

REPÚBLICA DE BOLIVIA.
ESTADO DE SANTA CRUZ.
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN JULIAN.

*Título: Sistema de actividades educativas sobre educación sexual
dirigido a familias de adolescentes con retraso mental.*

(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A
LA MUJER)

Autor: Dr. Iraldo Pérez Expósito.

Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia.

Profesor Instructor.

2011

REPÚBLICA DE BOLIVIA.
ESTADO DE SANTA CRUZ .
HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN JULIAN.

*Título: Sistema de actividades educativas sobre educación sexual
dirigido a familias de adolescentes con retraso mental.*

(EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A
LA MUJER)

Autor: Dr. Iraldo Pérez Expósito.

Especialista de Primer Grado en Ginec Obstetricia.

Profesor Instructor.

Tutor: Dr. Julio César López Suárez.

Especialista de segundo grado en Ginec Obstetricia.

Máster en Atención Integral a la mujer. Profesor Asistente

Aserora: MsC. Gizet de los Ángeles del Toro Mosquera.

Profesora Asistente FCM.

2011

PENSAMIENTO

*PARA PRECABERSE DE LOS RIESGOS HAY QUE SABER
DONDE ESTAN. NO NOS HABILITA PARA VENCER LOS
OBSTACULOS Y PELIGROS QUE TRAE CONSIGO LA
VIDA , EL QUE ,POR UNA CARIDAD CULPABLE,NOS
MANTIENE CON LOS OJOS VENDADOS, PARA QUE NO
LOS VEAMOS , NI SEPAMOS DE ELLOS.*

JOSE MARTÍ

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo diseñar un sistema de actividades que contribuya a la preparación de las familias de personas portadoras de retraso mental sobre la sexualidad en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia, es de tipo pre experimental. Se realizó en el período comprendido entre enero del año 2009 a enero del año 2010. El universo del estudio estuvo constituido por 23 familias de adolescentes portadores de retraso mental, los mismos participaron de forma voluntaria y se les entregó al inicio de la investigación el consentimiento informado. Se utilizaron métodos del nivel teórico y empírico que permitieron realizar el diagnóstico y dar coherencia y cientificidad a la propuesta. La técnica fundamental fue la encuesta como método de acción individual, validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. En el desarrollo de la investigación se pudo comprobar que los padres y familiares tenían desconocimiento sobre como propiciar una vida sexual feliz y responsable en sus hijos. El aporte fundamental consiste en la elaboración del sistema de actividades educativas que contribuirá a la preparación de los padres y familiares y así lograr una mejor educación sexual y una vida plena teniendo conductas sexuales responsables.

Palabras Clave: Retraso mental.

Sexualidad.

ÍNDICE

| | Páginas |
|---|----------------|
| Introducción..... | 1 |
| Fundamentación Teórica..... | 7 |
| Material y Método..... | 19 |
| Análisis y Discusión de los Resultados..... | 33 |
| Conclusiones..... | 37 |
| Recomendaciones..... | 38 |
| Referencias Bibliográficas..... | 39 |
| Anexos..... | 41 |

INTRODUCCIÓN

La familia es la única institución social que está presente en todas las civilizaciones y la más elemental de todas, es reconocida como la unidad básica de cualquier sociedad. Se organiza de diferentes formas. Lo importante, sin embargo, no es la forma de organización adoptada, sino el hecho mismo de que, en todas las regiones del mundo, la familia es siempre la institución de mayor importancia para el hombre y para la sociedad, el medio natural para el desarrollo de sus miembros.

Como objeto de investigación científica la familia se convierte por su naturaleza y características muy específicas en un tema importante y complejo de abordar, sobre todo si se tiene en cuenta que los modelos de pensamiento y su proyección hacia la sociedad dependen de complejos factores determinados por el modo de producción imperante y el condicionamiento individual; se trata de un problema en el que interactúan factores individuales y sociales.

El nacimiento de un niño es un acontecimiento clave en la vida de una familia, pero cuando se sabe que ese hijo/a ha nacido con una discapacidad todos los sueños y esperanzas hay que remodelarlos, siempre la noticia trae conmoción y requieren de un período más o menos prolongado, en la medida que sea mejor o peor manejada la situación.

La familia de un niño con discapacidad se enfrenta a dificultades que no sólo vienen dadas por la táctica utilizada, sino también por el problema que deben enfrentar al tener un hijo diferente a los demás, en lo cual ocurren determinados sentimientos derivados del desconocimiento de las características que presenta ese niño que alcanzará su desarrollo que en definitiva se aparta del normalmente conocido.

Lo anterior ha ido variando con el tiempo, ya que los discapacitados o simplemente las personas con necesidades educativas especiales han ido ocupando el lugar que les corresponde socialmente poco a poco, dejando atrás la posición desventajosa, rechazante y hasta lastimosa que han venido enfrentando, aunque pudiéramos afirmar que aún falta mucho por recuperar, ya que todavía al recibir la noticia que su hijo es portador de una discapacidad esto conlleva a conflictos, angustias rechazos, etc, por parte de las familias y principalmente los padres no saben cómo enfrentar la situación, transitan por diferentes etapas una vez que se enteran que su hijo ha nacido diferente,

presentan una serie de reacciones, antes de llegar al encuentro de una solución práctica al problema, lo que transcurre desde la sorpresa inicial, hasta lo que ellos llaman examen inteligente, aunque no necesariamente todos los padres atraviesan por cada uno de los estadios, pero sí una gran mayoría de ellos.

La sexualidad comienza a establecerse desde el nacimiento. La indefensión con que nacemos nos hace fuertemente dependientes del sostén de otro para nuestra existencia orgánica y psíquica. Los primeros cuidados van más allá de la satisfacción de las necesidades de conservación.

La sexualidad en las personas con retraso mental es y sigue siendo una temática impregnada del fantasma de lo prohibido, raro y misterioso. Quien se aproxime a la afectividad y a la sexualidad de los adolescentes y jóvenes deficientes intelectuales debe huir de dos extremos totalmente falsos que responden a posturas sociales contradictorias: no son personas con una sexualidad exacerbada (potencialmente violentas sexualmente, sometidos a impulsos sexuales incontrolables y de imposible inhibición) y, tampoco, en el sentido contrario, seres asexuados, a los que se debe reprimir sistemáticamente toda manifestación afectiva, por miedo a sus repercusiones sexuales.

La importante experiencia de los últimos años muestra, de manera diáfana, cómo las personas con una deficiencia intelectual potencian, muy significativamente, sus posibilidades de realización personal, si no se reprime su afectividad. Si todo ser humano necesita educación sexual, también la requieren los adolescentes y jóvenes retrasados mentales.

Sin embargo, acostumbra a ser "complicada" la llegada a la adolescencia del niño con retraso mental. De entrada, hay una pérdida del aspecto infantil que, de alguna manera, dulcificaba la visión social de la deficiencia. También coincide con una decepción del entorno familiar por la ausencia de un evidente progreso, después de tantos años de abnegada dedicación. Asimismo, aparecen en el joven desagradables conductas de rebeldía autoheteroagresivas. Y como el adolescente con deficiencia intelectual siente las mismas pulsiones que el adolescente sin deficiencia cuando llega a la pubertad, la sexualidad explota de forma tumultuosa: masturbaciones incontrolables, relaciones sexuales que no pasan por los juegos eróticos habituales, etc. La sexualidad del hijo

adolescente es vivida por los padres como una amenaza para ellos mismos. Al fin y al cabo, el hijo retrasado es el resultado de una actividad sexual que ellos tuvieron. ¿Y si se repitiera la situación de procreación de hijo retrasado? Por cuestión de fechas, la sexualidad pujante del adolescente es, inconscientemente, percibida por los padres como el fin de la suya propia. Todo ello desconcierta a los progenitores, siendo así que, además, ha coincidido la llegada a la adolescencia de su hijo deficiente con su próxima jubilación laboral, y surge inevitable la angustiada pregunta: ¿qué pasará cuando faltemos?

El diagnóstico efectuado y la revisión de otras investigaciones relacionadas con el tema, han permitido comprobar que existe desconocimiento en las familias de personas portadores de retraso mental sobre la educación de la sexualidad de sus hijos/as, las orientaciones que le brindan a sus hijos/as están basadas en sus experiencias personales y muchos se basan en conductas estereotipadas todo lo anterior demuestra que se hace imprescindible el desarrollo de actividades educativas en aras de elevar el nivel de conocimiento de los padres y favorecer así la calidad de vida de estas personas y la elevación de su bienestar personal.

Lo antes expresado nos permite plantear como **problema de investigación:**

¿Cómo preparar a la familia para educar la sexualidad en sus hijos portadores de retraso mental sobre la sexualidad en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia?

