulta especialmente significativo, puesto que muchos de los conflictos sexuales de las personas con discapacidad devienen del desajuste entre la pulsión privada y las normas sociales. Esta tensión sujeto-grupo social, que es por cierto universal y válida para cualquier población y en cualquier cultura tiene un único medio de ser resuelta: en cuanto a las normas sociales, un mayor ajuste con las necesidades de los sujetos que las constituyen; en cuanto a los sujetos, un conocimiento y manejo adecuado de las normas sociales que rigen en su ámbito cultural.

20. ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE

En el tema de Educación Sexual a personas con discapacidad intelectual leve se tienen las siguientes investigaciones:

➤ “Programa de educación sexual – transformando nuestra sexualidad con población de jóvenes con discapacidad intelectual leve.” Autor: Morales Botello, Ingrid María De Los Ángeles. 2007.

Los temas abordados fueron: conductas públicas y privadas, autoestima, comunicación, género, corporalidad y sexualidad, violencia, métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, valores y plan de vida, logrando que los jóvenes con discapacidad intelectual leve interioricen conceptos llevándolos a la cotidianeidad, demostrando así su aptitud para el aprendizaje, además, logró también minimizar conductas sexuales inapropiadas.

➤ “El taller educativo para facilitar el aprendizaje de la educación sexual en adolescentes discapacitados intelectuales.” Autor: Rodríguez Iño María Del Carmen. 2007.

Logró que los jóvenes discapacitados de la Asociación Boliviana de Padres y Amigos de Niños Especiales (ABOPANE) mejoraran su aprendizaje de la sexualidad, hablando sin vergüenza de la sexualidad.

➤ “La Educación Sexual en Adolescentes con Diagnóstico Discapacidad Mental Leve.” Autor: Vazualdo García Herminia. 2004.

Esta autora indagó acerca de la influencia en el desarrollo de la calidad de vida sexual de los adolescentes con discapacidad mental leve, de la oportuna educación, información y formación en temáticas de sexualidad, encontrándose que muchos de los conflictos afectivos y emocionales que afectan a esta población, tienen origen en las necesidades sexuales insatisfechas, como ser: relaciones de parejas con o sin componente amoroso, relaciones de amistad, búsqueda de compañía afectiva y otras que por la presencia de prejuicios, creencias y mitos perturban el mejor desarrollo de dichas relaciones.

21. DIMENSIONES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL

Las dimensiones del programa de educación sexual son cuatro: 1. Esquema Corporal. 2. Diferencias Anatómicas. 3. Normas de Conducta. y 4. Autocuidado.

21.1. DIMENSIÓN ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal es la conciencia global del propio cuerpo, la representación mental intrapsíquica. Se construye progresivamente, estando su desarrollo ligado al desarrollo motor y rigiéndose por las leyes de maduración, como la ley céfalocaudal, la cual dice que el desarrollo se produce desde la cabeza hacia las extremidades, y la ley próximodistal, la cual manifiesta que el desarrollo se produce partiendo del eje corporal. El sujeto normal, gracias al esquema corporal no queda limitado a sus posiciones actuales, sino que adopta infinidad de posiciones equivalentes dentro de otras situaciones. Permite la percepción, y que las consignas verbales adquieran un sentido motor y se transformen en motricidad. Constituye un sistema, gracias al cual, se sabe si dentro de un espacio no se encuentran todos los miembros del cuerpo y qué relación tienen con el estímulo. Gracias al esquema corporal, el movimiento de cada una de las partes del cuerpo revela la posición de las restantes partes. Experiencia cuerpo – mundo.

Esta primera dimensión, pretende enseñar a niños y niñas todas las partes del cuerpo humano, desde las generales hasta las más específicas, cada una de ellas con sus respectivos nombres.

Los tres temas abordados en esta primera dimensión fueron: 1. Identificando las partes de mi cuerpo; 2. Conociendo las partes específicas de mi cuerpo y 3. Mis prendas de vestir favoritas.

21.2. DIMENSIÓN DIFERENCIAS ANATÓMICAS

Al hablar de diferencias anatómicas, estamos haciendo referencia a la estructura de los seres vivos para examinar la forma y disposición de los órganos. Estructura o constitución de un ser vivo o de alguna de sus partes: Cuerpo de una persona.

En esta segunda dimensión se hizo énfasis en cuatro temáticas importantes las cuales fueron: 1. Conociendo las etapas del desarrollo humano. 2. Aprendiendo las diferencias sexuales entre niño y niña. 3. La fecundación. y 4. Diferencias físicas entre hombre y mujer.

21.3. DIMENSIÓN NORMAS DE CONDUCTA

Las normas de conducta, son reglas aceptadas socialmente que rigen una conducta que se considera adecuada y que se espera de alguien. Son procedimientos pautados que establecen los límites dentro de los cuales se comportarán las instituciones. Son, el conjunto de reglas que permiten, posibilitan y regulan los intercambios entre los diferentes actores que comparten una actividad, pueden ser explícitas o implícitas.

En esta tercera dimensión, se pretende enseñar al grupo de niños y niñas las conductas apropiadas e inapropiadas para que éstos puedan diferenciarlas, evitando así que los niños se masturben dentro y fuera del aula, lo cual ha llamado la atención de los demás niños y niñas asimismo de las educadoras, quienes no sabían cómo controlar esta situación, limitándose simplemente a llamarles la atención, haciéndoles sentir mal frente a sus demás compañeros y compañeras, o caso contrario, no diciendo nada por temor a dañar la autoestima de los niños.

Las temáticas abordadas en esta dimensión fueron: 1. Lugares públicos y privados. 2. Dónde puedo explorar o tocar mi cuerpo.

21.4. DIMENSIÓN AUTOCUIDADO

Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades. Estas necesidades se encuentran presentes a lo largo de nuestra vida y van desde las necesidades fisiológicas básicas (para mantener la homeostasis) hasta la autorrealización que representa las necesidades y deseos más elevados. Para mantener estas necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el auto cuidado. El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: **Auto** del griego *αὐτο* que significa "propio" o "por uno mismo", y **cuidado** del latín *cogitātus* que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería. El autocuidado es una forma propia de cuidarse a sí mismo.

Se tuvo conocimiento de algunos casos de niñas que fueron víctimas de abuso sexual por parte de su entorno familiar u otros. Por tal razón y más aun tratándose de niños y niñas con discapacidad intelectual leve, es que se pretende educar a esta población para que puedan defenderse ante posibles agresiones sexuales respetando y haciendo respetar su cuerpo.

Esta última dimensión abarcó las siguientes temáticas: 1. Cómo debo cuidar mi cuerpo. 2. Higiene personal. y 3. Prevención del abuso o acoso sexual.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr que los niños y las niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña conozcan los elementos básicos de la sexualidad humana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar a través de los pre-test el nivel de conocimiento que tienen los niños y las niñas respecto a: esquema corporal, diferencias anatómicas, normas de conducta y autocuidado.

Aplicar el programa de educación sexual.

Evaluar mediante los post-test el nivel de aprendizaje de los niños y niñas después de la aplicación del programa de educación sexual.

Comparar los resultados obtenidos del pre y post –test.

III. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

Para realizar la evaluación de los indicadores de cumplimiento, fue necesario utilizar un registro de observaciones para cada dimensión, a objeto de constatar si los niños y niñas aprendieron las temáticas del programa de educación sexual.

1. ESQUEMA CORPORAL

1. Identifican las partes del cuerpo.
2. Conocen las partes específicas del cuerpo humano.
3. Reconocen las prendas de vestir tanto de mujer como de hombre.

2. DIFERENCIAS ANATÓMICAS

4. Conocen las etapas del desarrollo humano.
5. Reconocen las diferencias sexuales entre niño y niña.
6. Conocen el proceso de la fecundación.
7. Identifican las diferencias físicas entre hombre y mujer.

3. NORMAS DE CONDUCTA

8. Diferencian lugares públicos y privados.
9. Reconocen los lugares apropiados para explorar el cuerpo.

4. AUTOCUIDADO

10. Aprenden sobre los cuidados del cuerpo humano
11. Fortalecen los hábitos de higiene personal.
12. Conocen acerca de la prevención del abuso o acoso sexual.

IV. ESTRATEGIA DE ACCIÓN (ACTIVIDADES, TÉCNICAS)

El Trabajo Dirigido se estructuró de la siguiente manera.

PROCEDIMIENTO

1. Contacto con la Asociación “Centro Virgen Niña”.
2. Coordinación con la Asociación “Centro Virgen Niña” para la elaboración del Trabajo Dirigido.
3. Firma del convenio institucional UMSA/Asociación “Centro Virgen Niña”.
4. Identificación de necesidades.
5. Planteamiento del Trabajo Dirigido titulado: “Programa educativo para el aprendizaje de la educación sexual de niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb” a padres de familia, educadoras y a la psicóloga de la institución.
6. Diseño del programa según la población meta.
7. Elaboración del cronograma de actividades.
8. Reunión con la directora, psicóloga, padres de familia y educadoras para la asignación de horarios.
9. Aplicación de los pre - test a la población meta.
10. Aplicación del programa educativo.
11. Aplicación de los post – test a la población meta.
12. Revisión de los resultados.
13. Análisis de los resultados.
14. Presentación de los resultados.
15. Acto de clausura y entrega de certificados a los niños y niñas que fueron parte del programa.
17. Conclusiones y recomendaciones.

METODOLOGÍA

La metodología empleada en el programa educativo para el aprendizaje de la educación sexual, está basada en talleres, siendo éste el método más dinámico y de fácil comprensión para los niños y niñas, tomando en cuenta su discapacidad intelectual, ya que, a través de éstos, ellos pudieron comprender fácilmente y de manera muy dinámica cada uno de los doce temas del programa.

Tomando en cuenta que se trata de una población de niños y niñas con discapacidad intelectual leve además de una discapacidad física en algunos de los casos, la técnica de los talleres hizo que los niños y niñas asimilaran con mayor facilidad cada uno de los temas abordados, ya que los mismos estuvieron reforzados por audiovisuales y musicales, completamente educativos, para que los niños y las niñas al observar, escuchen también los relatos, todo esto con el propósito de motivarlos a continuar aprendiendo sobre educación sexual.

También se hizo empleo de cuadros y gráficas para cada uno de los doce temas abordados, ya que a través de ellos, los niños y niñas pudieron relacionar su vivencia, con la explicación dada por la facilitadora.

El juego fue una de las técnicas que facilitó el desarrollo de los talleres, ya que, los niños y niñas pudieron interactuar con sus pares acerca de los nuevos conocimientos adquiridos sobre sexualidad.

Las dramatizaciones con muñecos (títeres) fueron instrumentos muy útiles y valiosos, ya que, mediante ellos se abordaron las siguientes temáticas: Cómo debo cuidar mi cuerpo y prevención del abuso o acoso sexual a fin de ver la participación, interés, asimilación e interrelación entre la facilitadora y el grupo.

REQUERIMIENTOS

Para un adecuado desarrollo del programa fueron necesarios los requerimientos humanos y materiales.

REQUERIMIENTOS HUMANOS

La unidad principal de análisis lo conformó un grupo de 10 sujetos (4 niños y 6 niñas) de 8 a 10 años de edad, cuyo coeficiente intelectual es de 50 a 69 (datos recopilados de los archivos de la institución) perteneciente a una discapacidad intelectual leve, su nivel educativo es discapacidad intelectual y físicos primaria funcional (alfabetización), nivel socio económico clase media baja.

REQUERIMIENTOS MATERIALES

Los materiales que se emplearon en el programa fueron 60 ejemplares de pruebas psicológicas fotocopiadas (pre test y post test). Se necesitaron materiales de escritorio (10 hojas de papel bond tamaño resma, 10 hojas de colores de papel lustroso, 10 hojas de papel bond tamaño carta, 2 hojas de color (rojo SI y azul NO), 3 marcadores (rojo, azul, negro), 10 lápices, pegamento en barra. Un total de 100 fotocopias. Una cámara fotográfica.

El programa de educación sexual se desarrolló en una sala de espejos, la misma estaba equipada con un televisor de 22", un reproductor de DVD, 10 sillas, una mesa de trabajo, dos pizarras (acrílica y de tiza) y 3 colchonetas.

También se emplearon 2 figuras (niño y niña) elaboradas en goma Eva tamaño grande, 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano (hombre y mujer), 2 DVD audiovisuales con contenido de educación sexual referido a cada tema, 2 DVD de canciones infantiles referidas a las partes del esquema corporal, 15 fichas de inteligencia (partes del cuerpo humano), 4 láminas gráficas (2 de lugares apropiados y 2 de inapropiados), órganos sexuales (pene y vagina) elaborados en plastilina, 20 figuras de papel recortables (niño y niña), 4 láminas gráficas de higiene personal, 1 cuadro gráfico sobre los cuidados del cuerpo, 2 títeres (niño y niña) y un teatrín.

Finalmente, se emplearon materiales de aseo: dos muñecos (niño y niña), un jaboncillo, un envase con champoó, cepillo, pasta e hilo dental, un peine, una toalla, un envase con crema para cuerpo y corta uñas.

EVALUACIÓN

Para la evaluación del programa de educación sexual fue importante el uso de instrumentos, en este sentido se utilizaron cinco instrumentos con el propósito de reflejar los resultados deseados.

El instrumento utilizado para observar la variable independiente “programa” responde al programa educativo y los instrumentos empleados para observar la variable dependiente “aprendizaje de la educación sexual” fueron: el Test de la Figura Humana (pre-test y post-test), el Cuestionario de Sexualidad (pre-test y post-test), el Registro de Observaciones y por último el Registro Anecdótico.

A continuación se describen cada uno de éstos:

❖ El Test de la Figura Humana (niño y niña) el cual ha sido validado por la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb utilizándolo como instrumento de evaluación dentro del plan curricular educativo. El cual es gráfico, en la parte derecha están los nombres de cada una de las partes del cuerpo humano, lo que el niño o niña debía hacer es, unir con una flecha el nombre a la parte correspondiente, para esto fue necesario que la facilitadora mencionase una a una cada parte ya que algunos de los niños y niñas no sabían leer. En este test sólo se observará cuánto conoce el niño o la niña sobre las partes del cuerpo como representación de su esquema corporal. Asimismo, servirá también como post- test después de la aplicación del programa de educación sexual.

❖ El Cuestionario de Sexualidad, el cual consta de ocho preguntas referidas a las cuatro dimensiones: esquema corporal, diferencias anatómicas, normas de conducta y auto cuidado. Cada pregunta tiene dos opciones SI NO y en algunas permite ampliar la información si es que el niño o niña así lo desea. La validación de este cuestionario se realizó con 20 sujetos, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual leve, pertenecientes a diferentes centros de la ciudad de La Paz, en la tesis titulada: “El taller educativo para facilitar el aprendizaje de la educación sexual en adolescentes discapacitados intelectuales.” Autor: Rodríguez Iño, María del Carmen. 2007 sin embargo, algunas de las preguntas de este cuestionario han sido reformuladas por tratarse de niños y niñas.

- ❖ El Registro de Observación, el cual contempla aspectos tales como: si los niños y niñas demuestran motivación, ponen atención, muestran esfuerzo en las actividades, participan espontáneamente, presentan tolerancia a la frustración, presentan perseverancia en el aprendizaje y por último si demuestran cooperación respecto a sus compañeros y la facilitadora.
- ❖ El Registro Anecdótico en el cual se anotaron todas las anécdotas y experiencias sobresalientes tanto positivas como negativas de los niños y niñas durante el desarrollo de cada uno de los talleres.

PLAN DE APLICACIÓN

El programa de educación sexual se dividió en tres fases, las mismas se describen a continuación.

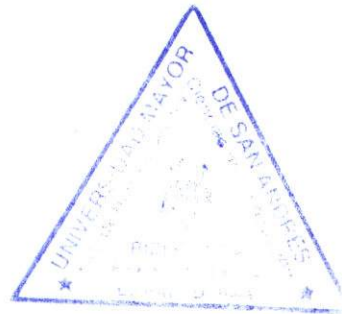
PRIMERA FASE.- En esta primera fase se realizó el diagnóstico institucional, con el propósito de conocer las necesidades psicológicas que tiene la misma, dicho diagnóstico se realizó con ayuda de la psicóloga y las educadoras de la Asociación Centro Virgen Niña. Después de realizado éste, se pudo evidenciar la necesidad urgente de abordar el tema de Educación Sexual en niños y niñas de 8 a 10 años, ya que algunos de los niños manifestaban conductas de masturbación dentro y fuera del aula, lo cual llamaba la atención de los demás niños y niñas además de las educadoras, quienes no sabían cómo controlar esta situación. En el caso de las niñas, éstas están próximas a la iniciación de la menstruación, para lo cual deberán estar preparadas, razones por demás suficientes para abordar este tema de gran importancia y más aun tratándose de niños y niñas con discapacidad intelectual leve.

Como punto de partida se procedió a la toma de manera individual de dos pre-test: "La Figura Humana" y el "Cuestionario de Sexualidad" con el propósito de saber cuánto conocían los niños y niñas sobre educación sexual.

SEGUNDA FASE.- En esta fase se aplicó el **programa educativo** que viene a ser la variable independiente. Se dieron doce talleres cada uno de dos o tres sesiones dependiendo del tema, se utilizaron como instrumentos un registro de observaciones y un registro anecdótico.

TERCERA FASE.- En esta última fase se aplicaron los dos post- test: “La Figura humana” y el “Cuestionario de Sexualidad” con el propósito de verificar el efecto de la variable independiente **programa educativo** sobre la variable dependiente **aprendizaje de la educación sexual**.

