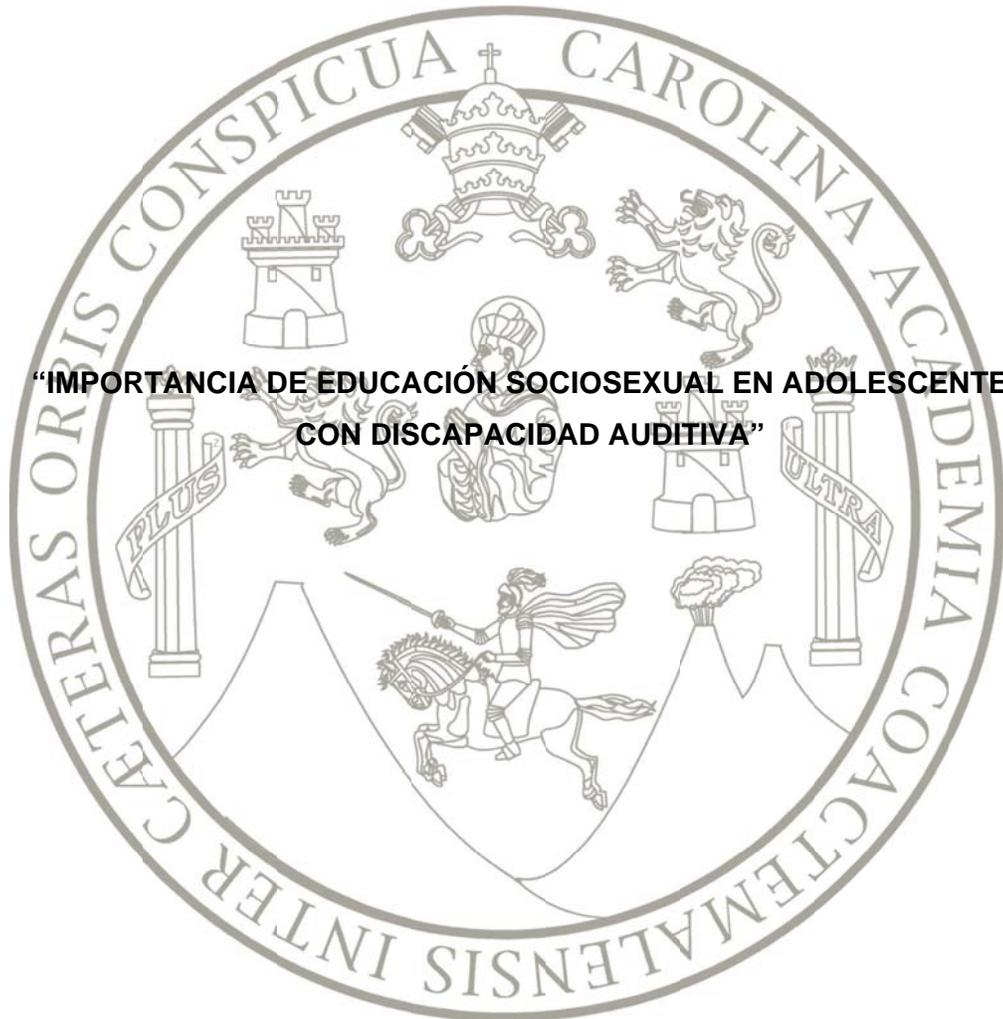


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEP´s-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**



**“IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”**

**MORI ANDREA CARÍO BURGOS
MARIAN ALEXIS GARCÍA CHAPETÓN**

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2011.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEP’s-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES
CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**MORI ANDREA CARÍO BURGOS
MARIAN ALEXIS GARCÍA CHAPETÓN**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PROFESORAS EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

TÉCNICOS UNIVERSITARIOS

GUATEMALA, OCTUBRE DEL 2011.

**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**



**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE EL CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 366-2011
DIR. 1,605-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

10 de octubre de 2011

Estudiantes

Mori Andrea Carío Burgos
Marian Alexis García Chapetón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS GUIÓN DOS MIL ONCE (1,582-2011)**, que literalmente dice:

"MIL QUINIENTOS OCHENTA Y DOS": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA"**, de la carrera de Profesorado en Educación Especial, realizado por:

Mori Andrea Carío Burgos
Marian Alexis García Chapetón

CARNÉ No. 2004-16306
CARNÉ No. 2004-16342

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Silvia Elizabeth Guerava de Beltetón y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

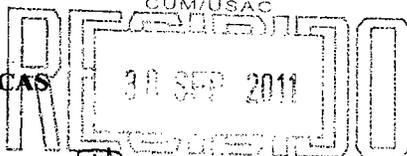
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Labour-Lizola
DIRECTOR INTERINO





Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs 366-2011
REG: 247-2007
REG: 357-2011

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-

9ª Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: uacpsic@usac.edu.gt

FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 Registo: 247-07

INFORME FINAL

Guatemala, 29 de Septiembre 2011

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA.”

ESTUDIANTE:
Mori Andrea Carío Burgos
Marian Alexis García Chapetón

CARNÉ No:
2004-16306
2004-16342

CARRERA: Profesorado en Educación Especial

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 28 de Septiembre 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 28 de Septiembre 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

[Signature]

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos
COORDINADOR



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usnc.edu.gt

CIEPS 367-2011

REG: 247-2007

REG 357-2011

Guatemala, 29 de Septiembre 2011

Licenciado Helvin Orlando Velásquez Ramos: M.A. Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciado Velásquez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA."

ESTUDIANTE:

Mori Andrea Carío Burgos

Marian Alexis García Chapetón

CARNE

2004-16306

2004-16342

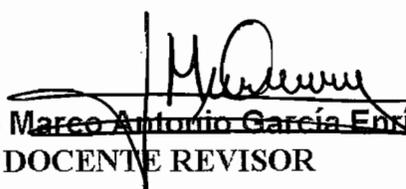
CARRERA: Profesorado en Educación Especial

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 22 de Septiembre 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"




Licenciado ~~Marco Antonio García Enríquez~~
DOCENTE REVISOR

Arelis./archivo

Guatemala, 23 de agosto del 2011

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigación
Psicología –CIEP´s- “Mayra Gutiérrez”
CUM

Estimada Licenciada Álvarez

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido de INFORME FINAL de investigación titulado **“Importancia de Educación Sociosexual en adolescentes con discapacidad auditiva”** realizado por las estudiantes Mori Andrea Carío Burgos, carné 200416306 y Marian Alexis García Chapetón, carné 200416342.

El trabajo fue realizado a partir del 29 de enero del 2007 Hasta el 19 de agosto del 2011.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEP´s por lo que envié DICTAMEN FAVORABLE y solicito que se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular me suscribo,

Atentamente,



Licda. Silvia Elizabeth Guevara de Beltetón
Psicóloga y Profesora en Educación Especial
Colegiada 5,027
Asesora de Contenido



Guatemala 19 de octubre de 2009

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de investigación en Psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez "
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Álvarez:

Deseándole éxitos al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes Mori Andrea Carío Burgos, carné 200416306 y Marian Alexis García Chapetón, carné 200416342, realizaron en esta institución, entrevistas, la presentación del proyecto y grabación de videos, a maestros que trabajan en CECSA (Centro Educación Continuada para Sordos Adultos), como parte del trabajo de investigación titulado "**IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**" en el periodo comprendido del 21 de febrero al 17 de octubre del 2009 en el horario de 16:00 a 17:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que sentimos satisfechos de a ver contribuido en este proyecto, que beneficiará a la población con discapacidad auditiva.

Sin otro particular, me suscribo,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Flor de María Soto Canizales', written over a horizontal line.

Licda. Flor de María Soto Canizales
Directora del Colegio "Los Pioneros"

Teléfono 22560266



POR MORI ANDREA CARÍO BURGOS

MARILYN CAAL DE CHANG
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADA 5,704

ROSA PÉREZ DE CHAVARRÍA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADA 3,452

POR MARIAN ALEXIS GARCÍA CHAPETÓN

CLAUDIA RENEÉ GARCIA CHAPETÓN
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADA 1,798

ROSA PÉREZ DE CHAVARRÍA
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
COLEGIADA 3,452

DEDICATORIA

Mori Andrea Carío Burgos

A DIOS

Por estar siempre con nosotras y regalarnos la bendición de haber culminado con satisfacción nuestro proyecto.

A MI ESPOSO Y EN ESPECIAL A MI HIJA DANNA SOFÍA

Quien ha sido mi mayor motivación para ser cada día mejor, gracias por ser la razón de mi vida.

A MIS PADRES RAÚL Y MIRSA

Quienes me han dado su amor y apoyo incondicional en todo momento y que son mi orgullo y ejemplo de superación.

A MIS HERMANAS YUMI, KIMI Y A MI HERMANO RAÚL

Que siempre han estado cuando más los he necesitado dándome siempre su cariño, gracias por todo.

A LISMENIA

Gracias por su apoyo

A MIS AMIGAS Y AMIGOS

Gracias por su amistad

A MI AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS

Marian con quien pasamos momentos difíciles, alegres, vergonzosos y divertidos a lo largo de todo nuestro proyecto. Gracias amiga.

DEDICATORIA

Marian Alexis García Chapetón

A DIOS

Por darme sabiduría y paciencia para culminar este proceso.

A MIS PADRES

Mario René García Orellana y Gloria Alexis Chapetón Quiñónez por su amor y apoyo incondicional.

A MIS HERMANA Y HERMANO

Claudia Reneé García Chapetón y Rodrigo Mario José García Chapetón por su amor, amistad y apoyo.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS

Por su amistad y apoyo incondicional.

A MI COMPAÑERA

Mori por su paciencia, apoyo y comprensión en este precioso proyecto.
Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

- A Guatemala patria que nos vio nacer y a quien deseamos honrarle y servirle.
- A la Universidad de San Carlos de Guatemala, alma mater del conocimiento, por ser la casa de estudios en donde a través de la Escuela de Ciencias Psicológicas nos fue factible obtener la base para realizar esta investigación.
- A la Licenciada Silvia Guevara de Beltetón por habernos asesorado, en este trabajo de investigación y permitir que este llegara a su final.
- Al Licenciado Marco Antonio García Enríquez por su valiosa participación en el proceso de este trabajo de investigación haciéndolo de una manera muy profesional.
- A la Licenciada Claudia Reneé García Chapetón, graduada de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana Cuba, por la invaluable motivación y asesoría profesional que nos brindó durante el desarrollo de la investigación.
- A la Licenciada Rosa Chavarría por su valiosa motivación y apoyo en el proceso.
- A los catedráticos Licenciada Paquita Velázquez, Gabriela Velázquez y Marco Cansinos por su colaboración en el desarrollo del proyecto.
- Al Colegio "Los Pioneros" por prestarnos sus instalaciones para llevar a cabo este trabajo de investigación.
- A los y las diseñadoras gráficas, a los encargados de grabación, edición, programación, revisora de redacción y ortografía, gracias por su valiosa colaboración.

Gracias a todos y todas por ser parte fundamental

ÍNDICE

	Págs.
RESUMEN	2
PRÓLOGO	3
CAPÍTULO I	4
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA MARCO TEÓRICO	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
MARCO TEÓRICO	6
Educación Especial en Guatemala	6
Educación Especial	12
Historia de la Educación Especial	13
Actuación de la Educación Especial	15
Alumnos con alteraciones en su conducta	15
Alumnos con dificultades en el aprendizaje	16
Alumnos con deficiencia mental	16
Alumnos con discapacidades físicas	17
Alumnos con dificultades en la visión	17
Alumnos Superdotados	18
Autismo	18
Alumnos con déficit auditivo	19
La sordera y la pérdida de la capacidad auditiva	19
Clasificación para estudiar el Déficit Auditivo	22
Clasificación según el Origen y/o Etiología	24
Déficit auditivo de "Percepción"	27
Respecto a la Educación Sociosexual	29
Delimitación	34

CAPÍTULO II	36
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	36
Técnicas y procedimientos de trabajo	36
Instrumentos de recolección de datos	37
CAPÍTULO III	38
Presentación, Análisis e interpretación de resultados	38
Características del lugar	38
Características de la población	38
Manual	39
CAPÍTULO IV	40
Conclusiones	40
Recomendaciones	40
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	43
ENTREVISTA	44

RESUMEN

“IMPORTANCIA DE EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”

Mori Andrea Carío Burgos

Marian Alexis García Chapetón

Esta investigación es una contribución para la comunidad de adolescentes que tienen déficit auditivo, creando un manual interactivo que enseñe Educación Sociosexual a adolescentes. Este será dinámico e interactivo, está constituido por un manual con información relacionada a las temáticas Sociosexuales, incluye hojas de trabajo, un CD donde está la explicación en video con el lenguaje de señas.

Uno de nuestros objetivos es que sea utilizado por el adolescente con déficit auditivo y otro, que sirva como apoyo didáctico al docente y guía de orientación para la familia, psicólogos, educadores especiales y estudiantes en formación.

Deseamos apoyar la educación Sociosexual de estos adolescentes con déficit auditivo, los cuales experimentan relaciones sexuales precoces y están caracterizados por ser promiscuos, al apoyar la educación Sociosexual se previenen enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, madres solteras, al mismo tiempo se conocen y valoran los procesos del ser humano, como el ciclo de la vida, desarrollo humano, entre otros.

La creación de este manual, se basará en el apoyo de la entrevista abierta a educadores con experiencia de trabajo con adolescentes con déficit auditivo, quienes brindarán información acerca de la metodología que actualmente es utilizada para la enseñanza y desarrollo Sociosexual.

PRÓLOGO

El presente trabajo de investigación consiste en brindar un manual interactivo, el cual se elaboró según las necesidades de los adolescentes con déficit auditivo acerca de las temáticas relacionadas a su desarrollo Sociosexual. Cuenta con un manual escrito con ejercicios para cada tema, los cuales podrían ser aplicados individual, grupal y profesionalmente, para así obtener una orientación, formación y prevención Sociosexual.

Nuestro objetivo con la elaboración de dicho manual interactivo, es una contribución a la comunidad con déficit auditivo, sobre la importancia de la educación Sociosexual en la vida del ser humano, que potencialice un encuentro libre, pleno y responsable hacia otro ser y su propia sexualidad.

El manual interactivo, sirve para los adolescentes con déficit auditivo, Ofrece apoyo y oportunidad de desarrollo personal de cualquier nivel social; brinda conocimiento y apertura al desenvolvimiento social de este grupo. También aporta apoyo metodológico a padres, psicólogos, educadores especiales que ejercen y estudiantes universitarios, con el objeto que en un futuro pueda ser utilizado por la población en general.

El manual se elaboró creando una metodología acorde a las necesidades de los adolescentes con déficit auditivo para facilitar la enseñanza sobre la importancia de la educación Sociosexual en la vida del ser humano.

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

Consideramos que es de suma importancia promover la educación sexual en el aprendizaje del joven con déficit auditivo, ya que es uno de los aspectos que contribuyen a la formación y desenvolvimiento de la personalidad integral del individuo. Esta clase de educación debe ser fundamental en el desarrollo, crecimiento, madurez y capacidades intelectuales de la persona. Actualmente se ha enfatizado el tema de la educación sexual, sin embargo no se le ha dado la importancia que debe tener dentro del aprendizaje de todo individuo, debido a las limitaciones existentes en el proceso educativo así como la falta de interés e información sobre el desarrollo sexual, provocando problemas en el ámbito familiar y personal.

Otra de las limitaciones existentes es el tabú en todo lo relacionado con este tema, que no permite una información adecuada. Sin embargo, la aceptación o negación de su importancia origina diversos problemas a nivel particular o social, sobre todo se manifiesta en las relaciones interpersonales de los individuos limitando con ello su participación en la sociedad. En el caso del joven con déficit auditivo este problema no es ajeno a su formación especialmente en donde se van manifestando necesidades que forman parte de su desarrollo psicobiosocial. en la educación especial se le da importancia al aprestamiento físico, matemático, lecto-escrito, etc., desmereciendo importancia a la educación sexual, debido a la falta de métodos y técnicas que orienten y apoyen tanto a maestros como a padres de familia para la enseñanza de una educación sexual adecuada y científica que cubra las necesidades del joven con déficit auditivo.

Por lo que consideramos que el presente manual interactivo que contiene temáticas sobre la educación Sociosexual para jóvenes con déficit auditivo, será de gran ayuda para la enseñanza de la misma.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Proponer la creación de un Manual Interactivo especializado en la Educación Sociosexual para adolescentes con déficit auditivo, ésta población se encuentra propensa, a experimentar de manera equivocada la sexualidad debido que sus canales de aprendizaje son más visuales y prácticos.

La comunidad con déficit auditivo, es una población que carece del lenguaje verbal para comunicarse, tiene como consecuencia la falta de información adecuada para la práctica de una sexualidad plena, esta población se encuentra entre las más afectadas con relación a enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, madres solteras entre otras.

Es de gran inquietud, la falta de una metodología que informe a la comunidad con déficit auditivo sobre los temas de sexualidad. Metodología que debe corresponder a la prevención, la formación y rehabilitación en lo que a Educación Sociosexual se refiere.

Por lo cual, se realizará un manual interactivo de Educación Sociosexual con metodología didáctica consistente en lenguaje de señas e imágenes visuales claras, facilitando con éste el proceso de aprendizaje, dirigido especialmente a los adolescentes con déficit auditivo; a la vez con el objetivo de prevenir, formar y orientar a esta población.

El manual interactivo podrá ser utilizado por padres, psicólogos, educadores especiales y estudiantes en formación, para facilitar el proceso de enseñanza de la Educación Sociosexual a los adolescentes con déficit auditivo.

1.1.2 MARCO TEÓRICO

Educación Especial en Guatemala

La modernización de los métodos de investigación histórica se proponen el estudio de los hechos en su forma dinámica, valga decir, en su desarrollo; y tratan de establecer las relaciones de las causas con los efectos e inferir las leyes que rigen ese desarrollo.

Un descubrimiento importante de nuestro tiempo es el reconocimiento de que todos los hechos científicos están vinculados entre sí y que los hechos históricos tienen por lo tanto vínculos con los hechos económicos, políticos y culturales. La Historia de la Educación forma parte de la Historia de la Cultura; por lo tanto, el hecho pedagógico debe ser estudiado en su relación con los otros hechos de naturaleza cultural. La evolución de los ideales y sistemas pedagógicos tiene, como telón de fondo, la evolución social en su expresión material y espiritual.

La sociedad ha progresado a través de la historia por virtud de los cambios de orden material que se han dado en su seno, en lo referente a la producción de bienes materiales. El reflejo de esta evolución, determina cambios en la conciencia social, es decir, en su ideología política, jurídica y pedagógica. Esta es la razón por la cual la Educación debe progresar constantemente, dado que tiene que corresponder a los cambios que se producen en la elaboración de los satisfactores humanos y en las nuevas formas de producirlos.

El desarrollo de la sociedad demuestra que ha habido una evolución constante que va de la comunidad primitiva, pasando por las épocas de la sociedad esclavista y feudal, hasta la época del capitalismo actual.

La Historia de Guatemala ha recorrido esas etapas: La comunidad primitiva de los maya-quichés; la etapa esclavista, en su fase doméstica, en ese mismo pueblo; la etapa semifeudal, en la época de la Colonia, y la sociedad capitalista, que perdura hasta nuestros días.

La Historia de la Educación en Guatemala registra el progreso pedagógico, desde aquella educación espontánea y mimética de los maya-quichés, hasta la compleja educación, sistemática y planificada, que se realiza en nuestro tiempo. La educación, como fenómeno social, ha acompañado a la sociedad en su desarrollo; por lo tanto, los cambios pedagógicos producidos en el país, forman parte del desarrollo histórico en su conjunto.

Por razones didácticas, y de conformidad con el método de unidades culturales, hemos dividido la Historia de la Educación en Guatemala, en seis partes, a saber:

- Época Prealvaradiana, que comprende la vida de los pueblos maya-quichés, hasta la conquista de Guatemala iniciada en 1524.
- Época Colonial, que abarca los 300 años de la dominación española.
- Período que comprende desde el inicio de la vida independiente, que principia en 1821, hasta la dictadura conservadora de los 30 años.
- La Reforma Liberal, producida por virtud de la Revolución de 1871.
- Las cuatro primeras décadas de nuestro siglo, en que declina la dinámica revolucionaria liberal.
- La década de la Revolución democrática de Octubre, que se desarrolla entre 1944 y 1954.

La educación entre los pueblos maya-quichés, en correspondencia con la etapa de su desarrollo social, se caracterizó por ser espontánea y tradicional, aun cuando se advierte un rudimentario sistema educativo que se propone la

conservación y el acrecentamiento de la cultura. Esta acción educativa era desarrollada en las capas superiores de la sociedad, compuesta por guerreros y sacerdotes.

La educación durante el período colonial tuvo un carácter profundamente religioso y se desarrolló por medio de los conventos y monasterios. Era recibida por la población española, aunque no faltaron intentos de culturizar a la población indígena mediante la acción evangelizadora. Durante los trescientos años que perdura la vida colonial, se produce un fenómeno de transculturación espontánea y se desarrolla un sistema educativo que evoluciona lentamente.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX se opera un ascenso cultural, durante el cual se establece la educación pública en un radio limitado a la población mestiza y española, se reforman los planes de estudios de los colegios mayores y de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se registra un progreso en el cultivo de las ciencias, de la filosofía y de las bellas artes. Descontando unos pocos casos de indios principales, que fueron educados en el Colegio Tridentino y otros establecimientos, la gran masa aborígen no disponía de centros destinados para su educación.

La acción evangelizadora llevada a cabo por los misioneros incluía, sólo en muy contados casos, la enseñanza de las primeras letras y otras nociones científicas. La población mestiza no gozaba de mejores condiciones, pues solamente la Escuela de Primeras Letras sostenida por la Orden de los Betlemitas fue por mucho tiempo el centro al que podía concurrir gratuitamente. A finales del siglo XVIII se fundan las dos primeras escuelas que tuvieron carácter público, bajo el patrocinio del arzobispo Francos y Monroy. El desarrollo cultural durante la Colonia se vió a menudo frenado por la vigilancia del Tribunal del Santo Oficio, que se mantenía alerta para penitenciar a quienes querían salir del fanatismo y dogmatismo imperantes.

Con la declaración de la independencia política de Centro América, efectuada el 15 de septiembre de 1821, surge un ascenso pedagógico, que se manifiesta con el impulso de crear escuelas, no solamente para la población criolla, sino también para la mestiza y buena parte de la indígena. Para centralizar la acción educativa se crea una comisión de educación como dependencia del gobierno, encargada de organizar el sistema de educación en el país. Sin embargo, las luchas políticas y las revoluciones en que se vio envuelta Centro América, impidieron que aquellos proyectos rindieran los frutos que se esperaban. El período de la Historia de la Educación en Guatemala, que se desarrolla entre el inicio de la vida independiente y el régimen conservador de los 30 años, comprende tres momentos definidos: el primero acusa un ascenso pedagógico en que se perfilan como principales ideólogos el doctor Pedro Molina y el licenciado José Cecilio del Valle; ambos coinciden en que la educación pública debe ser una de las principales funciones del Estado, y que a través de ella se logrará el progreso del país y la formación de la conciencia ciudadana.

El segundo momento corresponde al establecimiento del régimen liberal por un breve período. Se caracteriza este momento por los grandes planteamientos y realizaciones pedagógicas; se incrementa la educación primaria como dependencia de las municipalidades; se da a la escuela el carácter laico y gratuito; se dictan las "Bases de la Instrucción Pública" y se organiza la Academia de Estudios para que se encargue del incremento de la educación media y superior. Estas realizaciones se llevan a cabo durante los siete años que tarda el gobierno presidido por el doctor Mariano Gálvez, como jefe del Estado de Guatemala, y el general Francisco Morazán, como presidente de Centro América. A este ascenso educacional sigue un período oscuro en que se destruyen las conquistas de carácter pedagógico que se habían alcanzado, y se entroniza por 30 años el régimen conservador. Este momento pedagógico de nuestra historia, se caracteriza por el estancamiento de la educación en todos sus niveles, por la entrega de la dirección pedagógica al clero y por la supresión de la libertad de enseñanza.

La cuarta unidad histórica del desenvolvimiento pedagógico de Guatemala corresponde a la Reforma Liberal, durante la cual se organiza la educación pública en todos los niveles. A la educación sostenida por el Estado se le da el carácter de laica, gratuita y obligatoria; se declara la libertad de enseñanza y se organiza la educación secundaria, normal y superior. Durante este período se efectúa un ascenso pedagógico sin precedente hasta entonces, pues se abren multitud de escuelas primarias, secundarias, normales, especiales y superiores. Penetra el espíritu científico al ámbito escolar y se organiza la producción con base en estudios técnicos desde las escuelas de artes y la Escuela Politécnica. En otros órdenes de la cultura se crean sociedades científicas y culturales, se funda la Biblioteca Nacional y se editan libros de texto. En esta época se llevan a cabo congresos de carácter pedagógico y se publican revistas de divulgación científica y cultural.