Posibles causas que originan el problema:

- Insuficiente preparación de la familia para enfrentar la educación sexual de sus hijos/as portadores de retraso mental.
- Deficiente labor de orientación en los centros de enseñanza y la comunidad sobre el tema.
- Deficiente cobertura por parte de los medios masivos de comunicación sobre el tema de la sexualidad en retrasados mentales.
- Dificultad para el ingreso a centros especializados lo que hace que la mayoría no sea escolarizados o matriculen en la escuela común.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Proponer un sistema de actividades educativas que contribuya a la preparación de las familias de adolescentes portadores de retraso mental sobre el tema de la sexualidad en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia.

Objetivos específicos:

1-Determinar la evolución histórica en el abordaje de la familia y la educación sexual en personas con retraso mental.

2-Sistematizar las concepciones actuales sobre la educación sexual en personas retrasadas mentales.

3-Diagnosticar los conocimientos que poseen las familias sobre la orientación sexual de sus hijos/as.

4-Elaborar un sistema de actividades educativas sobre el tema de la orientación sexual a familias de personas portadoras de retraso mental.

Hipótesis:

Con el diseño de un sistema de actividades educativas relacionadas con el tema de la orientación sexual, basado en métodos que impliquen afectivamente a los participantes, se preparará de manera adecuada a las familias de personas portadoras de retraso mental en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia..

Variables:

Variable dependiente.

Preparación de las familias de personas portadoras de retraso mental.

Variable independiente:

Sistema de actividades educativas.

Variables conceptuales:

Sistema de actividades educativas: Conjunto de actividades realizadas con métodos educativos cuyo objetivo se dirige a preparar a las familias de personas portadoras de retraso mental.

Operacionalización de la variable dependiente.

La preparación de las familias de personas portadoras de retraso mental sobre el tema de la orientación sexual se evaluará en tres niveles, Bien, Regular y Mal.

-Conocimiento de las causas que provocan el retraso mental.

Si respondió con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas:

Si () o No (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

-Conocimiento de la familia sobre el término sexualidad.

Si respondió con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas:

Si () o No (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa.

-Medio que más información te ha brindado sobre cómo educar la sexualidad en tu hijo discapacitado.

Si respondió con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas:

Familia, amigos, centros escolares, medios de comunicación, médico y enfermera, libros y revistas. Se consideró correcta la respuesta si marca los incisos a) o e) y como incorrecta los restantes incisos.

- Preparación para enfrentar la educación sexual de sus hijos.

Si respondió con una cruz según correspondió en las posibilidades de respuestas:

Si () o No () y no lo considero necesario (). Se consideró correcta la respuesta afirmativa y como incorrecta la negativa y no lo considero necesario.

Al tabular los resultados de la encuesta inicial se utilizó la siguiente escala:

Bien: de 4 respuestas correctas.

Regular: 3 respuestas correctas.

Mal: menos de 3 respuestas correctas.

APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación no tiene antecedentes en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia, no se había realizado una intervención de este tipo con anterioridad, tiene como propósito diagnosticar el nivel de preparación que poseen las familias sobre como educar en la sexualidad de manera responsable a sus hijos/as portadores de retraso mental en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia, para luego elaborar un sistema de actividades educativas que contribuya con esta labor, y así lograr un desarrollo adecuado y lo más armónico posible de su personalidad, permitiéndoles vivir su sexualidad de forma plena y responsable sin riesgo para su salud.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Antecedentes Históricos del surgimiento de la familia.

Una breve mirada histórica al complejo asunto de la familia, nos permite afirmar que el interés por el estudio en este tema se acentuó en Europa desde finales del siglo XIX, fue la época de los grandes pensadores, como el escocés John F. MacLennan (1827-1881), el suizo Jonhann Bachofen (1815-1887), el alemán Friedich Engels (1820- 1895), el norteamericano Lewis Henry Morgan (1818-1881), entre otros; quienes intentaban responder a preguntas polémicas sobre: si la familia en un comienzo fue solo promiscuidad dentro de una horda primitiva, si el matrimonio tuvo sus orígenes en la captura violenta de hembras y sobre la poligamia o el matriarcado como formas iniciales de lo que luego sería la familia monogámica.

Para Engels en *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* (1884), la familia monogámica fue la primera forma de familia que tuvo por base condiciones económicas y no naturales, y fue, más que nada, el resultado de convertirse la familia en una unidad económica basada en la propiedad privada de un matrimonio y en la autoridad absoluta de un varón patrón.

Engels demostró que la familia es una categoría histórica y cambia de acuerdo a las transformaciones sociales en cuyo contexto hay que estudiarla y comprenderla. En consonancia con ello, las indagaciones investigativas nos han demostrado que en Bolivia esto es un asunto prácticamente ausente de la bibliografía, a pesar de que esta es una problemática relativamente reciente en el mundo y sobre todo en los países de América; en Bolivia específicamente por razones de tipo sociocultural este tema es aun mas desconocido y menos abordado que en otros países del mundo, aunque Cuba ha alcanzado las cotas más altas en el último cuarto del siglo XX, coincidiendo con el crecimiento de estos estudios a nivel mundial.

Existen múltiples investigaciones donde se hace evidente la interrelación que debe existir entre la familia y los demás agentes socializadores para poder cumplir con éxito su función educativa.

Varios autores han dedicado sus esfuerzos al estudio de las familias con niños y adolescentes que presentan necesidades educativas especiales, las cuales poseen características singulares que hacen más compleja su dinámica familiar.

En la actualidad se atribuye a la familia una responsabilidad decisiva en el desarrollo de todas las personas, dado que se configura como el contexto básico en el que tiene lugar la interacción de los niños y las niñas con sus padres y hermanos, a través de las relaciones afectivas, de las actividades y las experiencias que estas les proporcionan. Existen razones suficientes para justificar la importancia de prestar atención a la familia como contexto de desarrollo, tanto en la valoración de las necesidades como en la planificación de respuestas educativas. (Giné, 1996) Las actividades y relaciones intrafamiliares a los que se llaman funciones familiares están encaminadas a la satisfacción de importantes necesidades de sus miembros, no como individuos aislados, sino en estrecha interdependencia, facilitando también la formación y transformación de la personalidad de sus integrantes.

El concepto de función familiar, comprende la interrelación y transformación real que se opera en la familia a través de sus relaciones o actividades sociales, así como por efecto de los mismos.

Sin dudas, la comunicación ocupa un lugar central en la efectividad y calidad funcional del sistema familiar, entendida como un proceso interactivo de transmisión y retroalimentación de pensamientos, necesidades, sentimientos, por vía directa o indirecta y con diversidad de signos y códigos, es la columna vertebral de la dinámica familiar y de las relaciones interpersonales.

La comunicación incluye elementos informativos y relacionales, donde se expresa por excelencia la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, por eso, en todo proceso comunicativo trasciende no solo el contenido de lo que se comunica, sino el impacto de lo que se transmite.

Cuando se informa a los padres que su hijo/a es portador de una discapacidad intelectual se sienten muy desinformados, la mayoría busca una explicación dentro de su propia conducta o de quienes les son más próximos, se hacen reproches a sí mismos y a los demás, la gente actúa con sus sentimientos de distinta manera: unos encerrándose en sí mismos, otros expresándolo abiertamente llorando o encolerizándose. Algunos tratan de informarse activamente, indagan, mientras otros esperan que los que les rodean aporten ideas y les indiquen cómo reaccionar.

Una de las experiencias más traumáticas y difíciles para las familias de personas discapacitadas intelectualmente resulta la orientación sexual que le deben brindar a sus hijos/as, cómo reaccionar ante el deseo de contraer matrimonio, el derecho a ser padres y a la esterilización, aspectos que aún en nuestra sociedad están poco resueltos y es relevante la escasez de estudios científicos relacionados con la sexualidad en estas personas, en esta ocasión, este problema se ve agudizado al tratarse de temas que se encuentran más cercanos a la ética, la moral, el derecho y la educación en valores.

Sexualidad en personas con discapacidad.

La sexualidad, es una dimensión de la personalidad que está presente en la conducta humana; es una energía que integra el comportamiento del individuo en su globalidad. La sexualidad es una función biológica y también es la más profunda fuente de encuentro, intimidad y comunicación de sentimientos y afectos a lo largo de toda la vida de las personas y de su ciclo vital.

Los actos humanos y en especial los actos sexuales requieren que el individuo los realice con plena conciencia y total libertad, para que moralmente pueda ser responsable de ellos.

Es difícil en nuestra cultura y en nuestra sociedad abordar el tema de la sexualidad humana en general, por la carga afectiva llena de prejuicios y tabúes. Aún más difícil resulta cuando se trata de la sexualidad de una persona que sufre una discapacidad. Por ello, el abordaje de este tema exige una visión global e interdisciplinar, en oposición a los planteamientos excluyentes, o una visión parcial cuando se encara este asunto.