Por último, se presentaron los resultados obtenidos del programa, las conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO TRES

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

I. SECUENCIA DE ACTIVIDADES



TALLER	TAREA/CONTENIDO	OBJETIVO	RECURSOS
Nro. 1	“Identificando las partes de mi cuerpo.”	Lograr que los niños y niñas identifiquen las diferentes partes del esquema corporal.	Sala de espejos
Nro. 2	“Conociendo las partes específicas de mi cuerpo.”	Explicar a los niños y niñas las partes específicas del esquema corporal.	Dos muñecos (niño-niña) elaborados en goma Eva.
Nro. 3	“Mis prendas de vestir favoritas.”	Enseñar a los niños y niñas a diferenciar las prendas de vestir de hombre y mujer.	Dos figuras de papel recortables (niño y niña) con sus respectivas prendas de vestir.
Nro. 4	“Conociendo las etapas del desarrollo humano.”	Enseñar a los niños y niñas las diferentes etapas del desarrollo humano.	Catorce láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano de hombre y mujer.
Nro. 5	“Aprendiendo las diferencias sexuales entre niño y niña.”	Lograr que los niños y niñas reconozcan los órganos sexuales masculino y femenino.	Dos órganos sexuales elaborados en plastilina (vulva, parte externa de la vagina y pene)
Nro. 6	“La Fecundación.”	Enseñar a los niños y niñas de forma clara y sencilla el proceso de la fecundación.	Un DVD audiovisual y los dos órganos sexuales elaborados en plastilina.
Nro. 7	“Diferencias físicas entre hombre y mujer.”	Lograr que los niños y niñas identifiquen las diferencias físicas existentes entre un hombre y una mujer.	1 pizarra, 3 marcadores (rojo, azul, negro). Un DVD audiovisual.
Nro. 8	“Lugares Públicos y Privados”.	Enseñar a los niños y niñas a diferenciar los lugares públicos y privados.	Cuatro láminas gráficas (2 de lugares públicos y 2 de lugares privados)
Nro. 9	“Dónde puedo explorar o tocar mi cuerpo”.	Explicar a los niños y niñas los lugares apropiados para tocar el cuerpo.	Cuatro láminas gráficas (2 de lugares públicos y 2 de privados), 2 hojas de color (rojo y azul).
Nro. 10	“Cómo debo cuidar mi cuerpo”.	Enseñar a los niños y niñas el cuidado del propio cuerpo.	1 lámina gráfica, 20 prendas de vestir elaboradas en papel, pegamento.
Nro. 11	Higiene Personal.	Lograr que los niños y niñas aprendan los hábitos de higiene personal.	4 láminas gráficas de higiene personal, toalla, jaboncillo, peine, cepillo, pasta e hilo dental, crema, corta uñas.
Nro. 12	Prevención del abuso o acoso sexual.	Enseñar a los niños y niñas el cuidado del cuerpo en relación a acciones mal intencionadas.	Dos títeres (niño y niña), 1 DVD audiovisual.

A continuación se describen cada uno de los doce talleres del programa de educación sexual.

DIMENSIÓN ESQUEMA CORPORAL

TALLER Nro. 1

“IDENTIFICANDO LAS PARTES DE MI CUERPO”

Objetivo: Lograr que los niños y niñas identifiquen las diferentes partes del cuerpo humano.

Metodología: La facilitadora acomodó a cada niño y niña de manera individual frente al espejo, y les fue explicando cada una de las partes del cuerpo, empezando por las superiores y terminando en las inferiores. Posteriormente pidió a cada niño y niña que repita la explicación tal como lo hizo ella. Para reforzar lo aprendido, respecto a las diferentes partes del esquema corporal, se proyectó un audiovisual referido al tema, el cual tuvo una duración de 10 minutos.

Duración: 1 hora.

Recursos Materiales: Sala de espejos.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 2

“CONOCIENDO LAS PARTES ESPECÍFICAS DE MI CUERPO”

Objetivo: Explicar a los niños y niñas las partes específicas del cuerpo humano.

PRIMERA SESIÓN

Metodología: Se hizo un breve repaso de las partes del cuerpo, seguidamente se puso un audiovisual titulado “Las Partes del Cuerpo Humano” el cual tuvo una duración de 5 minutos y se lo repitió 2 veces, después la facilitadora se ubicó enfrente de los niños y niñas haciéndoles repetir cada una de las partes del cuerpo tanto generales como específicas, posteriormente presentó a todo el grupo los dos muñecos (niño y niña)

elaborados en goma Eva armados correctamente, a través de ambos muñecos les fue enseñando las partes específicas del cuerpo como ser: cejas, pestañas, uñas de los dedos de la mano y de los dedos de los pies, también los órganos sexuales con su respectivo nombre, finalmente pidió a cada uno de ellos armar los dos muñecos como lo hizo la facilitadora.

Duración: 1 hora 15 minutos.

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual y dos muñecos (niño – niña) elaborados en goma Eva.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

SEGUNDA SESIÓN

Metodología: Se empezó el taller con una dinámica, ésta consistía en que la facilitadora frente al espejo, junto a los niños y niñas, tocaba cada parte de su cuerpo repitiendo al mismo tiempo el nombre de dicha parte empezando por la cabeza y terminando en los pies, seguidamente colocó el audiovisual titulado “Las Partes del Cuerpo Humano” para reforzar lo aprendido, por último acomodó a cada uno de los niños y niñas alrededor de la mesa y les entregó una fotocopia de la cara de un niño para que identifiquen cada una las partes.

Duración: 50 minutos.

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual y diez fotocopias de la cara de un niño.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TERCERA SESIÓN

Metodología: La facilitadora empezó el taller repitiendo las reglas del mismo a objeto de mantener orden, ubicó a los niños y niñas alrededor de la mesa y preguntó a cada uno qué parte del cuerpo humano les gustaría ser y porqué, cada quien explicó la parte que eligió, posteriormente hizo un repaso de las partes del cuerpo y por último entregó a cada uno de los niños y niñas una fotocopia del contorno de la cara de un niño para que dibujen las partes faltantes.

Duración: 1 hora.

Recursos Materiales: Diez lápices de color negro, diez fotocopias del contorno de la cara de un niño.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 3

“MIS PRENDAS DE VESTIR FAVORITAS”

Objetivo: Enseñar a diferenciar las prendas de vestir de niño y niña.

Metodología: Para este taller, la facilitadora entregó a cada niño / niña las dos figuras de papel recortables (hombre y mujer) con sus respectivas prendas de vestir, pero mezcladas, para que cada uno elija las prendas pertenecientes a los hombres y a las mujeres, finalmente vistieron a ambas figuras y las pegaron en una hoja de papel bond tamaño carta.

Duración: 45 minutos.

Recursos Materiales: Dos figuras de papel recortables (hombre y mujer) con sus respectivas prendas de vestir, diez hojas de papel bond tamaño carta y pegamento en barra.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

DIMENSIÓN DIFERENCIAS ANATÓMICAS

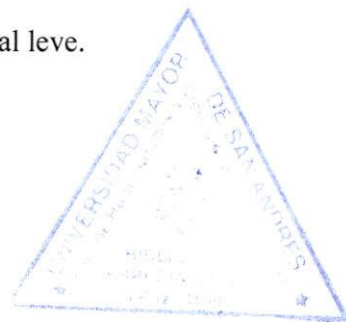
TALLER Nro. 4

“CONOCIENDO LAS ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO”

Objetivo: Enseñar a los niños y niñas las diferentes etapas del desarrollo humano.

PRIMERA SESIÓN

Metodología: Se empezó el taller con un audiovisual titulado “Etapas del Desarrollo Humano” por el lapso de 10 minutos, posteriormente se pidió a cada uno de los niños y



niñas explicar en sus propias palabras lo que observaron, por último se les mostró una por una las 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano tanto femenino como masculino para concluir con una ronda musical.

Duración: 1 hora

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual y 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano masculino y femenino.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

SEGUNDA SESIÓN

Metodología: Para empezar el taller se hizo una dinámica, para lo cual se pidió a cada uno de los niños y niñas sentarse frente a frente, formando dos grupos de cinco personas, cada grupo con su respectivo nombre, la facilitadora se ubicó detrás de un grupo mostrando una por una las tarjetas con las diferentes partes del cuerpo para que el otro grupo identifique y así ganar puntos, lo mismo se hizo con el otro grupo, así ambos tuvieron la misma oportunidad, después se colocó un audiovisual titulado “Etapas del Desarrollo Humano” finalizado el mismo, se les presentó las 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano debidamente ordenadas para que los niños y niñas observen cada una de las etapas y para finalizar el taller se colocó un audiovisual musical.

Duración: 50 minutos

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual, 15 fichas de inteligencia con las partes del cuerpo humano, 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano masculino y femenino.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TERCERA SESIÓN

Metodología: Primero se hizo sentar a cada uno de los niños y niñas en colchonetas y se les mostró una a una las 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano tanto masculino como femenino, seguidamente la facilitadora pidió a cada uno de los participantes pasar al frente y mencionar cada una de las etapas con su respectivo

nombre como se les enseñó anteriormente, por último se formó 2 grupos, cada uno conformado por 5 sujetos y se les entregó a cada grupo las 7 láminas para que las ordenen.

Duración: 45 minutos

Recursos Materiales: 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano masculino y femenino.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

CUARTA SESIÓN

Metodología: La facilitadora empezó el taller haciendo un repaso de las etapas del desarrollo humano tanto masculino como femenino, seguidamente colocó el audiovisual referente al tema y por último, pidió a cada uno de los niños y niñas armar en orden las siete etapas del desarrollo humano masculino y femenino.

Duración: 1 hora 15 minutos

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual de las etapas del desarrollo humano, 14 láminas gráficas de las etapas del desarrollo humano masculino y femenino.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 5

“APRENDIENDO LAS DIFERENCIAS SEXUALES ENTRE NIÑO Y NIÑA”

Objetivo: Lograr que los niños y niñas reconozcan los órganos sexuales masculino y femenino con sus respectivos nombres.

PRIMERA SESIÓN

Metodología: Se empezó el taller con una clara y breve explicación acerca de los órganos genitales tanto femenino como masculino con sus respectivos nombres (vagina y pene) seguidamente se puso un audiovisual titulado “El Cuerpo de Juan y Ana” en el cual ellos pudieron observar cómo son los órganos y qué función cumplen éstos,

finalmente se les mostró a cada uno de los niños y niñas ambos órganos elaborados en plastilina (vulva parte externa de la vagina y pene) ellos pudieron tocarlos.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual titulado: “El cuerpo de Juan y Ana”, 2 órganos sexuales elaborados en plastilina (vulva parte externa de la vagina y pene).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

SEGUNDA SESIÓN

Metodología: En primer lugar, la facilitadora puso un audiovisual titulado “Aparato Reproductor Masculino y Femenino” una vez finalizado éste, entregó a cada uno de los niños y niñas las dos láminas gráficas con el dibujo de un niño y de una niña, pero a ambos dibujos les faltaba el órgano sexual, cada uno de los niños y niñas tuvieron que elegir el órgano correspondiente y pegar en el lugar adecuado.

Duración: 1 hora

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual titulado: “Aparato Reproductor Masculino y Femenino”, 20 láminas gráficas y pegamento en barra.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 6

“LA FECUNDACIÓN”

Objetivo: Enseñar a los niños y niñas de forma clara y sencilla el proceso de la fecundación.

Metodología: La facilitadora empezó el taller con un audiovisual referido al tema de la Fecundación, una vez finalizado éste, explicó gráficamente con ayuda de los dos órganos sexuales elaborados en plastilina (vulva y pene) como el pene penetra en la vagina y deposita el espermatozoide para unirse al óvulo y así formar un niño o niña.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual, 2 órganos sexuales elaborados en plastilina (vulva parte externa de la vagina y pene).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 7

“DIFERENCIAS FÍSICAS ENTRE HOMBRE Y MUJER”

Objetivo: Lograr que los niños y niñas identifiquen las diferencias físicas que existen entre un hombre y una mujer.

PRIMERA SESIÓN

Metodología: Para este taller, la facilitadora realizó dos dibujos en la pizarra tanto de la figura masculina como femenina, a medida que iba dibujando pedía a cada uno de los niños y niñas que indiquen las partes faltantes al dibujo, una vez concluidos ambos, explicó las diferencias físicas que existe entre hombre y mujer, por ejemplo: los senos, las caderas en la mujer, el crecimiento de barba o bigote en el varón y el timbre de voz.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: Una pizarra acrílica, tres marcadores (rojo, azul y negro).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

SEGUNDA SESIÓN

Metodología: Para empezar el taller la facilitadora puso un audiovisual titulado: “Qué me está pasando”, el cual tuvo una duración de 10 minutos, cada uno de los niños y niñas pudo observar todos los cambios físicos que ocurren durante el desarrollo, concluido éste, pidió a cada uno de los participantes recostarse sobre la hoja de papel resma colocada en el piso, para que la facilitadora pudiera dibujar el contorno del cuerpo de cada uno de ellos, por último pidió a los participantes dibujar las partes faltantes al dibujo incluidos los órganos sexuales dependiendo del sujeto.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: Un televisor, un reproductor de DVD, un DVD audiovisual titulado: “Qué me está pasando”, 10 hojas grandes de papel resma, dos marcadores, dos lápices de color negro.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

DIMENSIÓN NORMAS DE CONDUCTA

TALLER Nro. 8

“LUGARES PÚBLICOS Y PRIVADOS”

Objetivo: Enseñar a los niños y niñas a diferenciar los lugares públicos y privados.

Metodología: La facilitadora empezó el taller, explicando a los niños y niñas qué es un lugar público, para lo cual mostró dos láminas gráficas (la calle y la escuela) indicándoles que en éstos lugares hay muchas personas, después explicó qué es un lugar privado a través de dos láminas gráficas (dormitorio y baño) indicándoles que en estos lugares no puede estar más de una persona, o dos si fuera muy necesario.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: 4 láminas gráficas (2 de lugares públicos y 2 de lugares privados).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 9

“DÓNDE PUEDO EXPLORAR O TOCAR MI CUERPO”

Objetivo: Explicar a los niños y niñas los lugares apropiados para explorar el cuerpo.

PRIMERA SESIÓN

Metodología: Para empezar el taller, la facilitadora mostró al grupo de niños y niñas las dos láminas gráficas de lugares privados (dormitorio y baño) les explicó que en estos lugares ellos pueden explorar (tocar) su cuerpo sin que nadie los esté observando, posteriormente les mostró las otras dos láminas de lugares públicos (escuela y calle)

explicándoles que en estos lugares no pueden explorar (tocar) su cuerpo ya que las demás personas los están observando. Por último, pidió a cada niño y niña separar las láminas de los lugares privados y públicos.

Duración: 30 minutos

Recursos Materiales: Cuatro láminas gráficas, lugares privados (dormitorio y baño) y lugares públicos (escuela y calle).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

SEGUNDA SESIÓN

Metodología: La facilitadora empezó el taller dando una breve explicación respecto a las conductas públicas y privadas, indicándoles que cuando se habla de conductas públicas se refiere a aquellas que se ejecutan en cualquier lugar (tocarse la cara) pero las conductas privadas son aquellas que uno las puede ejecutar en un lugar privado (tocarse la vagina o pene) A continuación se desarrolló una dinámica de interacción con el propósito de reforzar la explicación. La facilitadora explicó a cada niño y niña que él o ella debe expresar su opinión sobre algunas conductas adecuadas e inadecuadas, para esto colocó dos letreros de color en la pizarra (rojo con la palabra NO y azul con la palabra SI) la facilitadora leyó las siguientes frases para que el niño o niña eligiera a cuál de los dos letreros corresponde la frase.

Frases que se utilizaron:

1. Yo toco mis genitales en el aula.
2. Yo toco mis genitales en mi dormitorio.
3. Me quito toda la ropa frente a mis compañeros.
4. Me quito toda la ropa en mi baño.
5. Muestro mis genitales a mis compañeros.
6. Veo mis genitales en mi dormitorio.

Duración: 1 hora.

Recursos Materiales: Dos letreros de color (rojo NO y azul SI).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

DIMENSIÓN AUTOCUIDADO

TALLER Nro. 10

“CÓMO DEBO CUIDAR MI CUERPO”

Objetivo: Enseñar a los niños y niñas el cuidado del propio cuerpo.

Metodología: La facilitadora empezó el taller explicando a los niños y niñas a través del cuadro, los seis dibujos sobre los cuidados que cada uno debe tener con su cuerpo respecto a: alimentarlo, lavarlo, calentarlo, vestirlo, curarlo y protegerlo. Posteriormente, entregó a cada uno de ellos la silueta de su cuerpo y les dio dos prendas de vestir para que ellos coloquen y peguen cada prenda donde corresponde, de esta manera las siluetas de cada uno de los participantes quedaron vestidas.

Duración: 1 hora

Recursos Materiales: Un cuadro con seis dibujos sobre los cuidados del cuerpo, 20 prendas de vestir (4 camisetas, 4 pantalones) y (6 blusas, 6 faldas) pegamento en barra.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 11

“HIGIENE PERSONAL”

Objetivo: Lograr que los niños y niñas aprendan los hábitos de higiene.

Metodología: Para empezar este taller, la facilitadora explicó a los niños y niñas los hábitos de higiene y los cuidados que cada uno debe tener con su cuerpo por ejemplo: bañarse todos los días, lavarse las manos diariamente, cepillarse los dientes tres veces al día, y también cortarse las uñas de los dedos de las manos como de los pies, para lo cual hizo uso de láminas gráficas referentes a estos cuidados. Asimismo, la facilitadora enseñó a los niños y niñas la importancia de lavar cada una de las partes del cuerpo, empezando por la cabeza y finalizando en los pies, también lavarse con mucho cuidado el órgano sexual (vagina o pene), en esta explicación mostró los objetos que deben utilizar para el aseo personal, por último llevó a los niños y niñas a las lavanderías de la institución para que cada participante bañe a su muñeco o muñeca empleando los

objetos necesarios para su aseo, todo el grupo aprendió fácilmente sobre la higiene personal.