La quinta unidad de nuestra historia de la educación se refiere a las cuatro primeras décadas de nuestro siglo, y se caracteriza por un estancamiento del proceso acelerado que se había impreso a la educación en los primeros veinte años de la Reforma. Este período, que corresponde a la instauración de las dictaduras reaccionarias, se caracteriza por la inestabilidad de los programas e ideales educativos, pues cada gobierno inicia planes pedagógicos que por lo general no llegan a realizarse debido a la arbitrariedad política. Se opera, sin embargo, un crecimiento en los servicios educativos, con momentos de ascenso y descenso pedagógico. Las dos dictaduras que se instauran en estos cuarenta años de nuestra historia, se preocuparon bien poco de la marcha de la educación pública; dictan medidas que restringen la libertad de enseñanza y militarizan los centros educativos.

Durante el gobierno del general Lázaro Chacón ocurren algunos acontecimientos pedagógicos importantes, como la organización de la Escuela Normal Superior, de la Escuela Normal de Maestras para Párvulos, de la Escuela de Artes, que había sido cerrada; se realizan congresos pedagógicos, y se emiten importantes disposiciones que regulan la marcha de la educación y tienden a la protección profesional del magisterio. Finaliza

este período con la dictadura del general Ubico, que suprimió las elementales libertades y privó a la población de casi todas las garantías constitucionales. La educación fue militarizada, se suprimió la gratuidad de la escuela secundaria y se eliminó la libertad de enseñanza y de criterio docente.

Llegamos así a la sexta unidad de la historia educativa en Guatemala, que es la parte final del presente estudio. Este período de la educación se desarrolla entre 1944 y 1954, y corresponde al proceso democrático revolucionario iniciado en octubre de 1944. Se caracteriza esta década por la ampliación de los servicios educativos en todos los niveles, la creación de la educación rural y popular, el establecimiento de la libertad de enseñanza y el respeto del criterio docente. Las realizaciones alcanzadas marcan una etapa en la historia educativa, ya que por primera vez se pone el acento en la educación del pueblo, particularmente en el medio campesino y obrero; se crean el Departamento de Alfabetización Nacional y las Misiones de Cultura Inicial; se reabre la Universidad Popular y se empieza a preparar los primeros maestros rurales. Los porcentajes del crecimiento de los servicios educativos, que aparecen en el curso de esta obra, revelan la preocupación mantenida en este período por la educación.

La Universidad de San Carlos cobra su autonomía y se lleva a cabo una reforma importante de estudios superiores. Otras instituciones de carácter científico y cultural contribuyen al progreso educativo en Guatemala, tales como el Instituto de Antropología e Historia, el Instituto Indigenista Nacional, la Dirección General de Bellas Artes, la Dirección General de Bibliotecas, la Editorial del Ministerio de Educación, la Comisión Nacional de Cooperación con la UNESCO, etc. En lo referente a la protección de la infancia, se crean los Comedores y Guarderías Infantiles, se organiza el Centro Educativo Regional, se fundan los Centros de Observación y Reeducción de Menores, la Escuela de Ciegos y Sordos, el Centro de Recuperación de Defectuosos, etc. y se amplían considerablemente los servicios médicos para la infancia.

Es justo reconocer, que el estudio de la Educación en Guatemala, resulta un esfuerzo titánico, debido a que sólo existen estudios monográficos sobre aspectos determinados de este proceso educativo, y más difícil resulta aún escudriñar aspectos importantes sobre la Educación Especial en Guatemala, ya que ésta se mantiene gracias al apoyo de la Iniciativa Privada, debido a la burocracia gubernamental, lo cual se demuestra en la reciente creación (1985) del Departamento de Educación Especial, adscrito a la Dirección de Bienestar Estudiantil del Ministerio de Educación de Guatemala.¹

Educación Especial

Está destinada a hacer frente a las necesidades específicas de los niños con deficiencias o de los superdotados. Los primeros presentan ciertas dificultades o desventajas que afectan de un modo negativo a su progreso dentro de los programas educativos convencionales. También los segundos pueden obtener unos resultados pobres dentro de los programas normales, a pesar de su alta capacidad en áreas intelectuales, creativas o artísticas. Ciertas atenciones educativas especiales pueden ayudar a ambos grupos de escolares a progresar adecuadamente en los programas educativos normales. Los proyectos específicos para este tipo de educación se suelen desarrollar entre los 6 y los 16 años.

Las deficiencias más frecuentemente observadas son: problemas de lenguaje, retraso mental y otras alteraciones del desarrollo, cierto tipo de trastornos emocionales, o algunas alteraciones específicas del aprendizaje, como pueden ser las relacionadas con la memoria. Pueden encontrarse otras deficiencias relacionadas con la audición, con la visión, con el desarrollo de la comunicación (como el autismo) o con ciertas lesiones cerebrales.

En la actualidad existe también un importante número de deficiencias relacionadas con la hiperactividad. Se considera que un niño tiene una

necesidad especial si muestra una mayor dificultad para aprender que el resto de los niños de su misma edad, es decir, si tiene una disfunción que le impide o dificulta hacer uso de las facilidades educativas de un cierto nivel proporcionadas a los de la misma edad en las escuelas de su zona y nivel.

Historia de la Educación Especial

A lo largo de la historia de la humanidad siempre ha habido niños discapacitados y superdotados. Sin embargo, los programas de educación especial son relativamente recientes. En tiempos pasados, las personas discapacitadas iban frecuentemente a parar a hospitales, asilos u otras instituciones que proporcionaban una formación escasa, si es que impartían alguna.

Entre las aportaciones más antiguas al campo de la enseñanza a sujetos con problemas especiales, se debe mencionar el nombre de Fray Gilabert Jofre, quien a comienzos del siglo XV creó en Valencia un centro en el que se prestaba atención a personas con defectos psíquicos. A mediados del XVI, el monje benedictino español Pedro Ponce de León fue el precursor de un método para la enseñanza de estudiantes sordos. Juan Pablo Bonet desarrolló otro método para la enseñanza de este grupo de personas y en 1620 publicó el primer libro sobre la educación de los sordos. A finales del XVIII, el francés Valentin Haüy prestó su atención a las necesidades de los invidentes, enseñándoles ciertos rudimentos en el campo de la lectura. Dentro de este mismo tipo de discapacidad ha de mencionarse la investigación, a finales del XIX, de Louis Braille, quien descubrió el método que lleva su nombre, de amplia difusión en la actualidad.

El doctor y educador francés Jean Marc Gaspard Itard fue uno de los primeros educadores en defender que deberían aplicarse unos métodos educativos especiales para la formación de los niños discapacitados. En 1801 Itard descubrió vagando por los bosques de su región un niño “salvaje”, y entre 1801 y 1805 usó sistemáticamente ciertas técnicas para enseñar a Víctor (ese fue su nombre) a comunicarse con sus semejantes, así como a realizar acciones cotidianas tales como vestirse. Un discípulo suyo (Edouard Séguin) llevó las técnicas de Itard a Estados Unidos, donde experimentaron un importante progreso.

A partir del último cuarto del siglo XX se ha prestado una gran atención a la educación especial en los países desarrollados. En estos años se operó un cambio radical en las actitudes profesionales y públicas hacia las necesidades especiales que marcó el comienzo de un gran movimiento hacia la integración de las personas con dificultades educativas dentro de las escuelas ordinarias. Los padres se han ido involucrando activamente en la evaluación y en la revisión de las necesidades educativas de sus hijos y cada vez muestran con más interés su preferencia (limitada a ciertas condiciones) a que sus hijos se eduquen en escuelas ordinarias.

La ampliación de servicios sociales y de salud ha contribuido a valorar mejor las necesidades educativas especiales que permitan identificar los puntos fuertes y los débiles de cada alumno con el fin de asegurarle la educación más apropiada dentro de un amplio abanico de necesidades educativas especiales. En la práctica, las buenas intenciones no siempre culminan en logros satisfactorios. En cualquier caso, hay que constatar que este proceso de cambio en la mayoría de los países de Europa y del mundo en general ha contribuido a que las familias afectadas y las escuelas demanden a los poderes públicos leyes y métodos de aprendizaje que garanticen el derecho a una mayor integración en las escuelas y centros de formación de las personas con necesidades especiales.

Actuación de la Educación Especial

Estos servicios utilizan una amplia gama de métodos y marcos educativos destinados a hacer posible el aprendizaje de todos los alumnos. Los educadores expertos en la educación especial planifican y evalúan la instrucción de un modo individualizado a fin de acomodarse a cada alumno. En la planificación de su enseñanza, los profesores utilizan frecuentemente métodos relacionados con la ecología a fin de considerar los factores del medio ambiente que favorecen el aprendizaje en el centro educativo, en el hogar o en la comunidad. Muchos alumnos discapacitados son instruidos en materias tradicionales, como son la escritura, la lectura, el lenguaje o las matemáticas. Para evaluar el progreso de sus estudiantes, los profesores suelen considerar los avances realizados en comparación con el curriculum especialmente diseñado para un alumno concreto, no en comparación con los programas educativos generales.

Existen campos concretos de actuación de la educación especial capaces de hacer frente a las deficiencias específicas de los diversos alumnos. Estas son las principales: a) alteraciones de la conducta; b) del aprendizaje; c) retraso mental; d) deficiencias físicas; e) dificultades en la visión; y f) dificultades en la audición. Se presta atención, asimismo, al campo de los alumnos superdotados.

Alumnos con alteraciones en su conducta

Los profesores prestan atención a los hábitos sociales a fin de ayudar a todos los alumnos a descubrir las conductas necesarias para desarrollar y mantener una relación satisfactoria tanto con sus compañeros como con desconocidos. Cuando los alumnos con ciertas discapacidades muestran problemas de comportamiento, los educadores especializados utilizan con frecuencia ciertos principios instructivos basados en el análisis conductual, mediante los cuales se estudian y corrigen los orígenes o consecuencias del

comportamiento problemático. El análisis conductual se basa en el estudio y el análisis de la tarea que ha de aprenderse y en la evaluación directa y frecuente de la respuesta del alumno; asimismo ha de proporcionársele una retroalimentación sistemática. Las técnicas para la modificación de la conducta ayudan a los alumnos a hacer frente a la ira y a otras emociones, a resolver mejor sus problemas y a controlar su propia conducta.

Alumnos con dificultades en el aprendizaje

Existen varias técnicas instructivas para ayudar a los estudiantes con problemas de aprendizaje, de memoria o de transmisión de la información. Entre ellas se encuentra la instrucción directa, método que se basa en un diseño curricular sistemático con un plan muy estructurado y adaptado, en el cual los alumnos participan frecuente y activamente. Otro método se basa en impartir al alumno estrategias específicas de aprendizaje, como pueden ser las que mejoren su capacidad de memorización o desarrollen su posibilidad para la resolución de problemas. Los profesores pueden también ayudar a sus alumnos a trabajar en torno a ciertos problemas individuales de aprendizaje. Por ejemplo, un profesor puede permitir que un alumno con problemas de retentiva utilice una grabadora para dictarle notas y dejar constancia de las explicaciones de clase.

Alumnos con deficiencia mental

Se trata de un tipo de incapacidad de la evolución mental que se caracteriza primariamente por un cociente intelectual muy por debajo del promedio. Entre otras incapacidades evolutivas se cuentan la parálisis cerebral, la dislexia y ciertas alteraciones en el aprendizaje. Los programas educativos para los alumnos con deficiencia mental dependen del grado de retraso de cada sujeto. La instrucción puede centrarse en el desarrollo de la comunicación, de la socialización o de los hábitos de la vida cotidiana. Muchos de estos alumnos reciben ayuda en las clases normales de centros

educativos no especializados. Otros, con unos niveles más profundos de retraso mental, pueden asistir a colegios especializados o a centros hospitalarios diseñados para hacer frente a estas carencias.

Alumnos con discapacidades físicas

Los estudiantes con este tipo de discapacidad se benefician frecuentemente del uso de ciertas tecnologías diseñadas para mejorar su capacidad de participación en las actividades del aula. Los instrumentos tecnológicos utilizados por este tipo de alumnos pueden ser relativamente simples, tales como ayudas ortopédicas, o elementos más complejos como programas de ordenador capaces de sintetizar estructuras orales para los alumnos cuya discapacidad reside en desórdenes relacionados con el habla. Algunos de estos desarrollos tecnológicos pueden ser muy costosos para los presupuestos de muchos de los centros educativos. En ocasiones, los educadores y los padres colaboran para determinar el uso más adecuado que puede darse a los recursos disponibles y sus modificaciones más pertinentes.

Alumnos con dificultades en la visión

Muchos alumnos con un bajo nivel de visión o los no videntes aprenden a leer y a escribir utilizando el método Braille, cuyos signos pueden ser interpretados por medio del tacto. Existen en la actualidad ordenadores personales que les permiten tomar notas en Braille e imprimir en este sistema o en su propio idioma. Existen, por otra parte, ciertos desarrollos electrónicos muy sofisticados capaces de transformar un texto impreso en una forma legible por un no vidente o por alguien con dificultades de visión. Ciertos ordenadores pueden escanear para alumnos con ceguera textos impresos y leerlos en voz alta por medio de un sintetizador de voz. La mayor parte de los estudiantes con dificultades de visión pueden con frecuencia leer textos impresos a un gran tamaño de letra.

Alumnos Superdotados

Este tipo de alumnos siguen frecuentemente el currículo normal de su centro, pero a un ritmo más acelerado que el resto de sus compañeros. Algunos alumnos especialmente dotados para una cierta materia son autorizados a veces a reducir el tiempo que habrían de dedicar a otras asignaturas a fin de concentrarse en la de su mayor facilidad. A veces pueden ser reubicados en cursos o niveles más elevados, en función de su preparación general.

Autismo

Trastorno grave de comunicación y conducta de la infancia que se desarrolla antes de los tres años de edad. El término ha sido utilizado para describir muchos tipos de trastornos mentales, pero el autismo infantil temprano, como se denominó en principio en 1943 por el psicólogo infantil Leo Kanner, describe un conjunto poco frecuente de síntomas. Su incidencia es aproximadamente de unos 4 casos cada 10.000 y los niños autistas superan a las niñas en una proporción de cuatro a una.

El niño autista es incapaz de utilizar el lenguaje con sentido o de procesar la información que recibe del medio. Cerca de la mitad de los niños autistas son mudos, y aquellos que hablan, por lo general sólo repiten de forma mecánica lo que escuchan. El término autismo se refiere a su expresión ausente o perdida, aunque la connotación de alejamiento voluntario es inapropiada.

Otras características del autismo son: un patrón de desarrollo desigual, la fascinación por objetos mecánicos, una respuesta ritualizada a los estímulos del medio y una resistencia a cualquier variación del medio. Algunos niños autistas presentan capacidades precoces como destreza matemática.

La causa, el pronóstico y el tratamiento del autismo todavía están en estudio. Las investigaciones sugieren que la causa del trastorno es un defecto genético que puede consistir en alguna forma de enfermedad autoinmune o de enfermedad degenerativa de las células nerviosas cerebrales. El tratamiento de elección es la educación especial, un aprendizaje intenso gradual y un control estricto de la conducta del niño. También se están probando tratamientos con fármacos como la fenfluramina y el haloperidol. Por lo general, el pronóstico es malo en aquellos niños autistas que permanecen sin hablar pasados los cinco años de edad. Los niños que hablan mejoran mucho y algunos de ellos se recuperan.

Alumnos con Déficit Auditivo

Para este tipo de estudiantes existen elementos capaces de amplificar el sonido a niveles muy elevados; también pueden proporcionárseles, en las pantallas de televisión o monitores, textos que expliquen en forma escrita el mensaje oral. Muchos alumnos con sordera o con dificultades auditivas utilizan el lenguaje de los signos, sistema de comunicación organizado por medio de cierta serie de gestos. Otros aprenden a leer en los labios del emisor. Algunos alumnos reciben implantes cocleares en el caracol de su oído unos receptores que les permiten oír los sonidos con distintos grados de intensidad¹.

La Sordera y la Pérdida de la Capacidad Auditiva

El Acta para la Educación de los Individuos con Discapacidades IDEA por sus siglas en inglés, incluye "impedimento del oído" y "sordera" como dos de las categorías bajo las cuales los niños con discapacidades pueden ser elegibles para los programas de educación especial y servicios relacionados. A pesar de que el término "impedimento auditivo" a menudo es usado para

¹ ENCICLOPEDIA ENCARTA, 2007.

describir una gran variedad de pérdidas de la capacidad auditiva, incluyendo la sordera, los reglamentos de IDEA definen la pérdida de la capacidad auditiva y la sordera por separado.

"Impedimento auditivo" se define en IDEA como "un impedimento del oído, tanto permanente o fluctuante, que perjudique el rendimiento escolar del niño."

"La sordera" se define como "un impedimento del oído que es tan severo que el niño resulta impedido en procesar información lingüística a través del oído, con o sin amplificación."

Por lo tanto, la sordera puede ser vista como una condición que evita que un individuo reciba sonido en todas o casi todas sus formas. En contraste, un niño con pérdida de la capacidad auditiva generalmente puede responder a los estímulos auditivos, incluyendo el lenguaje.

Es útil saber que el sonido se mide por su volumen o intensidad (se mide por unidades llamadas decibelios, dB) y su frecuencia o intensidad (se mide en unidades llamadas hertzios, Hz). Los impedimentos del oído pueden ocurrir en cualquiera o ambas áreas, y pueden existir en un sólo oído o en ambos oídos. La pérdida de la capacidad auditiva generalmente se describe como leve, benigna, moderada, severa o profunda, dependiendo de lo bien que una persona pueda escuchar las intensidades o frecuencias mayormente asociadas con el lenguaje. Generalmente, sólo los niños cuya pérdida de la capacidad auditiva es mayor a 90 decibelios (dB) son considerados sordos para los propósitos de la ubicación escolar.

Hay cuatro tipos de pérdida de la capacidad auditiva. Las pérdidas de la capacidad auditiva conductivas son causadas por enfermedades u obstrucciones en el oído exterior o medio. (Las vías de conducción a través de las cuales el sonido llega al oído interior). Las pérdidas de la capacidad auditiva conductivas usualmente afectan todas las frecuencias del oído

uniformemente y no resultan en pérdidas severas. Una persona con una pérdida de la capacidad auditiva conductiva bien puede usar dispositivos acústicos (o aparatos para sordos) o puede ser ayudada por médicos o intervenciones quirúrgicas.

Las pérdidas de la capacidad auditiva sensorineurales resultan de daño a las delicadas células capilares sensoriales del oído interno o a los nervios que lo abastecen. Estas pérdidas de la capacidad auditiva pueden abarcar desde pérdidas leves a profundas. A menudo afectan la habilidad de la persona para escuchar ciertas frecuencias más que otras. Por lo tanto, aun con amplificación para aumentar el nivel del sonido, una persona con pérdida de la capacidad auditiva de tipo sensorineural puede percibir los sonidos distorsionados, que a veces hacen imposible el uso de dispositivos acústicos.

Las pérdidas de la capacidad auditiva mixtas se refieren a una combinación de pérdidas conductivas y sensorineurales y significa que ocurre un problema tanto en el oído externo, o medio y el oído interno. Una pérdida de la capacidad auditiva central resulta de daño o impedimento a los nervios o núcleo del sistema nervioso central, ya sea en las vías al cerebro o en el mismo cerebro. La pérdida de la capacidad auditiva y la sordera afectan a individuos de todas las edades y pueden ocurrir en cualquier momento desde la infancia hasta la vejez.

Antes de analizar su clasificación, vamos a definir la sordera o hipoacusia como el déficit funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva en mayor o menor grado. Llamamos umbral auditivo al estímulo sonoro más débil (de menor intensidad) que es capaz de percibir un determinado oído. Cada persona tiene su propio umbral de audición, que a su vez, puede ser diferente en el oído derecho y en el oído izquierdo.

Clasificación para estudiar el Déficit Auditivo:

Cuantitativa: según la cantidad de pérdida de audición.

Leves: pérdidas de 21 a 40 dB. Habla en cuchicheo (20dB) y Habla suave (40 db)

Moderadas: pérdidas de 41 a 70 dB. Habla suave (40 dB) y Conversación normal (50 dB)

Severas: pérdidas de 71 a 90 dB. Tráfico ruidoso (80dB)

Profundas: pérdidas mayores de 90 dB. Música a alto volumen (percibe la vibración de tonos graves)

Total o Cofosi: más de 90 dB. Perforadora (100 dB) y Rector (120 dB).

Topográfica: con respecto al lugar donde asienta la lesión que produce el déficit.

Hipoacusias de transmisión: acontecen por lesión del aparato transmisor de la energía sonora. La reversibilidad del déficit auditivo se conseguirá con tratamiento médico o quirúrgico.

Hipoacusias de percepción:

Cocleopatías: ocurren por lesión del órgano de Corti

Neuronopatías: por lesión de las vías acústicas

Corticopatías: por lesión del cortex cerebral auditivo.

Hipoacusias mixtas:

Es frecuente que una sordera esté originada por varias lesiones coexistentes, que afectan al mismo tiempo al oído medio y la cóclea, vías y centros.

Cronológicas:

De acuerdo con el momento de la aparición de la hipoacusia

Hipoacusias prelocutivas: la lesión se produjo con anterioridad a la adquisición del lenguaje (de cero a dos años).

Hipoacusias perlocutivas: durante el aprendizaje del lenguaje (de dos a cinco años).

Hipoacusias postlocutivas: cuando la pérdida auditiva sobrevino después de la estructuración del lenguaje (mayores de cinco años).

Etiológicas: según Emery y Rimoin, 1991, los déficit auditivos se pueden clasificar en tres grupos:

1. Grupo I

- Sorderas genéticas (Prenatales, Perinatales y Postnatales)
- Síndromes genéticos
- Sordera aislada familiar

2. Grupo II

- Sorderas adquiridas

3. Grupo III

- Sorderas idiopáticas o criptogenética

Los estudiantes con Hipoacusia Leve presentan muchos problemas para aprender en un aula regular, pero con ayuda de auxiliares auditivos, complementación académica y terapia del lenguaje, podrían superar todos los grados escolares e inclusive universitarios.

Los estudiantes con Hipoacusia Moderada sólo pueden aprender si tienen un auxiliar auditivo de tiempo completo y permanente complementación académica, en forma de tutorías, y terapia del lenguaje, directa o indirecta. Su problemática emocional es delicada, ya que no saben si pertenecen al mundo de los oyentes o al mundo de los individuos con

discapacidad auditiva, causando alteraciones psíquicas y comportamentales marcadas, por lo cual requieren de un servicio de Psicología.

Los sujetos con Hipoacusia Severa son considerados pedagógicamente "sordos", así que éstos como aquellos, deben recibir una atención especializada que les permita aprender el código kinésico (o lengua manual), y el educador debe utilizar una metodología especial para llevarlos a la lecto - escritura, y con ella a los otros conocimientos académicos.

Clasificación según el Origen y/o Etiología.

Las pérdidas auditivas, en general, se pueden dividir en congénitas y adquiridas. Las congénitas están ya presentes en el nacimiento. Estas, a su vez, pueden ser (genéticas) o adquiridas (no genéticas).

Marchesi (1986) indica que algunos estudios han estimado que las sorderas hereditarias se situarían en torno al 50% de la población. Fraser (1976) concluye que aunque algunas pérdidas auditivas pueden ser causadas por infecciones o enfermedades que afecten al embrión, generalmente hay una predisposición genética que interviene ligándose a la causa externa para producir la sordera.

Por otra parte, las sorderas de origen genético son más puras y no conllevan necesariamente trastornos asociados, mientras que el adquirido pre o post-natalmente en muchos casos son únicamente una de las muchas alteraciones que en su conjunto constituyen un síndrome.

En algunas ocasiones la pérdida auditiva neurosensorial congénita se puede explicar en términos del daño que sufre el embrión dentro del útero, más exactamente si la madre adquiere enfermedades o infecciones, o ingiere drogas ototóxicas (Estreptomina, Kanamicina, Neomicina, Gentamicina). Cuando la madre se contagia con rubéola durante el primer trimestre de gestación, existe el 10% de probabilidad de que resulte lesionado el feto.

Tradicionalmente se dice que una de las mayores causas de la sordera adquirida es la rubéola, lo cual se encuentra habitualmente en las remisiones médicas a escuelas de educación especial, afirmándolo apriorísticamente cuando gran parte de las madres no han tenido un control médico adecuado durante el embarazo, ni se han realizado los exámenes del caso para comprobarlo

Se afirma que el virus de la rubéola no ataca exclusivamente al oído, al ojo o al corazón aisladamente, sino que conlleva a un deterioro generalizado del embrión que causaría un "síndrome rubeólico" compuesto por algunos de los siguientes síntomas: catarata congénita, cardiopatía congénita, algunas veces sordera, estenosis pulmonar congénita y sordera, sordera y anomalías oculares, pigmentación retiniana extensa, anomalías genito-urinarias, miocarditis, defectos de los huesos largos, anomalías dentales, microcefalia, diversos grados de retardo físico y mental.