Para ello es necesario contemplar las diferentes dimensiones de la sexualidad humana: biológica / conductual / cultural / psicoafectiva / psicosocial y considerar que una manera positiva de vivirla como ser sexuado va a ser la base de una buena salud y calidad de vida de los diferentes miembros de nuestra sociedad (sin distinción de sexo, edad, características especiales o modo de vivir la propia sexualidad). Y es que, las personas que tienen alguna discapacidad pertenecen a una de las minorías a las que se les ha negado por sistema toda posibilidad de resolver sus necesidades afectivas y sexuales. Si hacemos un repaso histórico podemos decir que hasta los años 50-60 del pasado siglo, las personas con discapacidad vivían segregadas en la familia o en

instituciones, y sin ninguna relación con personas del otro sexo que no fueran la familia o los profesionales.

En 1971 los derechos sexuales de las personas con retraso intelectual se garantizan por ley con la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental, si bien estos derechos siguen, en gran medida, sin llegar. En los años 80-90 comienzan a elaborarse programas de educación sexual dedicados a la información y a la prevención de los riesgos asociados a la actividad sexual de las personas con discapacidad. La conciencia de que muchas personas con discapacidad sufren abusos sexuales acentuó el énfasis en la educación preventiva. De un tiempo a esta parte, en nuestra sociedad se viene hablando de normalidad y de integración (escolar, laboral), excepto en el momento de admitir que los discapacitados tienen instintos, deseos y vida sexual. Cuando daban señales de algún interés de carácter sexual, eran tratados como si fueran obsesos sexuales. Incluso se llegó a plantear recientemente medidas drásticas como la esterilización sistemática de las personas que sufren deficiencia. Debemos pensar en un modelo de intervención que parta del respeto por la biografía de la persona discapacitada, incluyendo en ésta sus relaciones familiares y las características del centro donde esté. Desde un enfoque profesional se le deben ofrecer posibilidades de resolver sus necesidades interpersonales y también, si fuera su decisión, las de intimidad sexual. Para ello debemos estructurar una actuación basada en cuatro ejes:

- Las necesidades interpersonales.
- La nueva visión de la sexualidad humana.
- Los criterios de salud sexual.
- La especificidad de la sexualidad en personas con discapacidad.

Es recomendable recurrir a asociaciones de apoyo, en ocasiones específicas con la discapacidad, necesidades interpersonales, etc.

Toda persona a lo largo de su ciclo vital tiene similares necesidades interpersonales, que podemos resumir en:

- Necesidad de seguridad emocional y autoestima.
- Necesidad de una red de relaciones sociales más allá de la familia.
- Necesidad de contacto e intimidad afectiva y sexual.

La seguridad emocional, esto es, saberse aceptado y protegido de manera incondicional, y la autoestima o el saberse digno de ser amado y capaz de amar constituyen la primera y más fundamental de las necesidades interpersonales. Necesidad de amigos Desde los primeros años de vida necesitamos relacionarnos con personas diferentes. En la persona con discapacidad se ha de favorecer un 'tercer ambiente', más allá de la familia y del centro escolar. Necesidad de contacto e intimidad afectiva y sexual El ser humano siente la necesidad de contacto corporal (tocar y ser tocado, acariciar y ser acariciado, abrazar y ser abrazado) y de intimidad emocional (necesidad de expresar, entender y compartir emociones), necesidad que se resuelve, desde la infancia a la vejez, con los padres, familiares, amigos, pareja e hijos. Las personas con discapacidad que, en el caso de discapacidad psíquica son frecuentemente muy táctiles y menos reprimidos en relación con el contacto corporal, resuelven esta necesidad con los padres y las personas que les cuidan. Pero es frecuente que no puedan resolver sus necesidades de intimidad afectiva y sus necesidades sexuales más explícitas. Con frecuencia el único recurso, a veces también perseguido a pesar de ser natural y saludable, es el de la masturbación, recurso que le permite la satisfacción sexual (excitación y orgasmo), pero no experimentar el contacto y la intimidad con otra persona.

Los discapacitados manifiestan emociones e impulsos sexuales similares a los de los demás miembros de la sociedad, como es lógico con menos conocimientos y esto hace que se conviertan en individuos con menos posibilidades de resolver las diversas dificultades que en este sentido pueden surgir. Las familias y el personal especializado muchas veces dedican más tiempo a la educación y la rehabilitación en sentido general, pero no tanto a la educación de la sexualidad.

“Cada individuo, no importa cuál sea su discapacidad, tiene derecho al libre acceso a la información necesaria sobre la sexualidad, y lo que es más importante, cada persona tiene derecho a la expresión de su sexualidad”

En la actualidad existen muchos indicios preocupantes que señalan que ni el término ni el concepto de discapacidad resultan plenamente satisfactorios para describir ni comprender una de las manifestaciones más fundamentales de la esencia humana.

Estos indicios tienen que ver, por ejemplo, con la escasa identificación que las mismas personas con discapacidad suelen mostrar con respecto a su propia condición. Sin embargo, esta falta de identificación no es privativa de las personas con discapacidad, ya que el común de las personas muy raramente reconoce que tienen discapacidades, cualquiera que pueda ser el tipo o el grado de éstas.

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como "la integración de los aspectos somáticos, afectivos, intelectuales y sociales del ser sexuado, de modo tal que de ello derive el enriquecimiento y desarrollo de la personalidad humana, la comunicación y el amor."

Los elementos básicos de una sexualidad sana son:

- El reconocimiento de la aptitud corporal de todas las zonas del cuerpo para sentir, recibir y dar placer.
- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual de acuerdo con una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza, culpabilidad y creencias infundadas que inhiban o perturben las relaciones sexuales.

Si la sexualidad es todavía un tabú en nuestra sociedad, pensemos en lo que significa la sexualidad de las personas con alguna discapacidad. Es el tabú de los tabúes.

En una sociedad como la actual donde se presentan como modelos a seguir arquetipos perfectos, donde se subraya que lo bueno es ser bello, joven, fuerte, apuesto, educado, limpio, tener un buen empleo, estar casado y tener hijos sanos, las personas con discapacidad son "desfavorablemente diferentes". Por ello, no es de extrañar que muchos/as se sientan incapacitados para poder tener una relación con los demás, se sientan diferentes al resto del mundo en este aspecto, como si no fueran merecedores de tener una vida sexual satisfactoria, hasta el punto de llegar a pensar que no serán aceptados.

A pesar de que ésta ha sido la tradición que a lo largo de muchas generaciones se les ha inculcado, poco a poco esta realidad va cambiando y muchas personas con discapacidad ya no lo viven así, pues la sexualidad es un aspecto importantísimo para la persona, es un punto de encuentro y conocimiento de sí misma y de los otros, es un

espacio de desarrollo de la propia pareja y de nosotros mismos, como seres afectivos y emocionales, en definitiva, como personas completas y realizadas.

Por ello lo deseable sería:

- Que se conozcan las necesidades sexuales de las personas con discapacidad.
- Que se evite la sobreprotección y el mantenimiento en la ignorancia del discapacitado, en el seno de la familia, grupos sociales, asistenciales y docentes.
- Que se eduque e informe verazmente "reeducación sexual".
- Que se promueva la aspiración a una vida sexual satisfactoria.
- Que se promueva un papel activo del discapacitado hacia su propia sexualidad, reconociéndose a sí mismo como persona tan sexuada como cualquier otra.

Consecuentemente, el discapacitado mental es considerado como una persona no autónoma, al cual se le enseña frecuentemente a percibirse como disminuido, devaluado e incapaz de relacionarse exitosamente en su ambiente social. De ahí que, por extensión, su sexualidad sea vista de manera deformada por los padres, quienes, por un lado, prolongan la dependencia del sujeto hacia ellos y, por el otro, incrementan la dificultad para que aquél promueva una separación emocional del núcleo familiar.

Lo anterior conduce a una situación donde la sexualidad del niño o joven discapacitado mental es negada, disfrazada, ocultada o ignorada por temor de abordarla, ya por desconocimiento del tema o por otras razones similares, lo que muestra, en suma, una falta de conocimientos respecto de la sexualidad humana, que se traduce en actitudes de rechazo o negación acerca de la misma, así como de la importancia que ésta tiene para el sujeto con necesidades especiales.

Este hecho entorpece su proceso de descentración de la sexualidad, limita la expresión de la misma y la circunscribe a un autoerotismo rígido, a la satisfacción de sus impulsos sin considerar normas o valores morales y a la expresión de dicha sexualidad de modo semejante a las primeras etapas del desarrollo infantil, es decir, caracterizada por la espontaneidad e impulsividad.