Duración: 1 hora.

Recursos Materiales: 4 láminas gráficas de higiene personal (bañarse, lavarse las manos, cepillarse los dientes y cortarse las uñas) toalla, shampoó, jaboncillo, pasta, cepillo e hilo dental, peine, crema, loción y corta uñas.

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

TALLER Nro. 12

“PREVENCIÓN DEL ABUSO O ACOSO SEXUAL”

Objetivo: Enseñar a los niños y niñas el cuidado del cuerpo en relación a acciones mal intencionadas.

Metodología: La facilitadora presentó al grupo de niños y niñas dos títeres (niño y niña) hizo que ambos títeres conversen en conjunto con ella, empezó diciendo que su cuerpo es de ella, que en algunos casos puede compartir y usar el cuerpo con otras personas, por ejemplo, uno de los muñecos dijo: ”yo comparto con mi hermano bebé con cariño y abrazos y mi mamá me da besitos”, “con los amigos en el jardín” (dijo el otro muñeco) también comparto dando abrazos, tomándome de las manos en rondas, y jugando, amiguitos!! Hay toques buenos y agradables que hacen sentir bien, cuando me hacen cosquillas y me hacen reír. La facilitadora preguntó ¿qué contacto físico no nos gusta o nos hace sentir mal? (dijo un muñeco) “cuando alguien me pega o empuja”. Entonces tengo que decir ¡¡¡para!! ¡¡Eso no me gusta!! Sólo yo puedo decidir a quién le doy un abrazo o un beso. Además, dijo el muñeco: ¡Amigos mi cuerpo tiene algunas partes que se tapan con ropa incluso cuando voy a la piscina! Uno de los muñecos dijo: “mis padres tenían que tocar mis partes privadas cuando era bebecito, para cambiarme y bañarme. Ahora el doctor o enfermera pueden examinar mis partes privadas cuando voy al hospital”. Saben amiguitos (dijo un muñeco) yo nunca hablo con extraños, aunque me ofrezcan dulces y juguetes. ¡ Amigos recuerden siempre: que un toque malo es: cuando alguien te toca de una forma que te hace sentir incómodo y tú no quieres y te sientes asustado o nervioso, cuando alguien te toca y luego te dice que no le cuentes a nadie, te

amenaza si le dices a alguien. Cuando alguien te obliga a tocarlo. Recuerda siempre que tu cuerpo es especial, nadie debe tocar tu cuerpo si te hace sentir mal, o no te gusta o te incomoda.

Duración: 1 hora

Recursos Materiales: Dos títeres (un niño y una niña).

Recursos Humanos: Niños y niñas de 8 a 10 años con discapacidad intelectual leve.

Evaluación: Se realizó a través de un registro de observaciones.

II. LOGROS INICIALES

- ❖ Realizar el convenio institucional entre la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb (Escuelas Populares Don Bosco) y la Carrera de Psicología de la Universidad Mayor de San Andrés.
- ❖ Realizar el diagnóstico institucional bajo la guía de la psicóloga y las educadoras del centro, quienes pidieron realizar el Trabajo Dirigido enfocado al tema de la educación sexual.
- ❖ Conocer personalmente a cada uno de los niños y niñas de la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb.
- ❖ Invitar a madres y padres de familia de los niños y niñas a una reunión a objeto de informar sobre el Programa de Educación Sexual, en la cual se mostró un audiovisual referido al tema y se finalizó con una dinámica grupal.
- ❖ Determinar a través de los pre-test: La Figura Humana (niño y niña) y el Cuestionario de Sexualidad el nivel de conocimiento de los niños y niñas respecto a educación sexual.
- ❖ Aplicar el programa educativo para el aprendizaje de la educación sexual, el cual estuvo dividido en cuatro dimensiones: esquema corporal, diferencias anatómicas, normas de conducta y autocuidado, cada dimensión con diferentes temáticas.
- ❖ Evaluar a través de los post-test: La Figura Humana (niño y niña) y el Cuestionario de Sexualidad el nivel de aprendizaje de los niños y niñas después de la aplicación del programa.

- ❖ Enseñar a los niños y niñas con discapacidad intelectual leve el cuidado y respeto de sus frágiles y pequeños cuerpecitos para que NADIE los lastime física o sexualmente.
- ❖ Entrega de certificados de participación a cada uno de los niños y niñas que fueron parte del programa de educación sexual además de un DVD audiovisual de todos los temas abordados.

III. EXPERIENCIAS

Las experiencias vividas durante el tiempo de permanencia en la Asociación “Centro Virgen Niña” fueron varias, entre ellas:

- ❖ Conocer una institución tan prestigiosa e importante en la ciudad de El Alto, la cual alberga a niños y niñas con diferentes tipos de discapacidades.
- ❖ Formar parte del equipo multidisciplinario de la Asociación “Centro Virgen Niña-Epdb” (Escuelas Populares don Bosco).
- ❖ Saber que los niños y niñas con discapacidad intelectual leve pueden aprender mucho más a través de talleres educativos basados en dinámicas, juegos, canciones, gráficas y audiovisuales.
- ❖ Lograr que madres y padres de familia comprendan que la educación sexual de sus hijos no es diferente a la de un niño “normal” ya que ellos tienen el mismo desarrollo físico y sexual.
- ❖ Lograr que un niño con TDAH (trastorno de déficit atencional con hiperactividad) concluya satisfactoriamente el programa de educación sexual.
- ❖ Conocer los diferentes tipos de discapacidades y sus respectivas características entre ellos el Síndrome de Sékel.

CAPÍTULO CUATRO

RESULTADOS

En este capítulo se dará a conocer los resultados obtenidos del programa de educación sexual. En la primera parte se presentan las siguientes tablas y figuras:

Tabla y Figura 1: Relación por Edad.

Tabla y Figura 2: Relación por Sexo.

Tabla y figura 3: Relación por Edad Niños.

Tabla y Figura 4: Relación por Edad Niñas.

Tabla y Figura 5: Pre-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal.

Tabla y Figura 6: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas.

Tabla y Figura 7: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas de Conducta.

Tabla y Figura 8: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado.

En la segunda parte se presentan los resultados obtenidos del Post-Test.

Tabla y Figura 9: Post-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal.

Tabla y Figura 10: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas.

Tabla y Figura 11: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas de Conducta.

Tabla y Figura 12: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado.

En la tercera parte se presentan los resultados comparativos empleando la T de Student.

Tabla y Figura 13: Pre-Test y Post-Test Dimensión Esquema Corporal.

Tabla y Figura 14: Pre-Test y Post Test Dimensión Diferencias Anatómicas.

Tabla y Figura 15: Pre-Test y Post-Test Dimensión Normas de Conducta.

Tabla y Figura 16: Pre-Test y Post-Test Dimensión Autocuidado.

Finalmente se presentan los resultados cualitativos de los talleres.

I. RESULTADOS PRE-TEST

De acuerdo a la muestra de sujetos se tiene la siguiente disposición:

Tabla 1:

Relación por edad niños y niñas

Edad	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
8 años	1	4	40,00	40,00
9 años	2	3	30,00	70,00
10 años	3	3	30,00	100,00
		10	100,00	

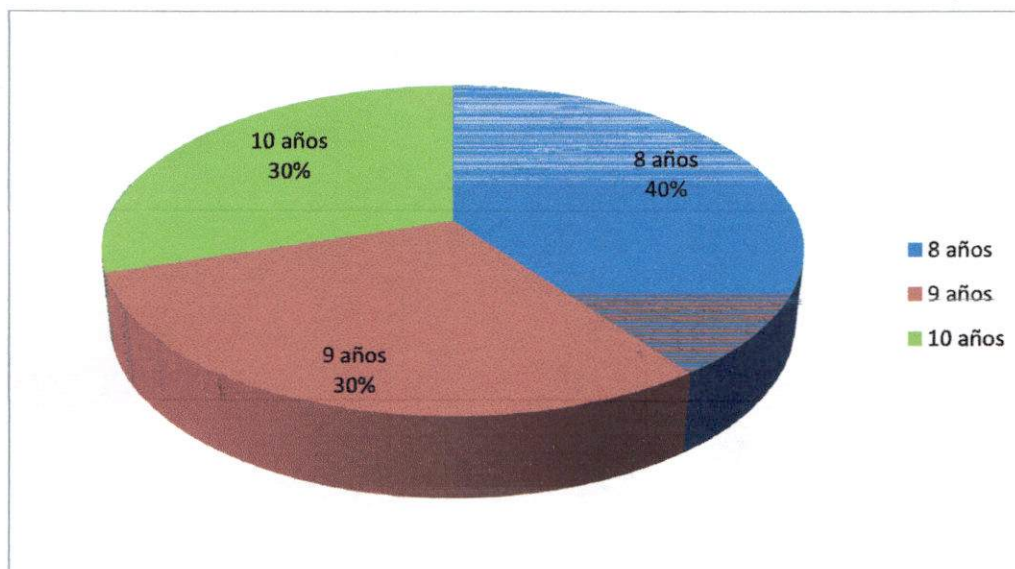


Figura 1: Relación por edad niños y niñas

Nota. En la figura se observa que el porcentaje más representativo corresponde a la edad de 8 años.



Tabla 2:
Relación por sexo niños y niñas

Sexo	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Masculino	1	4	40,00	40,00
Femenino	2	6	60,00	100,00
Total		10	100,00	

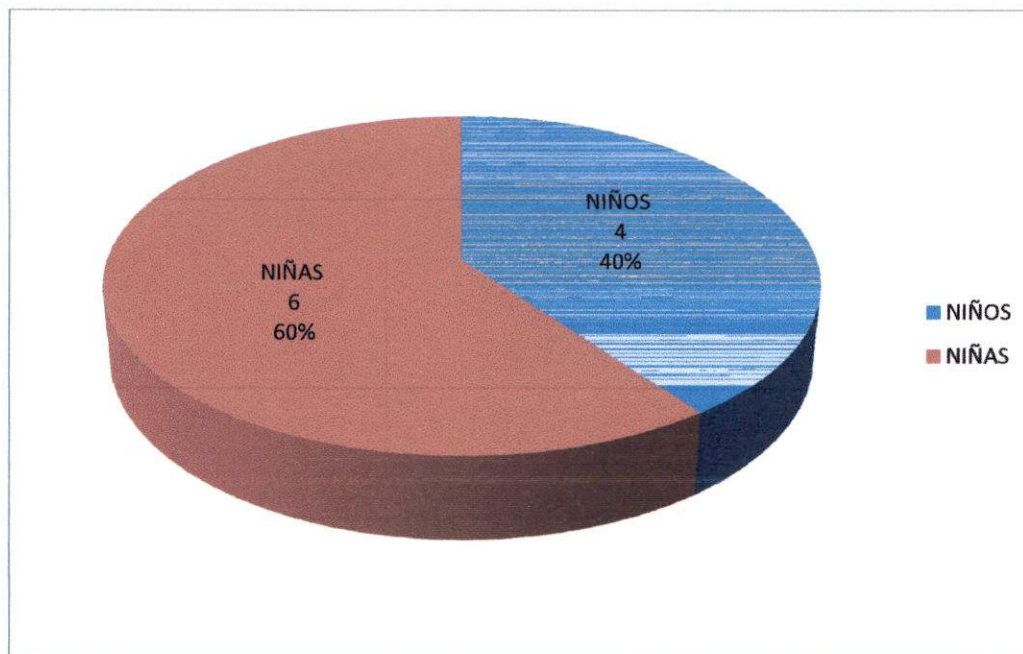


Figura 2: Relación por sexo niños y niñas

Nota. En esta figura se observa que el porcentaje más representativo corresponde al sexo femenino.

Tabla 3:

Relación por edad niños

Edad	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
8 años	1	2	50,00	50,00
9 años	2	1	25,00	75,00
10 años	3	1	25,00	100,00
		4	100,00	

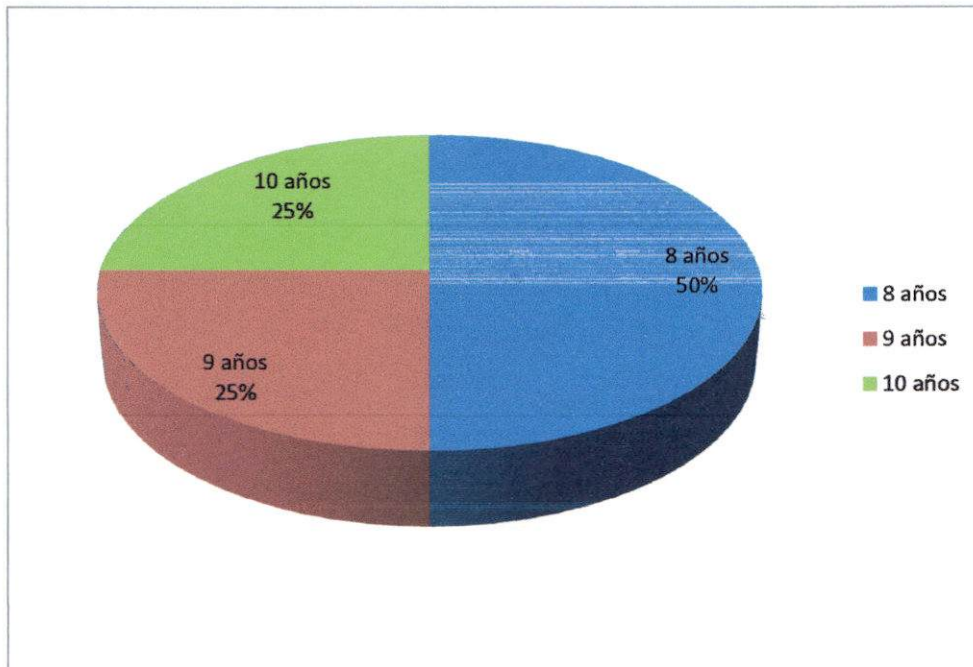


Figura 3: Relación por edad niños

Nota. La figura muestra que el porcentaje más representativo corresponde a la edad de 8 años.

Tabla 4:

Relación por edad niñas

Edad	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
8 años	1	2	33,33	33,33
9 años	2	2	33,33	66,66
10 años	3	2	33,33	100,00
		6	100,00	

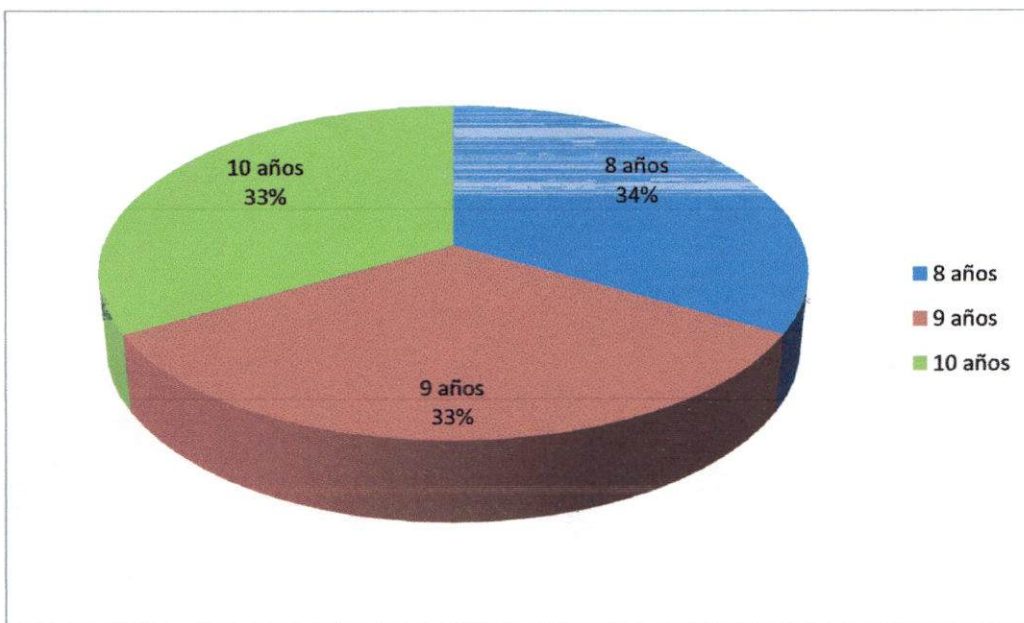


Figura 4: Relación por edad niñas

Nota. La figura muestra que la distribución de edad es homogénea.