Como se observa la sordera es solamente uno de los síntomas de embriopatía por rubéola, y generalmente tiene un carácter secundario. Aunque a la meningitis (infección de las meninges o capas que envuelven al cerebro) se le ha atribuido un gran porcentaje de las pérdidas auditivas adquiridas en la infancia, es necesario precisar que ésta es a menudo producida por una laberintitis (infección del laberinto del caracol o cóclea), la cual es consecuencia de una mastoiditis (infección que ataca las celdillas de la mastoides) ocasionada por otitis (infección del oído) medias a repetición, las cuales pueden ser provocadas por errores en la alimentación de los bebés al hacerlo en posiciones que facilitan el ingreso de la leche u otros líquidos al oído medio por las Trompas de Eustaquio, o consecuencia de resfríos o gripas mal cuidados. La laberintitis es siempre el primer paso hacia la meningitis. Este autor indica que es rara una meningitis por vía retrógrada que afecte directamente al nervio auditivo o a la cóclea.

La sordera posterior a la meningitis puede deberse a su tratamiento con estreptomocina, dihidroestreptomocina u otros antibióticos ototóxicos. De otro lado, enfatiza que se puede sospechar que una laberintitis endolinfática, como complicación de una viremia puede ser la responsable de la sordera, más que la implicación del oído interno como parte de una meningitis o encefalitis.

Resumiendo, casi el 10% de las pérdidas auditivas en la infancia se pueden tildar de adquiridas. El 90% restante son hereditarias o de causa desconocida. Las primeras algunas veces son fácilmente prevenibles con vacunas (especialmente contra la rubéola en niñas y mujeres en edad de gestación), alimentación adecuada del bebé (leche materna en los primeros meses), cuidados maternos y control médico oportuno.

Por otra parte, hay un menor riesgo de trastornos asociados entre los niños que presentan deficiencias auditivas de origen hereditario que en las adquiridas, especialmente cuando éstas se han producido por anoxia (falta de oxígeno) o hipoxia perinatal, hemorragias intracraneales, infecciones, incompatibilidad del Factor Rh o rubéola. Este hecho puede explicar que los niños con pérdidas auditivas profundas cuya causa es hereditaria, tienen mayor nivel intelectual y menores complicaciones de salud que aquellos con otro tipo de etiología.

Desde el punto de vista educativo, el objetivo principal con los niños con deficiencia auditivas prelocutivos será la adquisición de un sistema lingüístico organizado. A partir de los 3 años, el objetivo será mantener el nivel de dominio adquirido de la lengua, completarlo y enriquecerlo.

Existen tres categorías principales de desórdenes auditivos:

- Alteraciones periféricas.
- Desórdenes auditivos centrales.
- Problemas funcionales o no orgánicos de la audición.

Al tomar en cuenta las primeras (periféricas), se indica que el término "alteraciones o defectos auditivos periféricos" normalmente implica lesiones del oído externo, medio o interno. Aunque no se utiliza invariablemente en este sentido reducido, y puede ocasionalmente incluir lesiones del ganglio espiral, fibras del octavo par craneano y núcleos auditivos. Esta definición excluye la impercepción auditiva central o agnosia, algunas veces también conocida como disacusia, una condición en la cual el sonido es percibido pero no puede interpretarse en el nivel cortical, cuando ésta no se acompaña por ninguna lesión orgánica significativa del aparato auditivo periférico.

También se excluyen los problemas psicógenos para responder al sonido. Un desorden periférico puede involucrar al oído externo (oreja o conducto auditivo externo), el oído medio, la cóclea, o la porción auditiva del VIII par hasta el punto donde hace la primera sinapsis con el tallo cerebral. La mayoría de los bebés nacidos con discapacidad auditiva exhiben pérdidas sensorineurales (o neurosensoriales), con la excepción principal de la atresia congénita (malformación del oído externo) y sus anomalías asociadas del oído medio.

Déficit auditivo de “percepción”

La lesión o disfunción se ubica a nivel del oído interno (células ciliadas de la cóclea), o en alguna región de la vía auditiva a partir de allí. Su origen puede ser genético, o adquirido por intoxicación con medicamentos ototóxicos tales como: Neomicina, Gentamicina, Kanamicina y Estreptomina, entre otros, infección, alteraciones vasculares y de los líquidos linfáticos del oído interno o traumas craneoencefálicos que afecten el lóbulo temporal, principalmente.

La deficiencia auditiva neurosensorial afecta a la cantidad y a la calidad del sonido, lo que implica alteraciones en la percepción (distorsión o pérdida) del mensaje portado por el estímulo auditivo. Los niños con

desórdenes en el procesamiento auditivo central frecuentemente exhiben en el aula síntomas similares a otros estudiantes con pérdidas auditivas periféricas leves a moderadas y quizás fluctuantes. Su comportamiento es a menudo muy inconsistente, porque gira alrededor de habilidades auditivas tales como la discriminación, recuerdo y comprensión de la información.

Para un profesor esta conducta puede ser exasperante, especialmente cuando no está claro si el estudiante asume una inatención premeditada o posee una base fisiológica que la provoque. Académicamente tiene muchas dificultades con predominio en lectura, matemáticas o ambas; y socialmente puede presentar comportamientos inadecuados como resultado de la confusión mental creada por este problema en el procesamiento auditivo central. Estos niños llegan a sentirse bastante frustrados o ansiosos y, por lo tanto, pueden ser agresivos con los compañeros o aislarse.

La comunicación de las personas con discapacidad auditiva, es variada entre los métodos utilizados podemos mencionar los siguientes:

Palabra completada o Cued-speech. Consta de 8 signos en tres localizaciones que proporcionan información del fonema, junto con la visión de los labios.

Bimodal. Asociación de dos modalidades signado y hablado.

Lectura labial o Labio-lectura, Consiste en leer en la boca del que habla.

Lectura gestual, Utilización de signos manuales para expresar ideas o palabras.

Alfabeto manual o Dactilológico. Sustitución de las letras escritas por signos hechos por los dedos de las manos.²

² colectivo autores (2003) **PSICOLOGIA ESPECIAL TOMO I**; EDITORIAL FELIX VARELA, ciudad de la Habana Cuba. Capítulo 10 Educación Sexual en la Persona con Discapacidad.

Respecto a la Educación Sociosexual

La capacidad de expresar, entender y comunicar nuestras necesidades sexuales de manera adecuada es un derecho básico. Desafortunadamente la identidad sexual no puede considerarse como una característica innata de nuestra personalidad y necesitamos educación al respecto; porque tanto la instrucción recibida como la experiencia adquirida nos habrán de permitir ampliar nuestro repertorio y lograr así una imagen sexual positiva. Los programas de educación sexual en las escuelas públicas deberían, por lo tanto, proporcionar recursos de información para todos los estudiantes adolescentes que estén tratando de encontrar su identidad sexual.

A pesar de la oposición pública actualmente, a nivel internacional existe una necesidad apremiante de establecer programas de educación sexual en nuestras escuelas, particularmente cuando se trata de estudiantes con necesidades educativas especiales como autismo, problemas de aprendizaje, impedimentos mentales de nivel educable y trastornos moderados de conducta entre otros, ya que ellos carecen del conocimiento adecuado respecto a su propia identidad sexual en comparación con sus compañeros de escuela no discapacitados.

Los estudiantes ciegos, sordos, con autismo, dificultades de aprendizaje, problemas de comportamientos o impedimentos mentales no severos; sienten la misma curiosidad sexual emergente que sus compañeros sin discapacidad pero debido a las condiciones asociadas con su específica limitación generalmente éstos encuentran problemas de carácter social, no típicamente encontrados en la mayoría de estudiantes jóvenes no discapacitados,

Ejemplos:

- a. Tienen grandes dificultades al relacionarse socialmente con sus compañeros.
- b. Sus compañeros no discapacitados les consideran de bajo nivel mental.
- c. Tienen una conceptualización inferior en cuanto a problemas de salud se refiere.
- d. Sufren rechazo por parte de sus profesores.

En vista de la iniciativa existente, para integrar a los estudiantes con necesidades educativas especiales en colegios ordinarios, los obstáculos antes mencionados toman un matiz mayor ya que, frecuentemente estarán en contacto social no previamente anticipada. Por lo tanto, la implementación de una instrucción sexual adecuada e individualizada deberá ser parte integral de un esfuerzo del programa de educación general para climatizarlos a una integración social total.

Actualmente existe muchísima oposición a los programas de educación sexual de estudiantes con y sin necesidades educativas especiales en las escuelas públicas a nivel internacional. Sin embargo, a pesar de la ausencia de estudios empíricos que determinen el éxito o fracaso de los esfuerzos que conlleven la enseñanza de educación sexual, existe un consenso general dentro de nuestra sociedad a favor de la educación sexual en nuestras escuelas.

Existe un alto índice de estrés asociados con el virus del VIH y el alto riesgo que corren los estudiantes con necesidades educativas especiales una razón muy importante para incluir un programa de instrucción elaborada por profesionales del ramo de la salud, administradores de escuela, padres de familia que les ayude a obtener un conocimiento de sexualidad apropiado y prepararlos para obtener una madurez sexual satisfecha y socialmente

productiva. La educación sexual deberá ser una piedra angular en un currículo pertinente, pedagógico y funcional.

Es importante reconocer que el discapacitado es persona antes de determinar qué cosas puede y no puede hacer. Por lo tanto no se trata de prepararse para tolerar las frustraciones, manejar el repudio o sobreponerse al desprecio; sino de afirmarse como personas con todos sus derechos de asumir su sexualidad plenamente.

Los adolescentes discapacitados sensoriales o físicomotores tienen, como toda persona, el derecho a vivir su propia experiencia y aprender de sus equivocaciones. El término sexualidad es amplio y no toma solamente los genitales como vulgarmente se cree. ¿Cuánto de tabú y mito contiene esta palabra?

Sexualidad es un impulso vital, esencial para el ajuste de la personalidad y un importante medio de comunicación interpersonal, nace y muere con la persona; de tal modo que, según vivimos y aprendemos y seguimos aprendiendo, podremos transmitir este impulso a otros. Coincidimos en recordar, que es en la familia donde se aprenden los valores básicos y fundamentales de la vida, entre ellos: el amor y la sexualidad.

La función erótica integra la naturaleza humana y la singulariza ya que es propia del ser humano, no aparece en el animal en la misma proporción y expresa la libertad que posee el humano para disponer de su sexualidad y colocarla al servicio de la comunicación, el placer y el amor. También está perfeccionada por el "saber", ya que tiene los conocimientos en materia de fisiología sexual (diferencias de respuestas entre el hombre y la mujer, en niños, jóvenes, adultos y ancianos, en el embarazo y en discapacitados) que facilitan el logro de un placer compartido con un otro.

Educar en la sexualidad, no es otra cosa que contribuir al desarrollo de la persona humana en su totalidad. Es erróneo pensar que hay una sexualidad distinta para el discapacitado, debe comprenderse que hay una única sexualidad humana. Master y Johnson dicen en su libro: "El vínculo del Placer", que el sexo es una función natural; tan natural como respirar, tan universal como comer, cada vez que nos entregamos a una función natural experimentamos placer.

Pero una característica del placer humano es que se corticaliza, es decir que lo percibimos y lo integramos a nivel de la zona más estructurada del cerebro: la corteza, de allí que tengamos memoria del placer recibido. Tampoco debemos olvidar que, muy cerca de las "áreas del placer" se encuentran las "áreas del dolor", una vez traspasados los umbrales del placer, se experimenta dolor o displacer.

Los roles sexuales se empiezan a formar desde que el niño nace. Los padres influyen en la aceptación o no del sexo del hijo. El trato es diferente para el niño o la niña, por la manera de vestirlos, de tratarlos, de acariciarlos, de amamantarles, de hablarles, más tarde, juega la imitación diferida y el juego simbólico, los niños reproducen sucesos que ven en la casa. La presencia de los hermanos mayores y menores es de vital importancia. Adoptan las conductas deseables que observan en la familia, las toman del entorno social: compañeros, amigos, y de los héroes de la televisión y la computadora, que se incorporan a la familia.

Las personas que desde la infancia tuvieron una discapacidad, se comportan de una forma diferente, de aquellas que tuvieron la oportunidad de ejercitar las distintas destrezas sociales básicas. Además de tener que resolver las dificultades propias del déficit que padecen, son segregadas con bastante frecuencia y por lo tanto, les falta desarrollar las habilidades sociales propias de cada edad.

La mayoría de ellas debe aprender, por ensayo y error, las actitudes de acercamiento, seducción, conquista, amistad, cordialidad, competencia, solidaridad, el planteamiento de problemas, la resolución de conflictos, la toma de decisiones y la dirección adecuada de la energía.

El cuerpo es la primera imagen que uno da a los demás. Esta imagen se modifica a partir de los vínculos que cada uno establece. En el caso de la persona discapacitada, además de sentir su figura distorsionada, debe incorporar elementos tales como prótesis, bastones, sillas de ruedas, orinales, sondas. La enfermedad no sólo se desencadena a nivel corporal sino que abarca la personalidad toda, movilizand o sentimientos desagradables como angustia, agresión, miedo, celos, envidia y rencor que no encuentran canales de expresión. Estas personas necesitan hacer un profundo ajuste psicológico que les permita aceptar la nueva situación.

Muchas veces la educación que se le ha dado al niño con discapacidad no ha sabido crear en él equilibrio, estabilidad emocional y social suficientes. Especialmente, la masturbación puede originar constantemente conflictos entre el discapacitado y su familia, sobre todo cuando se realiza frente a otras personas con relativa frecuencia. Necesitan los padres guía y apoyo individual para poder enfrentar problemas de este tipo y otros a los que no están acostumbrados. Es conveniente no dramatizar ni castigar al adolescente con prohibiciones y castigos cuyo motivo no puede comprender y que contribuyen a aumentar su inseguridad. Asimismo, deben saber los padres la necesidad de hacerle comprender que se le quiere ayudar, al invitarlo a no comportarse de este modo que es socialmente inaceptable.

La pubertad de un discapacitado es una fase crítica. Las necesidades biológicas que aparecen, con su edad cronológica, no con la mental, emergen y no tienen una clara representación con las experiencias de su propio cuerpo. El púber no tiene orientación, pues el mundo del sexo está rodeado de silencios o francamente prohibido. No obstante, él experimenta cosas

placenteras, no entiende, ni sabe que ocurre con su cuerpo, pero lo disfruta.

Estos jóvenes pueden lograr un determinado desarrollo de la personalidad y de cualidades suficientemente estables mediante un método educativo adecuado. Pueden llegar a constituir una familia y querer tener hijos. El deficiente mental depende del adulto, en gran parte de sus comportamientos; con más razón entendemos esta responsabilidad familiar en su educación sexual, como parte de su formación para una vida de mayor autonomía.

La influencia de la escuela, la familia y la sociedad son decisivas para el desarrollo del niño y del adolescente con discapacidad. Por ello es necesaria una verdadera y continua formación que contribuya a que entiendan su sexualidad, en un ámbito de consideración y afecto para con ellos mismos y la comunidad que integran.³

1.2 DELIMITACIÓN:

El trabajo de campo, se realizó en el Colegio "Los Pioneros", ubicado en la 1ª calle 10-55 zona 18 Residenciales Atlántida, en el periodo comprendido del 21 de febrero hasta el 19 de octubre de 2009, en estas instalaciones se llevó a cabo el proceso de investigación que consistió en la aplicación de un cuestionario abierto, que consta de trece preguntas libres, estas se aplicaron a docentes que trabajan en CECSA (Centro de Educación Continua para Sordos Adultos). Las reuniones se realizaron los días sábados en el horario de 4:00 a 5:00 p.m.; también grabaron los videos en lenguaje de señas que forman parte del Proyecto de Investigación titulado **"Importancia de la Educación Sociosexual en Adolescentes con Discapacidad Auditiva"**.

³ WWW.REINALDOUISALDIVAR.COM/FILES/el_adolescente_sordo.doc

Los docentes que participaron en este proyecto tiene la experiencia de trabajar con adolescentes con dicho déficit, quienes aportaron una valiosa información acerca de las necesidades más próximas de los adolescentes, logrando ampliar el proyecto de investigación, creando una metodología moderna y vanguardista.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Características del lugar y población:

La institución Colegio “Los Pioneros” ubicado en la 1ª. Calle 10-55 de la zona 18, Residenciales Atlántida, nos brindará sus instalaciones para llevar a cabo la reunión con docentes, donde se realizará la presentación del proyecto, cuestionario y grabación de videos, en los cuales, dos de los docentes participarán, esta población de catedráticos fue referida por el Sr. Marco Cansino, quien invitó a sus colegas de CECSA a participar del presente proyecto.

Técnicas y procedimientos de trabajo:

Cuestionario Abierto:

Éste se aplica cuando se quiere conocer los sentimientos, opiniones y experiencias generales; también son útiles al explorar el problema básico. El formato abierto proporciona una amplia oportunidad para quienes respondan, escriban las razones de sus ideas. (ANEXOS)

Técnica de Análisis de los datos:

El análisis cualitativo da el resultado de un Manual Interactivo sobre la Importancia de la Educación Sociosexual para Adolescentes con Discapacidad auditiva, el cual se presenta a continuación.

Instrumentos de recolección de datos:

Cuestionario Abierto:

Consiste en 13 preguntas de respuesta libre, el mismo tendrá un tiempo de duración de 30 minutos aproximadamente. Ver anexo 1.

- las preguntas 1, 2, 3, y 4, son personales en las que cada participante nos brinda información de sí mismo.
- Las preguntas 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, y 13, el docente aportará información acerca del proyecto a realizar, qué metodologías se utilizan actualmente y qué sugerencias para mejorar la elaboración del manual interactivo.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Características del lugar y de la población

3.1.1. Características del lugar

La institución Colegio “Los Pioneros” ubicado en la 1ª. Calle 10-55 de la zona 18, Residenciales Atlántida, nos brindará sus instalaciones para llevar a cabo la reunión con docentes, donde se realizará la presentación del proyecto, cuestionario y grabación de videos, en los cuales dos de los docentes participarán, esta población de catedráticos fue referida por el Sr. Marco Cansino, quien invitó a sus colegas de CECSA a participar del presente proyecto.

3.1.2. Características de la población

Las entrevistas fueron dirigidas a 5 docentes con discapacidad auditiva y 10 educadores especiales, que laboran con adolescentes con déficit auditivo, los cuales nos brindaron información importante, para poder realizar el Manual Interactivo sobre Sociosexualidad, con la finalidad de ser utilizado para dichos adolescentes y que sirva de instrumento a los docentes, familiares, psicólogos, educadores especiales y estudiantes en formación.



**Manual interactivo sobre
Educación Sociosexual para
adolescentes con
déficit auditivo**

Autoras: Marian Alexis García Chapetón - Mori Andrea Carío Burgos

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	1
RELACIONES INTERPERSONALES	2
Amistad	3
Noviazgo	4
Matrimonio	5
Familia	6
Hoja de repaso	7
MUJER	8
Órgano reproductor interno de la mujer (Vagina)	9
Hoja de repaso	10
Órgano reproductor externo de la mujer	11
Hoja de repaso	12
Infertilidad Femenina	13
Hoja de repaso	14
Menstruación	15
Hoja de repaso	16
HOMBRE	17
Órgano reproductor masculino (Pene)	18
Hoja de repaso	19
Infertilidad Masculina	20
Hoja de repaso	21
RELACIONES SEXUALES	22
Relaciones sexuales	23
Hoja de repaso	24

DESARROLLO DEL EMBRIÓN	25
Fertilización	26
Hoja de repaso	27
Pruebas de embarazo	28
Hoja de repaso	29
Desarrollo Prenatal	30
Hoja de repaso	32
Cromosomas	35
Hoja de repaso	36
Cambios de forma del cuerpo de la mujer durante el embarazo	37
Hoja de repaso	40
Ultrasonido	43
Hoja de repaso	44
Nacimiento del Niño o Niña	45
Hoja de repaso	46
Cesárea	47
Hoja de repaso	48
Lactancia Materna	49
Hoja de repaso	50
CICLO DE LA VIDA	51
Niñez	52
Adolescente	53
Adulto Joven	54
Adulto	55
Adulto Mayor	56
Muerte	57
Hoja de repaso	58
CONSECUENCIAS DE UNA RELACIÓN SEXUAL SIN PROTECCIÓN	59
Embarazos no deseados	60
Hoja de repaso	61
Madres solteras	62
Hoja de repaso	63

Enfermedades de transmisión Sexual	64
Hoja de repaso	65
VIH/Sida	66
Hoja de repaso	67
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	68
Métodos anticonceptivos temporales	69
Métodos anticonceptivos permanentes	70
Hoja de repaso	71

INTRODUCCIÓN

“IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SOCIOSEXUAL EN ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA”

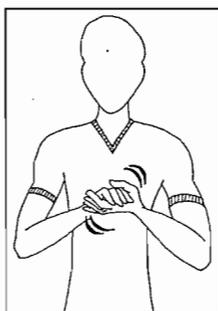
Esta investigación es una contribución para la comunidad de adolescentes que tienen déficit auditivo, creando un manual interactivo que enseñe Educación Sociosexual a adolescentes. Este será dinámico e interactivo, está constituido por un manual con información relacionada a las temáticas Sociosexuales, incluye hojas de trabajo, un CD donde está la explicación en video con el lenguaje de señas.

Uno de nuestros objetivos es que sea utilizado por el adolescente con déficit auditivo y otro, que sirva como apoyo didáctico al docente y guía de orientación para la familia, psicólogos, educadores especiales y estudiantes en formación.

Deseamos apoyar la educación Sociosexual de estos adolescentes con déficit auditivo, los cuales experimentan relaciones sexuales precoces y están caracterizados por ser promiscuos, al apoyar la educación Sociosexual se previenen enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, madres solteras, al mismo tiempo se conocen y valoran los procesos del ser humano, como el ciclo de la vida, desarrollo humano, entre otros.

La creación de este manual, se basará en el apoyo de la entrevista abierta a educadores con experiencia de trabajo con adolescentes con déficit auditivo, quienes brindarán información acerca de la metodología que actualmente es utilizada para la enseñanza y desarrollo Sociosexual.

Relaciones Interpersonales



AMISTAD

Relación de afecto y de cariño que se da entre dos o más personas del mismo o diferente sexo. En esta relación se viven y se fortalecen valores como confianza, intimidad, apoyo mutuo, solidaridad respeto, etc.

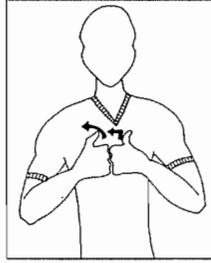
La amistad puede surgir en cualquier etapa de la vida. Los amigos comparten con nosotros determinados intereses y experiencias. Son aliados a los que revelamos cosas que difícilmente compartiríamos a otras personas sabiendo que no la utilizarán en nuestra contra.

El hacer amigos requiere tiempo, esfuerzo, compromiso, tolerancia... requisitos que en algunas ocasiones no estamos dispuestos a ofrecer o simplemente no podemos.

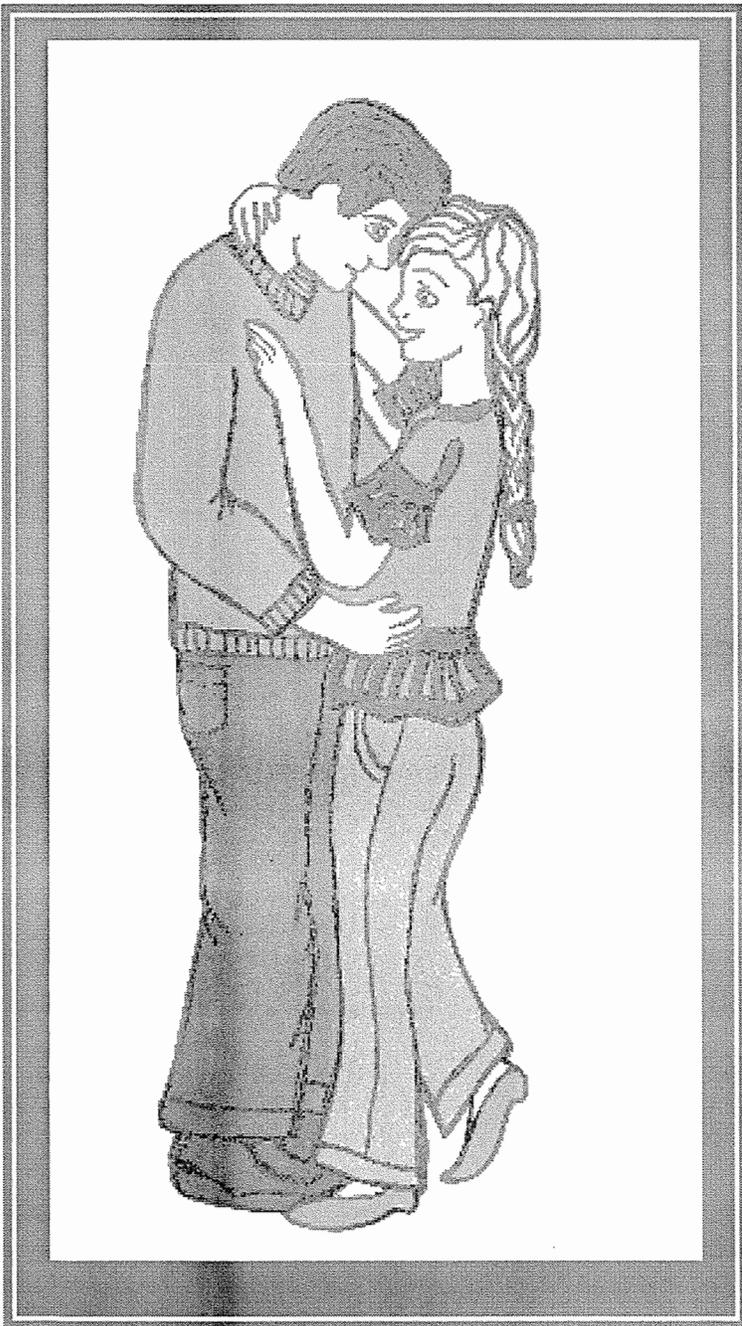
Hay cuatro principios básicos de hacer y mantener amigos:

1. Tomar la iniciativa para acercarse a los otros.
2. Mostrar un verdadero interés por la gente.
3. Tratar a los demás con respeto y amabilidad.
4. Valorarse a uno mismo y a los otros como individuos únicos con mucho que ofrecer.