Asimismo, los padres de estos niños y jóvenes presentan temores y preocupaciones por determinados comportamientos socioafectivos de sus hijos que pueden ser malinterpretados por las personas que los rodean; ejemplos de ello son los expuestos por Achilles (1996), quien dice que algunos padres temen que sus hijas sufran de

abusos sexuales por mostrarse confiadas y cariñosas con los extraños, o bien la marcada preocupación de algunos padres de familia ante la conducta de masturbación de sus hijos(as), pues temen que la realicen con demasiada frecuencia o en lugares públicos.

Este es el panorama que viven muchos niños y jóvenes con discapacidad mental respecto de su sexualidad. La tarea fundamental de los padres de educarlos sexualmente debiera partir de dos premisas: primera, que sexualidad no es genitalidad y, segunda, que la educación sexual debe ser abordada conjuntamente por los padres y los maestros, considerando en todo momento que dicha educación debe ser proporcionada en función de las necesidades específicas de los niños y abarcar no sólo la información biológica y anatómica, sino la formación e información sobre actitudes, sentimientos, comportamientos, autoimagen, valores y actitudes de vida. Desde luego, es necesario también utilizar los métodos y técnicas apropiadas a las personas con discapacidad mental, teniendo en cuenta sus limitaciones cognoscitivas, físicas y socioafectivas; así, los padres y maestros promoverán el respeto y la aceptación de la sexualidad de las personas con discapacidad ante la sociedad y lograrán que éstas se ganen un lugar como "personas" en la misma al defender el derecho que tienen de expresar y vivir su sexualidad.

Se impone, pues, afirmar la sexualidad de las personas con deficiencia mental y su derecho a vivir y manifestar su sexualidad con total libertad y normalidad, en la medida en que sus posibilidades y potencialidades lo permitan.

Y como menciona Amor, (1995)"Toda actitud y actividad de los familiares y educadores, que implique una restricción de la posibilidad de desarrollo y manifestación del deficiente en esta u otra área de su personalidad, son totalmente inadmisibles".

Los deficientes mentales son seres humanos dotados de sexualidad y tienen derecho a la expresión de la misma. La sexualidad como forma de ser en el mundo y estar con los otros existe también en la persona con deficiencia mental.

El significado de la sexualidad para los deficientes es en principio el mismo que para el resto de las personas, es decir, la posibilidad de autodesarrollo, de expresión de sentimientos, de afectos, de contacto, de comunicación y amor. No tiene porque existir una ética específica para los disminuidos y otra para el resto de las personas. "Si el

significado de un ser humano y el significado de la sexualidad son por naturaleza los mismos, la misma ética sexual es aplicable”.

En un mundo que se quiere abierto a todos los valores, es útil recordar que todo ser humano, incluso el más despojado, es digno de respeto y sujeto de derechos inalienables e imprescriptibles.

Se puede afirmar que la importancia de la sexualidad en el desarrollo de la persona y de la personalidad del deficiente mental es incluso mayor. Por sus limitaciones y carencias, en especial en lo referente a sus posibilidades de verbalización, por las actitudes de la sociedad hacia su persona y la auto imagen que ha construido en él, hace del deficiente una criatura necesitada como pocas de estima, afecto, amor y cariño.

La persona disminuida mentalmente necesita de su físico como medio de comunicación para poder expresar sus sentimientos y saberse amada y aceptada. La sexualidad humana entonces, supone, expresa y realiza el misterio integral de la persona. La sexualidad no es una dimensión marginal del hombre, ni debe estar orientada solamente hacia la procreación. La sexualidad deja una huella profunda en todo el ser del hombre y engloba en sí una capacidad privilegiada para expresar el amor. Por lo tanto, el acto sexual representa en sí una comunicación personal, en la que el hombre y la mujer se "conocen", superan su soledad y se expresan su amor. Todo esto significa que la sexualidad es mucho más que una dimensión fisiológica que afecta la perpetuación de la especie. Es mucho más que eso, de ahí que deba considerarse en la multiplicidad de dimensiones que la conforman.

El aprendizaje sexual. Por qué ocurre y por qué es necesario que ocurra

La sexualidad es un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo de nuestras vidas, y forma parte activa e inseparable de quienes somos.

Los padres son los primeros educadores de la sexualidad de sus hijos, que es como debe ser. Desde el nacimiento, sirve de modelo y enseña a sus hijos mensajes sobre el amor, el afecto, el contacto, las relaciones. El modo de abrazarlos y de sostenerlos les enseña lo que se siente por ellos. Algunos afirman que el contacto amoroso de las primeras etapas de la vida marca ya la pauta para una sana intimidad cuando se es adulto.

Somos como adultos sexuales en buena parte el resultado de la información que hayamos recibido en la niñez. Para la mayoría de las personas, el aprendizaje sobre la sexualidad ocurrió de muy diversas maneras. Probablemente fueron nuestros padres los primeros educadores de la sexualidad, ya que suelen ser los primeros y más frecuentes maestros y modelos. Después, nuestros compañeros, los medios de comunicación, la enseñanza religiosa y las experiencias de la vida han ido influyendo sobre nuestro aprendizaje sexual.

Para las personas con discapacidad, las oportunidades para aprender sobre la sexualidad se encuentran limitadas. El nivel de lectura de materiales está fuera de su alcance, lo que les limita el acceso a material impreso y recursos de calidad. Como resultado, disponen de menos oportunidades para observar, desarrollar y practicar habilidades sociales que son particularmente importantes en la primera y segunda adolescencia. Estas personas pierden con frecuencia los sutiles mensajes, miradas e insinuaciones con que bromean los preadolescentes y adolescentes en la televisión y en la escuela. Pueden tener dificultades para tomar decisiones y para pensar de un modo realista sobre las situaciones. Todos estos factores subrayan una mayor necesidad aún de educación de la sexualidad a niños con discapacidad que a los demás niños.

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

- Su propio proceso de aprendizaje sexual. Algunos padres tienen pobres modelos de enseñanza y aprendizaje sobre la sexualidad.
- La edad o generación de los padres. Las actitudes de los padres sobre la educación de la sexualidad frecuentemente refleja las actitudes de la sociedad durante su niñez.
- La disponibilidad de recursos y apoyos. Fácilmente los padres están abrumados por los temas del día a día implícitos en la crianza de un hijo con discapacidad. Es fácil que se coloque a los temas de sexualidad en el cuarto oscuro. Y cuando se sienten dispuestos, hay pocos recursos en la comunidad que realmente ayuden, lo que hace difícil enseñar sobre sexualidad y los temas afines.

- La discapacidad del hijo: Las habilidades del niño afectan directamente a si sus padres lo ven como un ser sexual. A menudo, cuanto mayor sea la discapacidad, menos probable será que los padres sientan la necesidad de abordar los temas sobre la sexualidad.

El momento de aparición de la discapacidad, así como el grado de discapacidad, inciden en la percepción que los padres tienen de la necesidad de abordar los temas relacionados con la sexualidad. Así, cuanto antes se produce el diagnóstico, con todas las connotaciones asociadas y por otro lado, cuanto mayor es el grado de discapacidad, menos probabilidad existe de que la sexualidad y la educación sexual sea una prioridad en las preocupaciones familiares. Una vez más, estos dos factores se encuentran muy relacionados con la sobreprotección familiar.

Es aconsejable que los padres piensen a largo plazo sobre los proyectos y expectativas de sus hijos con discapacidad. Si somos conscientes de los temas normales sobre la sexualidad que se presentan en las diversas etapas de la vida de nuestro hijo, podremos concretar mejor las expectativas, planear los objetivos, y pedir ayuda antes de que surjan los problemas.

Enseñanza colaboradora:

Aunque probablemente los padres son los educadores con más influencia y constancia, en la educación sexual están implicados también otros profesionales, se establece así un "triángulo de la educación sexual" que ayuda a recordar la importancia de la colaboración.

Este triángulo representa una situación ideal: los padres y los profesionales trabajando conjuntamente para ayudar a una persona con discapacidad intelectual en su camino hacia una adultez sexualmente sana. Pero incluso en esta situación ideal, el camino que hay que recorrer es difícil. El viaje requiere que tanto los padres como los profesionales examinen sus propios valores y actitudes en una diversidad de temas sobre la sexualidad. Con frecuencia este es un proceso doloroso.

Para que el papel de los padres sea eficaz, deben:

- Entender los valores personales y comunicarlos a los que atienden al hijo.
- Compartir los métodos de intervención que se emplean en casa para afrontar conductas sexuales inapropiadas.

- Identificar las estrategias formativas que mejor han funcionado para el chico o adulto.
- Darse cuenta de dónde surgen de modo habitual las dificultades de aprendizaje.

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

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

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

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación es de tipo pre experimental pues se elabora un sistema de actividades educativas (variable independiente) para preparar a las familias de personas portadoras de retraso mental (variable dependiente) en el tema de la orientación sexual, asumiéndose el enfoque sociocrítico, el cual apunta no sólo a lo cuantitativo sino también a lo cualitativo y al conocimiento personalizado del individuo.