Tabla 5:

Pre-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal

Nro.	Participantes Items	R	V	A	CM	CO	E	S	M	C	D
1	Cabeza	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	Nariz	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	Ojos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	Boca	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	Cuello	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
6	Frente	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
7	Hombros	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
8	Codo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Muñeca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Manos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	Dedos	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
12	Rodilla	0	2	2	2	0	0	2	2	1	2
13	Cintura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Piernas	0	2	2	2	2	2	2	0	1	2
15	Pies	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	Tobillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Brazo	0	2	0	2	0	0	0	2	2	2
18	Cejas	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Vagina	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
20	Pene	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0
Puntaje Total		14	28	24	28	16	16	18	19	19	20

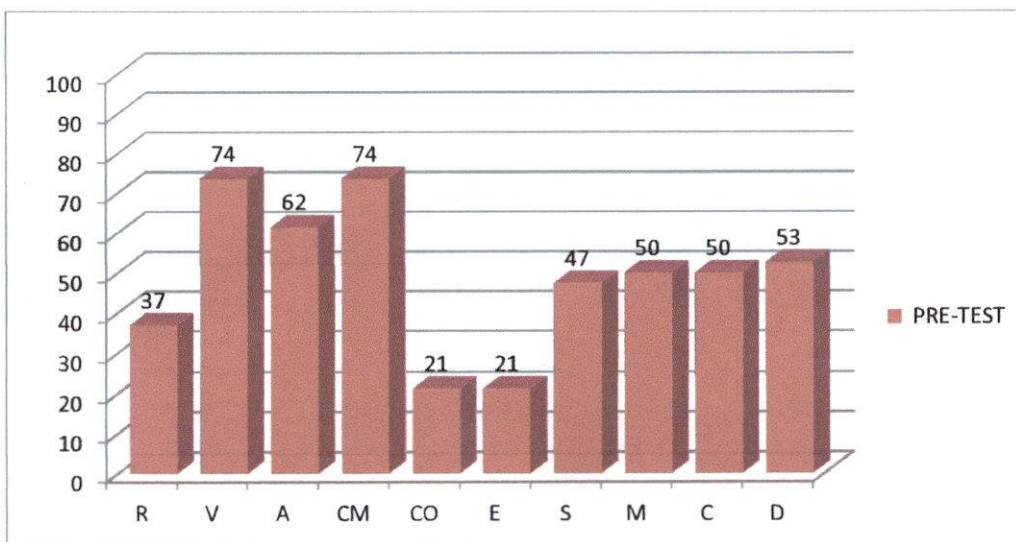


Figura 5: Pre-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal

Nota. Esta figura muestra los resultados obtenidos de los 10 sujetos.

Tabla 6:

Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas

PRE-TEST	Nro. de RESPUESTAS	PORCENTAJE
R	0	0,00
V	1	50,00
A	2	100,00
CM	2	100,00
CO	0	0,00
E	0	0,00
S	2	100,00
M	0	0,00
C	1	50,00
D	0	0,00

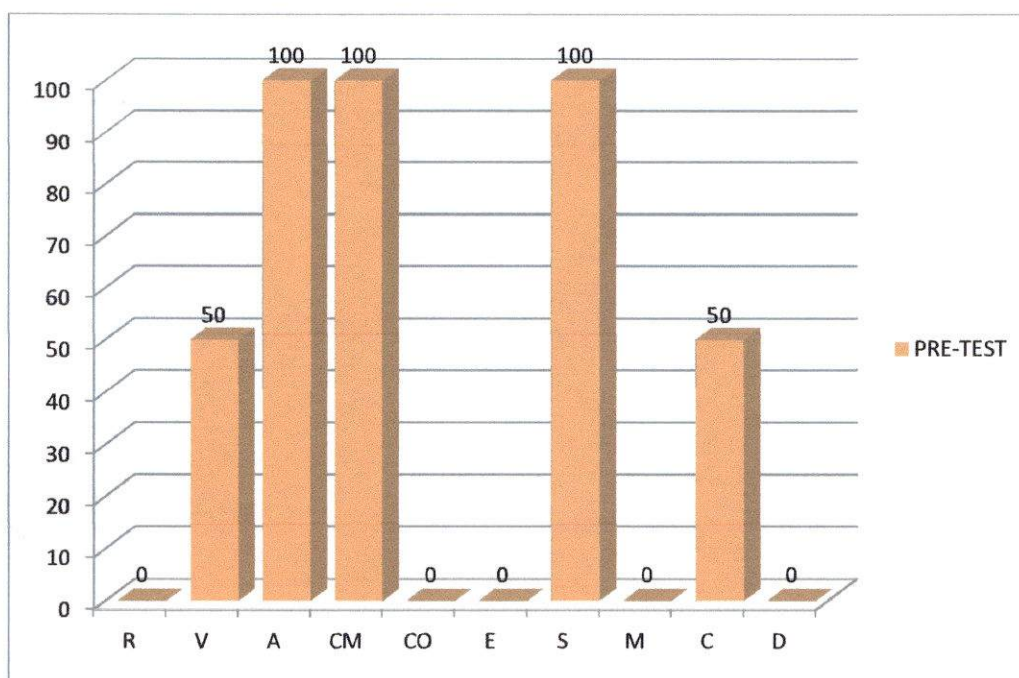


Figura 6: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas

Nota. La figura muestra que 7 de los 10 sujetos no tienen conocimiento respecto a la dimensión diferencias anatómicas.

Tabla 7:

Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas de Conducta

PRE-TEST	Nro. de RESPUESTAS	PORCENTAJE
R	0	0,00
V	1	50,00
A	1	50,00
CM	0	0,00
CO	0	0,00
E	1	50,00
S	1	50,00
M	1	50,00
C	0	0,00
D	0	0,00

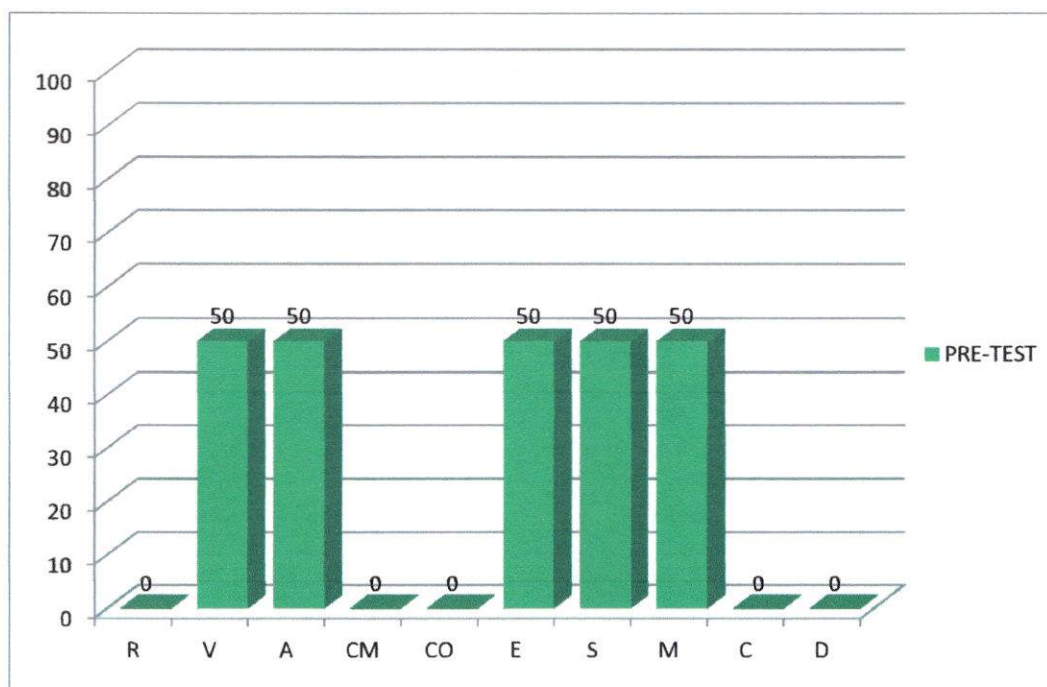


Figura 7: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas de Conducta

Nota. La figura muestra que los 10 sujetos no tienen conocimiento de las normas de conducta.

Tabla 8:

Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado

POST-TEST	Nro. de RESPUESTAS	PORCENTAJE
R	2	100,00
V	2	100,00
A	2	100,00
CM	2	100,00
CO	2	100,00
E	2	100,00
S	1	50,00
M	2	100,00
C	2	100,00
D	2	100,00

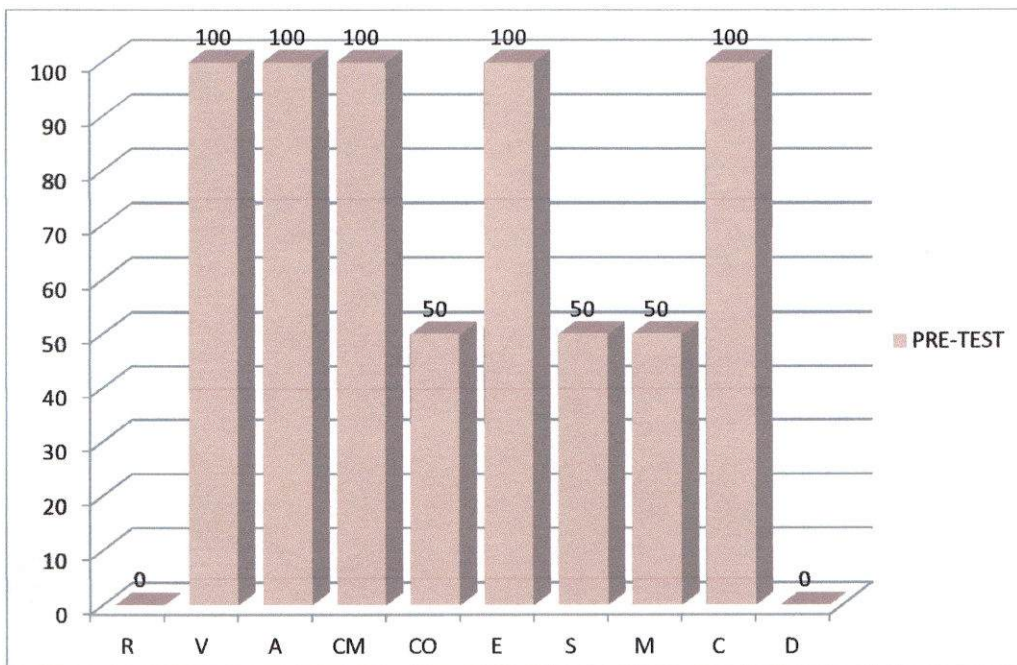


Figura 8: Pre-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado

Nota. . La figura muestra que 5 de los 10 sujetos tienen conocimiento respecto al autocuidado.

II. RESULTADOS POST-TEST

Tabla 9:

Post-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal

Nro.	Participantes Items	R	V	A	CM	CO	E	S	M	C	D
1	Cabeza	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	Nariz	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	Ojos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	Boca	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	Cuello	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	Frente	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
7	Hombros	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
8	Codo	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2
9	Muñeca	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
10	Manos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	Dedos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	Rodilla	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Cintura	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
14	Piernas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	Pies	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	Tobillo	1	2	2	0	0	2	2	1	2	0
17	Brazo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
18	Cejas	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	Vagina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20	Pene	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puntaje Total		35	38	38	36	34	36	36	35	30	33

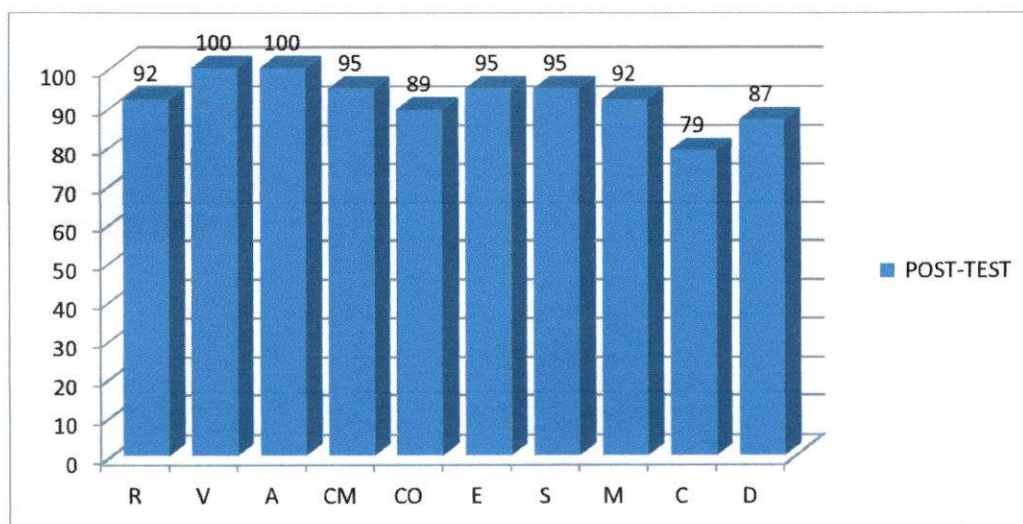


Figura 9: Post-Test La Figura Humana (niño y niña) Dimensión Esquema Corporal.

Nota. La figura muestra que los 10 sujetos tienen conocimiento del esquema corporal.

Tabla 10:

Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas

SUJETOS	Nro. de RESPUESTAS	POST TEST
R	2	100,00
V	2	100,00
A	2	100,00
CM	2	100,00
CO	2	100,00
E	2	100,00
S	2	100,00
M	2	100,00
C	2	100,00
D	2	100,00

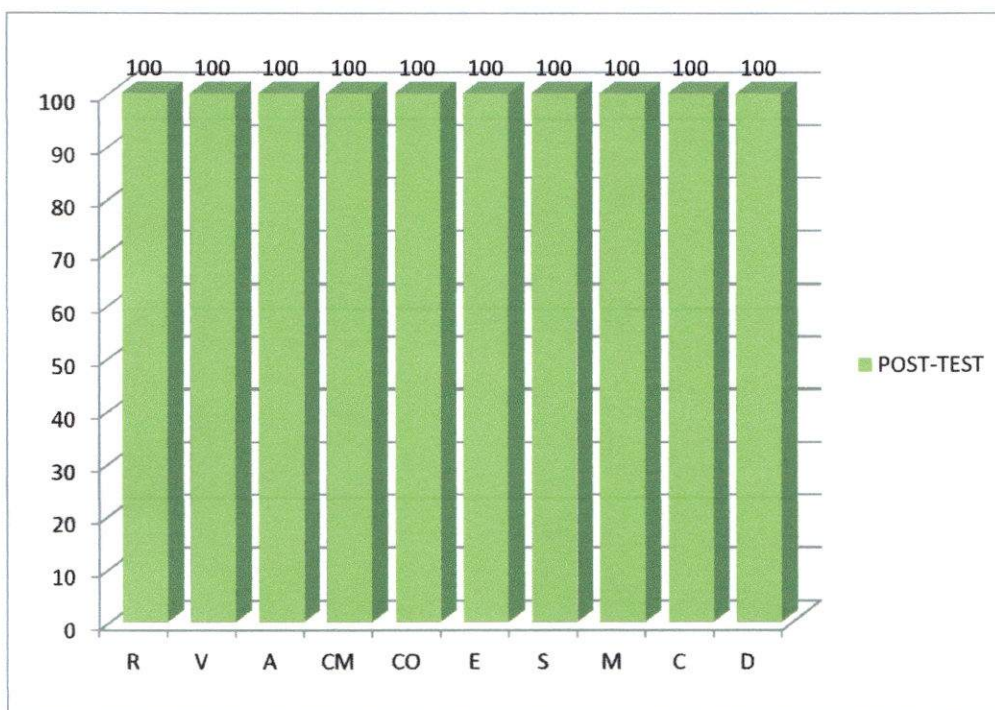


Figura 10: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4 Dimensión Diferencias Anatómicas

Nota. La figura muestra que los 10 sujetos incrementaron sus conocimientos respecto a diferencias anatómicas.

Tabla 11:

Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas De Conducta

SUJETOS	Nro. de RESPUESTAS	POST-TEST
R	2	100,00
V	2	100,00
A	2	100,00
CM	2	100,00
CO	2	100,00
E	2	100,00
S	2	100,00
M	2	100,00
C	2	100,00
D	2	100,00

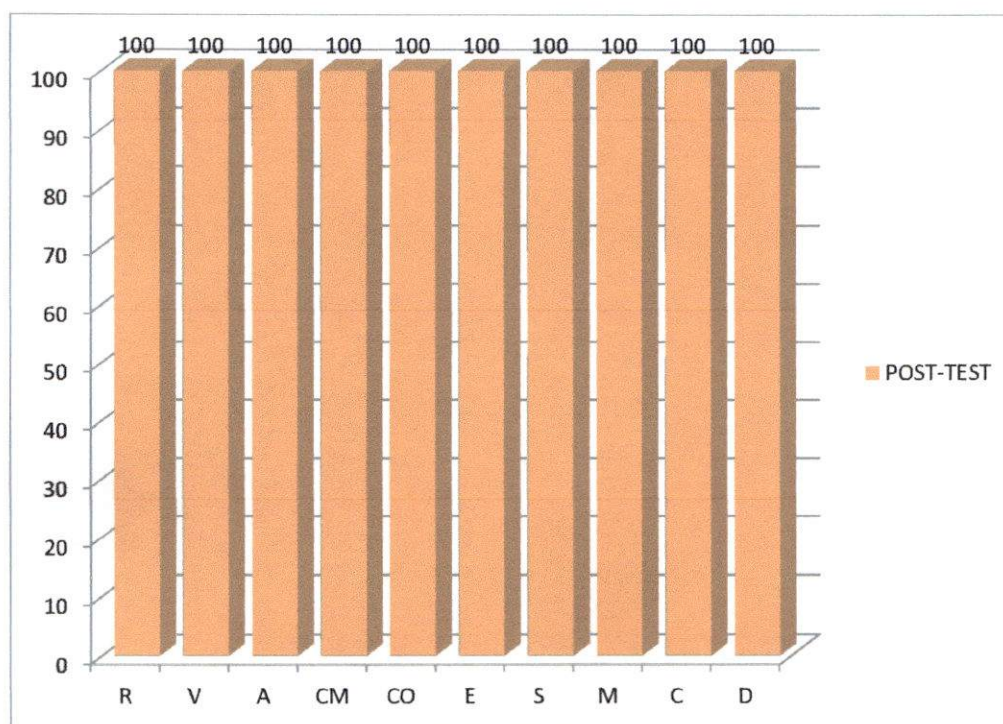


Figura 11: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6 Dimensión Normas De Conducta

Nota. La figura muestra que los 10 sujetos incrementaron sus conocimientos respecto a normas de conducta.