NOVIAZGO



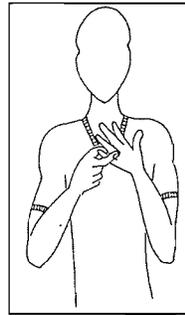
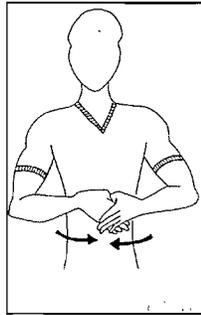
Es la etapa de conocimiento de la pareja, en la que hombre y mujer se preparan mediante un compromiso mutuo, para su futura vida matrimonial, se denomina noviazgo. Es un periodo importante en la vida.

Ventajas

1. Se comparten esperanzas y alegrías.
2. Experimentan sentimientos profundos de unión y afecto
3. Respeto e interés mutuo.

Desventajas

1. Embarazos no deseados
2. Enfermedades de transmisión sexual
3. Aborto
4. Madres solteras

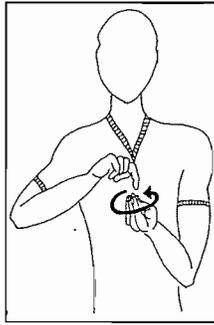


MATRIMONIO

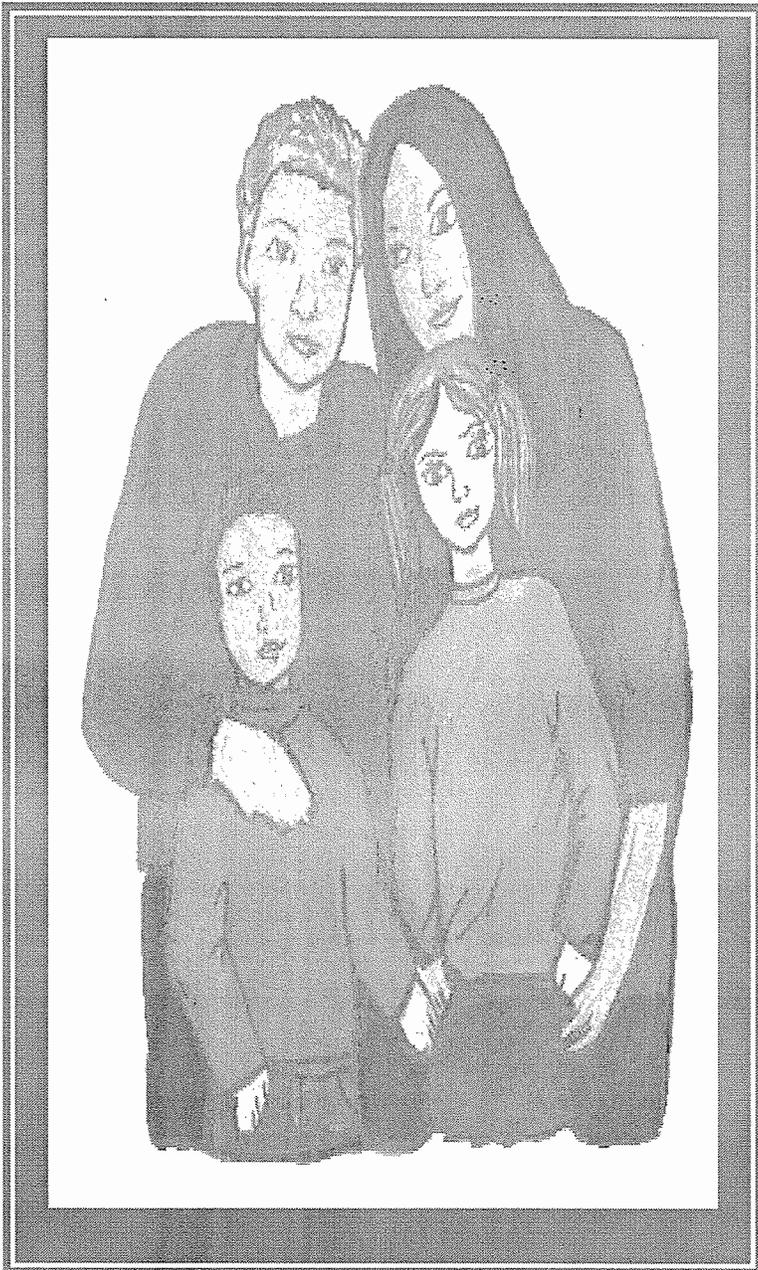


Después del noviazgo, la pareja se une en matrimonio. Y se inicia el camino de una vida en común, en que es necesaria una madurez y responsabilidad, el hombre y la mujer deben de amarse, respetarse, ser fieles. Los hijos deben de ser concebidos con amor.

Es la unión legal y religiosa de un hombre y una mujer con el compromiso de permanecer juntos para toda la vida.



FAMILIA



Es la base de la sociedad que tiene como finalidad procrear hijos ofreciéndoles un estilo de vida completo físico, material y moral.

Valores para la construcción de la familia.

- Respeto
- Amor
- Comprensión
- Responsabilidad
- Unión
- Diálogo
- Paciencia.

RELACIONES INTERPERSONALES

- Encuentre las 4 fases con las cuales se construye una buena relación interpersonal y luego escribalas en el orden adecuado.

A	D	T	G	Y	U	J	I	K	J	G	G	R
J	U	N	C	A	J	K,	T	W	S	D	F	G
K	O	H	W	M	W	W	D	V	H	U	K	L
G	N	O	V	I	A	Z	G	O	V	F	F	G
F	H	V	B	S	D	H	H	S	D	X	A	A
Y	O	I	D	T	B	R	E	O	K	G	M	D
U	L	K	M	A	T	R	I	M	O	N	I	O
K	P	E	K	D	E	F	H	U	L	R	L	D
H	M	D	G	W	S	W	G	T	Ñ	F	I	V
B	J	C	R	W	X	X	V	B	Ñ	D	A	C

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

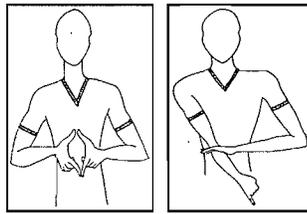
- Escriba los cuatro principios básicos para mantener una buena amistad:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Actividades:

- Comente sobre las ventajas y desventajas del noviazgo.
- Realice un cartel donde exponga lo que piensa acerca del matrimonio y la familia, utilice material que tenga a su disposición, como revistas, marcadores, etc.

Mujer



ÓRGANO REPRODUCTOR INTERNO DE LA MUJER (VAGINA)

Los órganos que componen el sistema reproductor femenino (llamados órganos genitales) tienen capacidad para producir y nutrir óvulos, haciendo posible la creación de una nueva vida.

ORGANOS GENITALES FEMENINOS INTERNOS

Los órganos genitales internos se componen de la vagina (el órgano en el que penetran los espermatozoides durante la copula, la salida de la sangre durante la menstruación y el canal por el que atraviesa el bebé en el nacimiento, el útero (donde el feto se nutre y crece durante su desarrollo), los ovarios (productores de los óvulos y las trompas de Falopio (que comunican los ovarios con el útero).

1. **OVARIOS:** cada ovario está formado por una glándula plana y en forma de almendra, de aproximación 1,5 cm de longitud. Los ovarios producen las hormonas estrógeno y progesterona y contiene los sacos hísticos llamados folículos, en cuyo interior se desarrollan los óvulos

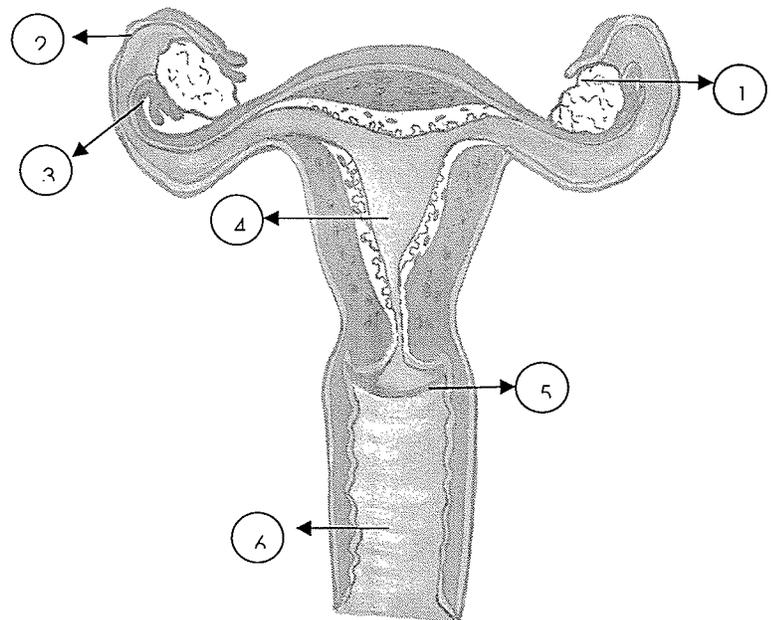
2. **TROMPAS DE FALOPIO:** las dos trompas de Falopio son unos finos canales musculares conectados a la parte superior del útero, una a cada lado, y que se extiende hasta los ovarios. Los óvulos pasan de los ovarios al útero a través de las trompas de Falopio.

3. **FIMBRIAS DE LAS TROMPAS DE FALOPIO:** La abertura de las trompas de Falopio en su extremo adyacente al ovario termina en unas proyecciones digitiformes llamadas fimbrias, cuya superficie está cubierta de unas diminutas vellosidades llamadas flagelos. Cuando el ovario libera un óvulo, las fimbrias lo impulsan al interior de la trompa de Falopio.

4. **ÚTERO:** el útero consiste en una estructura hueca con forma de pera, con gruesas paredes musculares. El revestimiento uterino (endometrio) está compuesto por capas hísticas y células secretoras de moco.

5. **CERVIX (cuello uterino):** el cérvix, o cuello uterino, es la parte estrecha inferior del útero, que separa el cuerpo uterino de la vagina, la parte superior de la cérvix se contrae durante el embarazo para mantener cerrada la salida de la vagina. El cérvix se dilata totalmente durante el parto para permitir el paso del niño

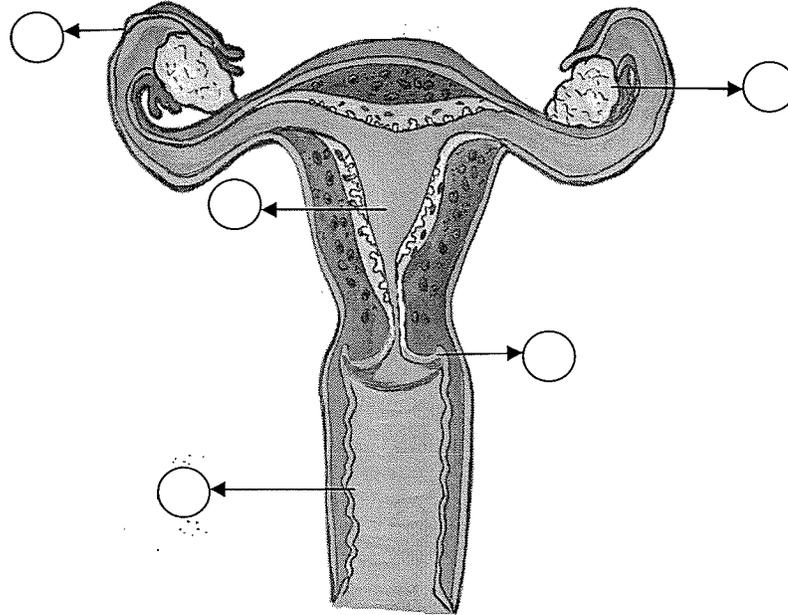
6. **VAGINA:** es un paso muscular (de unos 10 cm de longitud) que comunica el cérvix con los órganos genitales externos



MUJER

(Órgano reproductor femenino interno)

- Escriba dentro del círculo el número que corresponde a cada parte del Órgano Reproductor Femenino Interno y describa cada una de ellas.



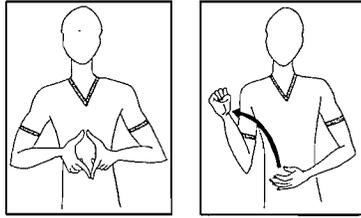
1. Ovarios:

2. Útero:

3. Cuello Uterino:

4. Vagina:

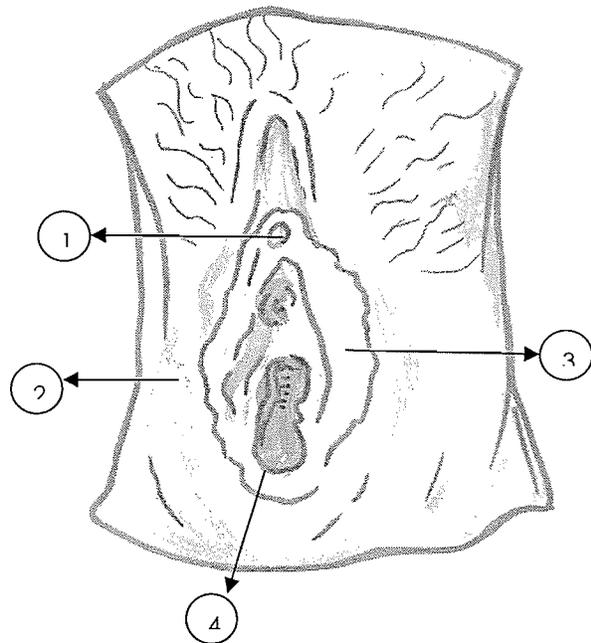
5. Trompas de Falopio:



ÓRGANO REPRODUCTOR PARTE EXTERNA DE LA MUJER

Los órganos genitales externos (llamados vulva) constan de los labios mayores, los labios menores, el clítoris y las glándulas vestibulares. Estas estructuras son estimuladas y proporcionan sustancias lubricante durante el acto sexual.

1. **CLÍTORIS:** Es una pequeña estructura cilíndrica situada en la conjunción superior de los labios menores. Durante la copulación, el clítoris se pone erecto.
2. **LABIOS MAYORES:** Son dos pliegues externos de tejido que rodean la abertura de la vagina y de la uretra.
3. **LABIOS MENORES:** Son los dos pliegues hísticos situados debajo de los labios mayores.
4. **GLÁNDULAS VESTIBULARES:** También llamadas glándulas de Bartholin están situadas en ambos lados de la abertura vaginal. Durante la estimulación sexual, estas glándulas secretan un moco lubricante y transparente.



Toda mujer a partir de la edad reproductiva debe visitar a su ginecólogo por lo menos una vez al año. Este profesional resolverá muchas de nuestras dudas y nos informará de una serie de programas de atención a la mujer enfocados a prevenir algunas de las enfermedades más graves y frecuentes en la población femenina: el cáncer de mama y de cuello de uterino

Órgano reproductor femenino externo

¿Qué es el Clítoris? _____

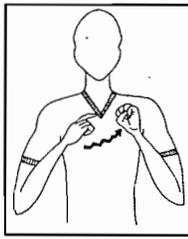
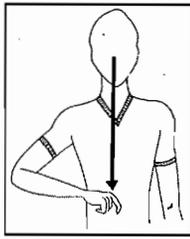
¿Qué son los Labios Mayores de la Vagina? _____

¿Qué son los Labios Menores de la vagina? _____

¿Qué son las Glándulas Vestibulares? _____

Actividades:

- Haga una ilustración de las partes externas del aparato reproductor femenino.
- Comente con alguien, que le tenga confianza el por qué de la importancia de visitar a un ginecólogo regularmente cuando tiene una vida sexual activa.



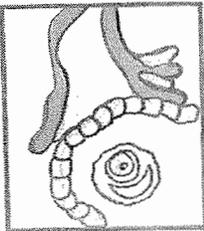
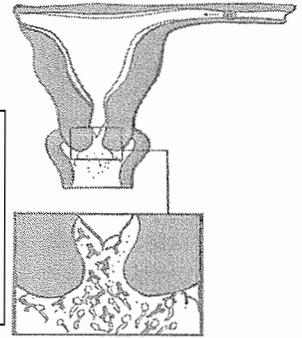
INFERTILIDAD FEMENINA

Causas de la esterilidad

Las parejas que han mantenido relaciones sexuales sin protección en el momento de la ovulación de cada ciclo menstrual durante al menos un año y no hay conseguido un embarazo, es probable que tenga un problema de esterilidad. La esterilidad afecta a hombres y mujeres.

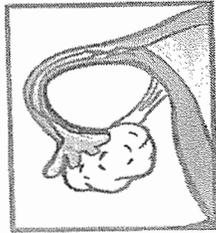
Tipos de infertilidad

Anticuerpos contra espermatozoides: En algunos casos, el sistema inmunológico de la mujer produce anticuerpos contra los espermatozoides de su compañero. Estos anticuerpos pueden destruir los espermatozoides o reducir su capacidad de nadar, impidiendo que lleguen al óvulo, en algunos casos, el sistema inmunológico masculino produce anticuerpos contra sus propios espermatozoides. Estos anticuerpos provocan que los espermatozoides se peguen uno con otros quitándoles fuerza en su movimiento para atravesar el moco cervical.



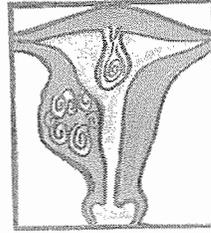
Trastorno relacionado con la liberación de óvulos

La ausencia de liberación de óvulos maduros de los ovarios, la liberación irregular de óvulos, son las causas de la esterilidad de la mujer, es un desequilibrio hormonal, que puede ser causado en algunos casos por pérdida de peso, obesidad o por presencia de quistes.



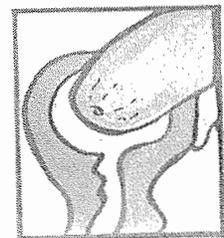
Bloqueo o lesión de trompas de Falopio

Las trompas de Falopio pueden sufrir un bloqueo o lesiones debido a una infección o como resultado de una intervención quirúrgica en los órganos pélvicos o una enfermedad llamada endometriosis. Esta lesión puede impedir que el espermatozoide llegue al óvulo o que el óvulo fecundado pase por la trompa de Falopio para llegar al útero.



Anomalías uterinas

En raras ocasiones, la causa de la esterilidad se debe a anomalías uterinas. Puede tratarse de un defecto de formación de útero, de tejido cicatricial por una intervención quirúrgica o una infección que bloquee por un tiempo o para siempre el espacio del útero o fibromas que son tumores no cancerosos que cambian la forma del útero.



Trastorno cervical

Un desequilibrio hormonal puede ser el moco cervical impenetrable para los espermatozoides y no puedan pasar al cuello uterino para llegar a las trompas de Falopio y fecundar el óvulo.

Infertilidad femenina

- Las parejas que han mantenido relaciones sexuales sin protección en el momento de la ovulación, de cada ciclo menstrual durante al menos un año y no han conseguido un embarazo, es probable que tenga un problema llamado: _____

- Desarrolle cada uno de los siguientes temas:

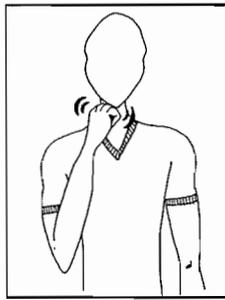
Trastorno relacionado con la liberación de óvulos

Bloqueo o lesión de trompas de Falopio

Anomalías uterinas

Trastorno cervical

- Defina el término **anticuerpos contra espermatozoides**:



MENSTRUACIÓN

MENSTRUACIÓN: fenómeno periódico propio de las mujeres, consiste en la salida del óvulo no fecundado en una hemorragia producida por la rotura de capilares de la mucosa.

MADURACIÓN Y LIBERACIÓN DEL ÓVULO

Cuando la niña llega a la pubertad, la glándula pituitaria, ubicada en la base del cerebro empieza a secretar mayores niveles de hormona folículoestimulante y hormona luteinizante; estas llegan a los ovarios a través del riego sanguíneo y coordinan la maduración del óvulo y su liberación del ovario.

Paso 1: Al comienzo del ciclo menstrual la hormona folículoestimulante producida por la glándula pituitaria estimula el desarrollo de algunos de los folículos primarios (que contienen oositos primarios) en los ovarios. Normalmente sólo un folículo primario alcanza la maduración.

Paso 2: A medida que las células rodean el oosito primario se multiplican y forman capas continuas, el folículo primario en proceso de maduración aumenta de tamaño. Esta estructura multiestratificada se llama ahora folículo secundario.

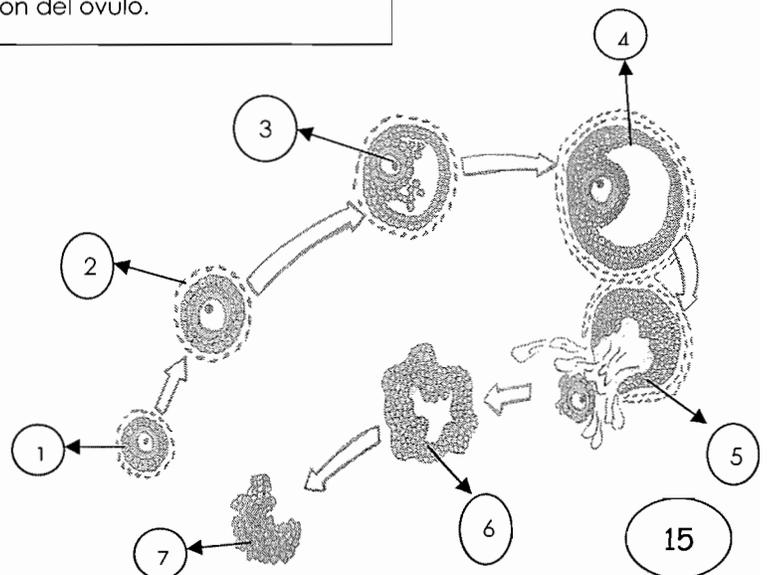
Paso 3: El centro del folículo secundario que contiene al oosito primario se ahueca y se llena de líquido.

Paso 4: El folículo secundario sigue creciendo, forma otra capa celular externa más y empieza a secretar estrógeno.

Paso 5: Una ola de hormona luteinizante, liberada por la glándula pituitaria, llega al ovario y provoca la rotura del folículo secundario. El óvulo, ahora llamado oosito secundario, es liberado del folículo roto en un proceso llamado ovulación.

Paso 6: Tras la ovulación, el folículo roto se transforma en una estructura llamada cuerpo lúteo, las células del cuerpo lúteo secretan las hormonas progesteronas y una pequeña cantidad de estrógeno.

Paso 7: En caso de producirse la fecundación, el cuerpo lúteo sigue secretando hormonas durante todo el embarazo. Si no se produce la fecundación el cuerpo lúteo empieza a descomponerse a los diez o doce días de la liberación del óvulo.



Menstruación

- En qué consiste la menstruación:

- Explique el proceso de maduración y liberación del óvulo:

Actividades:

- Busque imágenes en el internet del proceso de maduración y liberación de óvulos, y péguelos en este espacio.

- Investigue en el internet los síntomas que existen antes y en el periodo menstrual.

Hombre



ÓRGANO REPRODUCTOR MASCULINO

Los órganos reproductores masculinos se componen de los testículos (donde se produce el espermatozoide), los vasos deferentes (que transportan el espermatozoide de cada testículo a la uretra, el conducto por el que son expulsados del cuerpo la orina y el semen), las vesículas seminales y las glándulas prostáticas y bulbouretrales (que producen la mayor parte de los líquidos, el denominado líquido seminal, que se mezcla con el espermatozoide y forma el semen), y el pene (a través del cual es eyaculado el espermatozoide en el curso del acto sexual).

1. VASOS DEFERENTES: Son los conductos que transportan los espermatozoides liberados por cada testículo. Cada vaso deferente asciende por encima de la vejiga y se une a una vesícula seminal, formando un conducto eyaculador en el extremo superior de la uretra.

2. PROSTATA: Rodea la parte superior de la uretra, justo por debajo de la vejiga. Esta glándula produce aproximadamente el 30% del líquido seminal, que penetra en la uretra a través de múltiples y minúsculos conductos.

3. GLÁNDULAS BULBOURETRALES: Están situadas a ambos lados de la base del pene. Estas glándulas producen alrededor del 5% del líquido seminal.

4. URETRA: Se extiende desde la vejiga hasta el extremo del pene. La parte superior de la uretra comunica con los vasos deferentes. La uretra es el tubo a través del cual se excretan la orina y el semen.