La investigación se realizó en el período comprendido entre enero del año 2009 a enero del año 2010.

El universo del estudio estuvo constituido por 23 familias de personas portadoras de retraso mental en el municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia, los mismos participaron de forma voluntaria y se les entregó al inicio de la investigación el consentimiento informado. (anexo1)

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según edades.

| Edades | Cantidad | % |
|--|-----------------|-------------|
| Pre-adolescencia o adolescencia temprana (pubertad). 10 a 14 años | 9 | 39.1 |
| Adolescencia media. 14 a 18 años. | 11 | 47.9 |
| Adolescencia tardía. 19 a 24 años. | 3 | 13 |
| TOTAL | 23 | 100 |

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1-Familias de adolescentes con retraso mental pertenecientes al municipio San Julián, estado de Santa Cruz, República de Bolivia.

2-Familias de acuerdo a participar en el desarrollo de la investigación.

Se aplicó como criterios de exclusión:

- 1-Familias que no deseen participar en la investigación.
- 2-Miembros de la familia con alteraciones psicológicas o con retraso mental.

Métodos y Técnicas empleadas.

Métodos del nivel teórico:

Histórico-Lógico: se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su surgimiento hasta la actualidad.

Analítico-sintético: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Sistémico- estructural-funcional: se utilizó para la elaboración del sistema de actividades educativas.

Métodos y técnicas del nivel empírico:

Encuestas a los padres: con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que poseen sobre la orientación sexual de sus hijos/as.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados del diagnóstico efectuado se presentan en las tablas de distribución de frecuencia para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

Para la obtención de la información en el diagnóstico se aplicó una encuesta inicial como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. (anexo 2)

La investigación tiene como propósito inicial determinar el nivel de información que tienen los padres sobre la orientación sexual de sus hijos/as y una vez concluido el diagnóstico instruirlos a través de un sistema de actividades educativas sobre el tema en cuestión, brindándole la información disponible con la finalidad de prepararlos proporcionándoles argumentos que contribuyan a que esta educación sea eficiente y repercuta en el bienestar y calidad de vida de sus hijos/as.

El sistema de actividades tiene como base teórica y metodológica el materialismo-dialéctico, al considerar la práctica social como principio y fin del conocimiento de la realidad, la representación de la relación entre el hombre y el medio social en un proceso histórico-concreto.

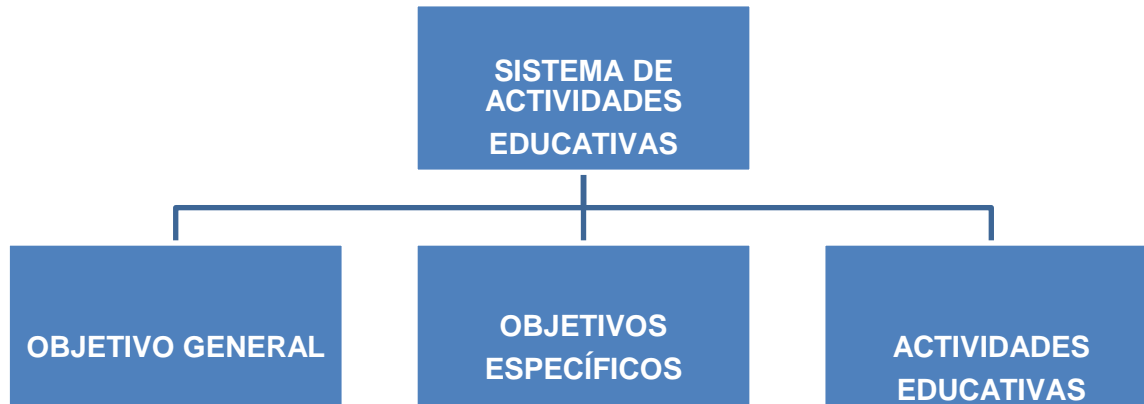
Toda actividad programada, organizada y ejecutada debe servir de modelo de actuación, desde esta perspectiva, teniendo en cuenta la ley de la pedagogía, que establece la relación entre los componentes del proceso de enseñanza-aprendizaje, lo cual posibilita la instrumentación de acciones concretas para lograr un objetivo definido, siempre partiendo de que lo formativo se logra a través de lo instructivo, estos componentes de la pedagogía permitieron dar coherencia a las acciones diseñadas en el sistema de actividades y se utilizan técnicas participativas que permiten el intercambio directo y abierto entre todos los participantes así como, hace posible que los contactos entre los miembros de grupo sean más abiertos y estrechos.

Se sustenta desde el punto de vista psicológico en la concepción Histórico-Cultural de L. S. Vigotsky, pues en el diseño de las actividades se tuvo en consideración el carácter mediatizado de la psiquis humana, en la que subyace la génesis de la principal función de la personalidad, la autorregulación y su papel en la transformación de la psiquis, función que tiene como esencia la unidad de lo afectivo y lo cognitivo, elemento psicológico que se encuentra en la base del sentido que un contenido adquiere para el sujeto. De esta forma, el contenido psíquico sobre la base de la reflexión se convierte en regulador del comportamiento.

Las actividades que se diseñan serán ejecutadas en el propio municipio y comunidades donde radican las familias y los ejecutores de cada actividad se seleccionarán tomando en cuenta a los profesionales más preparados, de mayor calificación y experiencia.

La responsabilidad de la educación de las nuevas generaciones es compartida por la familia, el personal de salud, los educadores y los medios de difusión masiva, lo que facilitará aplicar acciones bien diseñadas y aplicables de forma masiva en las áreas de salud.

SISTEMA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS.



SISTEMA DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

Objetivo General: Elevar el nivel de preparación de las familias sobre la sexualidad en sus hijos retrasados mentales.

Objetivos Específicos

1. Analizar los resultados del diagnóstico aplicado.
2. Explicar el porqué de la investigación.
3. Explicar las posibles causas del retraso mental.
4. Explicar los cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia.
5. Explicar Definición de Sexualidad y el nacimiento de la sexualidad en los retrasados mentales.

ORIENTACIONES GENERALES.

El trabajo en grupo es una experiencia de trabajo activo. La participación de cada uno de los integrantes aportando sus experiencias, argumentando, discutiendo, escribiendo, y comprometiéndose es fundamental para el éxito. Las actitudes pasivas, exclusivamente receptoras, de “aprendizaje silencioso”, no deben fomentarse en esta forma de trabajo.

Actividad #1. Expectativas y temores.

Antes de presentar los objetivos, al inicio del trabajo en grupo, es importante conocer y compartir las expectativas y temores de los participantes. Estas serán recogidas a través de una lluvia de ideas, la cual se efectuará en plenaria, visualizando las ideas en un papelógrafo, las expectativas y temores servirán para la evaluación del trabajo, por lo que se conservarán para la fase final.

Presentación de Participantes.

Al iniciar es importante dedicar el tiempo necesario para crear un ambiente propicio a la participación de todos, de manera que los participantes puedan relajarse, sentirse en plena confianza y empezar a conocerse. Para ello lo más recomendable es comenzar con dinámicas de animación e integración que aseguren tales condiciones. Del nivel de familiaridad que tenga el grupo y del tema a tratar dependerán los aspectos a tomar en cuenta en la presentación.

Presentación de los miembros del grupo.

Técnica de presentación: ¿Te conozco?

Una vez terminada la parte de la presentación se hace referencia a los resultados del diagnóstico efectuado donde se aprecian las necesidades cognoscitivas que existen con respecto al tema de la sexualidad en adolescentes portadores de retraso mental, las definiciones herradas que existen sobre esta temática, se les explica a todos los miembros del grupo la forma de trabajo grupal que predominará, los horarios y todos los aspectos organizativos necesarios para comenzar de manera organizada la intervención, además se hará énfasis en el porqué se desarrolla este tipo de investigación y los temas que se tratarán.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo y plumones.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad #2. ¿Qué causas provocan el retraso mental?

Todos los padres tienen la experiencia del día que le informaron el diagnóstico de sus hijos, en esta sesión se invita al genetista del área de salud para explicar con un lenguaje muy sencillo a todos los padres y familiares las causas del retraso mental, se intercambiarán experiencias, se aclararán todas las dudas y al finalizar se aplicará una técnica participativa para cerrar la sesión de trabajo.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo y plumones.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad # 3. Adolescencia y principales características de esta etapa.

Esta actividad es importante y se debe desarrollar en un ambiente agradable, se debe propiciar el diálogo franco y el intercambio, se hará referencia a todos los cambios que ocurren en la etapa de la adolescencia y todas las contradicciones psíquicas y sociales que aparecen en esta etapa de la vida en la que ellos se encuentran, cómo afrontar esos conflictos y vivir esta etapa de manera intensa y sin preocupaciones.