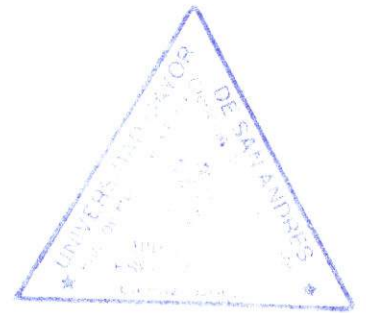


Tabla 12:

Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado

SUJETOS	Nro. de RESPUESTAS	POST-TEST
R	2	100,00
V	2	100,00
A	2	100,00
CM	2	100,00
CO	2	100,00
E	2	100,00
S	1	50,00
M	2	100,00
C	2	100,00
D	2	100,00

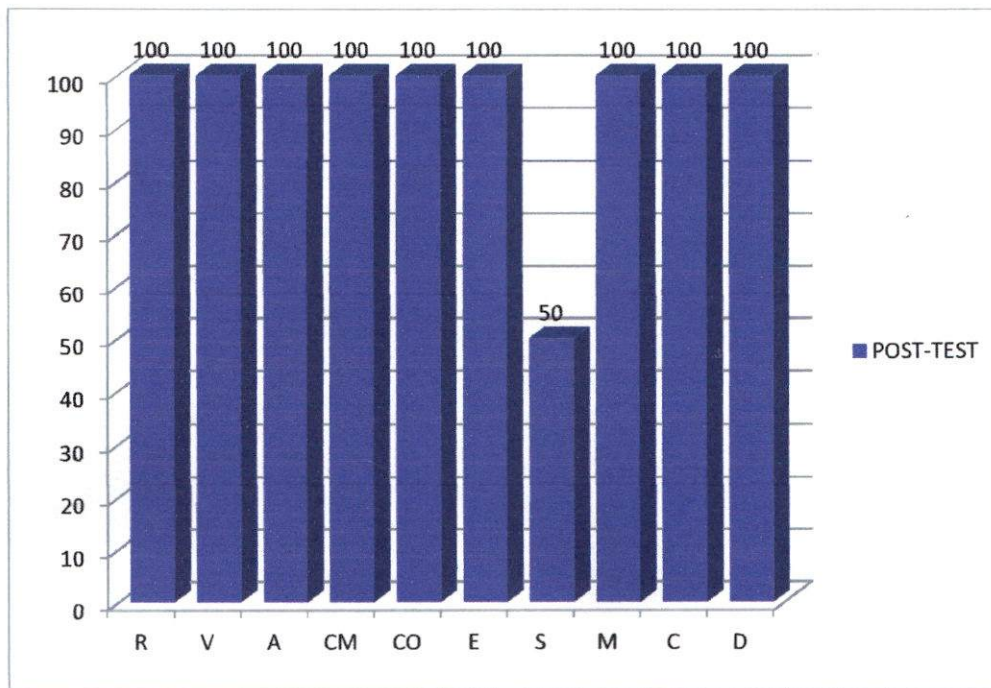


Figura 12: Post-Test Cuestionario de Sexualidad Preguntas 7 y 8 Dimensión Autocuidado

Nota. La figura muestra que 9 de los 10 sujetos incrementaron sus conocimientos respecto a la dimensión autocuidado.

III. RESULTADOS COMPARATIVOS EMPLEANDO LA T DE STUDENT

Tabla 13:

Resultados Comparativos Pre-Test y Post-Test Dimensión Esquema Corporal

Sujetos	Pre-test	Post-Test	d	d ²
R	14	35	-21	441
V	28	38	-10	100
A	24	38	-14	196
CM	28	36	-8	64
CO	16	34	-18	324
E	16	36	-20	400
S	18	36	-18	324
M	19	35	-16	256
C	19	30	-11	121
D	20	33	-13	169
		Suma	-149	2395

De acuerdo a los resultados del pre y post test de la dimensión Esquema Corporal, con un nivel de significancia de 0.10, ¿existe evidencia para decir que la media de la diferencia en los resultados del pre y post test después de la aplicación del programa es diferente?

1. Establecer la hipótesis

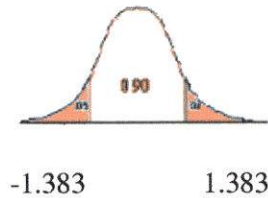
$$H_0: \mu_D = \mu_A - \mu_D = 0$$

$$H_a: \mu_D = \mu_A - \mu_D \neq 0$$

2. Establecer la estadística de prueba.

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}} \quad \text{con } n - 1 \text{ grados de libertad}$$

3. Definir nivel de significancia y zona de rechazo.



Nivel de significancia = 0,10

Zona de rechazo = $\{t/t \leq -1.383 \text{ ó } t/t \geq 1.383\}$

4. Calcular la estadística de prueba

$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}}$ como la media poblacional está bajo la hipótesis nula, entonces tenemos :

$$\bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} = \frac{-149}{10} = -14.9$$

$$s_d^2 = \frac{\sum d_i^2 - n\bar{d}^2}{n-1} = \frac{2395 - 10(-14.9)^2}{9} = 19.4333$$

$$s = \sqrt{19.4333} = 4.40832$$

$$t = \frac{-14.9 - 0}{4.408 / \sqrt{10}} = \frac{-14.9}{1.3939} = -10.689$$

5. Como -10.689 es menor a -1.383 se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia de 0.10.

6. Conclusión: Sí hay diferencia en los resultados del pre y post test, en lo que concierne a la dimensión esquema corporal.

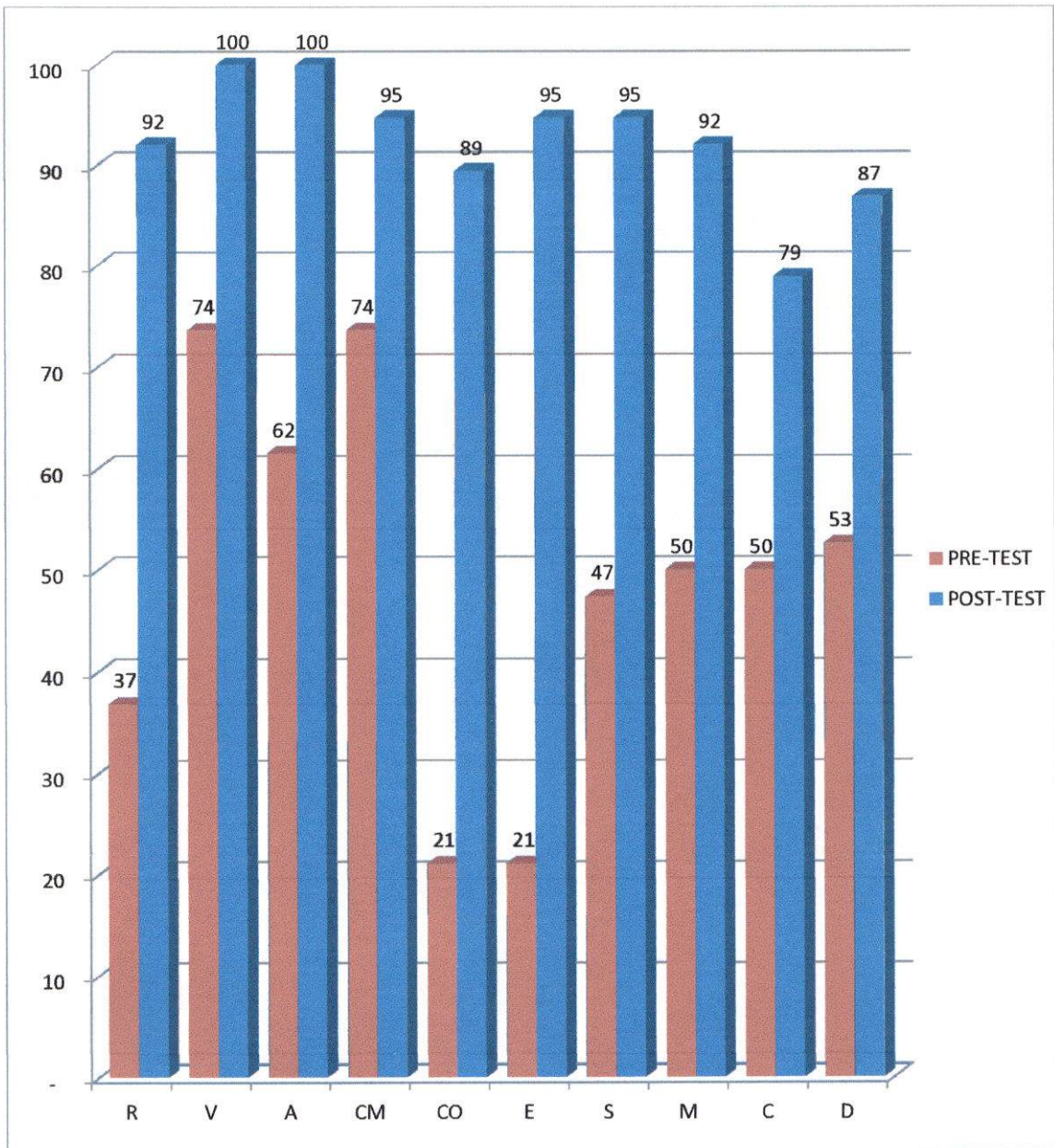


Figura 13: Pre-Test y Post-Test Dimensión Esquema Corporal

Nota. En la figura se observa que sólo 3 de los 10 sujetos obtuvieron resultados aceptables en el pre-test y en el post-test los resultados muestran un incremento notable de los 10 sujetos en cuanto a la dimensión esquema corporal.

Tabla 14:

Resultados Comparativos Pre-Test y Post-Test Dimensión Diferencias Anatómicas

Sujetos	Pre-Test	Post-Test	d	d ²
R	0	2	-2	4
V	1	2	-1	1
A	2	2	0	0
CM	2	2	0	0
CO	0	2	-2	4
E	0	2	-2	4
S	2	2	0	0
M	0	2	-2	4
C	1	2	-1	1
D	0	2	-2	4
		Suma	-12	22

Sobre los resultados del pre y post test de la dimensión Diferencias Anatómicas, con un nivel de significancia de 0,10, ¿existe evidencia para decir que la media de la diferencia en los resultados del pre y post test después de la aplicación del programa es diferente?

1. Establecer la hipótesis

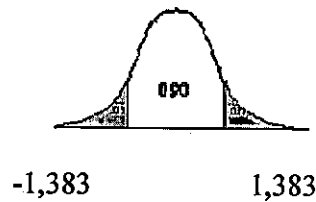
$$H_0: \mu_D = \mu_A - \mu_D = 0$$

$$H_a: \mu_D = \mu_A - \mu_D \neq 0$$

2. Establecer la estadística de prueba.

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}} \quad \text{con } n - 1 \text{ grados de libertad}$$

3. Definir nivel de significancia y zona de rechazo.



Nivel de significancia = 0,10

Zona de rechazo = $\{t/t \leq -1,383 \text{ ó } t/t \geq 1,383\}$

4. Calcular la estadística de prueba

$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}}$ como la media poblacional está bajo la hipótesis nula, entonces tenemos:

$$\bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} = \frac{-12}{10} = -1,2$$

$$s_d^2 = \frac{\sum d_i^2 - n\bar{d}^2}{n-1} = \frac{22 - 10(-1,2)^2}{9} = 0,844$$

$$s = \sqrt{0,844} = 0,9186$$

$$t = \frac{-1,2 - 0}{0,9186 / \sqrt{10}} = \frac{-1,2}{0,290} = -4,13$$

5. Como -4,13 es menor a -1,383 se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia de 0,10.
6. Conclusión: Si hay diferencia en los resultados del pre y post – test, en cuanto a la dimensión diferencias anatómicas.

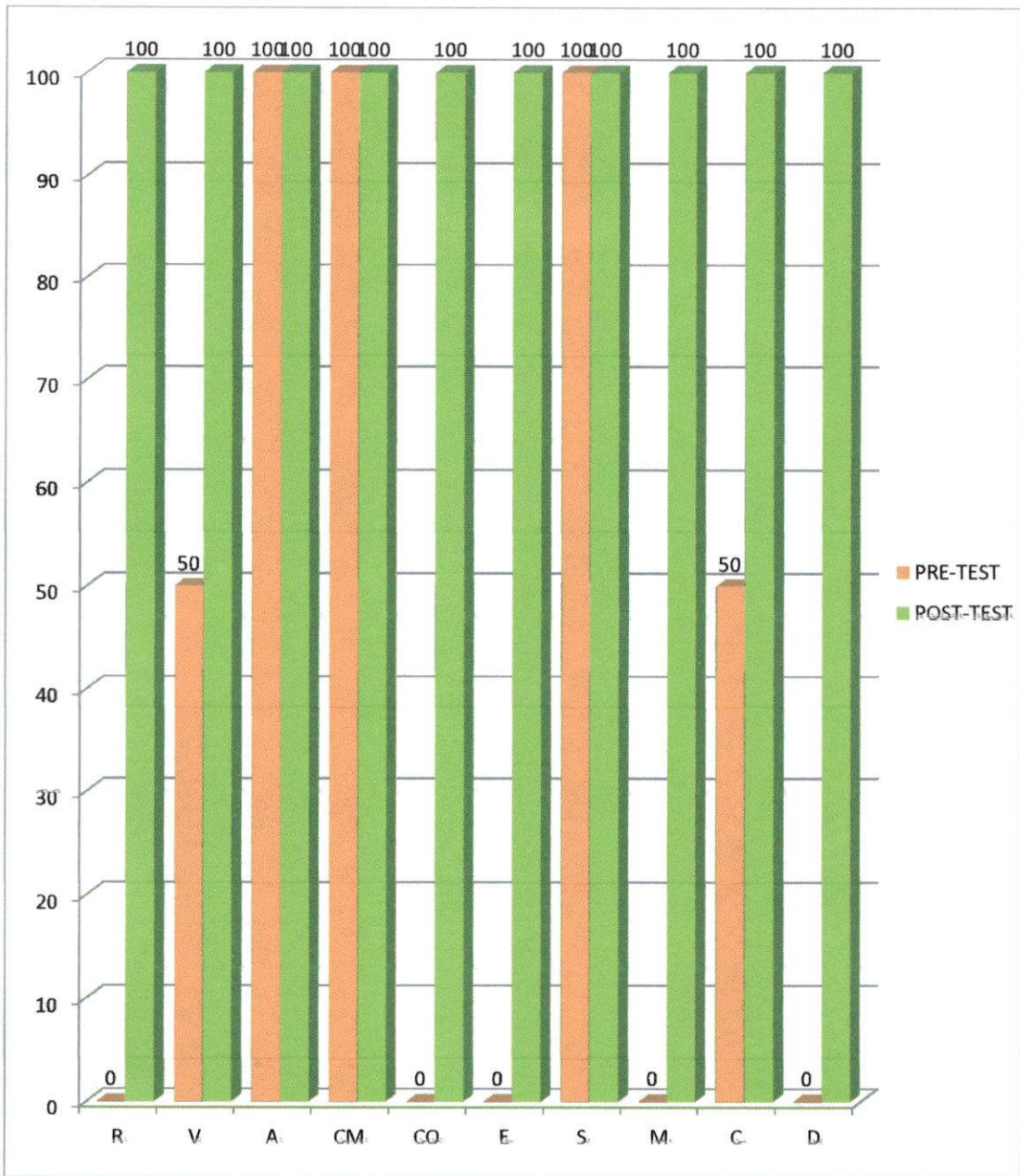


Figura 14: Pre-Test y Post-Test Dimensión Diferencias Anatómicas

Nota. La figura muestra que 7 de los 10 sujetos no tienen conocimiento respecto a la dimensión diferencias anatómicas. En el post-test se aprecia que los 10 sujetos incrementaron sus conocimientos respecto a esta dimensión.

Tabla 15:

Resultados Comparativos Pre-Test y Post-Test Dimensión Normas De Conducta

Sujetos	Pre-Test	Post- Test	d	d ²
R	0	2	-2	4
V	1	2	-1	1
A	1	2	-1	1
CM	0	2	-2	4
CO	0	2	-2	4
E	1	2	-1	1
S	1	2	-1	1
M	1	2	-1	1
C	0	2	-2	4
D	0	2	-2	4
Suma			-15	25

De acuerdo a los resultados del pre y post test de la dimensión Normas de Conducta, con un nivel de significancia de 0,10, ¿existe evidencia para decir que la media de la diferencia entre ambos resultados, después de la aplicación del programa es diferente?