5. TESTÍCULOS: Son unos órganos de forma ovalada que producen espermatozoides, testosterona y aproximadamente, el 5% del líquido seminal.

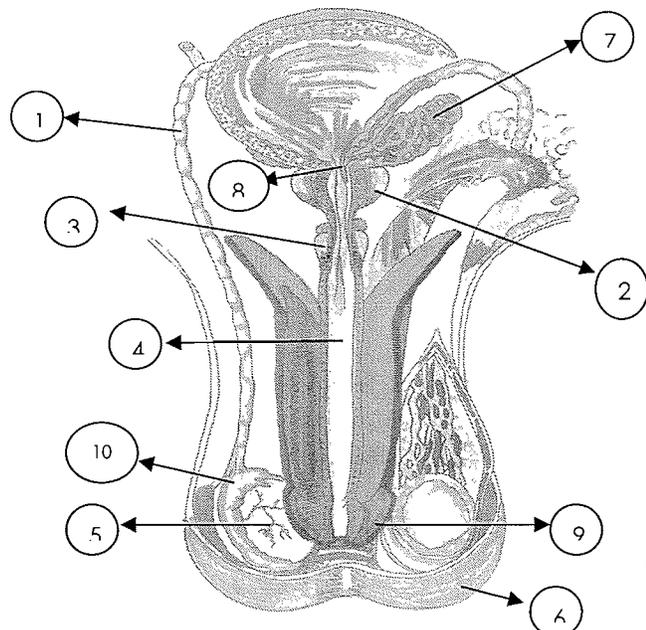
6. ESCROTO: Es una fina capa de piel que rodea otra capa muscular y forma la bolsa que contiene los testículos.

VESÍCULA SEMINAL: Cerca del extremo superior de cada vaso deferente, se encuentra una glándula abolsada llamada vesícula seminal. Estas glándulas producen alrededor del 60% del líquido seminal.

7. CONDUCTO EYACULATORIO: Cada conducto eyaculador comunica una vesícula seminal con un vaso deferente y llega hasta la parte superior de la uretra.

8. PENE: Contiene tres columnas de tejido eréctil (tejido esponjoso lleno de diminutos vasos sanguíneos véase en EXITACION SEXUAL MASCULINA). La uretra atraviesa el centro de una de estas columnas hícticas, hasta el extremo del pene.

9. EPIDIDIMO: Consiste en una prolongada estructura en forma de cordón (en la parte posterior de cada testículo) que abre en un vaso deferente. En el interior del epidídimo maduran y son almacenados los espermatozoides.



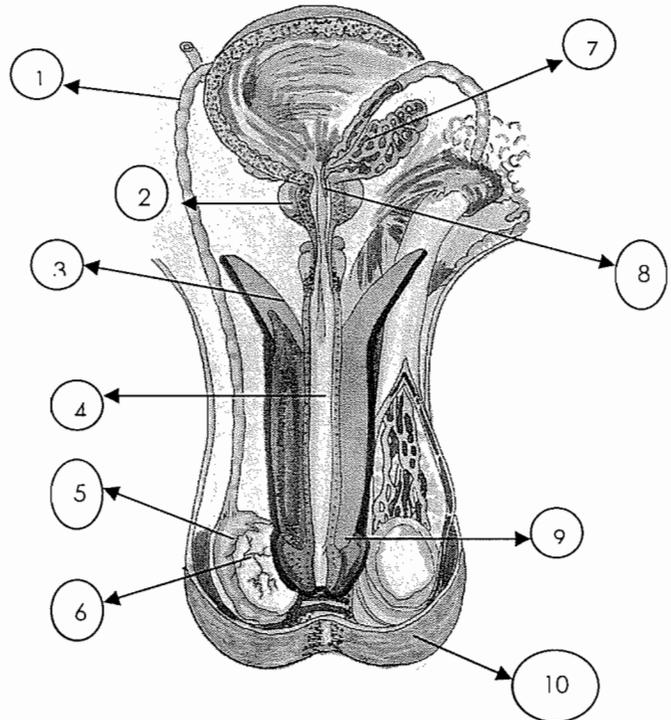
HOMBRE

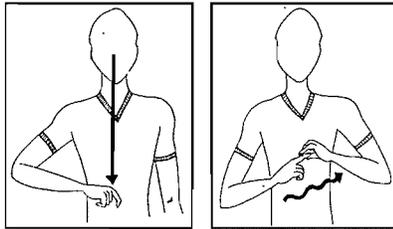
- ¿Cuál es la función principal de los Testículos?

- ¿Cuál es la función principal del Escroto?

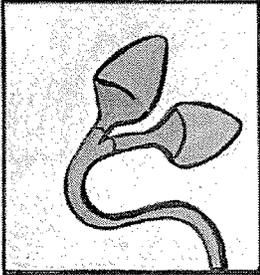
- Identifique cada una de las partes del Aparato Reproductor Masculino y luego escribalas según el número que corresponde.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____



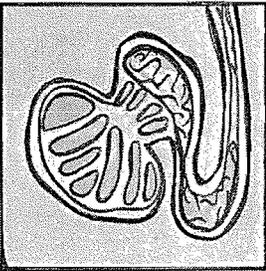


INFERTILIDAD MASCULINA



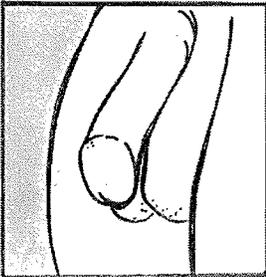
Producción anormal de espermatozoides

Es la baja producción de espermatozoides esto puede ser ocasionado por un trastorno hormonal, enfermedades, medicamentos, consumo de drogas o mucho alcohol.



Bloqueo del paso de los espermatozoides

Los espermatozoides deben de atravesar estructuras tubulares, epidídimo y vasos deferentes para llegar al pene. El bloqueo de estas estructuras causado por una infección o su desarrollo inadecuado puede impedir el paso de los espermatozoides y producir esterilidad.



Trastorno de la eyaculación

Las anomalías estructurales del conducto eyaculatorio pueden reducir o impedir la eyaculación de espermatozoides. Las lesiones nerviosas, producidas a veces por una intervención quirúrgica de la próstata, pueden hacer que la eyaculación revierta a la vejiga. Algunos medicamentos o una lesión grave de la columna vertebral pueden afectar a las señales nerviosas que desencadena la eyaculación.

Infertilidad Masculina

- Enumere los tipos de la Infertilidad Masculina y luego socialice con sus compañeros las causas de ellas.

- Recorte y pegue de lo que a continuación se le pide utilizando una lámina ilustrativa:

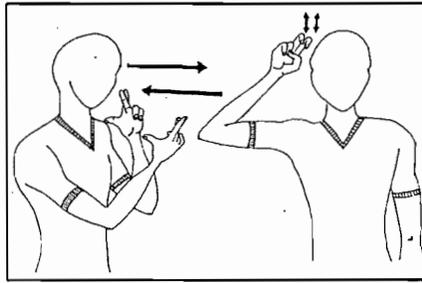
Producción anormal de espermatozoides:



Bloqueo del paso de los espermatozoides:

Trastornos de la eyaculación:

Relaciones Sexuales



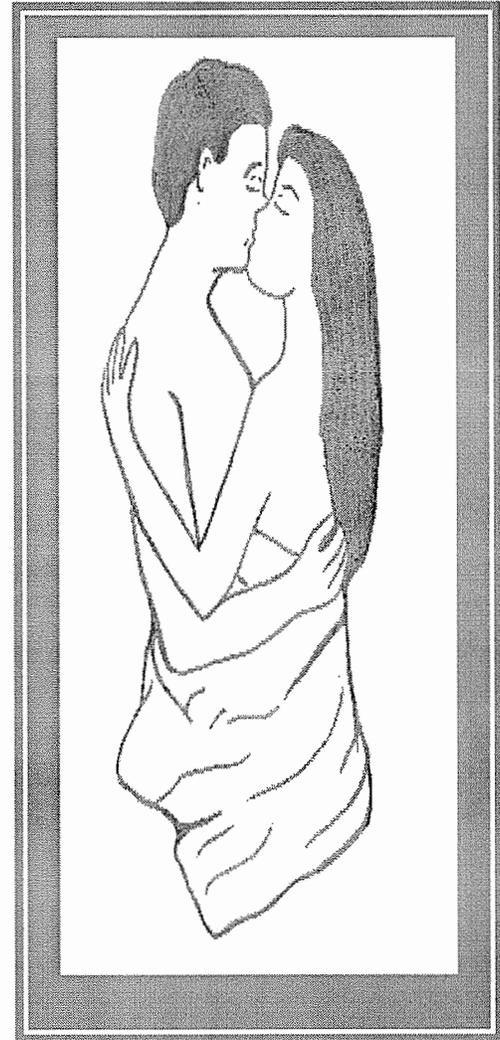
RELACIONES SEXUALES

La relación sexo genitales

Es la penetración natural del pene en la vagina de la mujer, y la eyaculación del esperma directamente dentro de la vagina.

El acto sexual va mucho más allá del plano físico para entrar en el terreno de la comunicación interpersonal, es acto de amor.

Una sexualidad satisfactoria que produce un placer físico y alegría espiritual, se basa en la aceptación y valoración no solamente de la genitalidad, sino también de la persona.



Es recomendable que en cada relación sexo genital, utilice un condón así evitarás un embarazo no deseado o alguna enfermedad de transmisión sexual o VIH.

Relaciones Sexuales

- Describa en qué consiste una relación sexo genital.

Actividades:

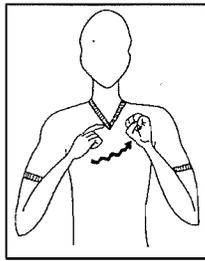
- Escriba un listado de las desventajas de mantener una vida sexual activa antes de tiempo.

- Escriba un listado de los elementos positivos y negativos de una relación sexual.

Positivos	Negativos

- Siempre al tener una relación sexual, por protección debe utilizar un:

Desarrollo del Embrión



FERTILIZACIÓN

FECUNDACIÓN DEL ÓVULO

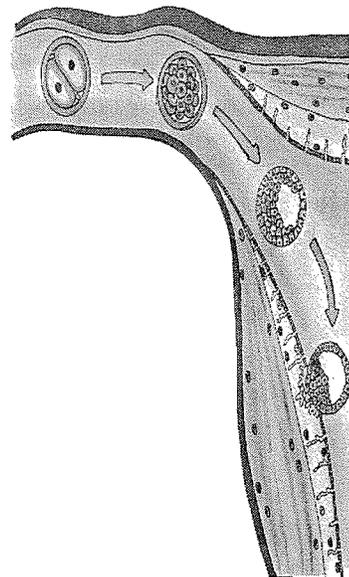
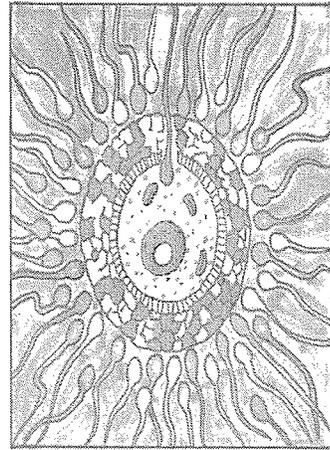
El embarazo comienza con la unión de un óvulo y un espermatozoide. Este proceso se le llama fecundación, luego de la fecundación en la parte uterina (hecho que se conoce como concepción).

Durante el acto sexual, más de 300 millones de espermatozoides son eyaculados al interior de la vagina. Sólo unos 3 millones atraviesan el cérvix (cuello uterino) para alcanzar el útero; el resto son aniquilados por las secreciones ácidas de la vagina o se pierden con las excreciones del cuerpo femenino.

Sólo unos 200 espermatozoides logran sobrevivir el resto de su viaje y llegan a la parte superior de las trompas de Falopio, donde se produce la fecundación.

Los espermatozoides que llegan al óvulo secretan una enzima que destruye la capa exterior del óvulo. Cuando un único espermatozoide ha penetrado en el óvulo, la composición química de su capa exterior se altera rápidamente, lo que impide la penetración de más espermatozoide.

Cuando el espermatozoide ha penetrado en el óvulo, la cola se separa de la cabeza. El núcleo de la cabeza del espermatozoide se fusiona con el núcleo del óvulo, formando un óvulo fecundado, llamado cigoto.



FERTILIZACIÓN

Responda las siguientes preguntas

1. ¿Qué es un óvulo? _____

2. ¿Qué es un espermatozoide? _____

3. ¿Cómo se le llama a la unión de un óvulo y un espermatozoide?

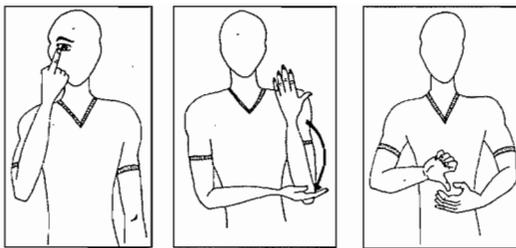
4. ¿Cómo se le llama al óvulo fecundado? _____
5. Hasta qué parte de la vagina llegan los espermatozoides donde se realiza el proceso de fecundación: _____

Preguntas de múltiples respuestas, subraye la correcta.

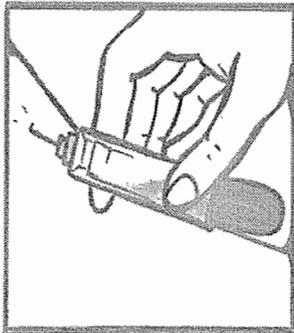
1. ¿cuántos espermatozoides son eyaculados?
a. tres mil
b. dos mil
c. trescientos
2. ¿cuántos espermatozoides logran sobrevivir en el cuello uterino?
a. 300
b. 100
c. 200

Actividades

- a. Realice una maqueta del proceso de fertilización

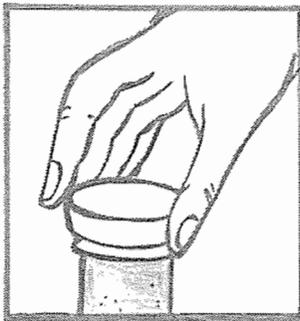


PRUEBAS DE EMBARAZO



Análisis de sangre

- El análisis cuantitativo de sangre (o análisis de beta HGC) mide la cantidad exacta de esta hormona en la sangre. Esto significa que puede detectar cantidades muy pequeñas de HGC, lo que lo hace un análisis muy exacto.
- El análisis cualitativo de la sangre da una respuesta simple, ya sea positiva o negativa, en cuanto a si estás embarazada. La exactitud de este análisis es similar a la de las pruebas de orina, la única ventaja es que los análisis de sangre pueden detectar la HGC más cerca del comienzo del embarazo que las pruebas de orina.



Análisis de orina

Esta clase de pruebas pueden llegar a ser muy útiles porque podrán confirmar si estás embarazada en unos pocos minutos con sólo tomar una muestra de orina en cualquier momento del día, aún si hicieras la prueba en menos de dos semanas después haber concebido.

Generalmente las mujeres se realizan la prueba cuando su periodo menstrual no llega. Estas pruebas son fáciles de usar, pueden hacerse en casa, y son privadas.

¿Cuándo debo de hacerme la prueba?

Recuerde, la producción de la HGC se inicia entre el 6° y el 12° día después de la fertilización. Este momento puede variar, por lo que realizarse la prueba al primer día de retraso, puede darle un dato erróneo. Dado que los niveles de la hormona HGC no aumentarán inmediatamente, lo ideal sería que se realizara una prueba de embarazo casera a partir de los siete o de los diez días posteriores a haber perdido su primer período menstrual, esto con el fin de asegurarse de que el índice de error en esta clase de pruebas sea el mínimo.

En caso que la prueba sea negativa se recomienda repetirla en una semana si aún no ha tenido su periodo menstrual.

PRUEBAS DE EMBARAZO

1. Mencione los tipos de embarazo que existen

a. _____

b. _____

c. _____

2. Describa las siguientes pruebas de embarazo

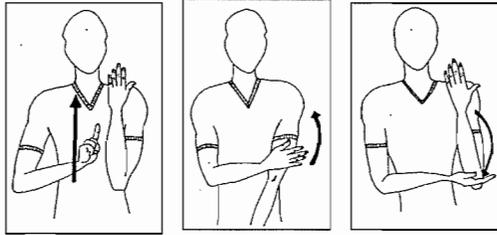
Prueba de sangre: _____

Prueba de orina: _____

3. Investigue cuáles son los síntomas del embarazo

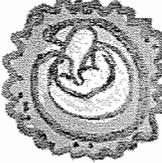
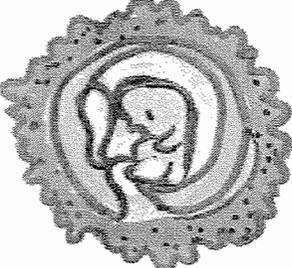
Actividad

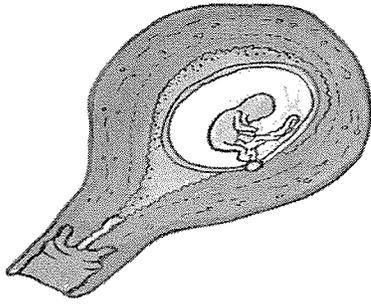
- Discuta y haga un análisis con sus compañeros sobre los síntomas investigados.
- Realice carteles sobre los síntomas del embarazo.



DESARROLLO PRENATAL

IMPLANTACIÓN: Desde la fecundación, el óvulo empieza a dividirse en una masa de células. Entre 8 y 5 días después de la fecundación, la masa de células (blastocisto) se une en el revestimiento uterino. El blastocisto contiene células que formaran el embrión, además de una capa externa conocida como trofoblasto

	<p>2 Semanas: Algunas de las células del trofoblasto empieza a formar la placenta; otras células del trofoblasto formarán las membranas que rodean al embrión (llamado saco amniótico). El complejo celular interno empieza a organizarse entre tres capas que están seguidas: ectodermo, mesodermo, endodermo, que forman diferentes partes del embrión.</p>
	<p>5 Semanas: A la quinta semana se ha desarrollado el esqueleto humano básico. Es el periodo de formación de los brazos y las piernas. También empiezan a verse los ojos, la nariz y la boca. El cordón umbilical ya está formado.</p>
	<p>6 Semanas: Longitud 1,2 cm se está formando la cabeza del embrión y se está desarrollando el cerebro, la columna vertebral y el sistema nervioso. Cuatro pequeños hoyos donde estará la cabeza, los ojos y los oídos. Se inicia el desarrollo del abdomen y el sistema digestivo; el embrión presenta ahora la forma de la mandíbula, boca y estomago. El corazón no es más que un tubo sencillo que se puede percibir como un bulto en la parte anterior del tórax y que empezará a latir al final de la sexta semana. Empezará a formarse los músculos y sobre ellos, se inicia el desarrollo de la piel.</p>
	<p>12 Semanas: Longitud 7,5 cm. Peso 17,5 g. Ahora el feto está adquiriendo una forma de aspecto más humano, aunque su cabeza es demasiado grande que el al cuerpo y sus miembros demasiados pequeños. Los dedos están completamente desarrollados y las uñas formadas. El feto puede mover los miembros, doblar los dedos de los pies y realizar movimientos de meterse el dedo a la boca. También están formados los órganos genitales externos.</p>
	<p>16 Semanas: Longitud 15 cm. Peso 130 g. los miembros y las articulaciones del feto están completamente desarrolladas y sus músculos se están fortaleciendo. El feto tiene desde ahora de sus propias huellas de los dedos, produce movimientos rápidos aunque la madre no siempre los percibe en este temprano estadio. Durante el resto del embarazo el feto crece y sus órganos internos maduran; su cuerpo se cubre de un fino bello suave (llamado lanugo) y empieza a crecer las cejas y las pestañas. Los aparatos de ultrasonidos ya perciben los latidos de su corazón.</p>

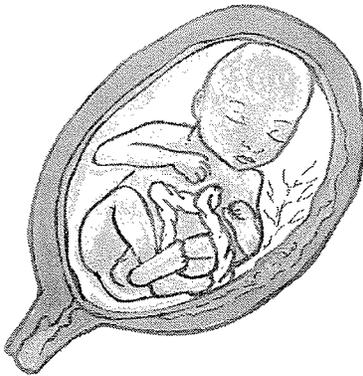


20 Semanas: Longitud 25 cm. Peso 350 g. el feto crece ahora rápidamente y los brazos y las piernas se han desarrollado en proporción al resto del cuerpo. La mujer puede sentir los movimientos de feto en el interior de su abdomen. Los dientes empiezan a formarse en las mandíbulas del feto y comienza a crecer el pelo de la cabeza.

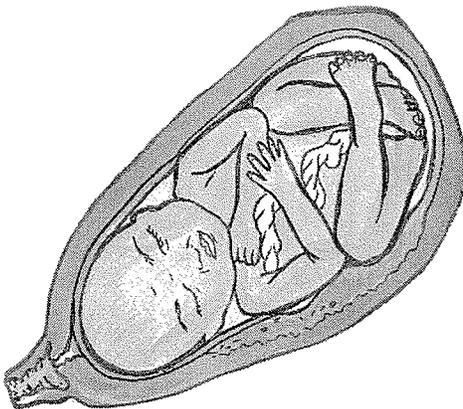


24 Semanas: Longitud 32,5 cm. Peso 570 g.m. El feto prosigue su rápido crecimiento, aunque todavía no ha empezado a almacenar grasas. Los ojos ya se pueden observar en la cara. El feto es capaz de torcer, tener hipo y chuparse el pulgar.

32 Semanas: Longitud 40 cm. Peso 1,600 gm. En proporción al cuerpo la cabeza ya ha alcanzado el tamaño que tendrá en el momento en casa. El feto empieza a guardar grasas. Su cuerpo está cubierto por una sustancia sebácea llamada vernix caseosa, que protege la piel en la mayoría de los casos, el feto se encuentra con la cabeza orientada a la pelvis, la mujer percibe con facilidad sus vigorosos movimientos.



36 Semanas: Longitud 45 cm. Peso 2,5 kg. El feto ocupa ya la totalidad del útero y la mujer puede sentir ya sus movimientos con más fuerza. La cabeza puede haberse deslizado a la zona pélvica ya para el nacimiento. Aumenta la cantidad de grasas acumuladas y el cuerpo del feto engorda. El iris de los ojos es de color azul y su cabello puede medir 5 centímetros de largo. Las uñas han crecido hasta los dedos y si se trata de un varón, los testículos deben haber salido ya del interior de su cuerpo.



40 Semanas: Longitud 50 cm. Peso 3,4 kg. El feto ya está totalmente desarrollado. Cuando está despierto sus ojos se abren y puede distinguir la luz de la oscuridad. Su cuerpo se ha desprendido de la mayor parte de vernix caseosa, que sólo permanece en los pliegues de la piel del cuello, las axilas y las ingles y también se han caído la mayor parte de lanugo.

DESARROLLO PRENATAL

Busque en el internet imágenes para cada mes del embarazo.

Semana 2:

Semana 5:

Semana 6:

Semana 12:

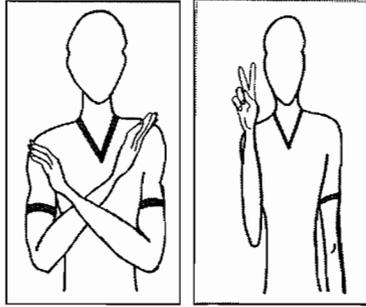
Semana 16:

Semana 20:

Semana 24/32:

Semana 36:

Semana 40:

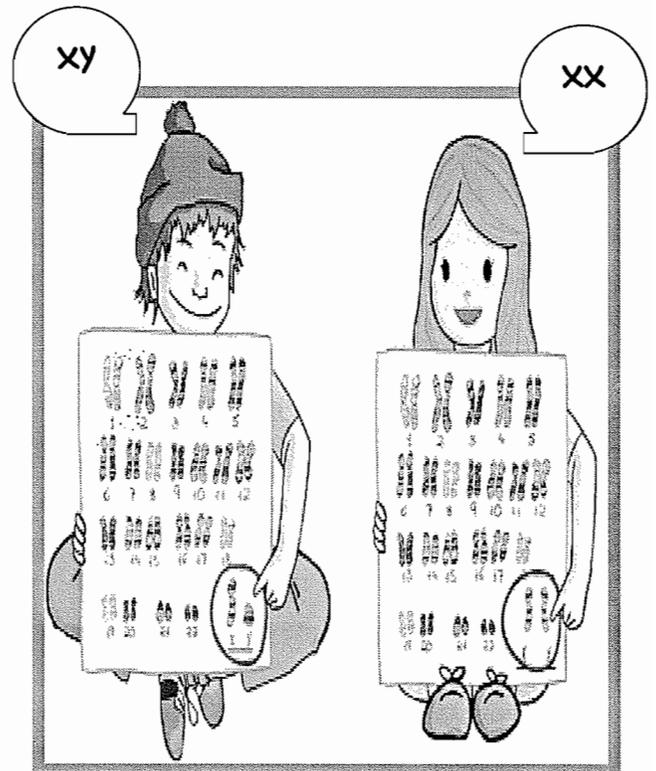


CROMOSOMAS DEL SEXO

Cómo se determina el sexo

El sexo del feto queda determinado por un único par de cromosomas sexuales. Las mujeres tienen un cromosoma sexual, que se llaman cromosoma **X** y los hombres tienen dos: el cromosoma **X**, y uno más pequeño que se llama cromosoma **Y**.