Técnica Participativa: ¿Qué trae tu huevo?

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo y plumones, tirillas de papel.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad # 4. ¿Qué es la Sexualidad?

Definición de Sexualidad. Nacimiento de la sexualidad.

En esta oportunidad se comienza a explicar la definición de sexualidad, se debe explicar el significado amplio de la sexualidad ya que muchas personas lo desconocen, se utilizará un lenguaje técnico pero acorde con el nivel de escolaridad recordando la heterogeneidad del grupo, es importante que queden claros todos los aspectos relacionados con la sexualidad, su nacimiento, la identidad sexual, por los tabúes y prejuicios que existen aún en nuestra sociedad.

Esta actividad contendrá los elementos médicos y biológicos de la sexualidad humana, lo que genéricamente se denomina la información sexual. Hay que poner en relación el desarrollo físico general y el desarrollo físico sexual. Hay que enseñar los nombres y las funciones de todas las partes del cuerpo. Tiene especial importancia el tratamiento de los aspectos reproductivos (concepción, embarazo y parto), en donde hay que abordar también la preparación para la maternidad / paternidad, la planificación familiar y la contracepción. Finalmente, hay que abordar todo lo que se refiere a la higiene sexual y a las enfermedades de transmisión sexual.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo y plumones.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad # 5. Conciencia de la propia intimidad y pudor.

Serían los elementos psicológicos de la sexualidad humana. En este bloque hay que atender a todos los aspectos ligados a la madurez psicosocial de la sexualidad. Hay que abordar el tema de los sentimientos, la sensualidad o el erotismo, las relaciones sexuales y su significado como entrega y compromiso, la castidad. Mención aparte merecen el pudor y la intimidad personal. Se trata, sobre todo, de instruir al educando sobre los contactos malos e inconvenientes que debe evitar.

Hay tres aspectos básicos que se deben enseñar:

- Nadie tiene derecho a tocar tus partes íntimas.
- Nadie tiene derecho a obligarte a tocar las partes íntimas de otro.
- Si te piden que toques las partes íntimas de otro o si alguien toca las tuyas, no debes guardarlo como un secreto. Debes decírselo a tus padres, incluso si prometiste no hacerlo o te amenazan con que te ocurrirá algo horrible si lo cuentas.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo y plumones.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad #6. El ejercicio de la sexualidad: felicidad, placer, amor y responsabilidad.

Hay que hacer comprender a la familia la importancia del afecto, de la estima personal y de la valoración del otro en las relaciones interpersonales, insistiendo en la necesidad de no utilizar a la otra persona para la consecución de la propia satisfacción sexual y en la idea de compromiso y estabilidad. La persona debe comprender que a mayor autonomía, mayor responsabilidad, y debe asumir que el ejercicio de su sexualidad tiene que estar presidido por criterios de respeto y responsabilidad, no por caprichos o impulsos egoístas y narcisistas.

Uno de los criterios es la necesidad de no tratar nunca a un retrasado mental como a un niño normal más joven y del mismo nivel mental.

Cada edad tiene unas características que habrá que observar también en el ámbito de la sexualidad. Se nace sexuado, pero el individuo se va haciendo sexualmente maduro.

El papel del educador es fundamental en el proceso educativo. Este debe saber interpretar la situación concreta en que se encuentran las personas a las que su acción

va dirigida, y en particular, su intervención debe disminuir progresivamente a medida que el sujeto avanza, para potenciar las actitudes y posibilidades de ese adulto en gestación: la autonomía marca el final de su intervención y califica el nivel regulador de la conducta adulta.

La educación en el amor presupone la individualidad y comunica el valor de ser alguien concreto y de no diluirse en un colectivo. Esto exige del educador establecer una relación personalizada con cada uno de los individuos que componen el grupo, asumiendo que el ser humano es una persona única e irrepetible.

La aceptación de la propia identidad sexual, la adquisición de rol de género, la actitud positiva o negativa hacia los estímulos sexuales, la seguridad o inseguridad emocional, la capacidad para expresar ternura en las relaciones, los modos de comunicación íntima, son elementos que no se aprenden tanto a través de una educación sexual formal como por la experiencia relacional con las personas de su entorno y por medio de los modelos que se observan en él.

Los elementos del ambiente, en mayor o menor grado, contienen numerosos mensajes explícitos e implícitos de naturaleza sexual que ejercen una gran influencia educativa no sólo en los niños y adolescentes.

No debe olvidarse que el retrasado mental tiende a amoldarse a su entorno con facilidad y que gran parte de su aprendizaje se realiza por imitación, tanto de modelos reales, como de modelos ejemplares.

Se hace necesario crear un ambiente escolar y familiar que haga posible y facilite la educación afectiva y sexual. Este clima comprende las condiciones materiales del lugar de trabajo, pero sobre todo el clima humano que se establece. Se ha de asegurar un ambiente de confianza que permita hablar abiertamente y con naturalidad de la sexualidad y plantear las preguntas que consideren oportuno.

Hay que ayudar a los adolescentes a establecer los valores apropiados, alentándolos mejor que censurándolos, proporcionando informaciones y respuestas ajustadas a sus preguntas, ofreciendo razones y motivos para las opciones que se hacen y que se pide que se hagan al alumno. Todo ello en un ambiente de cercanía, de camaradería, natural, positivo, sin tensiones, con paciencia y tranquilidad.

Contradice esta norma, por ejemplo, la intervención brusca para bloquear hábitos inadecuados, como puede ser la manipulación de los genitales, bien sea en privado o en público. Esa represión debería realizarse siempre, por el contrario, con mucho tacto y finura, respetando las exigencias de los distintos estadios del desarrollo humano, evitando cualquier recurso a la intimidación y al miedo, fomentando una actitud positiva y de máximo respeto por la libertad y la intimidad de la persona. Se debe educar con el diálogo y para el mismo, en una escucha franca y abierta, que el alumno debe sentir.

También hay que prestar atención al lenguaje que se utiliza, que deberá ser lo más objetivo posible. Hay que emplear las expresiones más adecuadas, lo cual significa que el lenguaje no ha de ser vulgar y que el educando debe entenderlo realmente. La claridad y la delicadeza deben conjugarse con un lenguaje técnico pero asequible al alumno.

Para que la persona con retraso mental pueda encontrar un papel normalizado e integrado en la sociedad, es necesario que esté inserto en una solidaridad que, superando intereses de grupo, le preste un constante apoyo en todo el curso de su existencia sin que ello pueda suponer una menor valoración de su dignidad personal.

Los retrasados mentales no necesitan estar siempre guiados por adultos que “buscan su bienestar” y quieren por ello someterlos a una tutela permanente, sino que requieren el derecho y la oportunidad de tomar sus propias decisiones, equivocándose, corrigiendo y volviendo a hacer.

Las mujeres y los hombres que padecen discapacidad intelectual grave rara vez tienen relaciones sexuales. Sin embargo, la mayoría de las personas que sufren de discapacidades intelectuales leves desean tanto tener relaciones sexuales como los miembros de la población en general. Además, generalmente su fertilidad no ha sido afectada.

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

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

Entre las cuestiones relativas al suministro de diversos métodos anticonceptivos para las personas que tienen retraso mental figuran las siguientes:

Anticonceptivos orales: Entre las desventajas del uso de AO figura el hecho de que muchas personas retrasadas mentales no pueden deglutir las píldoras. Así mismo, el uso de AO debe supervisarse muy de cerca, y debe evaluarse su interacción con otros medicamentos. Sin embargo, el uso de este método suele ser muy bueno y tiene la ventaja de disminuir el flujo menstrual en las mujeres que tengan dificultades con la higiene menstrual.

Inyectables: El uso a largo plazo de inyectables sólo de progestina a menudo causa amenorrea, lo cual puede ser una ventaja respecto a la higiene menstrual. Los inyectables mensuales que contienen una combinación de estrógeno y progestina producen ciclos menstruales más regulares. Cualquiera de este tipo de inyectables puede ser adecuado, según las necesidades y los deseos particulares de la mujer. Unos investigadores estadounidenses que establecieron un consultorio modelo para abordar las inquietudes relacionadas con la salud reproductiva de 37 mujeres retrasadas mentales observaron que incluso las menstruaciones regulares podían causar graves problemas de higiene. No obstante, cinco de las mujeres atendidas consideraban que el ciclo menstrual mensual era un buen signo de normalidad.

DIU: Generalmente los DIU no se recomiendan para las retrasadas mentales, dado que posiblemente estas personas no puedan notificar complicaciones médicas dolorosas o molestas, si ocurrieran.

Métodos de barrera: Generalmente el uso de estos dispositivos no es fiable, a menos que los pacientes retrasados mentales tengan un alto grado de iniciativa, capacidad de entender y destreza manual.