1. Establecer la hipótesis

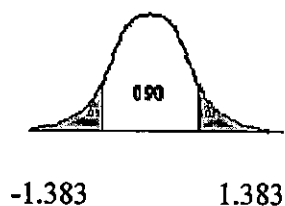
$$H_0: \mu_D = \mu_A - \mu_D = 0$$

$$H_a: \mu_D = \mu_A - \mu_D \neq 0$$

2. Establecer la estadística de prueba.

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}} \quad \text{con } n - 1 \text{ grados de libertad}$$

3. Definir nivel de significancia y zona de rechazo.



Nivel de significancia = 0,10

Zona de rechazo = $\{t/t \leq -1,383 \text{ ó } t/t \geq 1,383\}$

4. Calcular la estadística de prueba

$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}}$ como la media poblacional está bajo la hipótesis nula, entonces tenemos:

$$\bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} = \frac{-15}{10} = -1.5$$

$$s_d^2 = \frac{\sum d_i^2 - n\bar{d}^2}{n-1} = \frac{25 - 10(-1.5)^2}{9} = 0.277$$

$$s = \sqrt{0.277} = 0.527$$

$$t = \frac{-1.5 - 0}{0.527 / \sqrt{10}} = \frac{-1.5}{0.166} = -9.03$$

5. Como -9,03 es menor a -1.383 se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia de 0.10.

6. Conclusión: Si hay diferencia en los resultados del pre y post test, en cuanto a la dimensión normas de conducta.

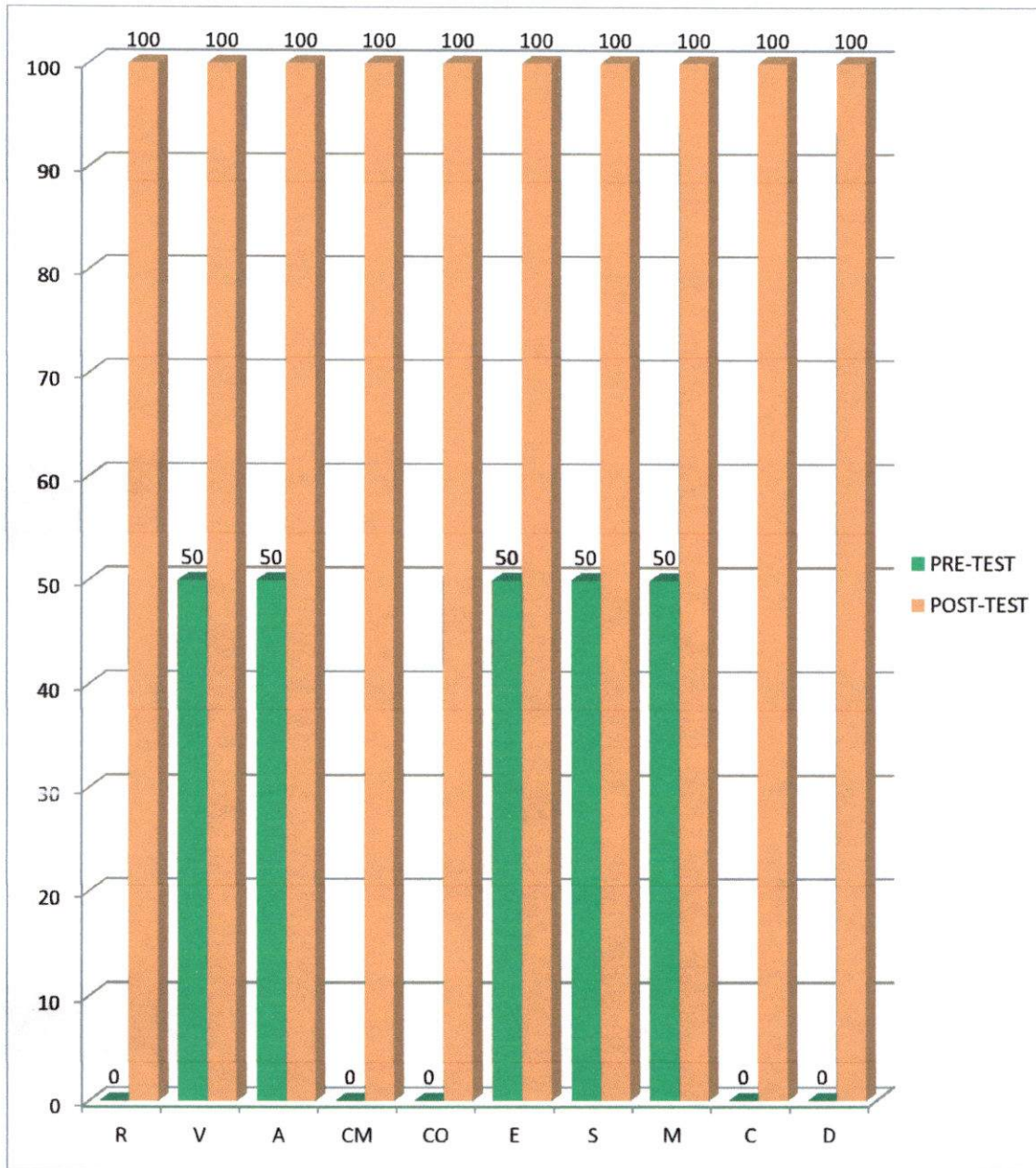


Figura 15: Pre-Test y Post-Test Dimensión Normas De Conducta

Nota. Los resultados del pre-test muestran que los 10 sujetos no tienen conocimiento de las normas de conducta y en los resultados del post-test se aprecia que los 10 sujetos incrementaron sus conocimientos respecto a esta dimensión.

Tabla 16:

Resultados Comparativos Pre-Test y Post-Test Dimensión Autocuidado

Sujetos	Pre-Test	Post- Test	d	d2
R	0	2	-2	4
V	2	2	0	0
A	2	2	0	0
CM	2	2	0	0
CO	1	2	-1	1
E	2	2	0	0
S	1	1	0	0
M	1	2	-1	1
C	2	2	0	0
D	0	2	-2	4
		Suma	-6	10

Sobre los resultados del pre y post test de la dimensión Autocuidado, con un nivel de significancia de 0,10, ¿existe evidencia para decir que la media de la diferencia entre ambos resultados después de la aplicación del programa es diferente?

1. Establecer la hipótesis

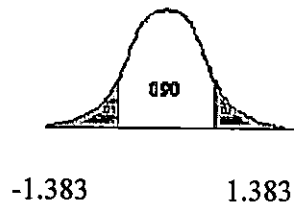
$$H_0: \mu_D = \mu_A - \mu_D = 0$$

$$H_a: \mu_D = \mu_A - \mu_D \neq 0$$

2. Establecer la estadística de prueba.

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}} \quad \text{con } n - 1 \text{ grados de libertad}$$

3. Definir nivel de significancia y zona de rechazo.



Nivel de significancia = 0,10

Zona de rechazo = $\{t/t \leq -1,383 \text{ ó } t/t \geq 1,383\}$

4. Calcular la estadística de prueba

$t = \frac{\bar{d} - \mu_D}{s_d / \sqrt{n}}$ como la media poblacional está bajo la hipótesis nula, entonces tenemos:

$$\bar{d} = \frac{\sum d_i}{n} = \frac{-6}{10} = -0.6$$

$$s_d^2 = \frac{\sum d_i^2 - n\bar{d}^2}{n-1} = \frac{10 - 10(-0.6)^2}{9} = 0.711$$

$$s = \sqrt{0.711} = 0.843$$

$$t = \frac{-0.6 - 0}{0.843 / \sqrt{10}} = \frac{-0.6}{0.266} = -2.25$$

5. Como -2,25 es menor a -1.383 se rechaza la hipótesis nula con un nivel de significancia de 0.10.

6. Conclusión: Si hay diferencia en los resultados del pre y post test, en cuanto a la dimensión autocuidado.

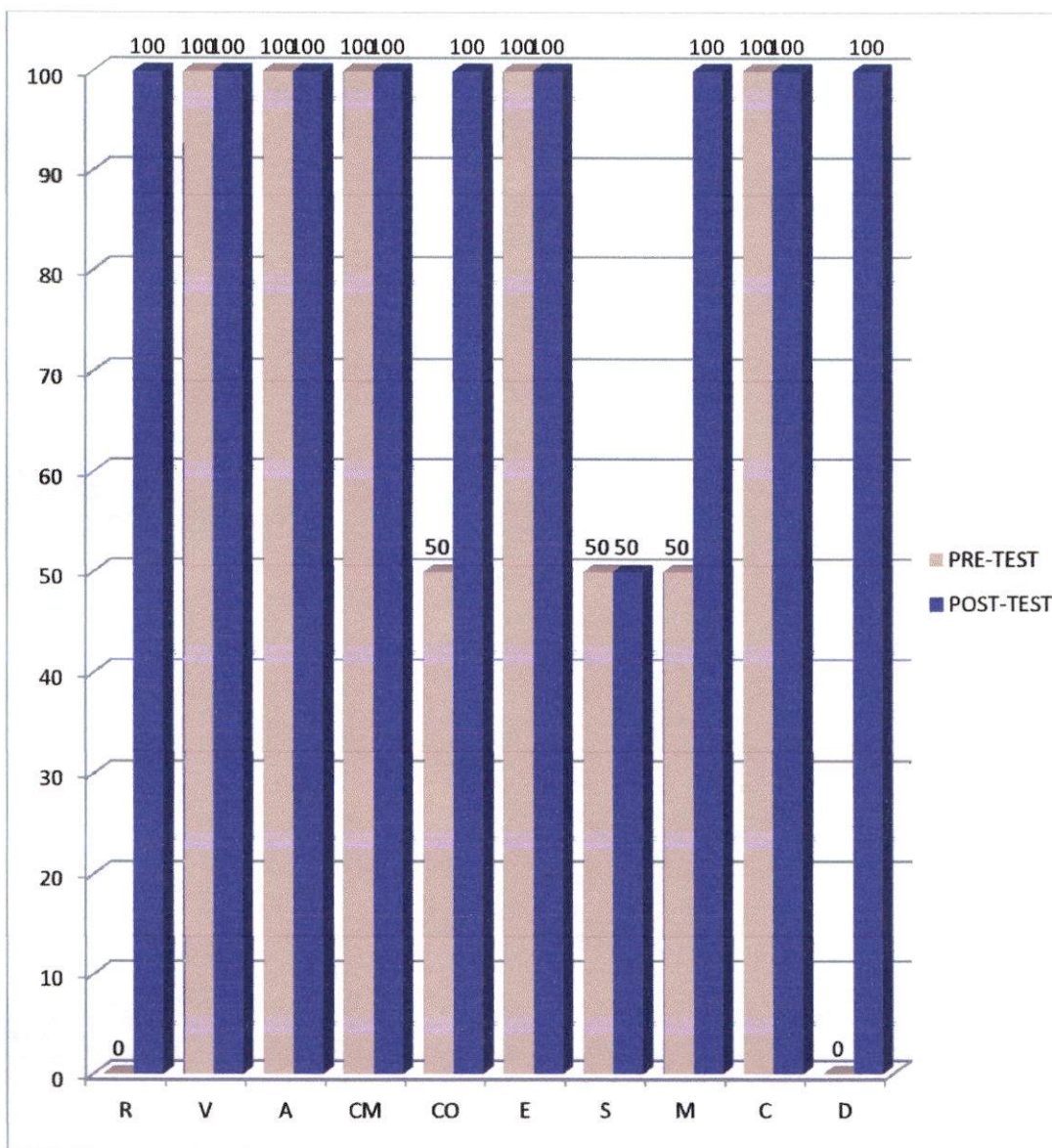


Figura 16: Pre-Test y Post-Test Dimensión Autocuidado

Nota. Los resultados del pre-test muestran que sólo 5 de los 10 sujetos tienen conocimiento respecto a la dimensión autocuidado y los resultados del post-test muestran que los 10 sujetos incrementaron notablemente sus conocimientos respecto a esta dimensión.

IV. RESULTADOS CUALITATIVOS DE LOS TALLERES

En este capítulo se describen los resultados cualitativos de los doce talleres del programa de educación sexual.

La primera dimensión del programa **esquema corporal**, tuvo como finalidad que los niños y niñas aprendieran a identificar todas las partes del cuerpo humano desde las generales hasta las específicas, cada una con sus respectivos nombres, ya que en un principio sólo conocían las partes generales por ejemplo: cabeza, manos, ojos, boca, así lo demostró el pre-test de la figura humana (niño y niña) en el cual el 60% de los niños y niñas evaluados tenía un bajo nivel de conocimiento, lo cual era muy relevante. Después de la aplicación del programa los resultados obtenidos del post-test demostraron que el 90% de los niños y niñas tuvo un alto nivel de aprendizaje de las partes del esquema corporal.

Respecto a la segunda dimensión **diferencias anatómicas**, el objetivo fue que los niños y niñas conocieran las etapas del desarrollo humano, las diferencias físicas entre hombre y mujer, los nombres correctos de los órganos sexuales, ya que en un principio desconocían todo esto, así lo demostraron los resultados del pre-test (Cuestionario de Sexualidad Preguntas 3 y 4) en el cual el 70 % de los niños y niñas no tenían nada de conocimiento en cuanto a esta dimensión. Una vez aplicado el programa los resultados obtenidos del post-test demostraron que el 100% de los niños y niñas incrementaron notablemente sus conocimientos respecto a esta dimensión.

La tercera dimensión **normas de conducta**, tuvo como finalidad enseñar a los niños y niñas acerca de los lugares adecuados para explorar (tocar) el cuerpo sin que nadie los reproche, ya que en un principio los niños y niñas se tocaban los genitales dentro y fuera del aula, provocando que las educadoras, los demás niños, madres y padres de familia se alarmen por esta situación, así lo demostraron los resultados obtenidos del pre-test (Cuestionario de Sexualidad Preguntas 5 y 6) en el cual el 100% de los niños y niñas no tenía nada de conocimiento en cuanto a esta dimensión. Después de la aplicación del programa los resultados del post-test demostraron que el 100% de los niños y niñas incrementaron significativamente sus conocimientos en cuanto a normas de conducta.

Por último, la dimensión **autocuidado** logró que los niños y niñas aprendieran sobre los cuidados del cuerpo, higiene personal y cómo prevenir el abuso o acoso sexual ya que en un principio algunos desconocían estos aspectos tan importantes para el buen desarrollo físico, emocional y sexual de los mismos, así lo demostraron los resultados obtenidos del pre-test (Cuestionario de Sexualidad preguntas 7 y 8) en el cual sólo el 50% de los niños y niñas tenía un alto nivel de conocimiento respecto al auto cuidado. Una vez aplicado el programa de educación sexual los resultados del post- test denotan que el 90% de los niños y niñas tuvieron un alto nivel de aprendizaje respecto a la dimensión autocuidado.

Comparando los resultados del pre y post-test se puede resaltar que el programa de educación sexual cumplió con los objetivos propuestos, sin embargo respecto a las dimensiones esquema corporal y autocuidado sólo el 90% de los niños y niñas aprendieron, el 10% restante no pudo lograrlo por diferentes situaciones tales como: inasistencia, actividades deportivas, motivos de salud y viajes, en las dimensiones diferencias anatómicas y normas de conducta se logró que el 100% de los niños y niñas aprendan exitosamente cada una de las temáticas.

Gracias a la metodología empleada basada en talleres educativos para las doce temáticas, al esmero y a la perseverancia que tuvieron los participantes se logró que el programa llegue a feliz término logrando que los niños y niñas con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb, aprendan educación sexual para fortalecer su desarrollo emocional y sexual.

V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
DIAGNÓSTICO																																								
RECOLECCIÓN DE DATOS																																								
ELABORACIÓN DEL PERFIL																																								
PRESENTACIÓN DEL PERFIL																																								
APROBACIÓN DEL PERFIL																																								
PRE-TEST																																								
TALLER Nro. 1																																								
TALLER Nro. 2																																								
TALLER Nro. 3																																								
TALLER Nro. 4																																								
TALLER Nro. 5																																								
TALLER Nro. 6																																								
TALLER Nro. 7																																								
TALLER Nro. 8																																								
TALLER Nro. 9																																								
TALLER Nro. 10																																								
TALLER Nro. 11																																								
TALLER Nro. 12																																								
POST-TEST																																								
ENTREGA DE RESULT.																																								
ELAB. DEL INF. FINAL																																								

CAPÍTULO CINCO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en los dos pre-test La Figura Humana (niño-niña) y el Cuestionario de Sexualidad en cuanto a la dimensión esquema corporal, el 60% de los niños y niñas tenía un bajo nivel de conocimiento respecto a las partes generales y específicas del cuerpo humano.

Respecto a la dimensión diferencias anatómicas, el 70% de los niños y niñas desconocía las etapas del desarrollo humano, la mayoría de ellos no sabía los nombres correctos de los órganos sexuales masculino y femenino, tampoco las diferencias físicas existentes entre hombre y mujer.

En cuanto a la dimensión normas de conducta, el 100% de los niños y niñas no sabían discriminar lugares públicos y privados, por ende manifestaban conductas inapropiadas dentro y fuera del aula.

Por último respecto a la dimensión autocuidado, el 50% de los niños y niñas desconocían los cuidados del cuerpo, los hábitos de higiene y cómo prevenir el abuso o acoso sexual.

Después de la aplicación del programa de educación sexual, se evidenció que los niños y niñas tuvieron un aprendizaje óptimo llegando a satisfacer los objetivos propuestos. En cuanto a la dimensión esquema corporal, el 90% de los niños y niñas identifican las partes generales y específicas del cuerpo humano, diferencian correctamente las prendas de vestir masculinas y femeninas.

Con relación a la dimensión diferencias anatómicas, el 100% de los niños y niñas conocen las etapas del desarrollo humano, las diferencias sexuales entre niño y niña, la fecundación y las diferencias físicas entre hombre y mujer.

Respecto a la dimensión normas de conducta, el 100% de los niños y niñas diferencian los lugares públicos y privados, saben que pueden y tienen derecho a explorar su cuerpo en un lugar privado para que nadie los lastime física o emocionalmente.

Por último en cuanto a la dimensión autocuidado, el 90% de los niños y niñas conoce los cuidados del cuerpo, los hábitos de higiene y cómo prevenir el abuso o acoso sexual para evitar ser maltratados física o sexualmente.

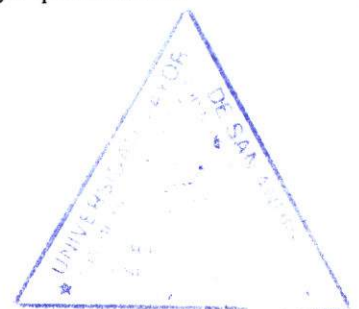
Dentro del grupo de los 10 niños y niñas, hubo un niño con TDAH (Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad) que en un principio fue difícil de controlar, pero empleando las técnicas adecuadas, las reglas del taller, la firmeza, sobre todo la paciencia y mucho amor, se logró que el niño tenga interés por aprender y concluir satisfactoriamente el programa.

Por lo expuesto, el programa de educación sexual ha sido muy productivo y provechoso para cada uno de los participantes ya que aprendieron e incrementaron sus conocimientos básicos que tenían antes de la iniciación del programa, demostrando su capacidad de aprendizaje, todas sus dudas e incógnitas fueron aclaradas debidamente.