El espermatozoide y el óvulo dan la mitad de cromosomas sexuales, los espermatozoides tienen un cromosoma **X** o un cromosoma **Y**, si el espermatozoide fecunda el óvulo con un cromosoma **X** el feto tendrá dos cromosomas **X** eso indica que será una niña. Y si el espermatozoide fecunda el óvulo con un cromosoma **Y** eso nos indica que el feto tiene dos cromosomas diferentes uno **X** y otro **Y** eso indica que será varón.



CROMOSOMAS

Responda las siguientes preguntas

¿Cuáles son los dos cromosomas de de la mujer? _____

¿Cuáles son los dos cromosomas del hombre? _____

¿Quien define el sexo en el momento de la fertilización? _____

¿Qué cromosoma tiene el espermatozoide? _____

¿Qué cromosoma tiene el ovario? _____

Realice el siguiente ejercicio

Cromosomas XX igual a: _____

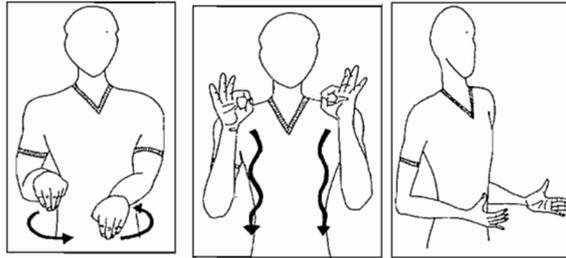
Cromosomas XY igual a: _____

Una niña tiene cromosomas: _____

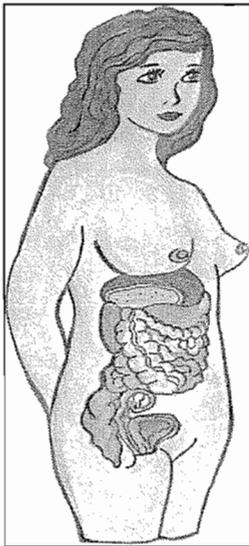
Un niño tiene cromosomas: _____

Actividades

- Realice una maqueta de los cromosomas.
- Realice un álbum familiar y colóquele el cromosoma a cada uno de los miembros de su familia. Por ejemplo papá XY, mamá XX.

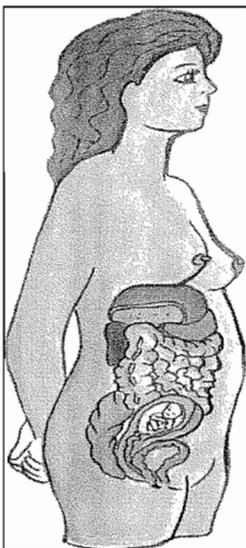


CAMBIOS DE FORMA DEL CUERPO DE LA MUJER



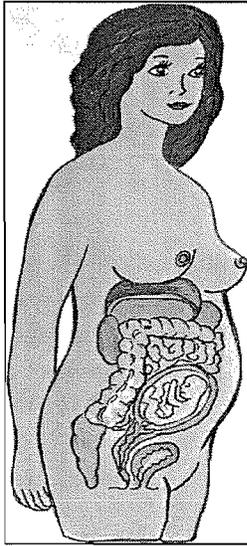
Primero y segundo mes

Durante los primeros dos meses, la forma del cuerpo no cambia sustancialmente y puede no producirse aumento del peso. El abdomen puede aparecer ligeramente más voluminoso, no por el crecimiento del útero sino debido al aflojamiento de los intestinos a causa de los cambios hormonales. Se puede percibir sensaciones de cosquilleo y sensibilidad en las mamas.



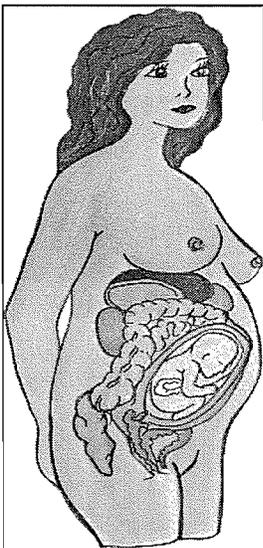
Tercero y cuarto mes

El abdomen empieza a crecer para acomodar al feto en el desarrollo y se suelen ganar cuatro libras de peso por mes. Las mamas siguen desarrollándose durante todo el embarazo, aunque la sensibilidad suele desaparecer. Los pezones a veces gotean calostro (líquido que se parece a la leche materna de color amarillo). Los pezones y la areola (área pigmentada que rodea los pezones) se oscurece y empiezan a ser más visibles las venas.



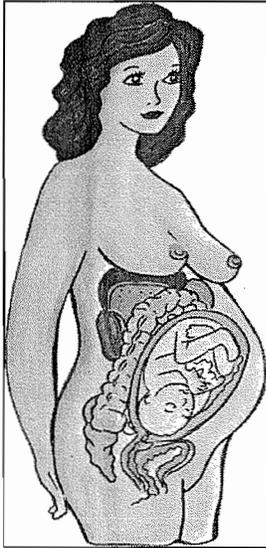
Quinto mes

Se puede ganar 4 libras de peso. La respiración se hace más profunda el ritmo cardiaco se acelera. Puede producirse hinchazón en los pies y los tobillos. Posible aparición de varices.



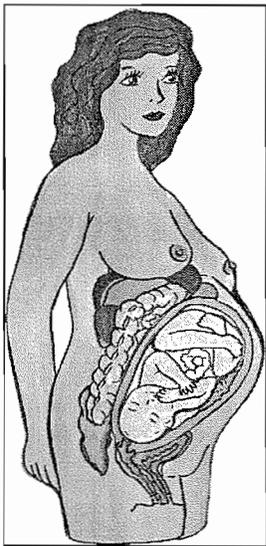
Sexto y séptimo mes

Durante este período, el peso aumenta rápidamente. La piel que cubre el abdomen se tensa y se pone fina, el útero se extiende por encima de nivel del ombligo, desplazando a los demás órganos abdominales. La parte anterior de la pelvis se ensancha.



Octavo mes

Se ganan entre 4 libras. El feto gira colocando la cabeza hacia abajo. El ombligo puede aplanarse y luego sobresalir.



Noveno mes

Si se trata del primer hijo la cabeza busca la pelvis, preparándose para el nacimiento (también conocido como encajamiento). Si fuera el segundo hijo no busca la pelvis hasta que inicien las contracciones, aumentando la necesidad de ir a orinar ya que la cabeza del feto presiona la vejiga.

DURANTE EL EMBARAZO

Describe e ilustre cada cambio en el cuerpo de la mujer durante el embarazo

Primero y Segundo mes: _____

Tercero y Cuarta mes: _____

Quinto mes: _____

407
408

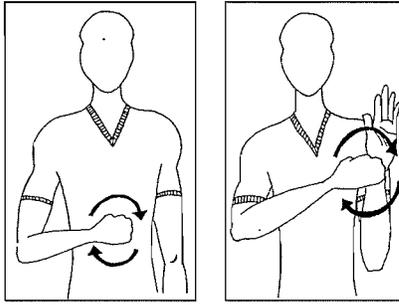
Sexto y Séptimo mes: _____

Octavo mes: _____

Noveno mes: _____

Actividades

- a. Realice una visita a APROFAM, a los programas de embarazos virtuales y adaptación de bebes electrónicos.
- b. Socialice su experiencia.
- c. Realice un rota folio con los cambios del cuerpo de la mujer durante el embarazo.

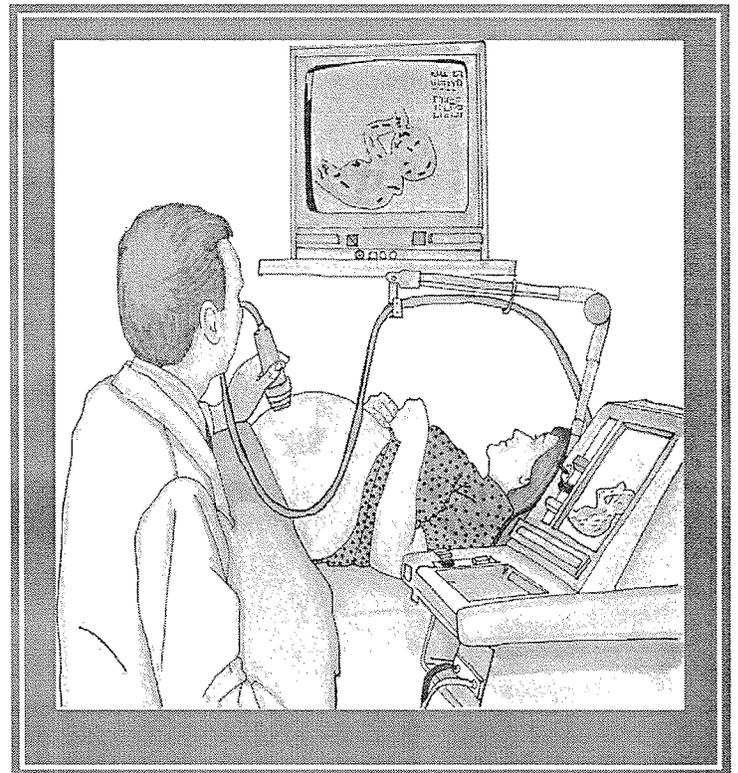


ULTRASONIDO

Una de las ventajas del ultrasonido es que el mismo no emite ninguna clase de radiación ionizada, como sí sucede con las radiografías (rayos X) convencionales. Durante el embarazo, el ultrasonido obstétrico utiliza ondas sonoras a fin de poder visualizar y determinar las condiciones físicas de la mujer embarazada y de su embrión o feto.

El ultrasonido sirve para:

- Ver el tamaño del feto.
- Para detectar los latidos del feto.
- Para ver si hay hemorragias o dolores vaginales durante el embarazo
- Para ver cómo está la posición del feto.
- Para ver cómo crece el feto.
- Para ver si hay uno o más fetos
- Para ver si hay alguna anomalía en el feto.



ULTRASONIDO

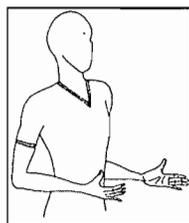
Escriba para qué sirve un ultrasonido.

Actividades

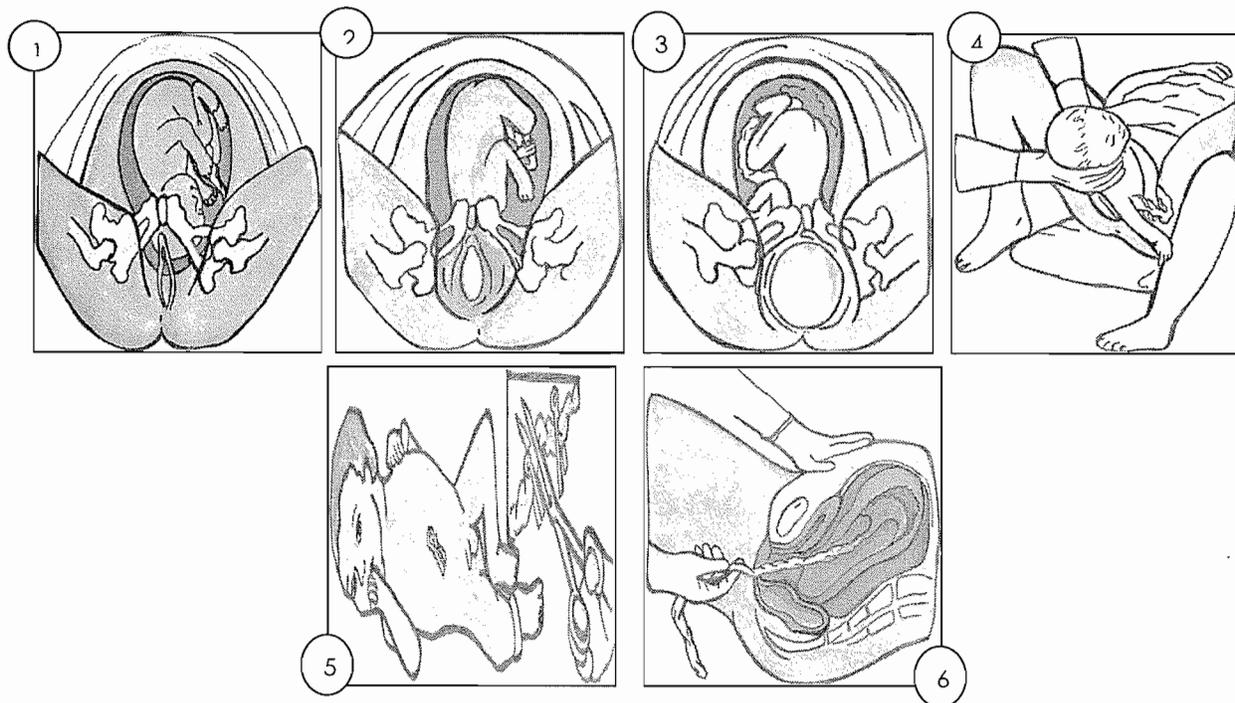
- a. Comente con sus compañeros cada una de las ventajas del ultrasonido.
- b. Busque en el internet imágenes de fetos por medio de ultrasonidos.

Nota: El ultrasonido si está embarazada deberá hacérselo cada dos meses si fuese necesario.

Dónde puede realice un ultrasonido: APROFAM, en el Centro de Salud, Clínicas Ginecológicas y Hospitales



NACIMIENTO DEL NIÑO



PARTO conjunto de fenómenos mecánicos y fisiológicos que tienen lugar al momento de la salida del feto fuera de las vías genitales de la madre.

Paso 1: NACIMIENTO DEL NIÑO: cuando el niño está a punto de nacer su cabeza expande la abertura vaginal provocando el abombamiento del ano y el perineo (región entre la abertura vaginal y el ano). El médico pide a la madre que pujan con cada contracción.

Paso 2: cuando emerge la cabeza del niño, el médico pide a la madre respire rápidamente y que no pujan. Esto le permite controlar la salida de la cabeza y facilitar la distensión suave de los tejidos vaginales, reduciendo la posibilidad de la rotura de los tejidos perineales.

Paso 3: normalmente la cabeza del niño mira hacia abajo, hacia el ano, volviéndose a continuación de lado cuando sus hombros atraviesan la pelvis.

Paso 4: el médico limpia el líquido acumulado en la nariz y la boca y comprueba que el cordón umbilical no esté enrollado alrededor de su cuello. Si es así se pasa cuidadosamente por encima de la cabeza del niño o se sujeta con pinzas y se corta. Normalmente, la siguiente contracción es suficiente para que salgan los hombros. A continuación, el niño se desliza fuera de la vagina.

Paso 5: el cordón umbilical se pinza en dos puntos distintos y se corta entre ambos. El corte del cordón umbilical no hace daño al niño.

Paso 6: EXPULSIÓN DE LA PLACENTA. Para ayudar a expulsar la placenta, al médico coloca una mano en el abdomen de la mujer y tira suavemente del cordón umbilical, mientras la mujer colabora empujando.

NACIMIENTO DEL NIÑO

Describe los seis pasos del nacimiento.

1. Paso 1.: _____

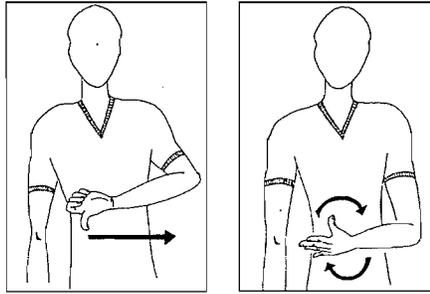
2. Paso 2.: _____

3. Paso 3.: _____

4. Paso 4.: _____

5. Paso 5.: _____

6. Paso 6.: _____



CESÁREA

Suele practicarse cuando el parto es por trillizos o si la mujer ha tenido dos cesáreas más, la operación dura de 40 a 60 minutos.

- Se rasura la parte inferior del abdomen de la mujer y se inserta una sonda que es un tubo delgado en la vejiga para que pase la orina, se inyecta anestesia epidural o general en algunos casos.

- La mujer está acostada de lado sobre la mesa de operaciones, el médico coloca paños especiales para la operación, dejando expuesta la parte inferior del abdomen. El médico practica una incisión horizontal cerca del vello púbico.

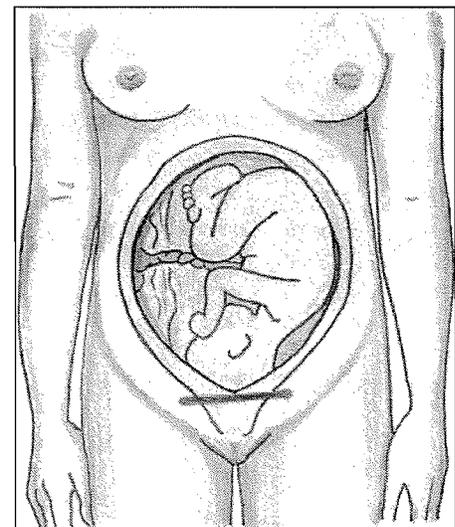
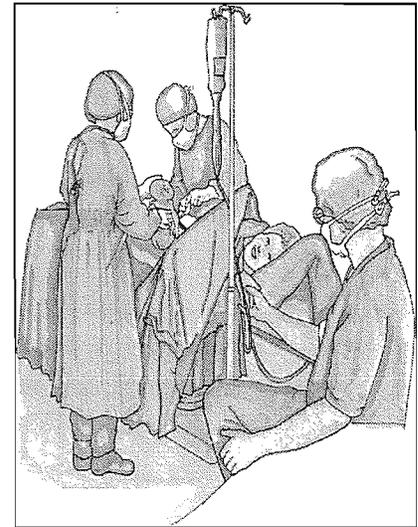
- El médico hace la incisión más profunda, atravesando cuidadosamente la piel y los tejidos adiposos de la pared abdominal, y coloca un retractor en el borde inferior del corte para mantener los tejidos separados. A continuación, practica un corte en forma horizontal en la delgada piel que cubre la cavidad abdominal, el peritoneo.

- El doctor secciona el tejido fibroso del interior de la cavidad abdominal para separar el útero la parte superior, de la vejiga.

- Se adjunta la posición del retractor para mantener separada la vejiga. El doctor hace un corte en forma horizontal en la parte inferior del útero hasta las membranas del saco amniótico que cubre al niño.

- El médico rompe las membranas e introduce una mano debajo de la cabeza del niño que sacan del útero suavemente de la cabeza hacia arriba.

- Para provocar contracciones uterinas y detener una posible hemorragia se administra una inyección intravenosa de oxitocina. Se limpia la boca y la nariz del niño, se pinza el cordón umbilical, cortándolo entre dos pinzas, y el médico extrae la placenta y el saco amniótico del útero



CESÁREA

1. Escriba el procedimiento de la cesárea.

1. _____

2. _____

3. _____

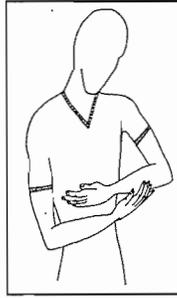
4. _____

5. _____

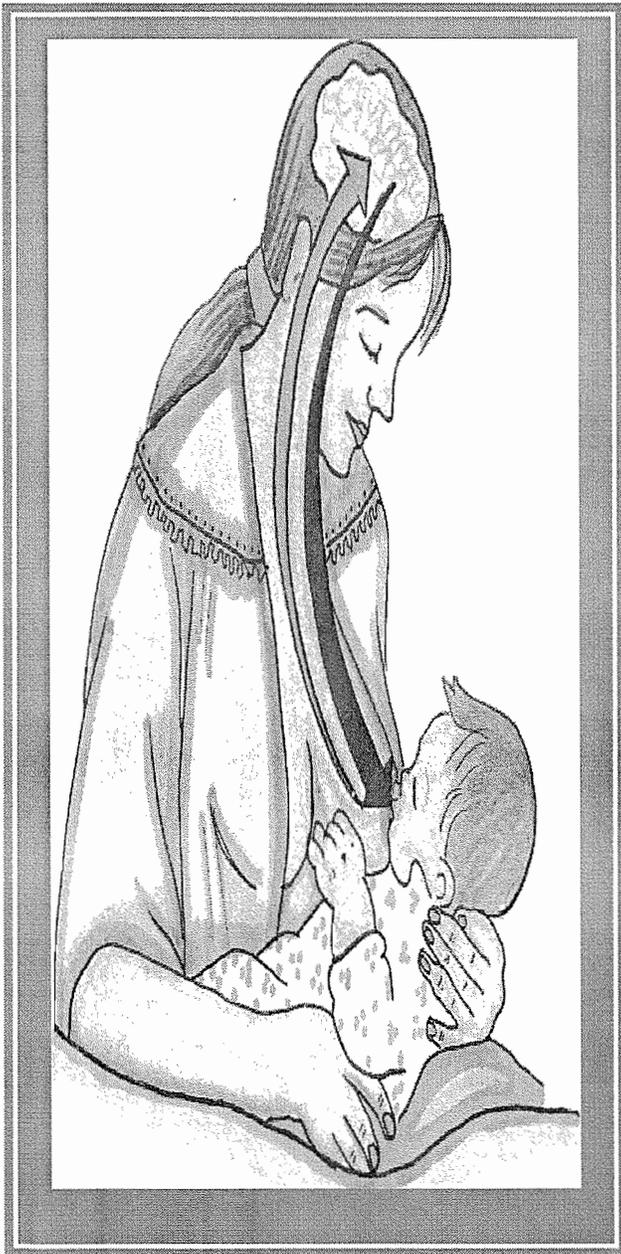
6. _____

Actividad

- a. Investigue los beneficios de una cesárea.
- b. Investigue el por qué se realiza la cesárea.



LACTANCIA MATERNA



Importancia de la leche materna

En el bebé

- Tiene la proporción ideal de nutrientes.
- El acto de amamantar crea y mejora la relación madre-hijo.
- Tiene también otros no-nutrientes como factores de crecimiento cerebral
- El apego a la madre.
- Transmite inmunidad pasiva.
- Provee al bebé de alimento por sus primeros 6 meses de vida.
- Disminuye la gravedad de las alergias
- Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, digestivas, de las vías aéreas superiores y de otitis.
- Disminuye considerablemente el riesgo de muerte súbita.
- Disminuye el riesgo de obesidad.
- disminuye el riesgo de diabetes de tipo 1 y 2, de linfoma, hipercolesterolemia y de asma del futuro adulto.
- La leche materna protege al niño de enfermedades de la piel.

En la madre

- Evita hemorragias después del parto.
- Reduce las posibilidades de adquirir cáncer de mama y de ovario.
- Mejora la mineralización ósea
- La prolactina le ayuda a conciliar rápidamente el sueño.
- Ayuda a perder peso.
- El contacto continuo con el bebé ayuda psicológicamente a la madre en el postparto

LACTANCIA MATERNA

Desarrolle lo siguiente:

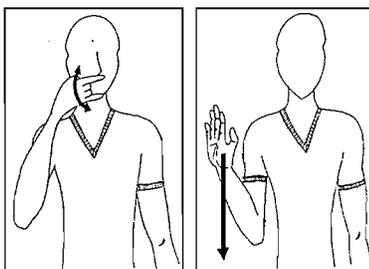
1. Describa la importancia de la lactancia materna. _____

2. Beneficios de la leche materna en la madre: _____

Actividades

- a. Investigue en el internet sobre la importancia de la leche materna.
- b. Comente sobre la importancia y los beneficios de la leche materna.
- c. Investigue las dificultades de las madres para dar leche materna.