Esterilización: Nadie puede someterse a la esterilización sin haber comprendido plenamente el procedimiento y sin su pleno consentimiento. La mayoría de las mujeres y de los hombres retrasados mentales pueden comprender el significado de la esterilización y, si son esterilizados contra su voluntad, pueden sufrir graves consecuencias psicológicas. En este grupo demográfico la cirugía ginecológica, en sí, entraña riesgos médicos, entre los cuales figuran la neumonía por aspiración y tasas elevadas de infección debido a trastornos subyacentes.

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

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

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, papelógrafo, plumones y objetos reales.

TIEMPO: 6 horas aproximadamente distribuidas en 3 sesiones de trabajo.

Actividad # 7. ¡“Ábrete Sésamo”!

En esta han de tratarse los aspectos relacionados con la anatomía y fisiología sexual. Se les explicará a los padres la importancia de que sus hijos conozcan las diferentes partes de su cuerpo - tales como pene, vulva, vagina, ano, senos - conocer su cuerpo y el del sexo opuesto y aprender sus funciones normales. Todos tenemos derecho a conocer como funciona nuestro cuerpo, las partes que lo componen e higiene personal de las mismas así como el auto cuidado, el baño diario, la limpieza de los genitales y las axilas. Se le informará la ocurrencia de fenómenos como menstruación, poluciones nocturnas, masturbación. Se preparará a los padres para que enseñen a sus hijos la exploración y conocimiento del propio cuerpo, incluyendo las diferencias entre los niños y las niñas. Los padres partirán a nivel concreto del propio cuerpo de los niños y del proceso de identificación sexual, para pasar al manejo mediante láminas o dibujos.

Mediante actividades como juego de roles, dramatizaciones, cuentos, se desarrollarán y reforzarán los patrones de conductas sexuales sanas y desarrolladoras. Se pueden usar figuras o personas importantes para el educando en el manejo del proceso de identificación.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, láminas y plumones.

TIEMPO: 2 horas aproximadamente.

Actividad # 8. Solos mi cuerpo y yo.

“Cuando mis hijas eran pequeñas ignoraban constantemente mis intentos sobre el respeto a la intimidad. Esto es corriente, pero resulta difícil cuando vives en una casa pequeña con un único cuarto de baño. Después de darle vueltas, me di cuenta que estaban modelando mi conducta. Necesitaba ayudarles a comprender la importancia de la intimidad para mí y para ellas. Empecé a modelar la conducta que esperaba conseguir en ellas: dar golpecitos en las puertas y esperar su respuesta antes de entrar en el cuarto de cada una. Cuando irrumpían en mi cuarto, les pedía que llamaran antes a la puerta. Cuando se daban una ducha, hablaba a través de la puerta en lugar de entrar en el cuarto de baño. Si necesitaban ayuda, les ayudaba y después les hacía saber que me iba para dejarles en su intimidad. Dejamos de hablar de las cosas privadas, como por ejemplo las funciones del cuerpo, en lugares públicos como en la mesa o en el cuarto de estar, un hábito que aprendieron observando a su abuela. Aunque mi hija pequeña captó el concepto de respetar una puerta cerrada, a menudo observaba las idas y venidas en el cuarto de su hermana mirando por los cristales de su puerta antigua. Sentía la necesidad de saber lo que hacía su hermana mayor y de interpretar por qué lo hacía. Cosí una cortinilla para cubrir los cristales de mi hija mayor y traté de ayudar a mi hija menor a que comprendiera los modos sutiles con que estaba violando los derechos a la intimidad de su hermana. Nos queda todavía un largo camino por recorrer, pero mi hija ahora es capaz de verbalizar cuando desea estar en su intimidad.”

Se trabajará en esta sesión con este testimonio el cual será leído por el Psicólogo que dirige la actividad una vez que se termine su lectura se pasará a comentar lo escuchado y después y se abordará el concepto de intimidad como algo que debe enseñarse muy pronto.

Para los hijos sin discapacidad, se les puede introducir el concepto de intimidad tan pronto como a los tres o cuatro años. La misma regla sirve para los hijos con discapacidad. El mejor modo de enseñar la intimidad es ofrecer modelos.

Se les enseñará a los miembros a través de la lectura de testimonios la comprensión del término "intimidad", del contacto y del afecto sano para el sano desarrollo sexual. Las caricias cariñosas, los contactos amorosos y el afecto ayudan a los hijos a conocer lo que sentimos hacia ellos y les da un sentimiento de valía y de bienestar. Pero además a respetar sus espacios personales, evitar apretones pellizcos y otras conductas de este tipo, que por bien intencionadas que sean hacen perder el sentido de lo que es apropiado. Se les explicará que tanto la masturbación como el autoerotismo y la autoexploración son conductas propias de cualquier persona, ha de enseñárseles entonces:

- Su hijo ha de saber que tocar su pene o su vulva es una conducta íntima. Por tanto, esta conducta requiere que se mantenga en un lugar privado, preferentemente su cuarto con la puerta cerrada.
- Ha de andar desnudo solo en su cuarto o el baño, modelando la necesidad de cerrar la puerta del baño y de NO andar desnudo delante de otros ni por los diferentes espacios de la casa.
- Manejar el respeto de la privacidad, permitiendo al educando momentos para estar solo sin vigilarlo o espiarlo, permitirle en la medida de lo posible su puerta cerrada y acostumbrarse a tocar antes de entrar, el dejarle ser independiente en su momento para usar el baño, incluyendo privacidad al bañarse y al vestirse.
- Dejarle ser independiente en su momento para usar el baño, incluyendo privacidad al bañarse y al vestirse.
- Pida "permiso" antes de tocar.
- Pedir permiso ayuda a suscitar un sentimiento de propiedad. Adopte un tono "privado" de voz que sea más suave, más delicado, más silencioso que su tono habitual de conversación. Si su hijo tiene limitaciones verbales, déle tiempo para que responda a su manera. Pregunte primero, toque después.
- Describa lo que está haciendo. Usando los mismos tonos suaves, describa lo que va a hacer y hable después mientras le toca. Explique lo que está haciendo y

por qué. Esto anima a su hijo a hacer preguntas, a sentirse implicado en el proceso, enseña a su hijo el lenguaje sobre su cuerpo, y le causa una sensación de seguridad.

- Facilite la participación. Como padres, nuestro objetivo para nuestro hijo con discapacidad tendrá que ser una participación parcial en el contacto necesario. Si, por ejemplo, le está enseñando las habilidades de higiene, uno de sus objetivos sería dejar que el niño se lave mientras le dirige a través de las cortinas de la ducha.
- Comunicación. Hable a su hijo después de que haya tenido el contacto, descúbrale lo que ha hecho. Por ejemplo, "acabamos de lavar juntos todo el cuerpo, ahora ya está limpio y listo para empezar el día". Comentar los contactos y los sentimientos sobre el contacto facilita el camino para seguir haciendo comentarios en el futuro.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, láminas y plumones.

TIEMPO: 1 hora aproximadamente.

Actividad # 9. De Padre a Padre.

"Claro, para usted que es el experto, es fácil decir que tienen derecho a casarse o tener familia... como no es su hijo". O bien: "¡Ya tengo suficiente con él (o ella) para encima hacerme cargo de otro!". O, "si dejo que tenga novia y que se case deberé cuidar también a su hijo".

Este comentario tomado de un texto que se relaciona con el tema investigado sirve para abrir la sesión de trabajo, una vez que se lea en voz alta se dará paso al análisis y posteriormente servirá para promover un espacio de comunicación e intercambio entre los padres participantes y otros padres de hijos con discapacidad que dejaron que se casaran. En este espacio se compartirán las problemáticas y las soluciones que encontraron, así como el tipo de apoyo que hubo que proporcionar, entre otros asuntos. Este intercambio permitirá que los participantes se hagan conscientes de las posibles alternativas y que disminuya su sensación de soledad al constatar que otros han pasado por similares situaciones y que han encontrado soluciones positivas.

MATERIALES: Lápices, hojas blancas, láminas y plumones.

TIEMPO: 1 hora aproximadamente.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al realizar el diagnóstico, previo a la elaboración del sistema de actividades que se implementará se obtuvieron los resultados que a continuación se exponen.

Tabla No.1 Grado de parentesco de los participantes con los adolescentes portadores de retraso mental.

| Parentesco | No | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| Madre o Padre | 20 | 86.9 |
| Hijo(a) | - | - |
| Tío(a) | 1 | 4.4 |
| Primo(a) | - | - |
| Sobrino(a) | - | - |
| Tutor | 2 | 8.7 |
| Otro tipo de parentesco | - | - |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla #1 se pudo comprobar que predominó como grado de parentesco de los participantes en un 86.9% la participación de los padres, cuestión esta muy importante pues son ellos los pilares en la educación de sus hijos y resultará conveniente que sean los que participen en la implementación del sistema de actividades educativas elaborado.