Gracias a la metodología empleada la cual estuvo basada en talleres educativos, los mismos reforzados por audiovisuales, láminas gráficas, títeres, canciones, fichas de inteligencia, rompecabezas y todo material didáctico, se pudo captar la atención, interés y motivación de los niños y niñas. El amor, la dedicación y sobre todo la paciencia fueron factores que coadyuvaron en el desarrollo de los talleres para que los participantes logren culminar satisfactoriamente el programa además del esmero y la perseverancia que tuvieron los niños y niñas con discapacidad intelectual leve de la Asociación Centro Virgen Niña-Epdb.

En síntesis, hablar de sexualidad con los niños y niñas es demostrarles que se trata de algo natural en la vida de todos los seres humanos y cuando se imparte educación sexual se transmiten valores. Por este motivo, es importante que los adultos reflexionen acerca de sus propias creencias, valores y actitudes respecto a la sexualidad.

Tanto madres como padres son figuras imprescindibles para el buen desarrollo físico, psicológico y sexual de los niños y niñas, ya que éstos tienen la obligación de darles constante apoyo, siendo partícipes de las diferentes actividades que desarrolla la Asociación "Centro Virgen Niña". Sobre todo brindar amor y protección a sus hijos e hijas para que puedan desenvolverse sin dificultad el resto de su vida ya que el día de mañana serán hombres y mujeres de nuestra sociedad.



RECOMENDACIONES

Por los resultados que se observan en nuestra sociedad, podemos decir que la educación sexual no ha tenido buenos resultados porque ha sido insuficiente o porque simplemente no se la imparte. Un claro ejemplo de esto son: el incremento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-Sida, los abortos, los embarazos en adolescentes, el aumento de prostitución infantil, la violencia el abuso sexual, la pornografía infantil, el incremento de la drogadicción. Debido a estos problemas y más aun tratándose de niños y niñas con discapacidad intelectual leve se recomienda: Implementar el programa de educación sexual dentro del plan educativo de la institución para dar oportunidad a que otros niños y niñas se capaciten y en un futuro puedan tomar decisiones asertivas sobre su vida sexual.

Repetir el programa educativo para el aprendizaje de la educación sexual en otras instituciones que albergan a niños y niñas con discapacidad intelectual.

Dar talleres de educación sexual a madres, padres y/o tutores de los niños y niñas con discapacidad intelectual leve, con el propósito de reforzar el aprendizaje de las temáticas desarrolladas en el programa.

Capacitar a las educadoras de la Asociación “Centro Virgen Niña-Epdb” para que ellas puedan impartir educación sexual, tomando en cuenta que cada niño o niña es particular y asimismo lo es su desarrollo físico, sexual y psicológico.

Concientizar a la comunidad alteña sobre los derechos sexuales que tienen los niños y niñas con discapacidad intelectual.

Concientizar a madres y padres de familia ya que son figuras imprescindibles para los niños y niñas con discapacidad intelectual leve, ambos tienen la obligación de darles constante apoyo, además ser partícipes de las diferentes actividades que desarrolla la Asociación “Centro Virgen Niña”. Sobre todo brindar amor y protección a sus hijos e hijas para que puedan desenvolverse sin dificultad el resto de su vida ya que el día de mañana serán hombres y mujeres de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. ARANDA, Antonio (2001). Sexualidad (1ra. ed.). Bolivia: Fundación Kellogg.
2. ASAMBLEA GENERAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE SEXOLOGÍA. (1999). Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología. España: Recuperado de http://www.ctv.es/USERS/sexpol/derechos_sexuales.htm
3. CANDA, Fernando (2011). Diccionario de Pedagogía y Psicología. España: Cultural S.A.
4. CASTANEDO, Celedonio (1961). Necesidades Educativas Especiales (s.e.).
5. CASTRO, Mariela (1980). Educación Sexual en la Historia (s.e.).
6. CIES, Guía de Sensibilización y Orientación en Educación Sexual Integral para Madres, Padres y Profesores de Niñas, Niños y Adolescentes de 8 a 13 (s. a.) Bolivia.
7. FIERRO, Alfredo y EDGERTON, Robert (1994). Antología de la Sexualidad. España (s.e.).
8. FUNDACIÓN CREFE (2004). Argentina (s.e)..
9. GARCIA, Mercedes (2009). Educación Sexual y Discapacidad. España: Narcea.
10. GONZALES, Diego (2000). Retraso Mental, Guía básica para comenzar un nuevo siglo. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Argentina: Alcmeon.
11. KATZ GUSS, Gregorio (1994). Antología de la Sexualidad. México (s.e.).
12. KINDERSLY, Peter (1998). Sexualidad. España (s.e)..
13. LABRADOR, Francisco (2002). Enciclopedia de la Sexualidad. España: Grijalba.

14. LÓPEZ, Juan y otros (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – IV. España: Masson S.A.
15. MALDONADO, Ruth (1977). Educación Sexual. La Paz: CIDES-UMSA.
16. MAREGA, Olga (2005). Sexualidad de la persona con discapacidad. Recuperado de <http://www.sexovida.com/educacion/discapacitados.htm>
17. MARTÍNEZ Virginia, FERNÁNDEZ Gloria y SEGLIN Gloria (1996). Educación para el amor y la Educación Sexual. Argentina: Planeta.
18. MORALES, Ingrid María De Los Ángeles (2007). Programa de educación sexual - transformando nuestra sexualidad con población de jóvenes con discapacidad intelectual leve. (Tesis). La Paz.
19. PAPALIA Diane, FELDMAN Ruth y MARTORELL Gabriela (2012). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
20. PICK DE WEISS, Susan (1990). Yo adolescente: *Respuestas claras a mis grandes dudas*. México: Planeta.
21. PORTAL JURIDICO LEXIVOX (2012). Ley General para Personas con Discapacidad. Bolivia: Recuperado de <http://www.lexivox.org/norms/BO-L-N223.xhtml>
22. PORTUANDO SAO, Miriam (2006). Discapacidad Estudio Metodológico. Recuperado de <http://institutocienciasmedicashabana/estudio/discapacidad.net>
23. RIVERA, Paola (2007). Sexualidad y Discapacidad de los Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Educativas Especiales Asociadas a Discapacidad. Costa Rica: Recuperado de <http://www.cientec.or.cr/exploraciones/ponencias2007/PaolaRivera.pdf>
24. RODRÍGUEZ, María Del Carmen (2007). El taller educativo para facilitar el aprendizaje de la educación sexual en adolescentes discapacitados intelectuales. Asociación Boliviana de Padres y Amigos de Niños Especiales. (Tesis). La Paz.

25. RUBIO, Eucebio (1994). Antología de la Sexualidad (s.e.).
26. SOLANO, Armando (2007). Sexualidad para niños. Mexico: Euroméxico.
27. TINTAYA, Porfidio (2012). Dossier de tutoría. La Paz: IEB.
28. VAZUALDO, Herminia (2004). La educación sexual en adolescentes con diagnóstico discapacidad mental leve. (Tesis). La Paz.

ANEXOS



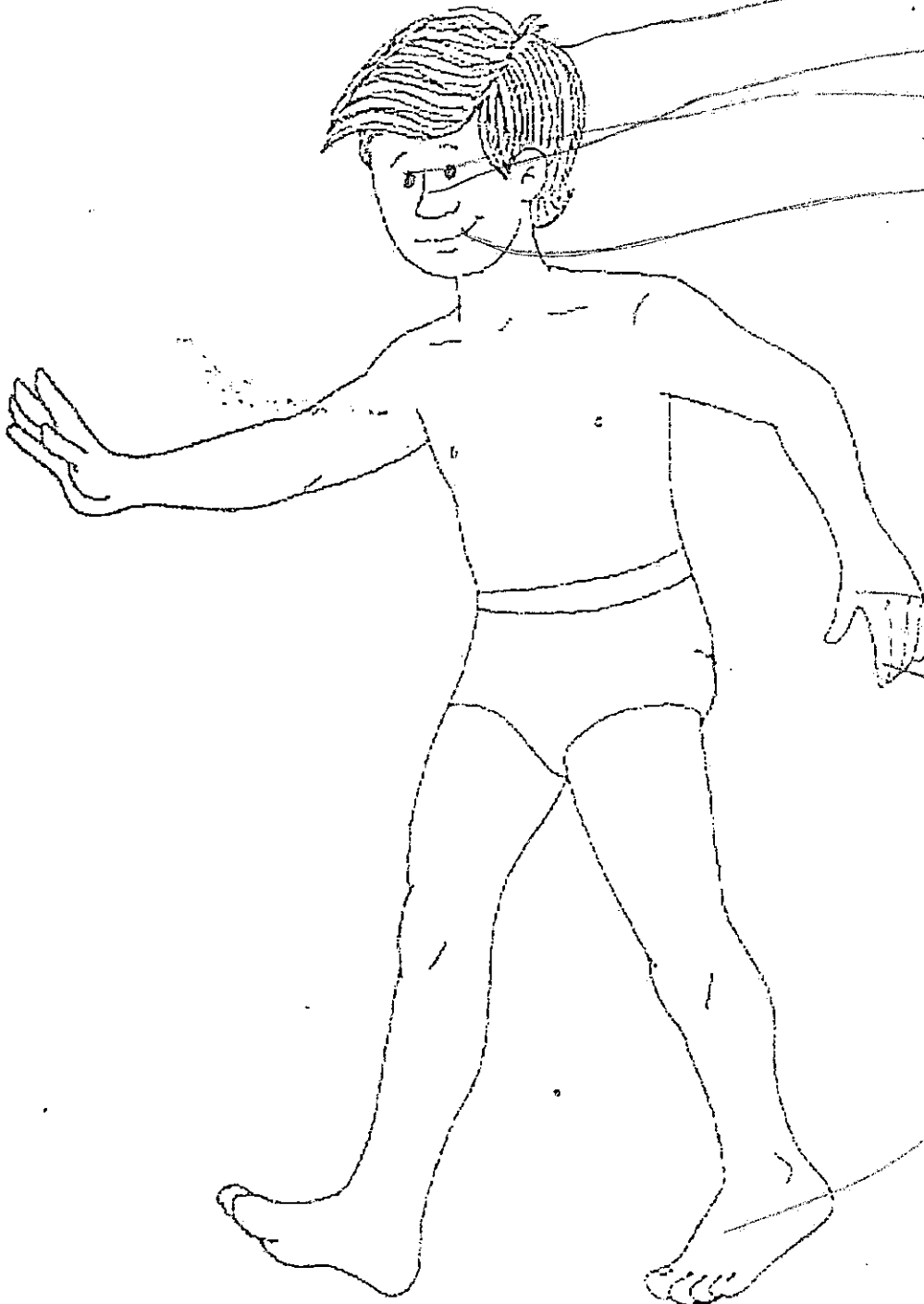
Asociación Centro "Virgen Niña - epdb"
Calle Balboa No 10 - Zona las Indias - Teléfono: (591-2) 2841126
Fax: (591-2) 2840776 - E-mail: virginaniapdb@gmail.com



7

1.-ESQUEMA CORPORAL (NIÑO)

SEÑALA LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO



CABEZA

NARIZ

OJOS

BOCA

GUELLO

FRENTE

HOMBROS

CODO

MUNEGA

MANOS

DEDOS

RODILLA

CINTURA

PIERNAS

PIES

TOBILLO

BRAZO

CEJAS

PENE



Asociación Centro "Virgen Niña - epdb"
Calle Baibes No. 10 - Zona Bosque - Tel Aviv - Tel. 996 91 28-1124
Fax: 996-21 28-9773 - E-mail: virginaniñaepdb@gmail.com



db

7

Escuela Popular Dos Bosques

1.-ESQUEMA CORPORAL (NIÑA)

SEÑALA LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO



- CABEZA
- NARIZ
- OJOS
- BOCA
- QUEJO
- FRENTE
- HOMBROS
- CODO
- MUNECA
- MANOS
- DEDOS
- RODILLA
- CINTURA
- PIERNAS
- PIES
- TOBILLO
- BRAZO
- DESA

VAGINA



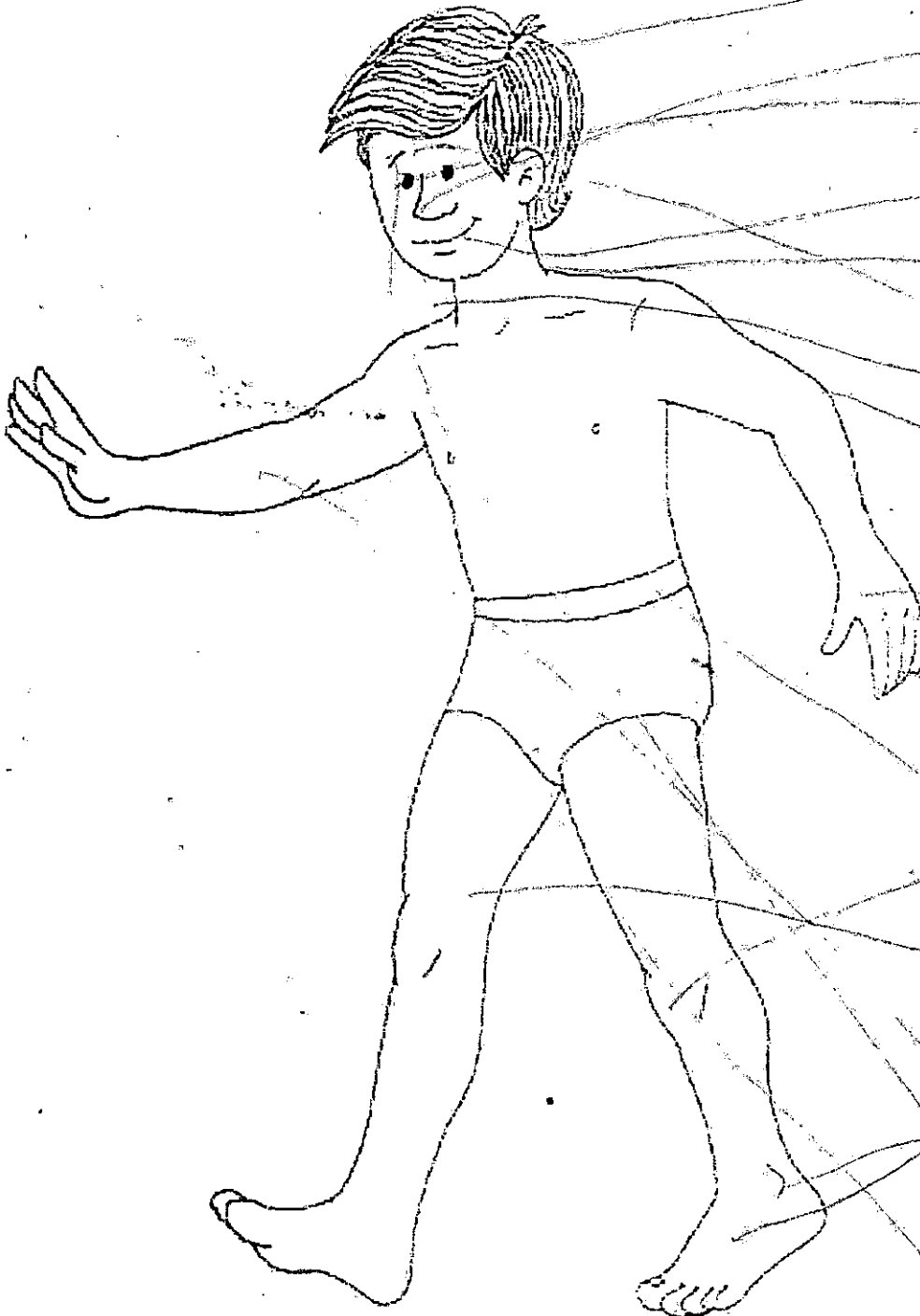
Asociación Centro "Virgen Niña - epdb"
Calle Balboa No 10 - Zona Boca Ancha - Teléfono (591-2) 2841126
Fax: (592-2) 2840776 - E-mail: virginiaepdb@gmail.com



18

1.-ESQUEMA CORPORAL (NIÑO)

SEÑALA LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO



- CABEZA ✓
- NARIZ ✓
- OJOS ✓
- BOCA ✓
- CUELLO ✓
- FRENTE ✓
- HOMBROS ✓
- CODO ✓
- MUÑECA ✓
- MANOS ✓
- DEDOS ✓
- RODILLA ✓
- CINTURA ✓
- PIERNAS ✓
- PIES ✓
- TOBILLO ✓
- BRAZO ✓
- CEJAS ✓

PENE

ANEXO No.4

Asociación Centro "Virgen Niña - epdb"

Calle Bolboa No.10 Zona Los Placeres Tel. (999) 23-204110
Fax: (999) 23-60773 e-mail: virginaniñaepdb@gmail.com



17

1.-ESQUEMA CORPORAL (NIÑA)

SEÑALA LAS SIGUIENTES PARTES DEL CUERPO



CABEZA

NARIZ

OJOS

BOCA

CUELLO

FRENTE

HOMBROS

CODO

MUNECA

MANOS

DEDOS

RODILLA

GINTURA

PIERNAS

PIES

TOBILLO

BRAZO

LEJAS

VAGINA

NOMBRE: R. P. N.

SEXO: F M PRE (X) POST ()

1. ¿Sabes que es educación sexual?

SI

NO

X

Si tu respuesta es SI amplía la información... no se

2. ¿Conoces las partes de tu cuerpo?

SI

NO

/

Menciona tres... cabeza, manos, boca

3. ¿Sabes el nombre de la parte por donde haces pis?

SI

NO

X

¿Cuál es? pajarito

4. ¿Conoces la diferencia que hay entre un niño y una niña?