Ciclo de la Vida



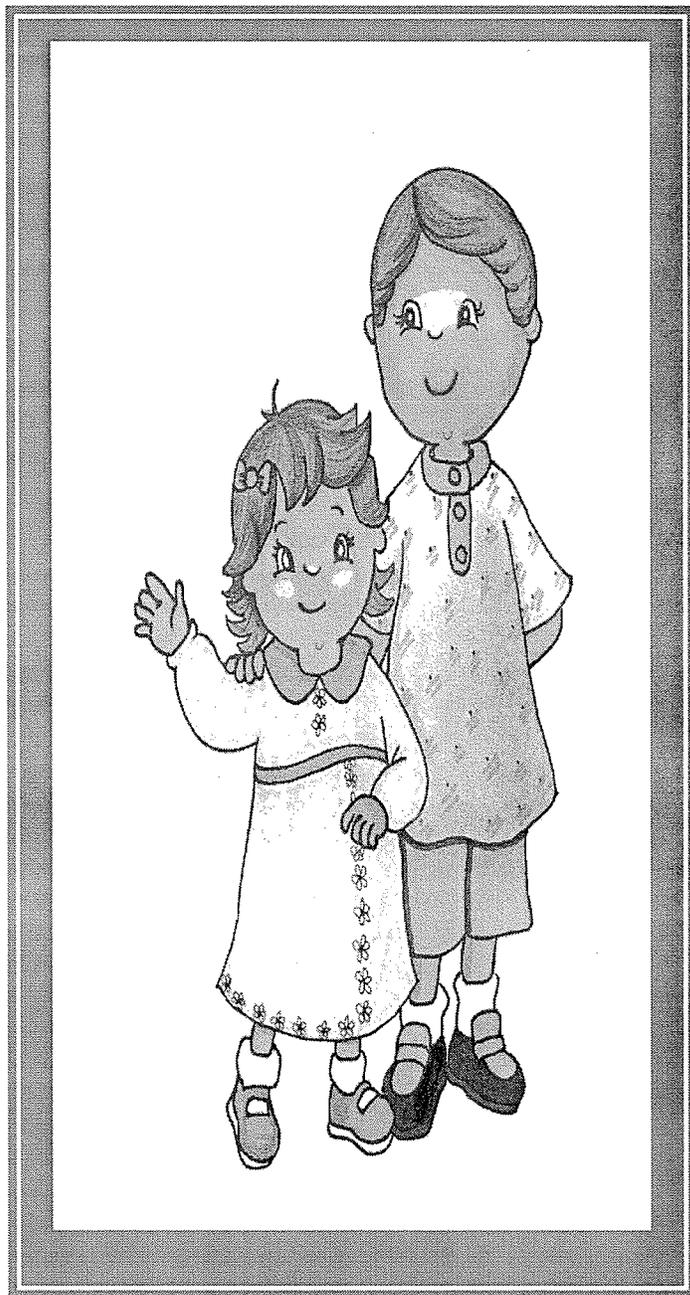
NIÑEZ

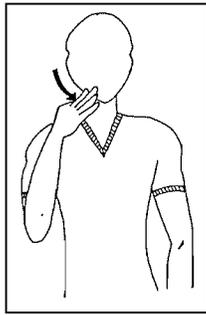
Período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia.

Esta edad comienza desde que el niño entra al colegio, o edad escolar (4 ó 5 años) hasta que cumple los 10 años, en esta edad también los cambios más notorios son el crecimiento, la forma de hablar, etc.

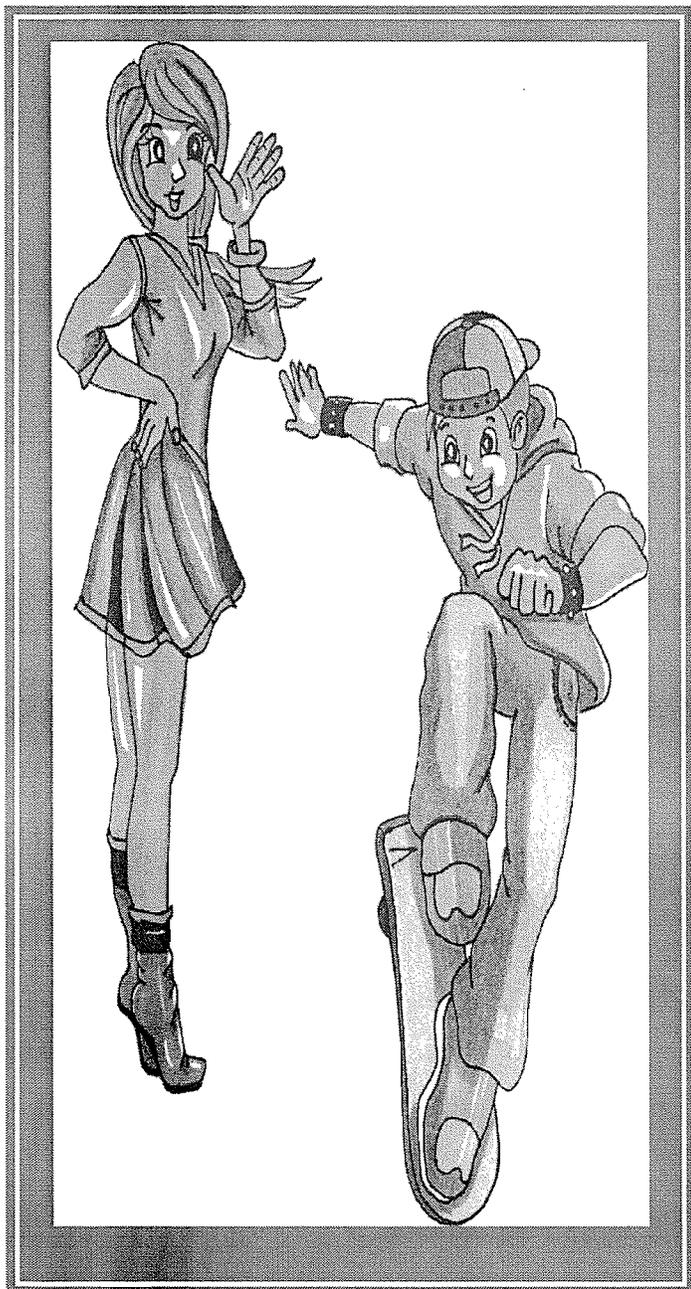
Derechos del Niño:

- A ser informados o pedir información cuando la necesitamos.
- A ser escuchados y que nuestra opinión sea tomada en cuenta.
- A ser alimentados adecuadamente y crecer sanos física, mental y espiritualmente.
- A jugar, soñar, descansar, vivir en un ambiente limpio y aprender a cuidarlo.
- A que se respete nuestra vida privada y que nadie haga con nuestro cuerpo cosas que no queremos.
- A tener nuestra propia cultura, religión e idioma y no ser discriminados por eso, o que nuestras diferencias sean objeto de desprecios o burlas.
- A estudiar para desarrollar al máximo todas nuestras capacidades y que no seamos obligados a trabajar.
- A ser queridos y respetados por los adultos y que nuestro bienestar sea lo primero que se tiene en cuenta cuando se toman decisiones que nos pueden afectar.



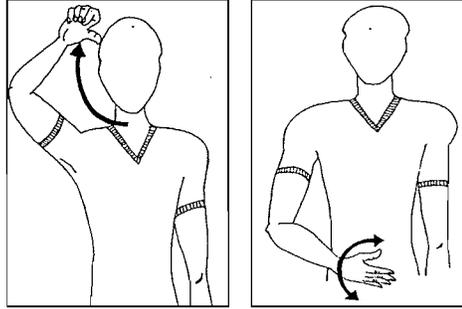


ADOLESCENCIA



Fase del desarrollo comienza desde los 10 años con la aparición de una serie de modificaciones morfológicas y fisiológicas que caracterizan a la adolescencia.

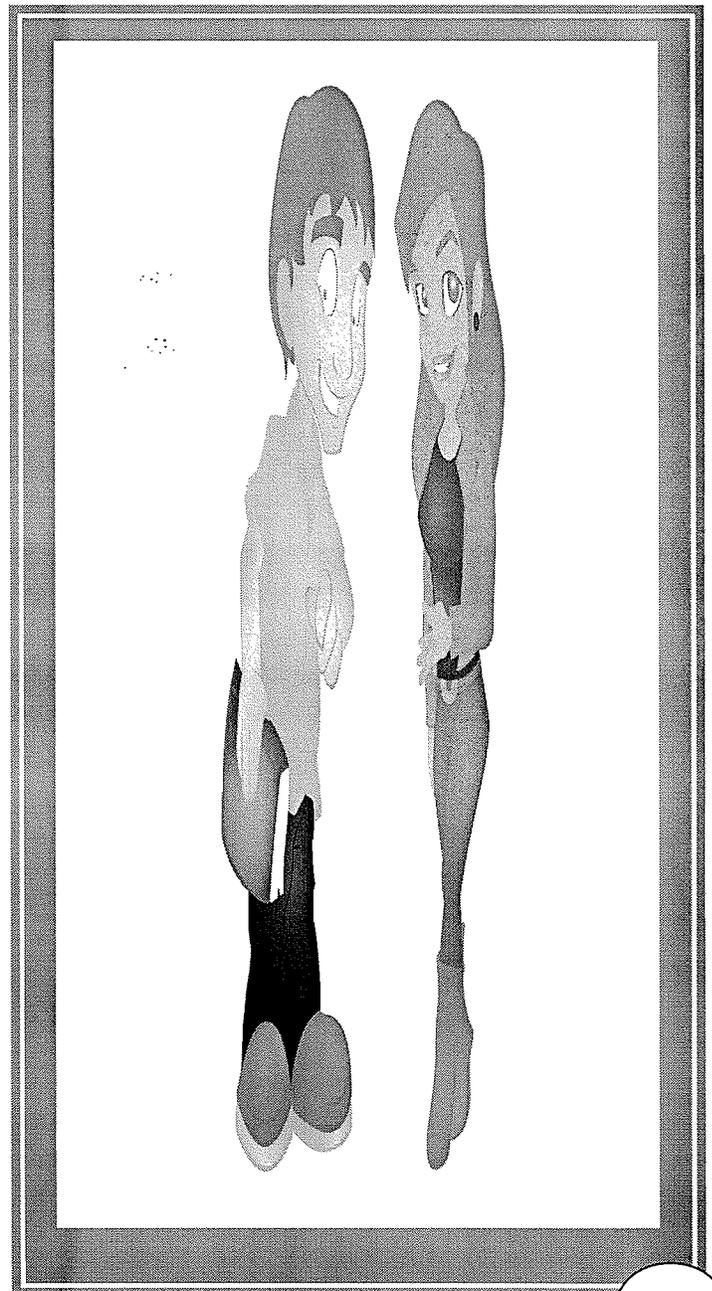
El principio de la menstruación adviene ahora a la edad de 13 años como promedio. Hace 100 años este promedio era de los 15 años. La pubertad es una edad en la que el sexo se desarrolla a distintos ritmos, registrándose en las muchachas un rápido crecimiento que en los muchachos. La duración de la pubertad masculina es generalmente más duradera, pero emocionalmente menos preocupante para ellos. Esta es la edad con más cambios de todas las etapas, del desarrollo humano.

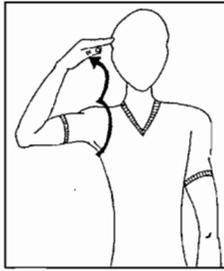
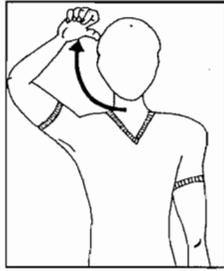


ADULTO JOVEN

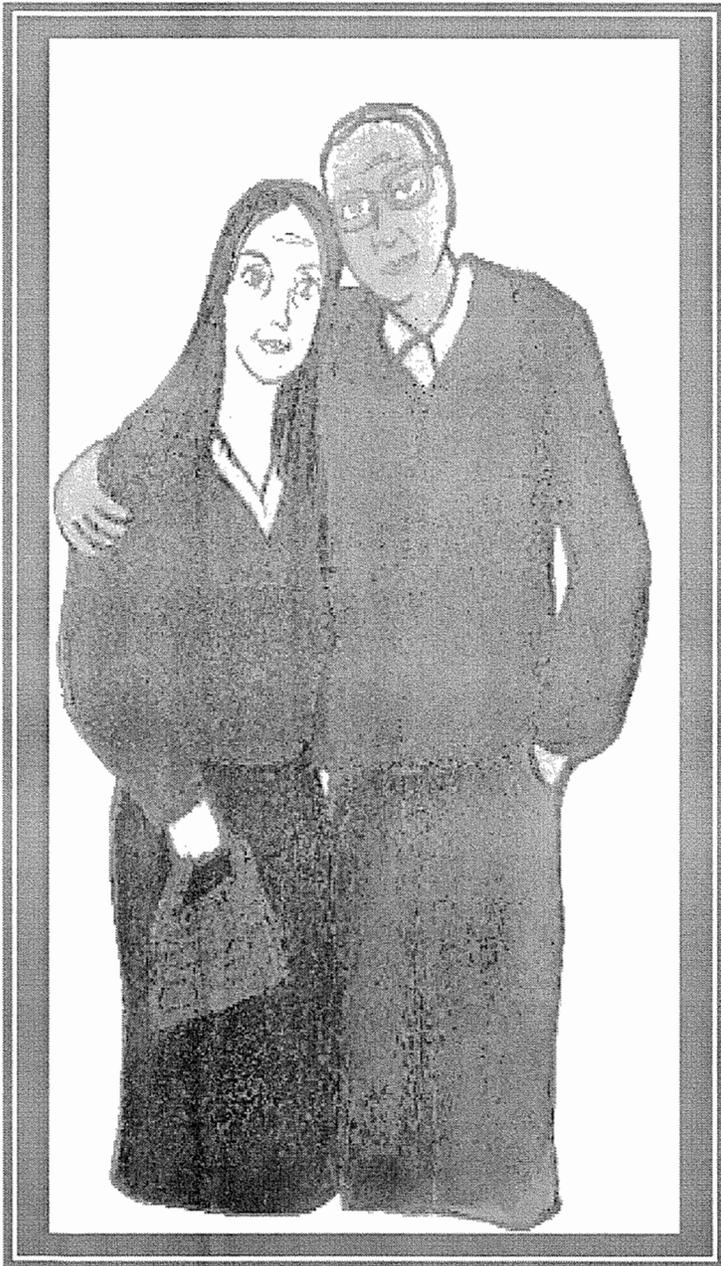
Se dice que abarca aproximadamente entre los 20 y los 40 años. Es una etapa en la cual se toman decisiones muy importantes tales como matrimonio, el trabajo y el estilo de vida en general.

Requiere de pasar de las ambiciones adolescentes a una realidad madura y determinada por las realidades del mundo en que vivimos. Es un período de mucha responsabilidad en términos de relaciones interpersonales y familiares.





ADULTOS



Esta etapa inicia de los 40 a los 65 años son las Persona que ha llegado a su mayor crecimiento y desarrollo.

Pretende y desarrolla una vida autónoma en lo económico y en lo social.

Cuando tiene buena salud, está dispuesto a correr riesgos temporales de entrega corporal en situaciones de exigencia emocional.

Puede y desea compartir una confianza mutua con quienes quieren regular los ciclos de trabajo, recreación y procreación, a fin de asegurar también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio.

Posee un concepto de sí mismo como capaz de tomar decisiones y autodirigirse.

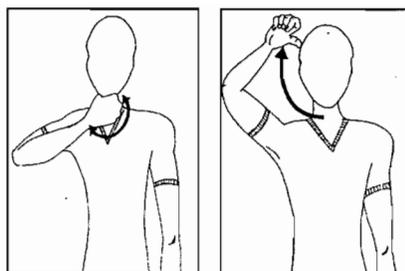
Juega un papel social, que conlleva responsabilidades desde el punto de vista económico y cívico.

Forma parte de la población económicamente activa y cumple una función productiva.

Sus experiencias sexuales y sociales, así como sus responsabilidades, lo separan sustancialmente del mundo del niño.

En los últimos años de ésta etapa, se considera como alguien que enseña, educa o instituye, así como buen aprendiz.

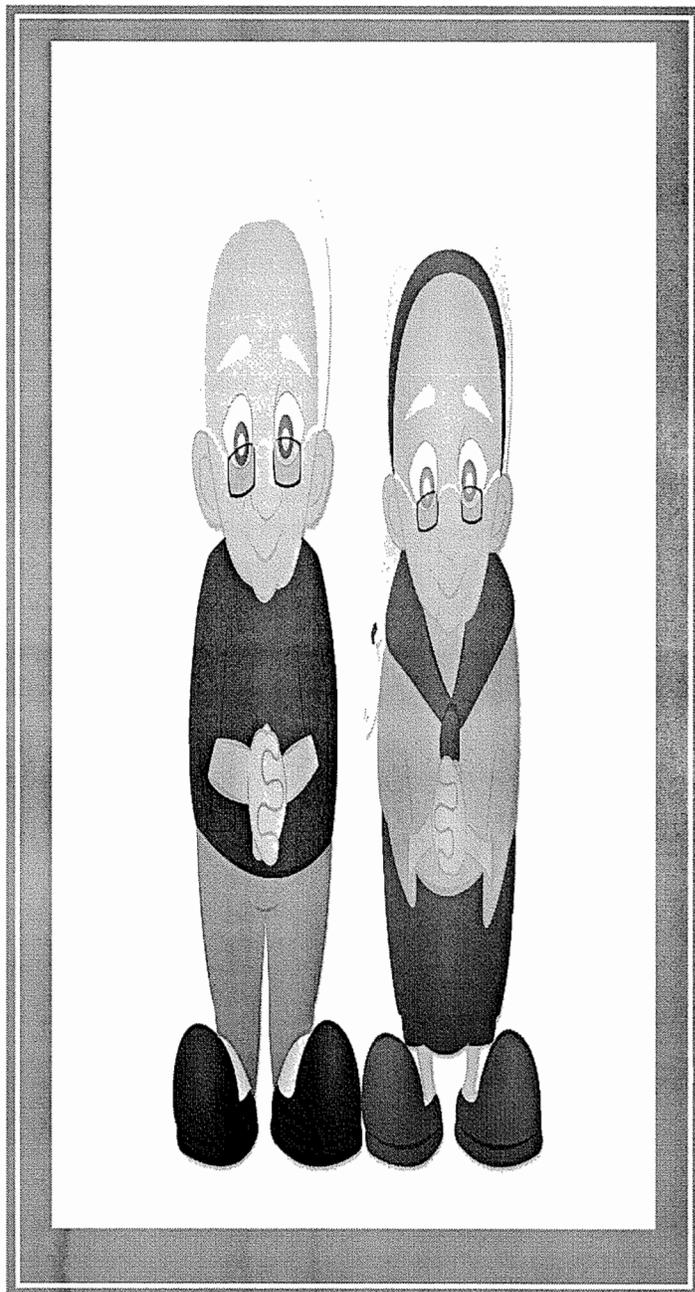
Necesita sentirse útil y la madurez requiere la guía y el aliento de aquello que ha producido y que debe cuidar.

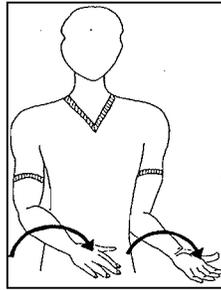


ADULTO MAYOR

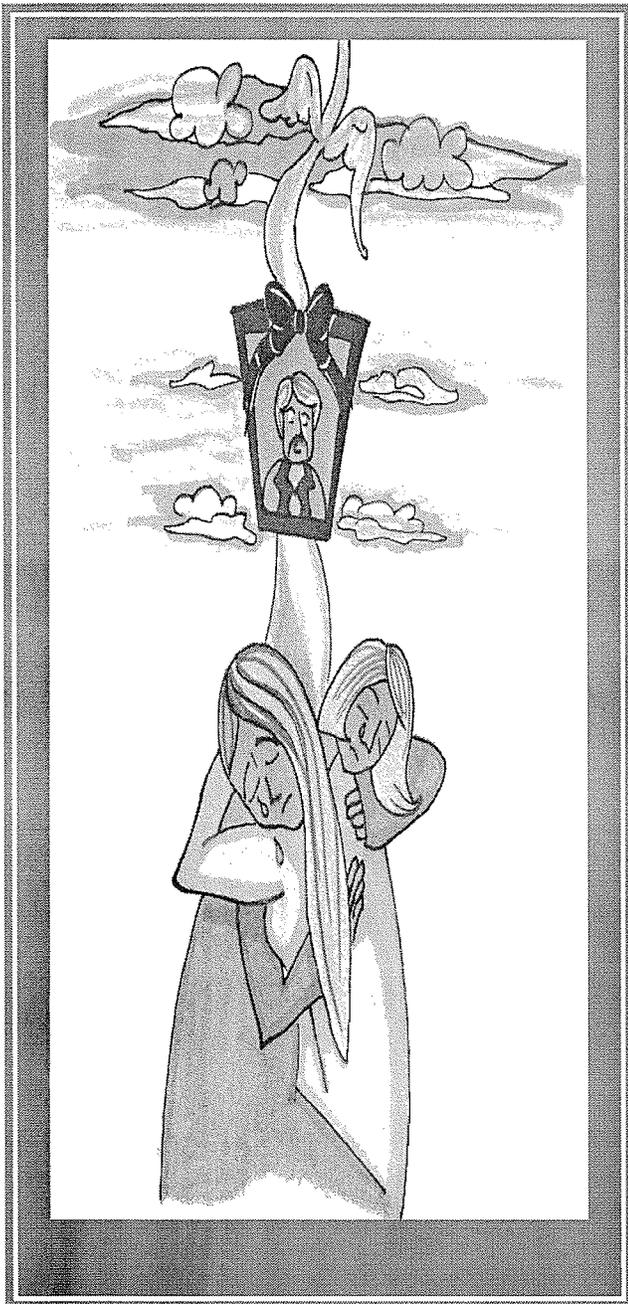
Esta etapa empieza de los 65 en adelante. Es el proceso que aparece al avanzar la edad de un organismo y que resulta de la degradación del mismo.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.





MUERTE



La muerte se considera la interrupción de la vida y es un fenómeno irreversible para cualquier ser vivo. Fisiológicamente una persona se encuentra muerta cuando no se registra actividad cerebral y cardíaca.

Existen casos de personas en donde el corazón late, pero el cerebro está muerto estos casos son muy discutidos ya que moralmente puede considerarse a la persona viva o muerta. Pero últimamente la muerte irreversible del cerebro se considera muerte.

En el preciso momento de la muerte en el cuerpo se empiezan a notar los cambios: baja la temperatura, se coagula la sangre, etc.

CICLO DE LA VIDA

Describe cada una de las etapas de la vida.

1. Nacimiento: _____

2. Niñez: _____

3. Adolescencia: _____

4. Adulto joven: _____

5. Adulto: _____

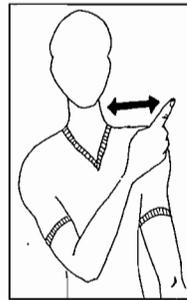
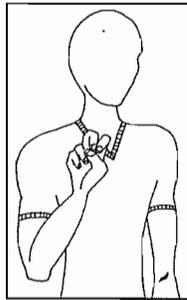
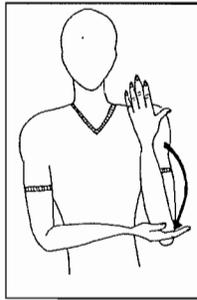
6. Adulto Mayo o Vejez: _____

7. Muerte: _____

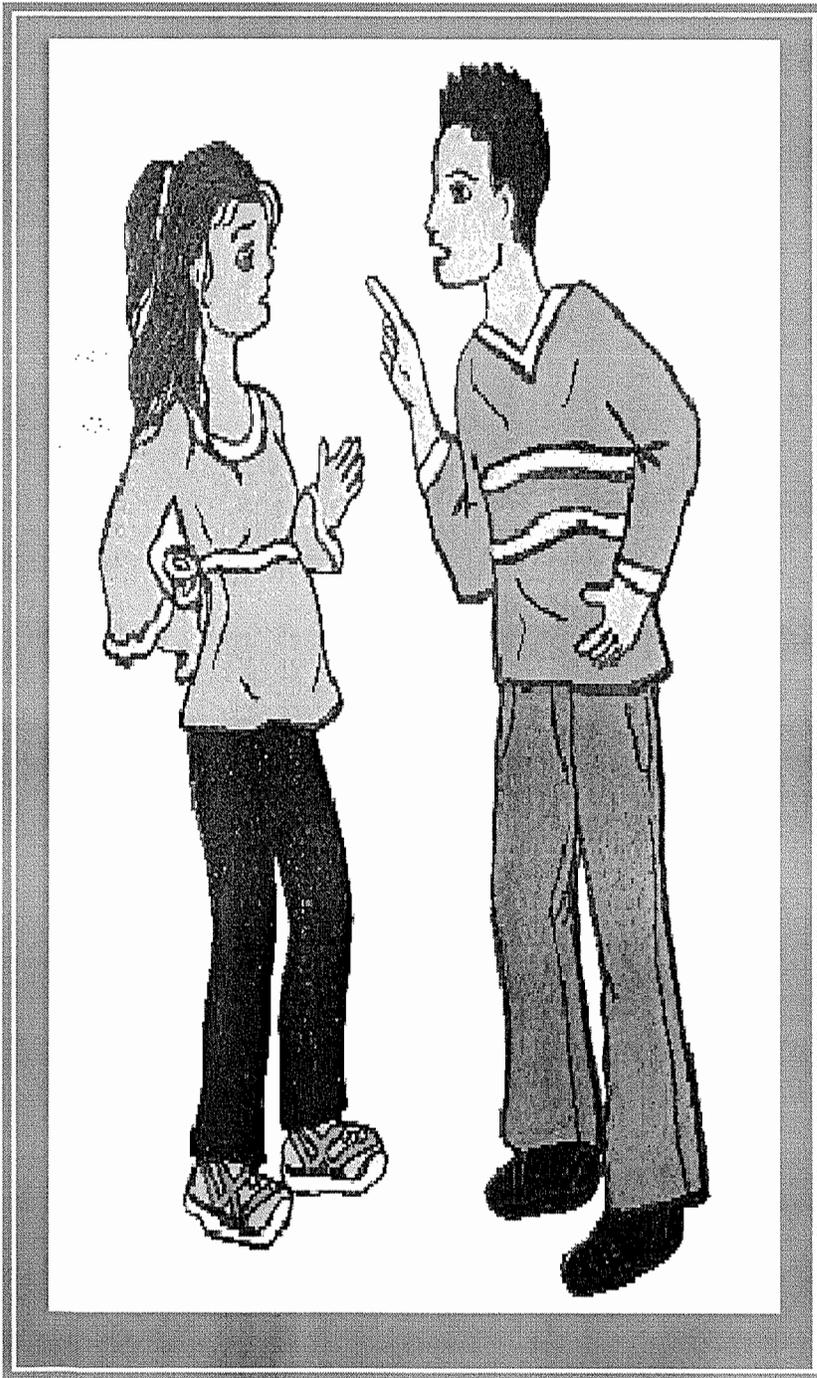
Actividades

- a. Realice un álbum familiar.
- b. Realice un cuento que se relacione con el ciclo de la vida.
- c. Realice un proyecto de cómo se ve en el futuro en las dos etapas después de la adolescencia.