Tabla No.2 Conocimientos que poseen las familias sobre la educación sexual de sus hijos.

| Conocimientos sobre la educación sexual. | No | % |
|--|-----------|------------|
| Bien | 2 | 8.7 |
| Regular | 6 | 26.1 |
| Mal | 15 | 65.2 |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla #2 se puede apreciar que el 65.2% de los encuestados fueron evaluados de mal en cuanto al conocimiento que poseen de manera general sobre la educación sexual a desarrollar con sus hijos adolescentes.

Tabla No.3 Conocimientos sobre las causas que originan el retraso mental.

| Conocimientos sobre las causas que originan el retraso mental | No | % |
|--|-----------|------------|
| Si | 6 | 26.1 |
| No | 17 | 73.9 |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

En esta tabla (#3) se muestran los conocimientos que poseen los padres o familiares sobre las causas de la discapacidad que poseen sus hijos, siendo representativo en el 73.9% de los casos la respuesta No, es decir que desconocen por qué ocurre el retraso mental cuestión muy importante pues si conocieran por qué sus hijos son especiales pueden contribuir de una manera mejor a su educación y enseñanza.

Tabla No.4 Conocimientos sobre la definición de sexualidad.

| Conocimientos sobre la definición de sexualidad. | No | % |
|---|-----------|------------|
| Si | 5 | 21.7 |
| No | 18 | 78.3 |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla #4 se muestra que el 78.3% de los encuestados manifiestan no tener conocimiento sobre la definición de sexualidad, la mayoría asocia este término a las relaciones maritales que se establecen entre un hombre y una mujer y no tiene en cuenta lo rico del término y todas las cuestiones que encierra.

Tabla No.5 Medio que más información les han brindado sobre cómo educar la sexualidad en sus hijos.

| Medio que más información les han brindado. | No | % |
|--|-----------|------------|
| Familia. | 5 | 21.7 |
| Amigos. | 6 | 26.1 |
| Centros escolares. | 3 | 13.1 |
| Medios de comunicación. | 4 | 17.3 |
| Médico y enfermera. | 3 | 13.1 |
| Libros y revistas. | 2 | 8.7 |
| Otras. | - | - |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

Pocos han sido los esfuerzos por elevar la calidad de vida de las personas discapacitadas y escasos han sido los medios para lograrlo. En el caso específico de la educación de la sexualidad y la forma a través de la cual los padres y familiares han recibido información, según la encuesta y representado por el 26.1% la mayoría se informó a través del grupo de amigos, es necesario que los medios de comunicación masivos aborden estos temas con mayor frecuencia y la escuela logre el papel protagónico a través de varios métodos o acciones de educación para la salud.

Tabla No.6 Preparación que poseen los padres o familiares para enfrentar la educación sexual de sus hijos.

| Conocimientos sobre cómo enfrentar la educación de la sexualidad de sus hijos. | No | % |
|---|-----------|------------|
| Si | 6 | 26.1 |
| No | 17 | 73.9 |
| No lo considero necesario | - | - |
| Total | 23 | 100 |

Fuente: Encuesta

La tabla #6 muestra que el 73.9% de los encuestados manifestaron que no saben cómo enfrentar al educación de la sexualidad de sus hijos retrasados mentales esta tarea les provoca temor por lo que se hace necesario realizar actividades educativas en este sentido.

CONCLUSIONES

- A través del análisis y estudio de la bibliografía consultada se determinó la evolución histórica en el abordaje de la familia y la educación sexual en personas con retraso mental.
- Se sistematizaron las concepciones actuales sobre la educación sexual en personas retrasadas mentales.
- Se diagnosticó el nivel de conocimientos que poseen las familias sobre la discapacidad que poseen sus hijos/as.
- Se elaboró un sistema de actividades educativas que permitirá preparar a las familias de adolescentes retrasados mentales en cuanto a la educación de su sexualidad, basada fundamentalmente en actividades dinámicas y utilizando como forma fundamental el trabajo en grupo por los beneficios que aporta esta forma de trabajo.

RECOMENDACIONES

- Continuar la aplicación de acciones educativas sobre estos temas que tanto preocupan a las familias, en coordinación con instituciones de salud del territorio.
- Incluir a los medios de comunicación masiva y los dirigentes del sistema de salud en la divulgación de dichos temas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amador Martínez, Amelia y otros. El adolescente cubano: una aproximación al estudio de su personalidad.
2. American Association on Mental Retardados. «Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo». Alianza Psicología. Versión española. Madrid, 1997.
3. Bell Rodríguez, Rafael. Convocador por la diversidad. Ed. Pueblo y Educación. La Habana, 2002
4. Canessa P, Nykcel C. Manual para la educación en salud integral del adolescente: la adolescencia como etapa del desarrollo. Washington DC: OPS, 1997. p. 1-3.
5. Carpeta didáctica de educación afectiva sexual. «Guía didáctica del profesorado». Programa Harimaguada. Promoción Educativa. Canarias, 1994.
6. Castro a; Pedro Luis. El amor transformó su vivir. Ed. Educación. 84 enero-abril.
7. _____ Las investigaciones en educación sexual de los discapacitados. Conferencia impresa. C. Habana 2000.
8. _____ ¿Qué hacemos por la educación sexual de los niños y adolescentes discapacitados? ICCP. C. Habana, 2000.
9. _____ El taller de Educación Sexual con escolares discapacitados. Material impreso ICCP. C. Habana, 2000.
10. Colectivo de autores. Dinámica de grupo es educación: su facilitación, Ed. Pueblo y Ed.
11. Comunicación y lenguaje: Instituto Internacional de teología a distancia. Madrid, 1998.
12. Disponible en Infomed www.sld.cu Salud para la vida. Riesgo preconcepcional Febrero 6, 2006.
13. Disponible en www.saludfemenina.com Cuidando de Usted personal y profesionalmente. Asesoría preconcepcional. [Enero 23 2006].
14. Disponible en Salud para ellas www.saludparaellas.com Asesoría

preconcepcional. [Noviembre 8 2005].

15. González Hernández A. La sexualidad del adolescente. *Sexología y Sociedad* 2001; 7(17):4-11.
16. L. S. Vigotsky. *Obras Completas*. Tomo V. Editorial Pueblo y Educación, 1989.
17. Lauger Ana. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Adolescencia*. Boletín bimestral de la unidad de investigación epidemiológica y en servicios de salud del adolescente. 1996; Año 1 (3):5- 8.
18. Ortiz Li C. Consulta médica. *Periódico Granma* 2001 Sept. 24; p. 8.
19. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia en ginecología infanto-juvenil. Su importancia. La Habana: SOCUDEP, 1996. p. 30-4.
20. Peláez Mendoza J. Varón adolescente: responsabilidad sexual y anticoncepción. *Sexología y Sociedad* 1997; 2(8):6.
21. Schwarcz R, Uranga A, Lomuto C, Martínez I, Galimberti D, García OM, et al. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud Argentina 2001; 18 – 26.
22. Torres G, Martha. *Familia, unidad y diversidad*. La Habana. Editorial Pueblo y Educación ,2003. Peláez Mendoza J. Adolescencia y anticoncepción. *Sexología y Sociedad* 1995; 1(3):12-3.

ANEXOS

Anexo 1

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de una investigación que me permitirá elevar mi preparación sobre la orientación sexual a mi hijo/as discapacitado/a intelectual, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos.
(Padre o representante)

Firma

Investigador.

Firma

Fecha _____

Anexo 2

Encuesta.

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con la sexualidad de las personas portadoras de discapacidad intelectual, necesitamos su colaboración y le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, no es necesario escribir su nombre pues el estudio no lo requiere.

Muchas gracias.

1-Marca qué parentesco tienes con la persona que posee el diagnóstico de retraso mental.

Madre o Padre Hijo(a) Tío(a) Primo(a)
 Sobrino(a) Tutor Otro tipo de parentesco

¿Cuál? _____

2- ¿Qué edad tiene su hijo/a o familiar? _____

3-¿Conoce las causas que provocan el retraso mental?

Si _____ No _____

4-¿Conoces la definición de sexualidad?

Si _____ No _____

Si la respuesta es afirmativa a continuación escribe ¿Qué es para ti la sexualidad?

5- ¿Cuál es el medio que más información te ha brindado sobre cómo educar la sexualidad en tu hijo discapacitado?

Marque el más importante.

- a) Familia.
- b) Amigos.
- c) Centros escolares.
- d) Medios de comunicación masivo.
- e) Médico y enfermera.
- f) Libros y revistas.

___ Otras.

6- ¿Se encuentra preparado para enfrentar la educación de sus hijos?

Si___ No___ No lo considero necesario___

7-¿Sobre qué temas te interesaría aprender?