SI

NO

X

¿Cuál es? no se

5. ¿Sabes que es la masturbación?

SI

NO

X

Si tu respuesta es SI amplía la información... no se

6. ¿Puedes tocar la parte genital de tu cuerpo en cualquier lugar?

SI

NO

X

¿Por qué? no se

7. ¿Sabes que son los hábitos de higiene?

SI

NO

/

¿Puedes mencionar tres hábitos? lava mi cara, mis manos

8. ¿Debes avisar cuando alguna persona que no conoces quiere tocar cualquier parte de tu cuerpo?

SI

NO

¿Por qué?

CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD

NOMBRE: R.P.N.

SEXO: F M PRE () POST (X)

1. ¿Sabes qué es educación sexual?

 SI NO

Si tu respuesta es SI amplía la información... del cuerpo humano

2. ¿Conoces las partes de tu cuerpo?

 SI NO

Menciona tres... pestañas, orejas, dientes y lengua

3. ¿Sabes el nombre de la parte por donde haces pis?

 SI NO

¿Cuál es?... pene

4. ¿Conoces la diferencia que hay entre un niño y una niña?

 SI NO

¿Cuál es?... vagina, pene

5. ¿Sabes qué es la masturbación?

 SI NO

Si tu respuesta es SI amplía la información... tocarse el pene

6. ¿Puedes tocar la parte genital de tu cuerpo en cualquier lugar?

SI NO

¿Por qué?... esta mal

7. ¿Sabes qué son los hábitos de higiene?

 SI NO

¿Puedes mencionar tres hábitos?... manos, dientes, cuerpo

8. ¿Debes avisar cuando alguna persona que no conoces quiere tocar cualquier parte de tu cuerpo?

 SI NO

¿Por qué?... esta mal, a mamá, profesora

ANEXO No. 8

REGISTRO ANECDÓTICO

Nombre: Moisés.....

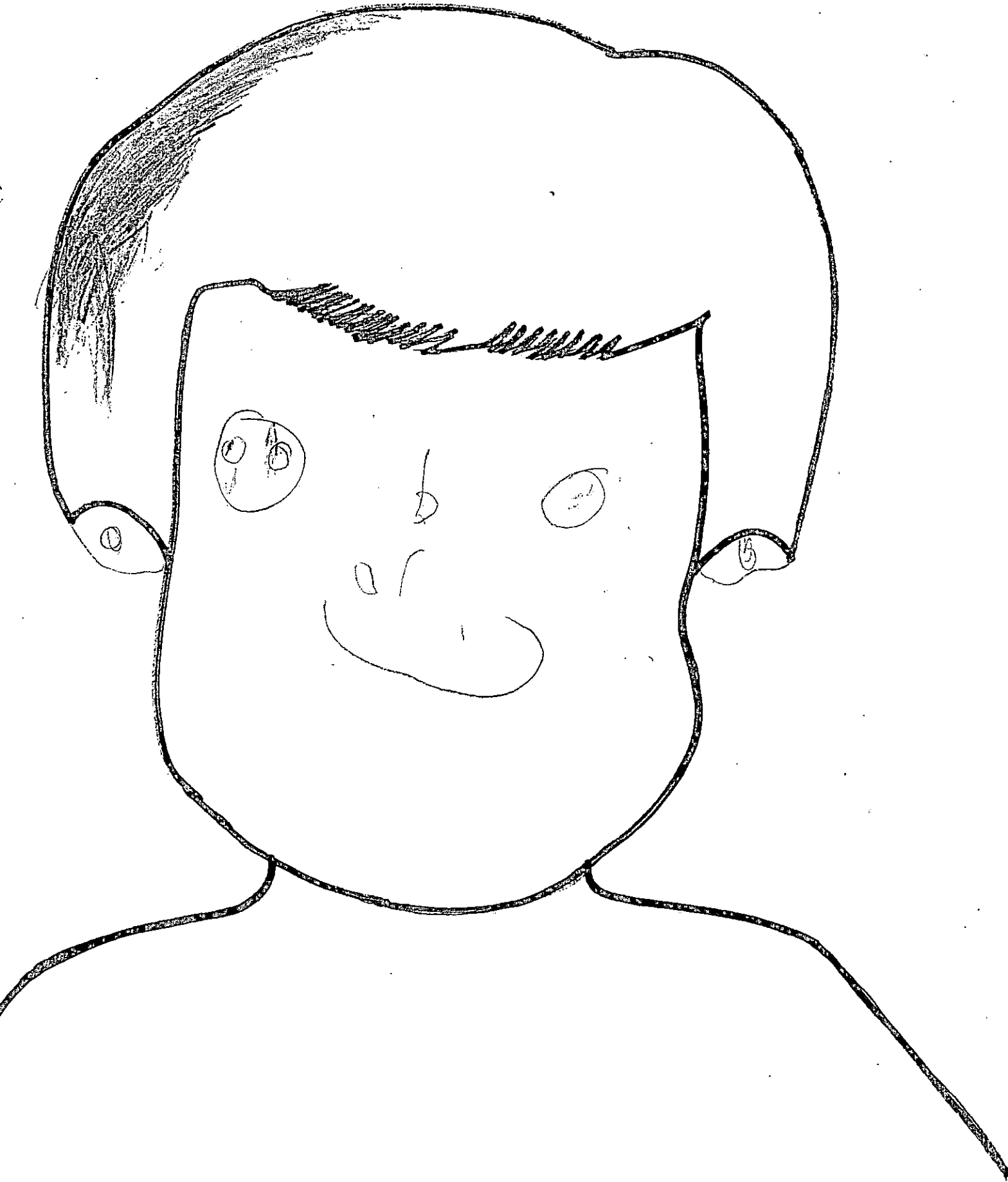
Edad: 9 años.....

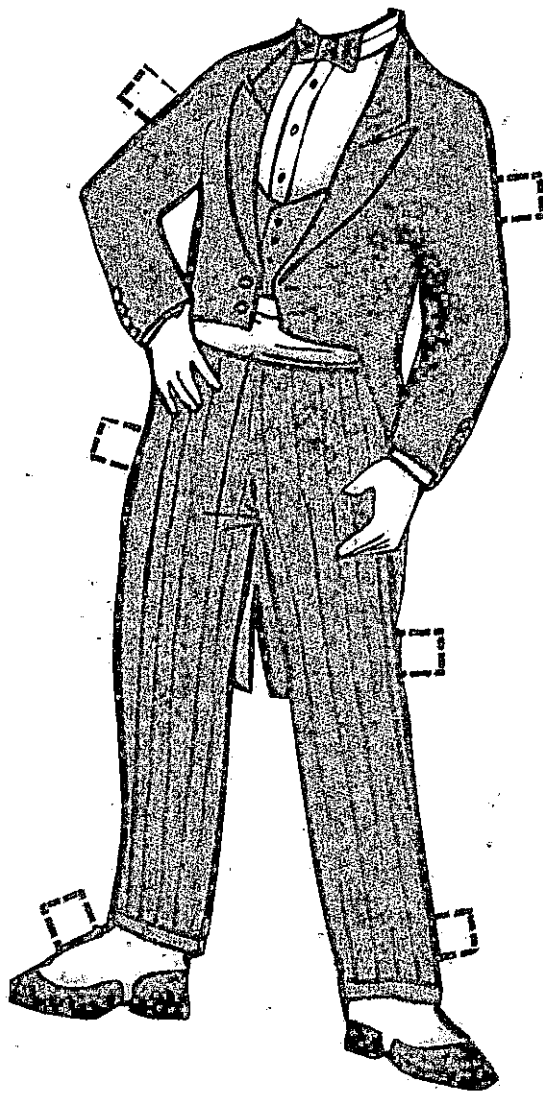
Fecha: 23-8-2012.....

Sesión: No 1.....

Contenido: "Identificando las partes de mi cuerpo".....

Es un niño que presenta problemas de conducta, no respeta las reglas y normas que los niños establecieron se le dió 3 oportunidades la 4ta vez se lo tuvo que sacar del aula hasta q' desobedeció toda su ración y se tranquilizó, él mismo dijo q' si quería volver al salón y dijo que si entonces se lo volvió a incorporar y esta vez estuvo atento y tranquilo hasta la finalización del taller y cuando se pidió a los niños y (as) quienes querían pasar a explicar lo aprendido él fue el primero en ponerse y participar excelentemente los demás aplaudieron.





RODRIGO




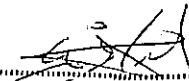
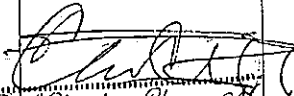


Recorta el pene de la
página 145. Y con los ojos
tapados, diviértete encontrando
el lugar en que debe ir.





Recorta la vagina de la página 145. Y con los ojos tapados, diviértete encontrando el lugar en que debe ir.

ANEXO No. 13
LISTA DE ASISTENCIA DE LOS PARTICIPANTES

Nro	MONINA	FECHA	ASISTIO	NO ASISTIO	TALLER	PROFESORA	FIRMA
1	Carla B. Limachi Quisbert		/			Celia G.	 Prof. Celia Gutiérrez Armaza TÉCNICA VOCACIONAL EDUCACIÓN ESPECIAL
2	Sheyla Mamani Magi	30/10/2012	/			Gabriela T.	 Gabriela Cerceros Aquilar PROFESORA
3	Moises Bustillos Quispe			X		Gabriela T.	
4	Ericka Asistiri Laura		/			Gabriela T.	
5	Vianca Chino Vasquez		/			Claudina Ch.	 Prof. Claudina Choque EDUCACIÓN ESPECIAL
6	Avril Huayta Paco			X		Claudina Ch.	
7	Chistian Maldonado Ticona		/			Claudina Ch.	
8	Chistian Ortega Gonza		/			Rossio R.	 Prof. Rossio Calvo EDUCACIÓN ESPECIAL
9	Rodrigo Paucara Nina		/			Rossio R.	
10	Daniela Y. Mayta Cerezó			X		Fresia C.	 Fresia Luz Calderón Sarquín EDUCADORA ESPECIAL

ANEXO. No. 14

REGISTRO DE OBSERVACIONES

Tema: ESQUEMA CORPORAL

Nro. Sesión: 3

Fecha: 25-08-2013

Nro. Participantes: 10

Hora de Inicio: 9:00

Hora de Finalización: 9:45

1 Identifican las partes del cuerpo.

Los niños y niñas ahora con el programa identifican todas las partes del cuerpo.

2 Conocen las partes específicas del cuerpo humano.

La mayoría de los niños y niñas conocen las partes específicas del cuerpo.

3 Reconocen las prendas de vestir tanto de mujer como de hombre.

El grupo de participantes reconoce tanto las prendas femeninas como masculinas.

A NEXO - No. 15

REGISTRO DE OBSERVACIONES

Tema: DIFERENCIAS ANATOMICAS

Nro. Sesión: 4.....

Fecha: 25-09-2012

Nro. Participantes: 10.....

Hora de Inicio: 9:15.....

Hora de Finalización: 9:45

1 Conocen las etapas del desarrollo humano.

Los niños y niñas conocen las etapas del desarrollo humano y las ordenan en secuencia.

2 Reconocen las diferencias sexuales entre hombre y mujer.

Los niños y niñas diferencian entre hombre y mujer, cada órgano con su nombre correcto.

3 Identifican las diferencias físicas entre hombre y mujer.

Saben identificar las diferencias que existen entre un hombre y una mujer.

ANEXO. No. 16

REGISTRO DE OBSERVACIONES

Tema: **NORMAS DE CONDUCTA**

Nro. Sesión: 3.....

Fecha: 25-10-2012.

Nro. Participantes: 10.....

Hora de Inicio: 9:10.....

Hora de Finalización: 9:40.

1 Conocen los lugares apropiados para explorar su cuerpo.

La mayoría de los niños y niñas sabe dónde es permitido explorar el cuerpo.....

2 Diferencian las conductas adecuadas e inadecuadas.

Reconocen las conductas inadecuadas, como no tocarse los genitales en el aula.....

3 Reconocen los lugares públicos y privados.

Pueden diferenciar los lugares tanto públicos como privados.....

ANEXO No. 17

REGISTRO DE OBSERVACIONES

Tema: AUTOCUIDADO

Nro. Sesión: 4.....

Fecha: 25-11-2012.....

Nro. Participantes: 10.....

Hora de Inicio: 9:05.....

Hora de Finalización: 9:35

1 Aprenden sobre los cuidados del cuerpo humano.

Los niños y niñas aprendieron sobre todos los cuidados que deben tener con el cuerpo humano.....

2 Fortalecen los hábitos de higiene personal.

Aprendieron a realizar correctamente los hábitos de higiene personal.....

3 Conocen acerca de la prevención del abuso o acoso sexual

Todos los niños y niñas aprendieron a cuidar su cuerpo para no ser víctimas de abuso o acoso sexual.

DIMENSIÓN ESQUEMA CORPORAL



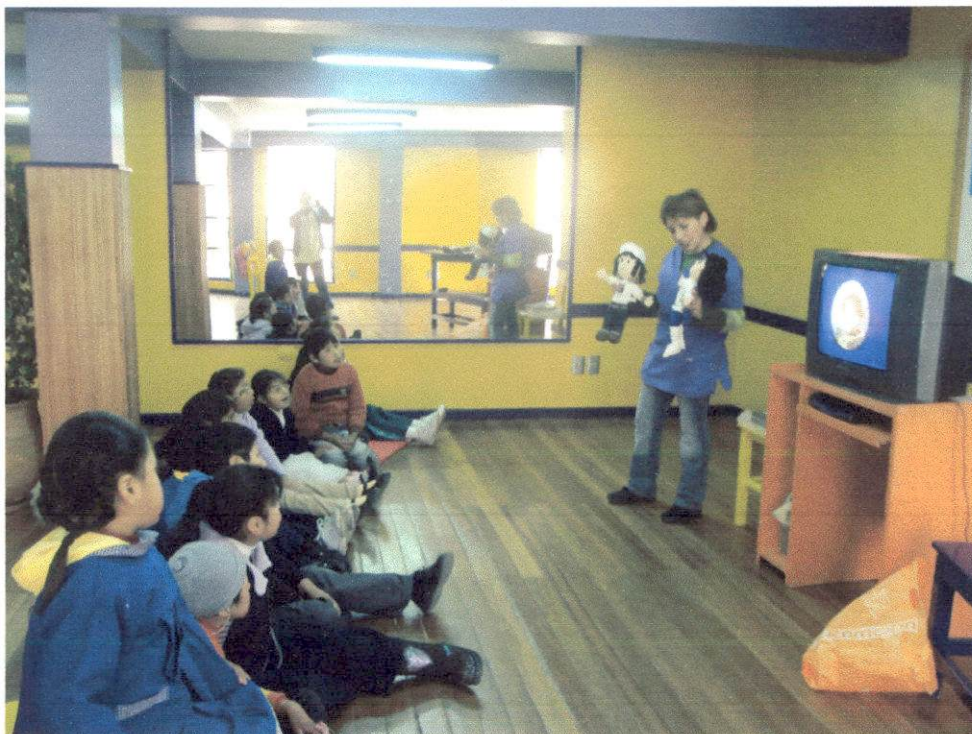
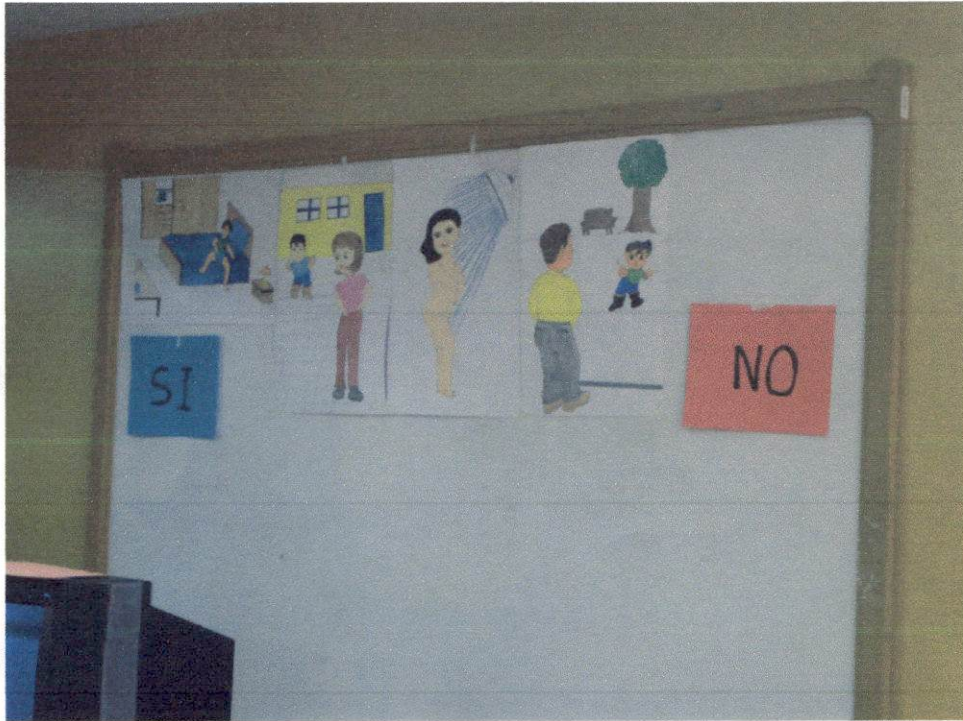
DIMENSIÓN DIFERENCIAS ANATÓMICAS



DIMENSIÓN DIFERENCIAS ANATÓMICAS



DIMENSIÓN NORMAS DE CONDUCTA



DIMENSIÓN AUTOCUIDADO



DIMENSIÓN AUTOCUIDADO



DIMENSIÓN AUTOCUIDADO