Consecuencias
de una Relación
Sexual sin protección



EMBARAZO NO DESEADOS



Estos se dan especialmente entre los jóvenes, en la actualidad se experimentan más temprano las relaciones sexo genitales teniendo o no la debida información.

Y esto lleva a las chicas entre 16 y 22 años a enfrentarse a embarazos no deseados, matrimonios no deseados, al aborto e incluso la muerte.

¿Cómo puede prevenir un embarazo no deseado?

1. Abstinencia es el mejor método.
2. Utilizar algún método anticonceptivo.
3. Recordar que no estamos preparados para ser padre cuando somos jóvenes con metas por cumplir.

EMBARAZOS NO DESEADOS

Resuelva las siguientes preguntas.

1. ¿Qué piensa de los embarazos no deseados? _____

2. ¿Cree que un adolescente puede mantener un hijo? _____

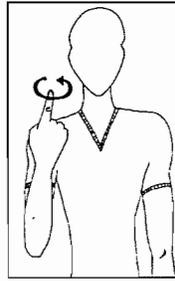
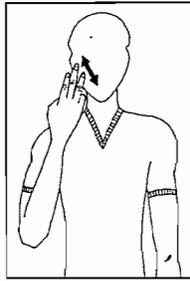
3. ¿Cómo resolvería su embarazo no deseado? _____

4. ¿Qué métodos existen para prevenir un embarazo no deseado? _____

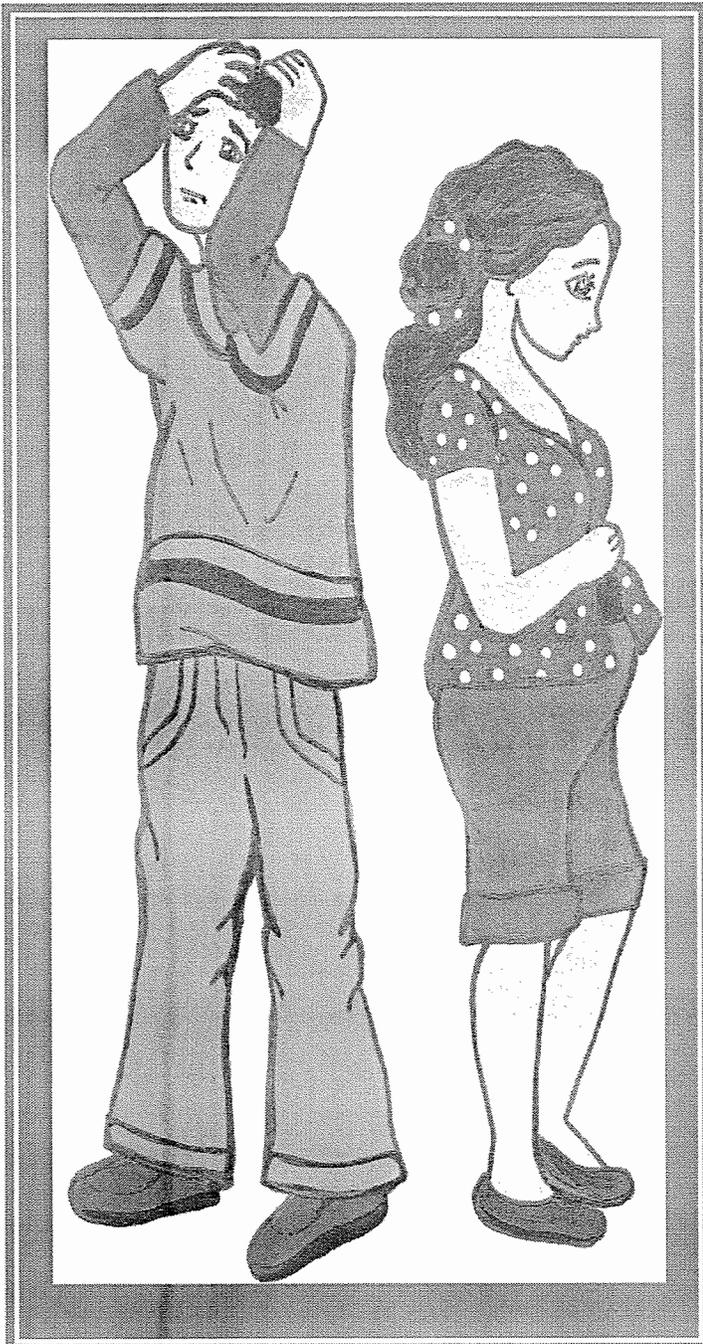
5. ¿Escriba las consecuencias positivas y negativas de un embarazo no deseado? _____

Actividades

- Realice una tabla comparativa en su cuaderno donde estén las consecuencias de un embarazo no deseado y uno de cómo prevenir embarazos no deseados.
- Realice una mesa de discusión con sus compañeros sobre las consecuencias positivas y negativas de un embarazo no deseado.



MADRES SOLTERAS



Ser madre soltera en estos tiempos no es nada fácil, pero tampoco es tarea que no puedas cumplir. Cuando existe amor todo es posible. Sin embargo, con esto no queremos decir que no necesitemos del apoyo del papá o de un compañero. Es importante y necesario. Pero al no contar con ese apoyo las madres deben cumplir con las funciones de mamá y papá 24 horas al día.

La sobrecarga es una característica de la madre soltera, ella debe asumir funciones domésticas, educativas, económicas, etc., funciones que no tiene con quien compartir por lo que ocupan casi todo su tiempo libre, trayendo como consecuencia que la madre tenga el tiempo justo y no disponga de un momento para su vida personal y social, originando su alejamiento de sus amistades y por consiguiente el sentimiento de soledad y abandono. Algunas mujeres inclusive piensan en dedicarse a su hijo el 100% de su tiempo porque no creen poder encontrar a una pareja que acepte a su hijo (a).

Ser madre soltera no significa dejar de salir con tus amigos y darte la oportunidad de abrirle la puerta al amor.

MADRES SOLTERAS

Lea el siguiente poema.

Agradecimiento de una Madre Soltera

Fue un día como los demás,
el cielo estaba como pintado de azul marino,
y los vientos como mareas dormidas.

Mi madre caminaba tan feliz, porque le habían dado la mejor noticia,
que traería al mundo el fruto del amor,
que un día llenaría de gozo a su vida.

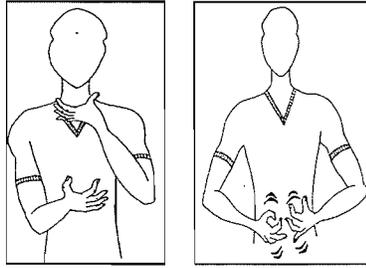
Pero un día, se sentó en una banca de un parque,
bajo un árbol frondoso, que sus hojas parecían esmeraldas,
y mirando hacia el cielo, dijo:

“Gracias Dios mío, por darme la oportunidad de poder ser madre, ya que otras mujeres no tienen esa bendición. Por eso, te doy gracias, porque no me importa que sea madre soltera, yo trabajaré muy fuerte para darle todo a mi hijo/a y con tu ayuda llegará a hacer el hijo/a más inteligente del mundo, no importa que derrame todas mis lágrimas, por ser sola, yo seré madre y padre para el fruto del amor que me has dado, no importa que mis noches sean cortas y mis días largos, pero cuando lo/a tenga/a en mis brazos lo esculpiré con mis besos y caricias, y mi tiempo y mi alegría será mi niño/a, será mi corazón en mis manos, y le/a enseñaré cuando la mariposa vuela, y cuando el pajarillo canta, lo/a llevaré de su manita para que dé sus primeros pasos, y cuando esté llorando de hambre o de miedo, yo estaré siempre a su lado. Todo eso lo haré aunque sea madre soltera.

Gracias Dios mío”

Actividades

- Escriba la parte del poema que más le gustó y ¿por qué?
- Realice con sus compañeros un mural donde se haga un homenaje a las madres solteras.
- Realice una tarjeta para alguna madre soltera que conozca o admire.



ENFERMEDADES VENÉREAS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) enfermedades de transmisión sexual (ETS), antes enfermedades venéreas).

Son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo.

La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoos.

Para evitar el contagio de ETS, es fundamental conocer su existencia, practicar sexo seguro, utilizar métodos anticonceptivos que protejan del contagio (preservativo o condón) y conocer sus síntomas, para solicitar cuanto antes tratamiento sanitario. También es imprescindible evitar compartir jeringuillas (para el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo).

Primeras ITS reconocidas

- clamidiasis y linfogranuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis*)
- gonorrea
- sífilis

ITS más recientemente reconocidas

- candidiasis o aftas (infección por *Candida albicans*)
- *Mycoplasma genitalium* (uretritis no gonocócica)
- retrovirus como el VIH, el HTLV o el XMRV
- ureaplasma
- condiloma acuminata (verrugas genitales), causada por el virus del papiloma humano

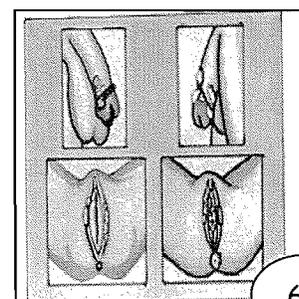
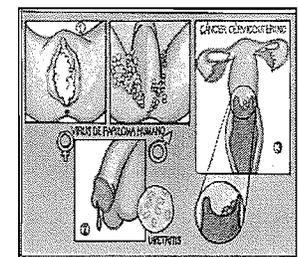
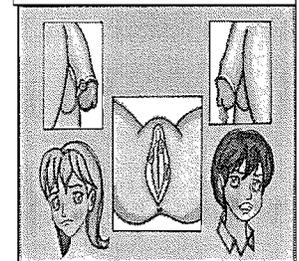
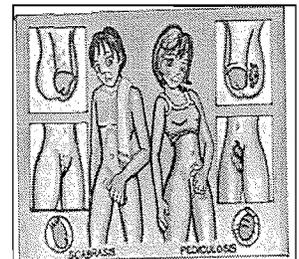
Infecciones transmitidas principalmente por vía sexual

- chancroide
- donovanosis o granuloma inguinal
- ftiiriasis (laciilla)
- herpesvirus (ocho tipos conocidos)
- infección gonocócica del tracto genitourinario
- sífilis congénita, sífilis temprana y sífilis tardía
- tricomoniasis

Infecciones ocasionalmente transmitidas por vía sexual

Muchas enfermedades de transmisión no sexual también pueden transmitirse por vía sexual, considerando el nivel de intimidad de la pareja:

- amebiasis
- campilobacteriosis
- citomegalovirus
- criptosporidiosis
- *Gardnerella vaginalis* (también *Haemophilus*)
- giardiasis
- hepatitis B
- infecciones entéricas (se incluyen los parásitos intestinales)
- infección por hongos
- listeriosis
- meningococemia
- micoplasmas genitales
- molusco contagioso
- virus del papiloma humano (VPH)
- salmonelosis
- micobacteriosis
- sarna
- vaginitis



Encuentre en la sopa de letra algunos nombres de Infecciones de Transmisión Sexual más comunes en Guatemala.

G	O	N	O	R	R	E	A	M	L
K	I	P	D	S	L	L	Y	Z	A
H	E	R	O	I	E	D	W	X	Q
E	T	G	D	F	S	B	M	Q	D
R	V	A	G	I	N	I	T	I	S
P	B	F	T	L	U	E	O	F	O
E	U	E	O	I	M	H	G	A	T
S	T	F	V	S	P	I	J	I	E
Q	U	R	E	T	R	I	T	I	S
R	T	R	A	I	G	V	G	T	R
V	E	R	R	U	G	A	S	M	U

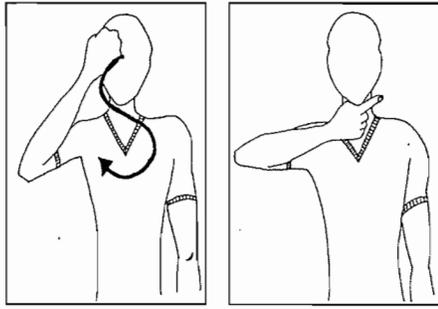
Coloque en cada línea los nombres de las infecciones de transmisión sexual que encontró en la sopa de letras.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Actividades

- a. Escriba en su cuaderno el concepto de cada una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en Guatemala como la **Gonorrea** (Blenorragia o Purgaciones), **Sífilis**, **Uretritis inespecíficas**, **Vaginitis**, **Verrugas venéreas** y **Herpes genital**.
- b. Busque imágenes en el internet de estas infecciones de transmisión sexual.
- c. Realice una tabla comparativa donde coloque las causas, síntomas y signos y cómo podemos prevenir cada una de éstas.

Lugares a los que puede acudir por información o por consulta en APROFAM, en el Centro de Salud más cercano y asociaciones que trabajen prevención de ITS /VIH



SIDA

¿Qué es el SIDA?

Es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca al sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier micro-organismo.

¿Cómo actúa el VIH?

El virus entra en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo. Es cuando se dice que una persona es seropositiva; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad. Poco a poco los virus atacan las defensas y dejan al organismo expuesto a diversas enfermedades.

¿Cómo se transmite el VIH?

Por contacto sexual no protegido, al intercambiar semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales o sangre, con una persona infectada durante las relaciones sexuales.

Por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o por medio de la leche materna.

Como prevenir el VIH

1. Uso del condón masculino o femenino.
2. Abstinencia en las relaciones sexuales.
3. Fidelidad, tener relaciones sólo con tu pareja.



VIH/SIDA

Responda las siguientes preguntas.

1. ¿Qué es VIH?: _____

2. ¿Qué es Sida? _____

3. ¿Qué método anticonceptivo previene del VIH/Sida: _____
4. ¿Por qué es importante hacerse la prueba de VIH después de una relación sin protección? _____

5. ¿Cuáles son las formas de infectarse? _____

Actividades

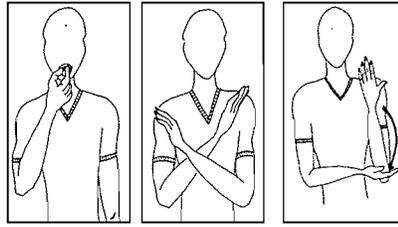
- a. Discuta con sus compañeros la diferencia entre VIH y Sida.
- b. Realice un cartel donde estén las formas de infección
- c. Busque información en los siguientes establecimientos APROFAM, ASI, Cruz Roja Guatemalteca.
- d. Investigue que es Estigma y Discriminación

Recuerde hacerse la prueba de VIH después de una relación de riesgo por ejemplo: No utilizó condón con alguien desconocido, o abuso sexual.

A dónde puede acudir: a un hospital nacional, Cruz Roja Guatemalteca alguna organización que trabaje prevención

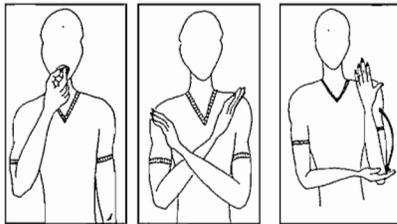
Recuerde VIH no es sinónimo de muerte, no te infecta por dar la mano, un abrazo o un beso.

Metodos Anticonceptivos

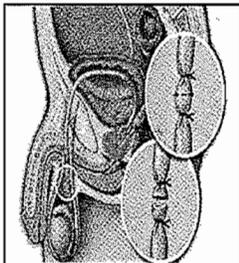


MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

	<p>El condón masculino ofrece protección del embarazo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. El condón masculino viene en forma de un pene y por lo regular el material es de látex. Cabe sobre el pene erecto. El condón masculino se puede usar para las relaciones vaginales o anales, para el sexo oral. Funciona proporcionando una barrera entre una y la otra pareja para que no se intercambien flujos del cuerpo, como la saliva, la sangre o el semen. Previene de enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida y de embarazos no deseados. Este método anticonceptivo es el único que es efectivo y reversible. Es del 85% al 98% efectivo.</p>
	<p>Las pastillas anticonceptivas son también conocidas como "la píldora," se toma diariamente. La mayoría de las píldoras contienen dos tipos de hormonas femeninas sintéticas, es decir elaboradas en un laboratorio a semejanza de las secretadas normalmente por el ovario. Ellas son estrógeno y progesterona y se llaman contraceptivos orales combinados. Hay diferentes tipos de anticonceptivos orales combinados. El estrógeno y la progesterona previenen el embarazo, suprimiendo la secreción de la glándula hipófisis, que detiene el desarrollo ovular y retiene el óvulo en el ovario. Es decir no se produce la ovulación. La progesterona también ayuda a que el esperma no alcance al óvulo, mediante un doble mecanismo: 1) alterando el moco cervical y 2) modificando el endometrio del útero.</p>
	<p>Inyección mensual o trimestral Este método tiene una efectividad del 99.7% usado correctamente. Este compuesto inhibe la ovulación, provoca cambios en el endometrio y estimula el engrosamiento del moco cervical. Pueden ser administradas mensual o trimestralmente. No protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual y de VIH/SIDA, sólo de embarazos.</p>
	<p>La T de cobre o DIU Es un buen método anticonceptivo este no previene de enfermedades de transmisión sexual. Es el mejor método para mujeres que ya han tenido sus hijos y que tienen relaciones con alguna pareja estable. Es un dispositivo intrauterino este se coloca dentro del cuerpo uterino contiene hormonas progesteronas.</p>



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

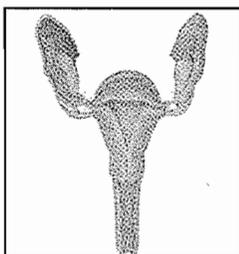


La vasectomía

Es un procedimiento muy efectivo para evitar la concepción. La tasa de fallos no supera el 0.5 por ciento. Después de la operación todavía hay espermatozoides almacenados, de modo que se debe usar otro método de anticoncepción hasta que el espermograma revele que el conteo espermático es igual a cero.

Este procedimiento no tiene efecto alguno sobre la provisión de sangre y hormonas a los genitales, de modo que no afecta la erección ni el libido.

La Vasectomía es el método más seguro para aquellos hombres que ya tienen los hijos que desean y quieren evitar nuevos embarazos. Su efectividad es del 99,5%.



La ligadura de trompas

Es un método anticonceptivo consistente en la sección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero. Es el método anticonceptivo que más se usa en el mundo: más de 150 millones de mujeres se han esterilizado.

Entre las ventajas que tiene este método mencionamos que es permanente, pero vale la pena mencionar que en algunos casos se puede revertir con éxito (50% a 80%). Elimina el miedo a quedar embarazada y no hay riesgos o efectos secundarios en la salud.

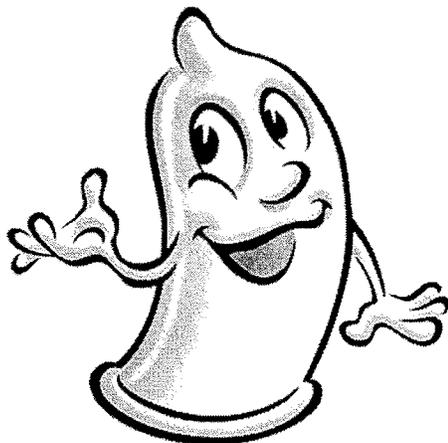
CONDÓN

Ordene los 7 pasos del uso correcto y siempre del condón, coloque el orden de los pasos adentro del círculo

- Observe que el empaque tenga aire adentro.
- Deslice hacia la base del pene y use.
- Empuje el condón hacia fuera para evitar dañarlo.
- Fíjese en las fechas de vencimiento y en las ranuras para abrirlo correctamente.
- Use bastante papel higiénico para retirar el condón.
- Empuje el aro interno a un lado con los dedos para no dañar el latex.
- Una vez afuera, aprete la punta con la yema de los dedos para evitar que quede aire adentro.

Actividades

- a) Escriba en su cuaderno lo que ayuda a prevenir el condón.
- b) Escriba en su cuaderno los siete pasos correctos del Uso correcto y siempre del condón.



Notas importantes:

No todos los condones tienen fecha de vencimiento, pero debe de saber que tiene 4 años de vida.

No debe utilizar el mismo condón para iniciar otra relación sexual.

No puede utilizar dos condones al mismo tiempo es más fácil que se rompan por el calor que generan.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- La necesidad de contar con información sobre sexualidad para adolescentes con déficit auditivo es de suma importancia que guiará la práctica de su sexualidad de manera sana y responsable.
- Crear conciencia a los adolescentes con déficit auditivo, sobre la importancia de la sexualidad, la cual es indispensable para su desarrollo humano.
- El manual interactivo está diseñado para que padres y estudiantes de Psicología apoyen y orienten a los adolescentes con déficit auditivo
- El manual interactivo apoyará y guiará a la comunidad con déficit auditivo, formándolos previniéndolos y orientándolos en el aspecto relacionado con una sexualidad sana.

4.2 Recomendaciones

- A los Centros de Educación que trabajen con adolescentes con déficit auditivo, orienten a los padres de familia y estudiantes proporcionándoles el manual interactivo, el cual apoyará y guiará, en la formación, prevención y orientación en el tema relacionado con su sexualidad.
- A profesionales y docentes, el cual fue diseñado con el objetivo de apoyar u orientar en los conocimientos relacionados a la sexualidad de los adolescentes con déficit auditivo.
- Ampliar más los conocimientos relacionados con la sexualidad, rompiendo con los tabús ya que estos no han dejado que la comunidad

se informe y conozca sobre la formación y prevención, para llegar a la práctica de la sexualidad plena, libre y responsable con el otro.

- Es importante y hacer énfasis en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida y embarazos no deseados en los adolescentes con déficit auditivo.
- Los programas de educación sexual en las escuelas públicas deberían, por lo tanto, proporcionar recursos de información para todos los estudiantes adolescentes que estén tratando de encontrar su identidad sexual.

BIBLIOGRAFIAS

1. **Alarcón, Odette.** SEXUALIDAD HUMANA. Universidad del Valle de Guatemala.
2. **Alarcón, Odette.** EDUCACION SEXUAL. Universidad del Valle de Guatemala.
3. **ASCATED. Asociación de Capacitación y Asistencia Técnica en Educación y Discapacidad.** SEXUALIDAD TOMO I, II Y III. Primera Edición. Guatemala 2007.
4. **Biblioteca de Consultas Microsoft Encarta.** 2007. Microsoft Corporation.
5. **Cockefair, Edgar A.** GUIA SEXUAL PARA SU HIJO. Manual para padres. Editorial Psique, Buenos Aires, Argentina.
6. **Colectivo autores (2003)** PSICOLOGIA ESPECIAL TOMO I; EDITORIAL FELIX VARELA, ciudad de la Habana Cuba. Capítulo 10 Educación Sexual en la Persona con Discapacidad.
7. **Pantano, Liliana.** La discapacidad como problema social. 1993. Buenos Aires. Eudeba Editoriales. 146 Páginas
8. **Papalia, Diane E. ,Sally Wend Kos Olds.** DESARROLLO HUMANO.
9. **Schorn E.; Marta.** El niño y el adolescente sordo. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. 1997. Pp.15
10. **Téllez Trejo, Magnolia** "Mitología de la sexualidad Especial" " La construcción de la sexualidad en adolescentes sordos/as". sexualidadespecial.blogspot.com
11. **Velásquez Vicente,** Olegario LA EDUCACION ESPECIAL EN GUATEMALA www.super-highway.net/users/moebius/ESPECIAL.htm

ANEXOS

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas - CUM
Profesorado en Educación Especial
Proceso de Tesis.
Elaborado por:
Mori Carío y Marian García



Guatemala__de __del 2010

Sexo: M___F___

Edad: _____

1. ¿En dónde labora?_____
2. ¿Cuántos años lleva laborando en esta institución?_____
3. ¿Cuál es su puesto de trabajo?_____
4. ¿Usted cree que se le da importancia a los temas de sexualidad?
5. ¿Cree usted que es necesario los temas de sexualidad?
6. ¿Cómo considera usted la metodología que se utiliza para enseñar los temas relacionados con sexualidad?
7. ¿Cree usted que los jóvenes con discapacidad auditiva están practicando una sexualidad sana?

8. ¿Cuáles son los mayores problemas que ha observado en los jóvenes que no practican una sexualidad sana?

9. ¿Usted cree que la población estará interesada en recibir orientación sexual?

10. ¿Cómo apoyan los padres de los jóvenes a la educación de sus hijos?

11. ¿Usted considera que los padres orientan a sus hijos sobre el tema de sexualidad?

12. Según su experiencia qué metodología recomendaría para la enseñanza del tema de sexualidad:

13. ¿Qué temas de sexualidad, cree usted que son los principales?

Gracias por su aporte a la educación de los adolescentes con déficit auditivo.